



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

SCIENCE @ DIRECT®

**L'ÉVOLUTION  
PSYCHIATRIQUE**

L'évolution psychiatrique 70 (2005) 311–322

<http://france.elsevier.com/direct/EVOPSY/>

Georges Lantéri-Laura

## La psychiatrie phénoménologique du XXI<sup>e</sup> siècle ; psychosomatique et nosologie

### A phenomenological psychiatry for the XXI<sup>st</sup> century; psychosomatics and nosology

Armelle Grenouilloux <sup>a,\*</sup>, <sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Praticien contractuel psychiatre, S.H.U.P.P.M., hôpital Saint-Jacques, 44093 Nantes cedex, France*

<sup>b</sup> *Psychiatrie, Secteur X, Centre Hospitalier, 49403 Saumur cedex, France*

Reçu le 12 novembre 2004 ; accepté le 27 janvier 2005

Disponible sur internet le 03 juin 2005

---

#### Résumé

La psychiatrie phénoménologique, *modus operandi* de la démarche épistémologique en psychiatrie, aujourd'hui riche d'un corpus anthropologique foisonnant, aborde le XXI<sup>e</sup> siècle en faisant retour sur sa capacité articulatoire, interlocutrice critique des sciences naturelles et des sciences humaines, pour ouvrir, *via* la question de l'unité psychosomatique, à une actualisation de la nosologie.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

Phenomenology, *modus operandi* of epistemological research in psychiatry is today rich of a great number of anthropological texts. Facing the XXI<sup>st</sup> century, it looks at its singular ability to criticize and to make links between natural sciences and human sciences so that it aims to raise the question of unity, while reconsidering the psychosomatic question, through a reexamination of nosology.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

---

\* Auteur correspondant : Mme le Dr Armelle Grenouilloux.

☆ Toute référence à cet article doit porter mention : Grenouilloux A. La psychiatrie phénoménologique au XXI<sup>e</sup> siècle : psychosomatique et nosologie. *Evol psychiatr* 2005 ; 70.

Adresse e-mail : [g.noux@wanadoo.fr](mailto:g.noux@wanadoo.fr) (A. Grenouilloux).

*Mots clés* : Phénoménologie ; Anthropologie ; Epistémologie ; Psychosomatique ; Nosologie ; Sciences naturelles ; Sciences humaines

*Keywords*: Phenomenology; Anthropology; Epistemology; Psychosomatics; Nosology; Natural sciences; Human sciences

---

## 1. Propos introductif

Si l'objet central de la psychiatrie de la modernité, classificatoire, en quête de fondements biologiques, est composé du vaste champ des « maladies mentales » et des « troubles mentaux », quelle place cette discipline médicale particulière peut-elle encore ménager à la question psychosomatique ? En quoi, et comment, face au progrès des sciences naturelles, la psychiatrie phénoménologique peut-elle particulièrement contribuer à ce travail ?

## 2. Psychiatrie phénoménologique et épistémologie

La question psychosomatique surgit en médecine chez J.H. Heinroth (1773–1843) en réaction au positivisme du XIX<sup>e</sup> siècle et ce tandis que le traitement de la « pathologie mentale », la « médecine mentale », fait progressivement place à la « psychiatrie ». Cette discipline, de par sa constitution même, se situe donc dans une « double subordination au moins chronologique à l'égard de la culture et de la médecine » [1]. Cependant, de « par son effort vers une connaissance rigoureuse » [2], la psychiatrie ne se réduit pas aux cultures dans lesquelles ou à côté desquelles elle est apparue. Plus même, de par son aptitude singulière au « relativisme partiel » selon l'expression de Georges Lantéri-Laura, la psychiatrie, qui a régulièrement mis en évidence l'irréductible de son objet premier, la folie (ailleurs la psychose ou encore les psychoses) au statut de pur objet scientifique, peut aujourd'hui, grâce à sa part phénoménologique et au « retour aux choses mêmes », ménager aux sciences naturelles une juste place dans la réflexion anténosographique, transdisciplinaire, sur l'être malade. Un tel discours, que l'on doit discriminer plus que ce n'est l'usage de la nosographie comme des classifications, est celui de la nosologie (du grec *noseiv* être malade, *logos* discours). Nous précisons ici qu'une telle nosologie fondamentale, structurant un discours qui tout à la fois explique et comprends l'unité psychosomatique en souffrance, s'avère aujourd'hui si ce n'est inconsistant du moins fragmentaire et donc inopérant.

