

Clinique et psychopathologie phénoménologiques II

Livret d'accompagnement du CM 2025-2026

PHILIPPE SPOLJAR

Courriel : philippe.spoljar@u-picardie.fr

Sommaire

SOMMAIRE

1. LES PATHOLOGIES TRANSGENERATIONNELLES

1.1. Structures généalogiques et « institution de l'ipséité »

1.1.1. L'institution ontologique du Soi

1.1.2. Application aux pathologies transgénérationnelles

*Exemple clinique : l'enfant de
remplacement*

1.2. Formes non psychotiques des pathologies de la filiation

1.2.2. Construire la continuité ipséique en amont

*Exemple clinique : honte héritée et
culpabilité du survivant*

1.2.3. Construire la continuité ipséique en aval

Le refus de parentalité

L'anorexie mentale

Les liens d'alliance

1.3. Formes délirantes de l'ipséité transgénérationnelle

1.3.1. La « malédiction »

*Exemple clinique : « si j'ai un fils, il
mourra »*

1.3.2. La « damnation »

Exemple clinique : délire de damnation

1.3.3. Les délires de filiation

Exemple clinique : délire messianique

1.3.4. Les implications existentielles de l'ipséité transgénérationnelle

1.3.5. La ligne de partage entre le vivant et l'existant

2. ANTHROPOLOGIE PHENOMENOLOGIQUE DES NEVROSES : « L'ETRE EN DEÇA DE SOI » (PHOBIE, HYSTERIE)

2.1. La spatialité vécue. Espace empirique et espace vécu

2.1.1. Niveau anthropologique et niveau psychologique

*Exemple clinique : nosophobie à
structure spatiale (non métrique)*

2.1.2. L'« en deça » phobique et l'« au- delà » hystérique

Exemple clinique : agoraphobie

Exemple clinique : recherche de centralité

2.1.3. La nostrité phobique

Exemple clinique : nostrité phobique

2.1.4. Anthropologie différentielle de l'« en-arrière » et de l'« en-avant »

Positions existentielles

Culpabilité

2.2. Les symptômes phobiques et leurs sens anthropologique

2.2.1. L'agoraphobie

2.2.2. La claustrophobie

2.2.3. Les phobies sociales

2.2.4. La nosophobie

2.2.5. Les « moments critiques »

2.3. La relation hystérique et phobique à la centralité

2.3.1. Centralité et intensité dans l'hystérie. La perte dans l'instant

*Exemple clinique : La perte dans
l'instant*

2.3.2. Typification hystérique des identités de rôle

OBSERVATION : UN CAS DE DYSMORPHOPHOBIE

1. Les pathologies transgénérationnelles

Le Soi se conçoit en amont et en aval de lui-même, dans la transgénérationnalité autant que dans le lien horizontal des relations interpersonnelles

Exister, c'est tenir et renouveler cette continuité "verticale" et "horizontale" de l'être à travers des matériels identitaires/idemnitaires

1.1. Structures généalogiques et « institution de l'ipséité »

1.1.1. L'institution ontologique du Soi

Le symbolique (psychanalyse) et l'ipséité (phénoménologie)

« dans le lexique de conversion entre la langue psychanalytique et celle de la phénoménologie, ce qui est dit symbolique renvoie à l'institution ontologique comme pure ipséité, indépendamment de ses remplissements par tels ou tels contenus. » (G. Charbonneau, Psychopathologie, t. 2, p. 49).

L' « institution ontologique » : ce qui établit, en deçà de tout contenu particulier, la possibilité même qu'il y ait un monde pour un sujet et un sujet pour ce monde

Le "symbolique" (Lacan) : non pas une collection de contenus, mais une structure : celle du langage, de la loi, des places dans l'énonciation. C'est ce qui rend possible le sujet

Exemple 1 : le reflet dans une vitrine – lecture phénoménologique

- reconnaissance perceptive
- ipséité instituée ontologiquement

Exemple 2 : psychanalyse (structure symbolique)

- reconnaissance empirique par le prénon particulier
- inscription symbolique par un acte de nomination dans un système qui constitue comme "je"

Convergence (mais pas équivalence) :

- en phénoménologie : distinction entre reconnaissance perceptive (empirique) et appartenance originaire à soi (ipséité instituée ontologiquement).
- en psychanalyse : distinction entre contenu symbolique particulier (signifiants, prénom) et structure symbolique (la place dans le réseau du langage).

1.1.2. Application aux pathologies transgénérationnelles

Pathologies possibles :

- l'ipséité se défait
- le sujet peut dire « je ne me reconnais pas », « je ne suis pas sûr d'exister ».
- > angoisses diffuses, sentiment de ne pas être « à sa place », répétition inconsciente d'événements familiaux, etc.

Exemple clinique : l'enfant de remplacement

Thomas, 28 ans. Il porte le prénom du frère aîné décédé à 4 ans, trois ans avant sa naissance.

En famille : silence sur l'événement, photos retirées, allusions rares.

À chaque étape importante (concours, emménagement), tension familiale diffuse.

Installation : depuis l'adolescence, avec des pics annuels.

Périodes de sabotage discret avant les « grandes échéances » (retards, renoncements), avec exacerbation autour de la date anniversaire du décès : « *J'ai l'impression d'être emprunté... comme si je devais réparer quelque chose et que je n'y arrive pas.* »

Vécus rapportés :

- Dette / mandat implicite : « On m'a donné son prénom... je dois être à la hauteur. »
- Identité à bas bruit : « Parfois j'ai l'impression d'être un remplacement, pas un choix. »
- Culpabilité : « *Quand ça marche pour moi, je me sens mal... comme si je prenais sa place.* »
- Signaux (interprétés) : dates, objets (doudou retrouvé, photo) vécus comme rappels.
- Conduites : évitement des célébrations de réussites, mise en retrait lors des repas familiaux.

Éléments d'examen psychologique :

- Conscience vigilante, pas de délire ni d'hallucinations.
- Humeur subdépressive fluctuante
- anxiété "de performance".
- Insight partiel (« je sais que ça n'a pas de sens et en même temps je le ressens »).
- Pas d'idées suicidaires structurées, mais baisse d'estime et auto-handicap récurrents.
- Fonctionnement social globalement préservé, altéré en période d'anniversaire.

Lecture phénoménologique :

- Soi : place symbolique floue

> fragilisation de la mienneté

- Moi : rôle réparateur de l'enfant mandaté (recouvrement des rôles et statuts ordinaires, renoncements....

- axe transgénérationnel : loyauté invisible, scénarios de répétition

1.2. Formes non psychotiques des pathologies de la filiation

1.2.2. Construire la continuité ipséique en amont

Jean Guyotat, *Mort, naissance et filiation, études de psychopathologie sur le lien de filiation*, Paris, Masson, 1980 ;

Jean Guyotat, Jean-Pierre Duthoit, *Essai sur les phénomènes transgénérationnels*. Les dents des fils. Paris, L'Harmattan, 2000.

Jean-Philippe Pierron, « Se reconnaître dans le lignage », *Le Cercle Herméneutique*, n- 8-9, Argenteuil, 2007.

« Le lien de filiation est un lien d'accomplissement d'une certaine possibilité d'être. Comme tout accomplissement, il doit élaborer la possibilité de ce qu'il était avant de proposer une voie effective à cette possibilité. C'est bien autre chose qu'une simple pérennisation générationnelle à l'identique. » (G. Charbonneau, *Psychopathologie*, t. 2).

Modalités de la continuité transgénérationnelle :

- l'appropriation

- la contre-identification, éventuellement

Echecs de la continuité transgénérationnelle en amont :

- relative : le "détissage", la "dislocation"

- radicale : l'"indifférence filiative"

« Rien n'est pire que le néant. Il en va de tout être de faire continuité. Le néant est ce qui n'a pas de continuité. Les ruptures élaborées sont peut-être aussi une façon de traiter la question du néant qui menace l'ontologie plus encore que la mort. La mort ne tue pas l'ipséité transgénérationnelle ; l'indifférence, oui. » (G. Charbonneau, *Psychopathologie*, t. 2).

Exemple clinique : honte héritée et culpabilité du survivant

Sofia, 32 ans, 1ère de sa famille à faire des études supérieures. Grands-parents maternels migrants ayant vécu violences et privations ; en famille, récit héroïque de l'exil mais silence sur les pertes. Parents très travailleurs, devise implicite : « ne pas se plaindre ».

Installation (depuis l'adolescence, pics au moment des réussites).

À chaque étape importante (diplôme, promotion), Sofia présente un "auto-handicap" (retards, erreurs, évitements) et chute d'humeur pendant 2–3 semaines.

« Si je vais trop bien, j'ai l'impression de trahir leur histoire. »

Vécus rapportés (extraits).

- Dette : « *Je dois porter quelque chose pour eux...* »

- Honte héritée : « *J'ai honte d'avoir plus qu'eux.* »

- Interdits implicites : « *Dans la famille, on serre les dents. Se réjouir, ça fait mauvais genre.* »

- Répétitions : annulation de voyages, refus de négocier son salaire, retour à des postes moins exposés après chaque promotion.

- "Autosignalisation" (le vécu se rend "saillant" et se "signale") : dates commémoratives, objets (vieille valise comme relique) vécus comme des rappels à l'ordre moral.

Examen (extraits) :

- Pas de délire ni d'hallucinations.

- Humeur subdépressive intermittente, anxiété de performance, ruminations culpabilisantes.

- Insight partiel (« je sais que c'est irrationnel, mais je le ressens »).

- Bon fonctionnement professionnel / social bon hors périodes de réussite imminente.

- Pas d'idéations suicidaires

- Risque d'épuisement et de stagnation professionnelle.

Spatialité vécue (topologie) :

- Axe vertical (hauteur) > présomption (négative) > rester en bas (être-en-deçà-de-soi)

- Position existentielle : retrait à l'approche de la hauteur

- Centralité > retour vers le bord

Nostrité :

- Forte appartenance au "Nous familial"

Temporalité vécue :

- Protension freinée

- Rétentions commémoratives

Tonalité de fond (*Stimmung*) :

- Tonalité éthique d'endettement

Soi / ipséité :

- Soi restreint : l'ipséité (la continuité verticale de la lignée) est vécue comme dette

Moi empirique / identités :

- le Moi est saturé par un scénario de réparation, loyauté et autolimitation

Autosignalisation (charnière Soi ↔ Moi) :

- Nombreux signaux de rappel à l'ordre

Transgénérationnel :

- Loyautés invisibles
- Pertes non symbolisées

Différentiel :

- Non-psychotique
- Névrotique-évitant/sensitif

Pistes cliniques :

- Verbalisation de la loi familiale
- Reconnaissance des pertes
- outrepassement sécurisé
- Reconfiguration de la nostrité
- Travail sur la tonalité et les affects

1.2.3. Construire la continuité ipséique en aval

Continuité en aval : acceptation d'être dépassé/remplacé dans une nouvelle métamorphose historique

Le refus de parentalité

« C'est au plan historial une incapacité à projeter son être dans une autre époque ou une autre forme de celle-ci, et de ne vouloir le vivre que dans le recel de son « entre naître et mourir »

L'anorexie mentale

Une disposition "anti-maternelle"

Les liens d'alliance

Le lien marital :

- = une forme de lien d'adoption
- > remanier son existence pour laisser une place à l'autre
- = élaborations ipséiques de distanciation vis-à-vis de soi-même

1.3. Formes délirantes de l'ipséité transgénérationnelle

1.3.1. La « malédiction »

La malédiction porte sur un collectif, un clan, une famille ou sur une lignée

- > « *structure projective* » : le passé antérieur « jette » un futur déjà-advenu sur la lignée), comme si le futur avait déjà eu lieu
- > dans la mélancolie : un accident ontologique est représenté comme antérieur à la vie

Exemple clinique : « si j'ai un fils, il mourra »

Nadir, 36 ans. Famille marquée par deux décès masculins précoces (oncle à 22 ans, cousin à 18 ans). La grand-mère évoquait « la malédiction » depuis une querelle ancienne autour d'un héritage. Annonce récente de grossesse de sa compagne (3 mois).

Installation en 4 semaines :

- Insomnies, retrait, généalogie compulsive ;
- puis conviction délirante : « Depuis l'arrière-grand-père, les premiers fils sont condamnés. Mon fils est déjà perdu. »

Propos tenus :

- Structure projective : « *Je vois déjà sa stèle ; c'est écrit de puis avant nous.* » [futur vécu comme déjà advenu.
- Temporalité de passé antérieur / éternité : « *Ce qui doit arriver a déjà eu lieu. Le temps ne peut plus changer.* »
- Essentialisation du lignage : « *Notre sang porte une faute.* »
- Sentiments oraculaires / autosignalisation : dates, chiffres, panneaux lus comme signes confirmant la malédiction.
- Conduites : pressions pour interrompre la grossesse / se stériliser ; évitements des prénoms masculins ; rituels de « protection ».