En effet, lorsqu'Arthur Tatossian nous rappelle que la psychiatrie peut, à l'instar des sciences psychologiques ou sociales, soit choisir de se plier au modèle des sciences de la nature (*Naturwissenschaften* allemandes ; sciences empirico-analytiques d'Habermas) et trouver là un intérêt technique ou instrumental, soit viser un intérêt communicatif (ou pratique au sens kantien du terme) centré sur la communication du sens, du côté des sciences de l'esprit (*Geisteswissenschaften* allemandes ; sciences historico-herméneutiques d'Habermas) [3], il souligne que « par ce double aspect l'épistémologie de la psychiatrie est effectivement solidaire et différente de celle généralement attribuée aux sciences ». Et saisir la spécificité de la psychiatrie impose de garder unifié ce double aspect. Refuser de scinder la discipline en psychiatrie « scientifique » d'une part et en « métaphysique » de la psychiatrie

de l'autre impose d'aborder les conditions de possibilité d'une connaissance à la fois biologique et personnelle. Or, la phénoménologie en psychiatrie qui, dans sa tradition *principes*, adjoint au relativisme partiel la capacité d'allier explication et compréhension, pose ainsi les jalons de cette démarche.

Précisons ici d'emblée que la psychiatrie phénoménologique ne fait pas fond pour autant d'une définition univoque de l'homme normal : avec la tradition psychiatrique phénoménologique il n'en va pas, à l'inverse de la culture sémiologique classique, de la référence plus ou moins explicite à une norme, fut-ce celle du discours médical comme expression technique du discours commun. Avec la phénoménologie en psychiatrie, il ne s'agit donc pas de « déduire l'ensemble des maladies mentales d'un modèle hégémonique de l'homme, modèle dont on produirait hégémoniquement une anthropologie pathologique, d'où l'on déduirait à l'ombre de Claude Bernard, le divers des maladies mentales enfin unifié » [4]. Ceci posé, avec la démarche phénoménologique, il n'en va pas non plus de l'établissement d'une théorie de l'homme malade. La psychiatrie phénoménologique n'explique pas les maladies mentales, elle ne prétend ni en interpréter les causes (comme le font la psychanalyse ou les sciences naturelles) ni en prévoir l'évolution.

Si l'on veut bien considérer qu'en psychiatrie, à l'inverse des autres champs de la médecine avec lesquels elle partage pourtant la démarche diagnostique fondée sur une sémiologie et des examens complémentaires (qui en psychiatrie aussi courent le risque, réel bien que techniquement différé par rapport aux autres disciplines, d'être indûment privilégiés par rapport à la clinique), des questions aussi complexes que celle de la liberté, celle des « aspects expressifs du corps », ou encore la considération de l'« expérience vécue » [4] du patient, demeurent au centre de la rencontre thérapeutique, force est de constater que c'est autour de la saisie des tels items singuliers, peu ou pas accessibles à la sémiologie classique, que s'est initiée et poursuivie au long du XX<sup>e</sup> siècle la démarche phénoménologique en psychiatrie. Et elle seule.

Lorsque la phénoménologie appréhende le phénomène, elle permet d'aborder le style du malade, ce que c'est pour lui que d'être malade. Elle se place dès lors en deçà du symptôme sur le chemin que permet la sémiologie vers les signes diagnostiques, mais au-delà du symptôme sur le chemin qui mène à l'essence de l'être-malade. Par-là même, l'attitude phénoménologique est indispensable à penser les conditions de possibilité non seulement de la nosographie ou de l'utilisation clinique des classifications, mais aussi d'un lien ouvertement critique aux sciences naturelles. Et puisque, revenir « aux choses-mêmes », c'est « laisser apparaître les troubles mentaux tels qu'ils apparaissent, (cela) exige donc qu'on renonce à toute une partie de la clinique classique et qu'on fasse, comme le disait Husserl, vœu de pauvreté en matière de connaissance » [5]. Et ce qui a permis de penser autrement la clinique, va nous permettre *mutatis mutandis* d'appréhender à nouveaux frais le normal et le pathologique, d'effectuer un travail nosologique.

En prolongeant ce mot d'ordre aux nouveaux objets de la psychiatrie, en étendant son anthropologie phénoménologique au-delà de ses bornes traditionnelles, régulièrement référées à la psychose, l'attitude phénoménologique qui permet au psychiatre de ne pas succomber à l'illusion d'une vérité instrumentale tout droit sortie de la classification statistique ou de l'imagerie fonctionnelle est donc celle qui fait du malade le *terminus a quo* et le *terminus ad quem* de tout projet, non seulement thérapeutique, mais bien scientifique.

Cette attitude qui évite au psychiatre de « s'aliéner dans des mystifications » [5] est aussi celle qui met en place, nous dit encore Tatossian, « une critique de la raison psychiatrique » [6].

Visant l'examen des conditions de possibilité d'un discours tout à la fois compréhensif et explicatif des maladies de l'homme, l'unité psychosomatique, cet axe bien connu de la psychiatrie phénoménologique ressortit à une démarche épistémologique. Pour aborder l'homme sans préjugés tout en intégrant les sciences particulières et ceci « (...) [pour les] pré penser (« *vor-denken* » dans ce que Husserl appelait les « ontologies régionales » c'est à dire les préjugés, les présupposés aprioriques essentiels qui régissent la région — psychique, corporelle, historique, physique,... — propre à chaque science et qu'elle oublie pendant son développement » [3] la phénoménologie ne prétend cependant pas établir « une épistémologie pure et dure chargée de dicter des règles impératives à une science » psychiatrique qui aurait produit et ses normes et ses lois. *A contrario*, si elle est possible, une telle épistémologie peut « satisfaire les tenants d'une épistémologie moins normative et définitive qu'historique et descriptive de l'évolution et de l'état actuel des sciences » [3]. La psychiatrie phénoménologique doit pour cela s'efforcer de médiatiser précisément la rencontre critique de son anthropologie et des sciences naturelles autour de la question de l'unité et du lien psychosomatique. Ce dialogue, cette interlocution est donc à tout jamais ouverte et inachevée puisque dépendant d'autant de données évolutives que sont à la fois la compréhension de l'inscription de l'homme dans le monde et les explications des sciences naturelles.

### 3. Retour aux fondements mêmes de la psychiatrie phénoménologique

À la confluence des sources philosophiques de la médecine, de la psychologie et de la psychiatrie compréhensives mais aussi des sciences naturelles, le mouvement réflexif de la psychiatrie phénoménologique cultivant la démarche épistémologique, avec le souci de « continuité entre le discours du « corps-objet » et du « corps propre » », a permis notamment l'essor d'une psychopharmacologie débutante (Roland Kuhn et l'imipramine en 1956). Ce qui témoigne, dès ses origines, d'une volonté continue et forte de dialogue au sein de cette mouvance, alors formulée en ces termes : « L'observation et l'interprétation qui font appel à la psychopathologie, à la psychopharmacologie et à l'analyse existentielle se complèteront l'une l'autre de façon de plus en plus claire et si une de ces analyses fait plus de progrès les problèmes posés s'affineront davantage par la différenciation. » [7]

Aujourd'hui, ceci implique, contrairement à la majorité de l'évolution médico-technique, de ne pas subordonner tout raisonnement clinique à la référence de la norme du laboratoire et des classifications. Et puisqu'il ne s'agit plus de ramener le pathologique à la norme scientifique mais bien de guider la recherche scientifique en ne laissant pas de lui rappeler le primat clinique, il nous semble que la tâche de la psychiatrie phénoménologique, voire de la psychiatrie en général, consiste également à œuvrer, à mesure du dialogue tenté, à préciser la saisie du phénomène de maladie, impliquant l'unité psychosomatique de la personne et de sa biologie.