Données d'examen :

- Conscience vigilante, discours cohérent, conviction délirante de malédiction transgénérationnelle ;
- Pas d'hallucinations structurées.
- Anxiété élevée, ruminations culpabilisantes. Risque : décisions impulsives (IVG imposée, mise en danger passive), possibles idées sacrificielles (« me supprimer pour casser la chaîne »).

Lecture phénoménologique.

- Soi / ipséité : atteinte de la structure projective

Moi / identités : rôle de père écrasé par le récit maudit

Transgénérationnel : la faute est collective

1.3.2. La « damnation »

La thématique de la « damnation » : au-delà de l'existence singulière (cf. le mythe faustien)

- sentiment d'être comme perdu *de toute éternité*
- conviction d'être déjà mort et de ne plus exister

Ce qui est perdu par le mélancolique : pas seulement son existence, mais son être

Exemple clinique : délire de damnation

Élise, 47 ans. Cadre administratif. Deuil parental récent, conflit éthique au travail vécu comme « compromission ». Arrière-plan familial religieux discret. Aucune histoire psychotique connue.

Installation de l'épisode en 5 à 6 semaines :

Retrait marqué, insomnie de fin de nuit, amaigrissement. Abandon progressif des activités significatives. Lecture répétée de textes moraux. Cesse de planifier toute échéance (« ça n'a plus de sens »).

Vécus/propos rapportés :

- « *Je suis déjà jugée. Ce n'est pas une punition, c'est hors de portée.* »
- « *Rien de ce que je fais maintenant ne compte. Le temps s'est fermé.* »
- « *La joie me serait indue.* »
- Interprétations : sons de cloches, homélies à la radio perçus comme confirmations silencieuses ; resserrement thoracique, chute tonique ; prières mécaniques, privations (nourriture, chauffage).
- Conduites : donne certains objets personnels « pour ne pas laisser de traces », refuse des invitations familiales, « je ne dois pas me réchauffer ». lettre d'excuses inachevée.

Données d'examen :

- Conscience claire. Conviction ferme d'un état de perdition irrévocable ; pas d'hallucinations décrites.
- Contact possible : elle concède « *peut-être que j'exagère* » puis se referme rapidement (« *mais au fond c'est acté* »).
- Idées de mort passives ; pas de scénarisation précis.
- Affects pauvres, voix basse, ralentissement.

Éléments de *clinique phénoménologique* :

- Niveau ipséique de la présence : atteinte de la hauteur d'être
- Temporalité : futur fermé ; rétensions lourdes
- Soi / ipséité : rétrécissement du pouvoir-être ; dévalorisation ontologique
- Moi (empirique) : scénarisation de réparation impossible
- Différentiel avec la malédiction pas de lignée visée ; la faute est personnelle

Articulation Moi – Soi dans la dynamique délirante :

- dépassement vers un registre ontologique
- déclencheurs au niveau du Moi : vécus de "compromission", deuil récent
- atteinte du Soi et de la forme générale de la présence

Charnière phénoménale : l'autosignalisation / interprétation

Passage Moi au Soi < accès à la dimension ontologique

Éléments d'orientation pour l'*accompagnement thérapeutique* :

La "damnation" se vit ici comme une fermeture de l'être, non un destin de lignée, mais une irrévocabilité personnelle qui éteint l'avenir et pousse à la déprise.

> Le soin vise à ré-ouvrir du possible et à ramener la faute dans l'ordre du réparable.

- sécuriser
- nommer la structure > « dé-ontologiser la culpabilité »
- temporaliser
- réduire la "réparation"
- travailler les interprétations

Synthèse : malédiction vs damnation

Dimension	Malédiction	Damnation
Registre	Transgénérationnel (lignée, clan, collectif)	Ontologique / eschatologique (statut d'être, salut)
Origine	Transmise / héritée ; imputée à l'Autre (ancêtres, parole, histoire familiale)	Assumée comme personnelle ; vécue comme faute d'être
Temporalité	Passé antérieur projetant un futur déjà écrit (« ce qui doit arriver a déjà eu lieu »)	Futur fermé, sortie du temps biographique : déjà-accompli irréversible
Objet de la perte	Descendance / futur collectif (ipsité projective entravée)	L'être lui-même / la hauteur d'existence (au-delà de la vie biologique)
Mode de vécu	Destin de lignée, transmission inéluctable	Jugement définitif, exclusion du salut / de l'ordre du possible
Responsabilité	Diffuse, partagée, non strictement individuelle	Absolue, personnelle, vécue comme irrévocable
Conséquences cliniques typiques	Pressions sur la filiation (éviter la naissance, rituels « protecteurs »), conduites de rupture avec l'aval	Auto-privations, déprise des rôles, refus de projets, risque suicidaire comme « prophylaxie ontologique »

1.3.3. Les délires de filiation

Une défaillance de l' "appel pré-projectif (parental) du Soi"

La blesse du Soi en sa teneur ontologique

Proximité de l'érotomanie (érotomanie = délire horizontal, filiation = délire vertical)

Aménagements du délire

Les délires de filiation portant sur l'aval :

- une destinée illustre
- une malédiction de ses enfants > de l'existence à l'essence associée à un dévalement
- l'intuition d'être ce qui nous préexiste
- le délire messianique : une forme de "présomption" : se sentir au-dessus et en avant

Exemple clinique : délire messianique

Sami, 29 ans, sans antécédents psychiatriques connus. Récemment : rupture amoureuse + 10 jours de privation de sommeil (travail + jeûne « purificateur »). Histoire familiale valorisant un arrière-grand-père "saint homme" (récits de bénédictions).

Installation de l'épisode en 1 à 2 semaines.

Hyperactivité, dépenses, discours exalté > puis conviction délirante structurée :

« Je suis l'Envoyé. On m'a choisi avant ma naissance. Je reviens pour redresser le monde. »

Vécus rapportés (extraits).

- Présomption / verticalité : « *Je vois d'en haut ce que les autres ne voient pas. Je dois monter au clocher pour parler à tous.* »
- Vécu d'éternité / dé-temporalisation : « *Les horloges s'arrêtent pour moi.* »
- Vocation prophétique / élection : « *Mon arrière-grand-père m'a transmis la charge ; c'était écrit avant que j'existe.* »
- Sentiments oraculaires : « *Les nombres m'adressent des signes ; quand je regarde quelqu'un, je connais sa mission.* »
- Vécu cosmologique / immatériel : « *Mon corps est léger, parfois fait de lumière ; la gravité m'affecte moins.* »
- Conduites : dons d'objets « pour se dépouiller », tentatives d'accès au toit de l'église pour « annoncer ».