Intrinsèquement et simultanément *altération* du corps et *aliénation* du psychisme, nous comprenons aujourd'hui de nouveau l'état pathologique comme différant de l'état de santé

non pas en degré, comme la biologie l'a posé, mais en nature. Avec la maladie, s'est en effet accompli le passage de l'état de possibles à la perte-de-pouvoir-être-autrement (Blankenburg), et ceci à des degrés variables — tant au plan somatique que psychique — donnant lieu à des tableaux cliniques divers pour lesquels les nosographies ne sont qu'autant de constructions secondaires en lien avec la nécessaire opérativité diagnostique et thérapeutique.

Nous estimons donc que c'est en deçà des nosographies que se situe l'interaction entre la clinique de l'unité psychosomatique en souffrance, *alter et alius*, et les connaissances neuroscientifiques, cognitives, immunologiques, endocriniennes, et autres données de laboratoire. La maladie de l'homme saisie comme altération et aliénation peut guider la recherche scientifique pour la mise en place d'outils de restauration comme de libération [8,9].

On trouve d'ailleurs chez Ludwig Binswanger (1881–1966), l'un des pères fondateurs de la psychiatrie phénoménologique, introduit en France par Minkowski puis par Foucault, les bases de cette démarche sous la forme d'une interrogation quant au lien entre fonction vitale et histoire intérieure de la vie.

Nous ne pouvons pas ne pas noter toutefois ici en préambule de ce rappel l'une des difficultés de la pensée de Binswanger qui est la complexité de sa syntaxe, une autre étant l'usage de néologismes et/ou d'une terminologie flottante à contradictoire. Et sur le sujet qui nous préoccupe, nous cumulons les difficultés des deux ordres. Si nous nous efforçons toutefois de suivre le cheminement de l'auteur, nous notons que la fonction vitale est l'« événement naturel physique et spirituel, en un mot, l'organisme comme somme unique des deux fonctions » ([10], p. 58).

Lorsqu'il se propose d'approfondir cette notion, Binswanger invoque Aristote et les fonctions vitales élémentaires de l'organisme dont l'« esprit est le principe agissant de la forme » ([10], p. 58), ce « reste » qui « demeure et exige impérativement autre chose qu'un mode d'observation biologique » ([10], p. 60). Le psychiatre veut approfondir encore l'exploration de la « fonction vitale » par l'étude de ces « concepts tirés de perceptions internes et externes nombreuses construits par la science naturelle à l'aide de la catégorie biologique de « causalité » et de loi, derrière lesquels se dissimule toujours quelque part le concept de substance, de la *morphè* porteuse de fonctions et de la force ou de l'énergie s'exerçant dans cette fonction » ([10], p. 62). La fonction vitale serait donc appréhendée par la biologie mais une biologie indicatrice de « limites » plus que de déterminations, « limites à l'intérieur desquelles un élément d'expérience vécue peut mais jamais ne doit devenir motif pour une nouvelle expérience vécue » ([10], p. 71). Car la fonction vitale croise et recroise le déroulement des expériences vécues qui prennent le sens d'une histoire intérieure de la vie.

Et au sein des deux dimensions, fonction vitale et histoire intérieure de la vie, qui coexistent, s'influencent réciproquement déterminisme et liberté. Car l'histoire intérieure de la vie rassemble le « rapport spirituel des contenus vécus » de la « personne individuelle (spirituelle) » ou « noyau originaire ou centre de telles expériences vécues » ([10], p. 52). Disant cela, face à la psychanalyse, Binswanger pose que « l'histoire intérieure de la vie de l'être n'est pas seulement constituée de contenus de désirs mais aussi de toute la plénitude des composantes spirituelles possibles de notre vie d'expérience » ([10], p. 54). Face aux sciences naturelles, de la même façon, il énonce : « les contenus de nos expériences vécues ne sont pas déterminés par l'état de l'organisme ou du cerveau de façon univoque et [...] ici

aussi bien le mode d'observation causal que celui du parallélisme psychophysiologique nous laissent dans l'embarras ».

L'histoire intérieure de la vie, Binswanger le répète donc, c'est « l'ordre historique unique des contenus de la personne spirituelle individuelle en tant que sorte originaire ou noyau de toute expérience » ([10], p. 62-63). Et là, face à de ces folies totales qui résistent à la psychanalyse, face à cette « transformation de la vie mentale dans sa totalité », il se rend compte que « comprendre n'est pas en effet simplement constater ; c'est saisir au sein de la contingence une raison nécessaire. » ([10], p. 162). Ce qui est à comprendre dans chaque histoire intérieure de la vie, c'est donc bien ce « rapport unique, non répétable, historique » des séries de contenus d'expérience vécues, qui font de celles-ci non des lois de la fonction au sens des sciences naturelles mais des « lois essentielles, des rapports essentiels purement phénoménologiques ou eidétiques » ([5], p. 55).

C'est ainsi que, délaissant l'étude de la place de la fonction vitale elle-même, qui pour demeurer acquise ne sera pratiquement plus problématisée, Binswanger va alors se recentrer sur les « rapports essentiels purement phénoménologiques (...) » au sein de chaque histoire intérieure de vie, rapports qui seuls détiennent les clés de cette « raison nécessaire ». Pour mieux « comprendre » l'histoire intérieure de vie, il va développer une étude de la constitution de l'expérience vécue et de ses « connexions de motivation » dont il veut saisir les « directions de sens » par une analyse de l'existence (*Daseinsanalyse*) référée à une anthropologie phénoménologique.

Sans chercher à parvenir ici au cœur du travail daseinsanalytique de Binswanger, nous voulons souligner maintenant la direction méthodologique que cette œuvre indique. S'il n'a pas théorisé pour elle-même la question psychosomatique, qui ne se posait pas en ces termes à l'époque, Binswanger a posé les moyens de la récusation de la dichotomie psychique–corporel comme du déterminisme qui l'accompagne que celui-ci soit psychogénétique ou somatogénétique selon les écoles. Il a développé au fil de son œuvre anthropologique phénoménologique, bien que centrée sur les psychoses, les principes d'une appréhension de la corporéité qui éclaire la saisie de l'unité psychosomatique spécifiquement humaine. Il n'aurait donc pas démenti la reprise de ce projet, référé entre autres à Merleau-Ponty dont il partagea explicitement les premières conceptualisations sur l'espace ([11], p10), ([12], p.337).

C'est ce que nous allons tenter maintenant d'illustrer par un exemple praticothéorique qui, pour ne pas épuiser les registres de l'apport de la psychiatrie phénoménologique à la psychiatrie contemporaine, montre assez, tout à la fois, son caractère exotérique (nous optons notamment — en nous décalant d'autres écrits plus traditionnels — pour une saisie épurée des directions de significations) et la pertinence de sa polyvalence.

#### 4. Mise en application

Mme V. 35 ans, vient consulter spontanément le psychiatre du Centre-Médico-Psychologique de son secteur de domiciliation parce que « ça ne va plus ».

À l'entretien, cette jeune femme vive et soignée, sur le qui-vive, énonce aller mal depuis environ un an, âge de son fils qui « n'est pas né » car elle « n'a pas accouché ».

Mme V. s'effondre bientôt en larmes à l'évocation de cette dépossession tant d'elle-même que de l'heureux événement anticipé non abouti. À huit mois de grossesse, en effet,

l'année précédente, Mme V., primigeste, s'est présentée à la clinique pour contractions. Étant informée et consciente des symptômes, elle envisageait alors devoir accoucher quelque peu prématurément mais sans autre inquiétude vu le terme et l'absence d'anomalie aux échographies antérieures. Or l'examen sanguin pratiqué à l'admission a alors montré que Mme V. présentait une cytolyse hépatique aiguë, entraînant un risque vital pour elle-même et pour l'enfant, imposant une césarienne en urgence.

L'attente de l'ambulance pour le transfert de la clinique, non-équipée pour ce genre de problème rare, jusqu'à l'hôpital public situé de l'autre côté de la route, a duré deux heures. Mme V. raconte à l'entretien avec une angoisse quasi intacte un an plus tard ce vécu intolérable, d'attente interminable alors qu'elle vient d'être mise en possession d'un diagnostic aussi grave qu'inattendu. Elle évoque et exprime un mélange d'incompréhension et de peur, de révolte et de colère. D'autant que son état clinique s'est alors rapidement dégradé. En effet, initialement vigile, Mme V. a soudain présenté, du fait de l'arrêt de la formation des facteurs de coagulation par le foie, des saignements importants, hémorragie aiguë qui l'a fait sombrer dans le coma. Mme V. raconte avoir eu le sentiment de sentir que ça n'allait pas, qu'elle saignait, mais pense avoir refusé de le dire. Refusé le diagnostic se demandait-elle, ou peut-être refusé de se battre dit-elle, hypothèse dont elle culpabilise...Puis, un trou, un blanc, un néant.