Éléments d'examen :

- Conscience vigilante, tachyphémie, exaltation de l'humeur, délire à thématique messianique, insight nul ;
- Autosignalisation (coïncidences numériques).
- Pas d'hallucinations auditives franches décrites.
- Risque : impulsivité, conduites périlleuses (toit), épuisement.

Lecture phénoménologique :

- Soi / ipséité : présomption, fuite en avant, décorporéistion
- Moi / identités : rôle prophétique essentialisé
- transgénérationnel : appropriation d'un mandat d'ancêtre

Délire : expression des possibilités extrêmes issues des dislocations du lieu d'être

1.3.4. Les implications existentielles de l'ipséité transgénérationnelle

- L'ipséité ne s'appartient pas à elle-même.
- Le verbe être est transitif : faire continuité ; s'opposer à la disjonction/dissociation
- L'énergie déployée dans les productions délirantes est une tentative de maintenir ou rétablir cette continuité
- « L'être ne peut se nier lui-même » (jusqu'à la limite de l'amnésie absolue)
- La perte du Soi ne semble possible que dans les détériorations neurologiques extrêmes

Oliver Sacks, *L'Homme qui prenait sa femme pour un chapeau*, (1985), Paris, Seuil, coll. "Points", n° 245, 1992.

Expériences limites de perte du Soi dans les détériorations psychiatrique :

- les moments confusionnels (transitoirement)
- la "déliennisation" : paraphrénie confabulante, syndrome de Cottard, autisme

Gérard de Nerval, « Aurélia ou Le rêve et la vie » [1855], dans *Aurélia, Les Nuits d'octobre. Pandora, Promenades et souvenirs*, Paris, Gallimard, coll. "Folio/Classique", 2005, p. 123-194.

1.3.5. La ligne de partage entre le vivant et l'existant

Être est « tisser des liens » :

« Le Faire sien en deçà et au-delà de la vie et de la mort donne alors à l'existentialisme de nouveaux territoires. Elle fait sortir le Soi de son solipsisme existentiel pour l'engager dans une autre histoire, celle de nos liens ascendants, descendants et aussi horizontaux : être est tisser des liens. » (G. C., Psychopathologie phénoménologique, t. 2, p. 60).

« Tout ce qui a été est. Rien de ce qui a été n'est retirable du statut d'être. Il est sur un autre mode que la présence vivante, certes, mais ontologiquement, il demeure, cela indiscutablement. » (ibid.)

2. Anthropologie phénoménologique des névroses : « l'être en deçà de soi » (phobie, hystérie)

Analyse de l'espace-temps vécu :

- préalable indépendant des thèmes psychologiques
- = problématique de la distance à soi et à autrui (dans un espace non métrique)

Dans la verticalité :

- l'être-au-dessus-de-soi (la présomption)
- l'être-au-dessous-de-soi/des autres (la sensibilité)

Dans l'horizontalité :

- l' "être-en-arrière-de-soi" : situation existentielle du déprimé mélancolique
- l' "être-en-avant-de-soi" : expérience maniaque
- l' "être-en-deçà-de-soi" : situation anthropologique du phobique (inhibition, introversion)
- l' "être-au-deçà-de-soi" : expérience de monde hystérique (dépassement, excès)

2.1. La spatialité vécue. Espace empirique et espace vécu

2.1.1. Niveau anthropologique et niveau psychologique

Perspective anthropologique :

- l'espace vécu avant tout contenu
- une pure "situation", dans laquelle on se trouve (entièrement ou partiellement)

*« Le niveau anthropologique met à jour l'expérience de l'homme comme un mouvement permanent de retotalisation et redéfinition situationnelle de soi au regard de ce tout . S'il est ce tout au sens de l'être au monde, c'est-à-dire si son être est en conscience ultime de ce tout, il n'y a rien à dire d'anthropologique ; alors nous "sommes au monde", selon la célèbre formule . S'il n'est pas ce tout (le verbe être est alors chargé d'un sens ontologique et situationnel), nous sommes dans un « blocage » situationnel de la résolution dans le tout. Il en résulte alors une position identifiable en un lieu, bloquée, contrainte, retenue dans une configuration. » (G. Charbonneau, « L'être en deçà de soi ou la hantise de l'outrepassement », dans J. Chamond, *Les directions de sens. Phénoménologie et psychopathologie de l'espace vécu*, Le Cercle Herméneutique, 2005).*

La « direction de sens » : une position de « blocage situationnel »

Le phobique est hanté par l'éloignement du proche :

- > la perspective anthropologique met en représentation (spatiale) le champ du possible
- > la spatialité vécue est la relation du soi à soi dans sa structure de possibilité

Dans le cas phobique : un permanent retour *en deçà*

L'espace : le lieu d'expression de la présence humaine dans sa structure globale

Synthèse (tableau) :

- niveau anthropologique : structure fondamentale
- niveau empirique/psychologique : contenus et formes symptomatiques concrètes

Dimension	Niveau anthropo-phénoménologique	Niveau empirique / psychologique (clinique descriptive)
Définition	Expérience fondamentale de l'espace vécu, avant tout contenu psychologique ou biographique.	Manifestation concrète et symptomatique dans la vie psychique du sujet (avec contenus affectifs, cognitifs, biographiques).
Objet d'analyse	La situation existentielle (l'« être-au ») : position structurelle du sujet par rapport au monde (ex. : en-deçà de soi, en arrière de soi, etc.).	Les symptômes observables ou décrits : agoraphobie, claustrophobie, nosophobie, phobie sociale, etc.
Rapport à l'espace	Espace non métrique : vécu de proximité / distance à autrui, expérience de limites, de bords, de centralité.	Espace empirique : lieux concrets déclencheurs de symptômes (ponts, places, foules, pièces fermées, hôpitaux...).
Temporalité associée	Structure du possible : ouverture ou blocage des potentialités existentielles.	Temporalité vécue concrète : anticipations anxieuses, crises ponctuelles, souvenirs traumatiques.
Exemple phobique	"Être en-deçà de soi" : retrait existentiel, hantise de l'outrepassement, impossibilité de se déployer.	Agoraphobie : peur d'être « au milieu », loin du bord ; claustrophobie : peur d'être enfermé sans sortie ; nosophobie : peur d'une maladie menaçante.
Statut épistémologique	Niveau autonome, relativement indépendant des contenus psychologiques (structure du rapport au monde).	Niveau thématique, lié à l'histoire et aux représentations singulières du sujet (contenu biographique, objets phobogènes).