Puis on lui dit que l'enfant est né, mais « ce n'est pas possible », « non, il n'est pas né ». On le lui montre alors « dans sa boîte » dit-elle parlant de la couveuse, mais elle ne « veut pas le croire ». Cette évocation est extrêmement pénible pour Mme V. qui malgré les larmes continues et les moments anxieux qui la freinent, relate l'ensemble de ces événements avec une précision extrême, une opiniâtreté méthodique. Elle veut en effet, précise-t-elle, « mettre des mots » sur ces souvenirs qui la hantent depuis un an et dont elle n'a commencé à parler que depuis peu. Car, face aux réminiscences vespérales quasi quotidiennes que ce soit sous forme d'images, de sensations corporelles, voire de bruits et d'odeurs perçus lors des événements et qui font retour, Mme V., personnalité active, a voulu lutter et vaincre en rationalisant les contenus de ses pensées et perceptions. Puis, sentant qu'elle s'épuisait à y faire face, elle a évalué au bout d'un an qu'elle « n'y arriverait pas toute seule » et s'est décidé à consulter. Elle veut ainsi « se débarrasser » tant de cet envahissement que de ces souvenirs eux-mêmes mais pour cela elle estime devoir « comprendre ». On envisage avec Mme V. de poser un cadre diagnostique à ce qu'elle vit que l'on énonce comme pouvant s'inscrire dans le cadre d'un état de stress post-traumatique. Ce diagnostic, initialement pensé pour des psychotraumatismes de guerre, est plutôt porté chez des patients anxieux, inhibés (et régulièrement dépressifs) présentant des troubles du sommeil en lien avec des reviviscences récurrentes et envahissantes d'un choc, d'un traumatisme, tels une agression, une catastrophe naturelle ou provoquée, etc. L'assimilation à ce cadre et à cette dénomination semble rassurer Mme V.

Celle-ci précise de plus que s'ajoutent à ces réminiscences, des souvenirs dont elle différencie radicalement, et très finement, le vécu et qui sont liés à la présence de sa belle-mère, en conflit majeur avec le couple est en conflit majeur, et de son beau-frère, avec lequel son mari et elle ne communiquent pas, auprès de son fils durant les cinq jours qu'a duré son coma. La culpabilité de ne pas avoir été présente « dès le départ » auprès « du petit » est infiltrée par le sentiment d'usurpation de son rôle parental par la belle-famille. Elle s'interroge donc de plus sur les manques induits chez son fils par son absence aux



premiers jours de vie, tout en soulignant que c'est un enfant facile et bien portant. L'on se contente alors d'une reformulation de ces derniers constats ce qui permet à Mme V. de les valider elle-même et de s'apaiser.

*Commentaire :* Mme V. est venue spontanément déposer certains éléments d'une histoire traumatique psychosomatique aiguë récente ainsi que quelques jalons de son histoire de vie environnementale contribuant à un renforcement douloureux des vécus psychiques. Alors qu'elle montrait toutes ses capacités et son désir d'agir comme de penser, il n'était pas question de guider la patiente vers des associations psychiques prêtant à interprétations décodant le passé. Prenant en compte, tout à la fois, sa temporalité fondamentalement dirigée vers l'avant et les possibles — essentiellement protensive selon les termes de Binswanger et de Minkowski [13] —, son mode d'être-au-monde vivement pro-actif, son style actif et décideur, mais aussi la topologie de sa souffrance intimement psychique et somatique, il s'est agi d'effectuer un recueil empathique des questions pour apaiser l'anxiété, lui proposer des éléments diagnostiques immédiats de repérage puis des *entretiens de soutien* pour favoriser la réappropriation d'une mentalisation conforme à son mode d'être, tout en lui fournissant quelques moyens pour vivre dans un corps moins douloureux par une série de *séances de psychomotricité*. Mme V. a accepté volontiers ce plan de soin.