Exemple clinique : nosophobie à structure spatiale (non métrique)

Léa, 35 ans, ingénieure. Collègue hospitalisé pour une infection « rare ». Depuis, Léa évite les hôpitaux et les infos santé.

Installation en 3 semaines : Après un reportage TV, elle repère une petite plaque rouge sur le ventre. Déclenche une angoisse aiguë : « *C'est au centre de moi... si je m'en éloigne, je me perds.* »

Propos et vécus rapportés :

- sensation d'être aspirée par le « centre » (la plaque)
- vérifications répétées au miroir
- crainte du "trop loin" : métro, grandes surfaces, salles d'attente (= « au milieu, sans bord »)
- besoin d'un "bord" physique/social : rester près d'une porte, d'un proche « bienveillant ».
- évitements : visites à l'hôpital, rendez-vous dentaires, lectures "santé"...
- rituels d'hygiène prolongés.

Eléments d'examen :

- Pas de délire ni hallucinations.
- Anxiété élevée, attaques de panique circonstancielles.
- Insight partiel (« je sais que c'est excessif »).
- Fonctionnement global préservé hors contextes déclencheurs.

Lecture anthropo-éphénoménologique :

Niveau anthropologique (spatialité non métrique) :

- direction de sens "en-deçà" : hantise du dépassement ; nécessité de revenir au bord
- centre vs périphérie : la plaque devient un centre qui aime la présence

- distance à autrui : vécue moralement/affectivement autant que physiquement

Niveau empirique/psychologique (thématisation symptomatique) :

- nosophobie : peur de devenir malade > évitements de soins/lieux médicaux, hyper-contrôle cutané
- paniques en situation « au milieu » (place, rame bondée) ; objets contraphobiques (accompagnement, siège près de la sortie).

Dimension	Niveau anthropologique	Niveau empirique
Espace	Non métrique : <i>centre/bord</i> , "en-deçà", auprès du Nous	Concret : hôpitaux, foules, métro
Temporalité	Ouverture vs blocage du possible	Anticipations anxieuses, évitements
Clinique	Hantise de l'outrepassement	Nosophobie, panique, rituels

2.1.2. L' « en deçà » phobique et l' « au-deçà » hystérique

Une relation particulière à la limite :

« Cette situation existentielle phobique se caractérise donc par la hantise de l'outrepassement et la nécessité de rester toujours bien avant la limite, en ce lieu désigné « deçà ». Il n'y a pas tant fuite que retrait. Le retrait est une expression du deçà. » (G. C.)

La situation critique : le "trop loin"

"Au-deçà" : entre "en-deçà" et "au-delà" :

- position phobique : se mettre derrière sa ligne de protection
- position hystérique : sortir du retrait pour se mettre en avant

Exemple clinique : agoraphobie

Julien, 27 ans, étudiant. Depuis 2 ans : agoraphobie et phobie sociale modérée. Amphi, places publiques, supermarchés problématiques.

Installation (6–8 mois).

Repère et trace mentalement une limite (rangée du fond, bord d'allée, proximité de la porte). Panique si cette limite est dépassée : « Si je passe la ligne, je me perds. »

Situations :

- Besoin d'un bord visible (porte, mur, personne « ressource »).
- Trop-loin = milieu : « assis au centre, je n'ai nulle part où me replier ».
- Retrait rapide en arrière (« en-deçà ») dès prémices d'angoisse : sueurs, vision tunnel.

- Évitements : présentations orales, files d'attente longues, grandes places.

Examen :

- Pas de délire/hallucinations.
- Anxiété anticipatoire,
- Quelques attaques de panique situationnelles.
- Insight partiel.

Lecture phénoménologique :

- limite constamment (ré-)élaborée
- l'en-deçà" = lieu et mouvement de retrait

- schème centre/bord : milieu est le trop-loin menaçant ; la présence se ré-abrite au bord

Exemple clinique : recherche de centralité

Inès, 29 ans. Chargée de communication. Expressivité riche, aisance relationnelle. Depuis un an, prise de parole fréquente en réunions, parfois sans préparation.

Installation / tableau actuel :

- Recherche répétée de positions très visibles ; sentiment d'« exister davantage » quand l'attention converge.
- Montée d'intensité ressentie à l'approche de l'intervention ; au-delà d'un seuil : tremblements, vertige fugace, malaise vasovagal court (sans perte de connaissance).
- Après-coup alternant euphorie (relief/triomphe) et honte ; malgré cela, recommence.

Paroles rapportées :

- « Quand je m'avance, tout devient plus net, plus vivant. »
- « Parfois c'est trop : je me sens happée. »
- « Si je reste en retrait, j'ai l'impression de disparaître. »

Examen :

- Pas d'éléments psychotiques.
- Affects labiles, tendance à la sur-exposition, malaises émotionnels brefs, récupération rapide.

Éléments cliniques ;

- rapport centre/bord : attraction vers des positions hautement exposées
- temporalité : sur-investissement de l'instant
- symétrie avec le phobique

Voies psychothérapeutiques :

- re-narrativiser l'instant
- mentaliser la topographie de l'exposition
- interventions en psycho-motricité

Tableau comparatif

Dimension	En-deçà phobique	Au-deçà hystérique
Rapport à la limite	Garde la limite, retour derrière	Franchit la limite, avance vers le centre
Topologie	Bord = sécurité ; milieu = perte	Centre = existence/intensité ; bord = insignifiance
Mouvement	Retrait (évitement, repli)	Projection (exposition, emphase)
Crise	Panique du trop-loin (milieu)	Débordement d'intensité (lipothymie, « trop-près du centre »)
Travail clinique	Exposition au milieu + dissoudre centre/bord	Re-narrativiser l'instant

2.1.3. La nostrité phobique

Cf. « De la nostrité », G. Charbonneau, in Lan du Comprendre, n°9, Paris, 2000 et « nostrité alcoolique », D. Pringuey, *L'art du Comprendre*, n° 10, Paris, 2001.

Exemple clinique : nostrité phobique

Cette vignette illustre que, pour le phobique, l'enjeu n'est pas d'éviter les autres, mais de rester aux « bords d'un Nous » sans s'exposer.

Maël, 33 ans Nouveau poste dans une équipe de 12. Antécédents d'anxiété sociale modérée. Recherche active de collectifs (course, chorale, coworking), changés tous les 3–6 mois.

Installation / comportements repérables (6 mois) :

- Arrive en avance, choisit systématiquement une place près de la porte, à l'extrémité de la table.
- Participe aux afterworks si un collègue familier est présent.
- Dans les groupes loisirs : dernier rang, extrémité du cercle ; se retire quand une mini-fonction visible lui est proposée (p. ex. animer l'échauffement).

Données d'examen :

- Pas de délire ni hallucinations.
- Anxiété sociale, évitements situationnels, malaises vasovagaux brefs lors de prises de parole.
- Insight partiel (« je me mets à l'écart »).
- Fonctionnement global correct mais appartenances instables.

Lecture phénoménologique :

- nostrité : recherchée comme abri
- schème centre / bord : bord = possibilité de repli ; centre = vécu de trop loin (perte du repli)
- temporalité : imminence anxieuse avant les tours de table
- mobilité des nostrités (profil phobique)

Pistes de travail (?)

2.1.4. Anthropologie différentielle de l'« en-arrière » et de l'« en-avant »

Positions existentielles

Distinctions des positions existentielles :

- psychotiques :
 - être en arrière de soi mélancolique
 - être en avant de soi maniaque
- névrotiques :
 - être au deçà de soi hystérique
 - être en-deçà de soi phobique

Comparatif "arrière" :

Dimension	Mélancolie (en arrière de soi)	Phobie (en-deçà de soi)
Position existentielle	En arrière de soi : coupure avec le monde commun, retrait absolu.	En deçà de soi : retrait devant une limite vécue, mais présence maintenue.
Rapport au monde	Rupture franche : impossibilité de rejoindre le monde partagé.	Repli partiel : le monde reste accessible, mais limité par l'angoisse du « trop loin ».
Présence	Présence effondrée, discontinue.	Présence préservée, mais entravée.
Temporalité	Temps figé dans le passé, culpabilité irremédiable.	Temps encore équilibré entre passé, présent et futur, mais sous tension.

Dimension	Mélancolie (en arrière de soi)	Phobie (en-deçà de soi)
Culpabilité	Ontologique : dette radicale, inéluctable (délires de culpabilité).	Culpabilités labiles, ponctuelles, sans portée ontologique (« micro-culpabilités »).
Ipséité	Fragilisée, engagée pathétiquement (« tout son être » en jeu).	Préservée, ne met pas en péril le sentiment d'identité fondamentale.
Symptôme clinique typique	Délires mélancoliques de culpabilité, rupture du lien social.	Phobie sociale, agoraphobie, inhibition, mais continuité de la présence.

Comparatif "avant" :

Dimension	Hystérie (au-deçà de soi)	Manie (en avant de soi)
Position existentielle	Franchissement de la ligne de retrait vers des positions hautement visibles (centrales), mais retour possible.	Projection au-delà des limites usuelles : propulsion vers l'initiative et l'extériorité, dépassement durable des bornes.
Rapport au monde	Monde recherché comme scène d'intensité ; besoin du regard d'autrui pour valider.	Monde vécu comme illimité / hyper-ouvert ; tout semble relié, disponible, pertinent.
Présence	Préservée, mais déstabilisée par l'intensité (débordements brefs : lipothymies, panique d'exposition).	Expansive, parfois envahissante ; si traits psychotiques : ruptures partielles (idées de grandeur, méconnaissance du risque).
Temporalité	Sur-investissement de l'instant (imminence, « coup de projecteur ») au détriment du récit et de la préparation.	Protension hypertrophiée : fuite en avant, accélération, projets multiples ; présent emporté par l'« à-venir » immédiat.
Affect principal	Intensité labile : exaltation > honte / embarras > re-quête d'intensité.	Exaltation / irritabilité, sentiment de puissance, réduction de l'auto-critique.
Ipséité	Sentiment de soi conservé ; style auto-centré sur la centralité-intensité.	Gonflement du pouvoir-être ; risque d'auto-déliaison (surestimation de soi / minimisation des limites).
Schème centre / bord	Aimantation du centre (visibilité) ; le retour au bord apaise.	Le centre se déplace partout : difficulté à retrouver un bord, dispersion.
Symptôme clinique typique	Sur-exposition, prises de parole impulsives, malaise vasovagal d'émotion, théâtre relationnel.	Fuite des idées, logorrhée, dépenses / conduites à risque, insomnie sans fatigue ; ± idées de grandeur.

Culpabilité

Formes de culpabilité selon quatre configurations existentielles :

- Phobie : culpabilité instrumentale, labile, sans thème ontologique.
- Hystérie : culpabilité-honte liée à la centralité et à l'instant.
- Manie : culpabilité écrasée par l'élan ; revient après.
- Mélancolie : culpabilité absolue, engageant le Soi et la temporalité (futur fermé).

Dimension	Phobie (en-deçà)	Hystérie (au-deçà)	Manie (en avant)	Mélancolie (en arrière)
Type de culpabilité	Micro-culpabilités labiles, circonstancielles	Culpabilité-honte après sur-exposition	Faible/ajournée pendant l'épisode ; retour post-manie	Culpabilité ontologique (dette irrévocable)
Déclencheurs	Franchir la limite (trop loin du bord), petites « transgressions » de rôle	Écart entre intensité recherchée et contrôle ; « trop au centre »	Conduites expansives, transgressions de limites (souvent sans ressenti immédiat)	Vécus de faute d'être, de ruine morale ; parfois sans faits réparables
Temporalité	Brève, réversible, se dissipe en repli	Après-coup court : triomphe > honte	Protension hypertrophiée : culpabilité minimisée ; retour en phase	Figée : passé inéluctable, futur fermé

Dimension	Phobie (en-deçà)	Hystérie (au-deçà)	Manie (en avant)	Mélancolie (en arrière)
			se eutthyme/dépressive	
Objet visé	« Je n'ai pas assez donné », « j'ai fui »	« J'ai trop pris la place », mise en scène de soi	« J'ai dépassé » (souvent reconnu après)	« Je suis indigne / coupable d'être »
Qualité affective	Discrète, utilitaire (régule l'exposition)	Honte + culpabilité, oscillante	Euphories qui anesthésient la faute ; irritabilité	Gravité tragique, accablement, auto-accusation
Rapport Moi / Soi	Moi (rôles, règles) ; ipséité préservée	Moi auto-centré (centre/bord) ; ipséité stable	Moi débordé par l'essor protensif ; ipséité gonflée	Atteinte du Soi (forme de présence) : dette qui engage « tout l'être »
Fonction / issue	Signal d'ajustement > repli, évitement	Régulation d'intensité (retrait, puis re-quête d'intensité)	Peu régulatrice sur le moment ; risque d'après-coup massif	Expiation / auto-punition ; risque suicidaire
Expression corporelle	Tension, panique de bord, parfois malaise	Lipothymies, tremblements de scène	Hyperactivité, insomnie sans fatigue	Ralentissement, anhédonie, douleur morale
Narrativité	Récits pragmatiques (« j'aurais dû... »)	Récits centrés sur la scène et le regard	Grand récit euphorique ; minimisation des torts	Monologue de faute, idées délirantes de culpabilité
Risque clinique	Évitements, restriction de vie sociale	Sur-exposition répétée > épuisement/honte	Conduites à risque, dettes, conflits	Suicide, nullité d'espoir, retrait radical
Leviers thérapeutiques	Travailler la périphérie active, redéfinir le « suffisant »	Réguler l'intensité, préparer/raconter l'instant, boucles centre > bord	Cadre et co-régulation du rythme, anticipation des réparations	Soutien existentiel, dés-ontologiser la faute, ouvrir la protension, sécuriser le risque

2.2. Les symptômes phobiques et leurs sens anthropologique

2.2.1. L'agoraphobie

L'agoraphobie : symptôme paradigmatique (l'espace y est vécu à l'état pur)

« L'espace est vécu comme un lieu d'exposition où le risque de perte au milieu et trop loin du bord est constamment dessiné et projeté. » (G. C.)

La "limite" : la ligne de partage entre le familier et l'espace de perte

Le "trop loin du bord" (qui peut être le milieu) structure l'espace

Le vertige agoraphobique/acrophobique :

- une brusque désorganisation de l'espace vécu, une confusion de l'ici et là
- une impulsion à aller vers le "milieu"
- une peur de ne pas pouvoir retrouver le "bord"
- une hantise de se perdre dans l'*au-delà de soi*

2.2.2. La claustrophobie

La claustrophobie (problème similaire) :

- être au milieu et empêché de retourner vers le bord (= la sortie)
- "être enfermé" = être *sans autrui proche*

- ou parfois inversement : angoisse due à la trop grande proximité d'autrui

Francesetti Gianni, Belasco Florence, « Perspective de la Gestalt-thérapie. Clinique des attaques de panique », *Le Journal des psychologues*, n° 359, 2018/7, p. 52-57.

2.2.3. Les phobies sociales

- peur être perdu au milieu d'une foule, du "trop habité"
 - un espace social trop "profond", sans proximité bienveillante
- = peur liée à la dislocation des structures anthropologiques familiales protectrices

2.2.4. La nosophobie

La maladie porte le sens de la perte d'autrui : un brusque *trop-loin*

2.2.5. Les « moments critiques »

La crise agoraphobique (attaque d'angoisse) est déterminée par :

- la perte des repères entre le bord et le milieu
- accompagnée d'une recherche panique du bord

La crise d'hystérie : une surdétermination de la centralité

La crise de spasmophilie : à la fois phobique et hystérique

2.3. La relation hystérique et phobique à la centralité

2.3.1. Centralité et intensité dans l'hystérie. La perte dans l'instant

La centralité comme position existentielle

> on peut se perdre dans l'instant, dans l'imminence (de l'événement)

L'hystérie est une pathologie de l' "instant-intensité" comme elle l'est de la "centralité-intensité".

Exemple clinique : La perte dans l'instant

Élise, 26 ans, responsable RH, passionnée de scène (slam). Pas d'antécédents psychiatriques majeurs.

Vie sociale dense, forte présence en ligne.

Multiplication des prises de parole improvisées.

Sensation d'ivresse en direct, suivie d'épuisement et de malaise lipothymique à plusieurs reprises > demande de consultation

Vécus rapportés :

« L'instant m'aspire. Il ne reste que moi et les regards. »

- Aimantation : avance spontanément au centre, cherche les regards.
- Intensité montante : chaleur, fourmillements, « zoom » sur les visages, bruit étouffé.
- "Perte dans l'instant" : « Le monde se dissout ; je deviens la scène. »
- Après-coup : trou mnémonique partiel du passage, exaltation > honte, ruminations, posts supprimés.

- Conduites : surenchère d'événements « pour revivre ça », préparation quasi nulle (« ça doit être pur »).

Données d'examen :

- pas de délire ni hallucinations.
- affect labile, théâtralité modérée
- lipothymies d'émotion sans perte de connaissance
- insight fluctuant (« je sais que je force, mais j'en ai besoin »)

Lecture phénoménologique :

- **topologie** : attraction centrale
- **Temporalité** : tyrannie de l'instant-intensité

Soi / Moi : le Soi se décorpore partiellement

Orientations thérapeutiques :

- restituer du bord (espace)
- restituer du récit (temps : avant/pendant/après)
- désaturer le centre

Posture et cadre :

- suspendre l'explication causale (époque clinique)
- décrire et éclairer la manière d'être-au-monde (forme de présence)
- constituer une alliance phénoménologique
- être co-enquêteur·rice du vécu
- sans chercher à corriger, ni à convaincre

Phase I : clarification descriptive

- déplier plutôt qu'expliquer
- construire une représentation de la structure de présence

Phase II — Habiter autrement l'espace et le temps

- corporéité vécue
- scénographie du regard

Phase III — Ré-ouvrir la temporalité (du kairos au récit)

- support cognitif : reconstitution des séquences rétention-protention
- support narratif : enveloppement dans un récit

Phase IV — Repositionnement des rôles (idem) et du sens (ipse)

- évaluation des rôles et de leurs styles
- dé-essentialiser les rôles
- redéfinir les valeurs/axes d'existence > remobiliser un autre "pouvoir être"

Appréciation qualitative de l'évolution

- le patient peut rester en périphérie sans se dissoudre
- il peut aller au centre sans se perdre
- l'instant devient séquencé
- moins de lipothymies

- le récit de soi se densifie

2.3.2. Typification hystérique des identités de rôle

Saturation des identités de rôle :

Type de rôle	Exemple hystérique typique	Commentaire phénoménologique
Sexuel / affectif	Hyperféminité / amant passionné	Exagération du rôle, saturation de l'identité affective, centralité du désir et du regard d'autrui.
Familial / professionnel	La mère parfaite / le grand professeur	Incarnation emphatique de figures centrales, recherche de reconnaissance par le rôle social.
Religieux / existentiel	Le mystique, le prophète, le sage	Mise en scène d'une identité transcendante, emphase sur l'unicité de sa place dans le monde.

Comparaison hystérie/phobie :

Phobique	Hystérique
Fuit les rôles trop visibles, craint l'exposition.	Cherche les rôles centraux, s'expose au regard.
Préfère l'anonymat, le bord, la discrétion	Vise la centralité, l'intensité, la visibilité.
Angoisse : être au centre sans pouvoir revenir en retrait.	Angoisse : perdre la centralité, tomber dans l'indifférence.

Observation : un cas de dysmorphophobie

Spitzer Robert L., DSM-IV-TR. Cas cliniques, Paris, Masson, 2008, p. 7-8.

Chris est un jeune menuisier de 31 ans, à l'air timide et anxieux, qui a été hospitalisé après avoir tenté de se suicider en s'asphyxiant avec un sac plastique. Il demande à rencontrer la psychiatre dans une pièce aux fenêtres occultées. Il porte une casquette de base-ball enfoncée quasiment jusqu'aux yeux. Tout en gardant les yeux baissés, Chris annonce qu'il n'a pas d'amis, qu'il vient d'être renvoyé de son travail, et que sa petite amie l'a récemment quitté. Quand la psychiatre demande à Chris d'être plus précis, celui-ci répond : C'est vraiment dur de parler de tout ça, Docteur. Je ne sais pas si je vais y arriver. C'est trop gênant. Enfin, je pense qu'il faut que je vous en parle... près tout, c'est à cause de ça que je suis à l'hôpital. C'est mon nez qui pose problème.

Votre nez ? lui demande la psychiatre.

Oui, c'est à cause de ces énormes marques de vérole sur mon nez. Elles sont grotesques ! J'ai l'air d'un monstre. Je suis aussi affreux qu'Elephant Man ! Je ne pense qu'à ces marques toute la journée. J'y ai pensé chaque jour pendant ces 15 dernières années. J'en fais même des cauchemars. À ce que je crois, tout le monde peut les voir et c'est à cause de ça que les gens se moquent de moi. C'est pour ça que je porte ce chapeau à longueur de temps.

C'est aussi pour ça que je ne pouvais pas vous parler dans une pièce éclairée... Vous auriez vu à quel point je suis affreux.

La psychiatre ne parvint pas à voir les grosses marques de vérole auxquelles Chris faisait référence, même quand plus tard elle le revit dans une pièce bien éclairée. Chris est en réalité un beau jeune homme dont la peau présente un aspect normal même, au niveau des pores. La psychiatre lui dit : ' Je ne vois pas les horribles marques de vérole dont vous me parlez. C'est peut-être la perception que vous avez de votre apparence physique qui est déformée. Ne pensez-vous pas que ces marques de vérole ne sont rien d'autre en fait que les pores de votre peau et qu'ils sont tout à fait normaux ?

Il m'est difficile de répondre à cette question, rétorqua Chris. J'ai préféré garder le secret à propos de cette préoccupation parce que j'en ai tellement honte. J'ai bien peur que les gens pensent que je suis trop futile. J'en ai quand même parlé à quelques personnes et elles ont essayé de me convaincre que les pores de ma peau étaient totalement invisibles. Parfois, j'arrive à les croire. Je me dis que je déforme sans doute la réalité et que mes pores ne sont pas si horribles. Et juste après, quand je me regarde dans la glace et que je constate que les pores de ma peau sont énormes et affreux, je suis convaincu que les gens se moquent de moi. Dans ces _moments-là, personne ne peut me faire changer d'idée. Si quelqu'un essaie, je pense qu'il a pitié de moi et qu'il veut alléger ma peine. Ce problème a pesé sur moi de bien des manières. Cela vous paraîtra peut-être difficile à croire, mais ce problème a détruit ma vie. Je ne peux penser à rien d'autre qu'à mon visage. Je passe des heures chaque jour à regarder mes marques dans le miroir. Je ne peux pas m'en empêcher. Du coup, j'ai été absent de plus en plus souvent de mon boulot et j'ai cessé de sortir avec mes copains et ma petite amie. Quand le regard des gens se posait sur moi, j'étais si angoissé que je commençais à rester confiné chez moi la plupart du temps. Les rares fois où je sortais, je brûlais les feux rouges car je ne voulais pas avoir à attendre au feu alors que des gens auraient pu m'observer. Ce chapeau m'a un peu aidé mais il ne couvre pas toutes les marques. Pendant un temps, j'ai

même essayé de les camoufler avec du maquillage mais je me suis dit que le maquillage allait attirer l'œil des gens si bien que ça n'a pas servi à grand-chose. La seule fois où je me suis vraiment senti à l'aise c'est quand, à l'occasion d'Halloween, j'ai porté le masque de Batman que mon neveu m'avait prêté. Alors là, personne ne pouvait voir mes marques. J'ai été absent de mon travail tellement de fois que je me suis fait virer. Ma petite amie m'a supporté pendant longtemps, mais à la fin elle n'en pouvait vraiment plus. Ce qui était vraiment dur pour elle c'est que j'en n suis venu à lui demander près de cinquante fois par jour si je n'étais pas trop mal et si elle voyait mes marques. Je pense que cela a été la goutte d'eau qui a fait déborder le vase. Si on m'avait donné le choix, j'aurais préféré avoir un cancer. C'est sûrement moins douloureux. Ces marques, c'est comme si j'avais une flèche plantée en plein cœur.

Chris poursuivit en évoquant le fait qu'il avait été voir un dermatologue pour se faire faire une abrasion de ses taches, traitement qui lui fut refusé car « le dermatologue a répondu qu'il ne voyait rien à cet endroit ». Chris parvint quand même à convaincre un autre dermatologue d'intervenir mais il convenait que ça n'avait servi à rien. Finalement, ces marques induisaient en lui un tel désespoir qu'il avait fait deux tentatives de suicide. La plus récente de ces tentatives s'était produite après qu'il se soit vu dans la glace : il en avait été horrifié. Il raconta à la psychiatre : J'ai vu à quel point j'étais affreux et je me suis dit que je n'étais pas sûr que ça vaille la peine de continuer à vivre si je devais supporter d'avoir cet aspect et de ne penser qu'à ça tout le temps.. Sa première tentative de suicide l'avait également mené à l'hôpital, mais Chris avait si honte de son problème, et il était tellement persuadé qu'on ne le prendrait pas au sérieux, qu'il n'en avait pas parlé à l'équipe médicale et avait simplement dit qu'il était déprimé.