*Lors du second entretien un mois plus tard :* Mme V. énonce aller un peu mieux. Elle a commencé les séances de psychomotricité sous la forme d'une relaxation thérapeutique, mixte de diverses techniques centrées sur la relaxation par le mouvement passif, visant à la détente partie de corps par partie de corps, avec induction verbale de la part de la psychomotricienne voire induction par le toucher. Au terme de la séance un temps de verbalisation est proposé visant à l'expression des perceptions psychocorporelles survenues durant le temps de relaxation.

Lors de ce nouvel entretien, les émotions encore régulièrement présentes font moins irruption dans le discours de Mme V. que lors de la première rencontre. Elle peut alors décrire les sensations corporelles qu'elle éprouve chaque soir depuis l'événement : sueurs, douleur au niveau de la cicatrice de césarienne, tensions musculaires diverses. Au décours de cette évocation, anxiogène, elle fait état d'un vécu similaire de l'enfance qui lui est revenu en mémoire ces jours derniers, remémoration initiée par les premières séances de psychomotricité.

Lorsqu'elle avait cinq ans, lors d'un petit déjeuner familial, Mme V. a été bousculée par le chien de la voisine et son bol de chocolat bouillant s'est renversé sur ses cuisses. Elle s'est levée en hurlant et a arraché son pantalon de pyjama synthétique qui avait commencé à fondre sous l'effet de la chaleur et s'est arrachée du même geste la peau du bas ventre et du haut des cuisses.

Cette évocation est, une nouvelle fois, méthodique et maîtrisée. L'émotion surgit par contre violemment à l'évocation du sentiment d'abandon familial qui s'en est suivi au cours de la longue hospitalisation et particulièrement lors des soins des brûlures, quotidiennement douloureux. Mme V. se souvient avoir hurlé à chaque fois, de même qu'elle hurlait lors de la séparation concluant les trop rares visites de sa mère.

Mme V. a, au fil des années, beaucoup rationalisé sur ses questions : la distance séparant l'hôpital et le domicile, la présence des petites sœurs à la maison, les difficultés de ses parents et peut-être en particulier de son père à soutenir le spectacle de son état... Autant de justifications pour tenir et colmater le sentiment d'abandon vécu alors qui aujourd'hui refait



violemment surface à l'occasion d'une nouvelle cicatrice de la même région corporelle. Or l'écho somatique vient se doubler aujourd'hui d'un écho psychique. En effet, ce vécu d'abandon qui a été le sien, Mme V. le projette sur son enfant qu'elle a dû « abandonner » alors que même pas encore tout à fait né. Dimensions psychiques et somatiques sont ici intriquées dans une corporéité mise à mal lors de la première série temporelle d'événement, et que la maternité physique et psychique devait venir « réparer ». En accouchant « normalement », Mme V. comptait en effet se prouver que son corps de femme porteur de séquelles de brûlures graves était un corps « normal ». Réparation dont elle venait d'être privée dans son corps comme dans son psychisme. Les réassurances du conjoint, la vie sexuelle du couple déclarée comme satisfaisante, au moins jusqu'à la césarienne, lui avaient certes permis de prendre confiance en elle et de s'épanouir. Mais elle avait projeté la reconstitution d'une image corporelle complète *via* cette grossesse, dont elle espérait, qui plus est, un garçon pour donner à la famille le premier petit-fils. Intrication de vécus corporels plurivoques et de projections psychiques à des niveaux personnels et familiaux.

*Commentaire :* L'alliance particulière du vécu d'abandon, stress psychique, et du traumatisme physique de la même région corporelle, en se répétant était venue non seulement réduire à néant les investissements identitaires fondés sur la corporéité mais, interrompant la marche vers un futur, déstabiliser le présent de l'histoire de vie en le tirant vers le passé. Cette corporéité ici vécue et perçue, sentie, dans une dimension transgénérationnelle complexifiant son expression.

Pour restaurer chez Mme V. une part de cette liberté d'être qu'elle avait conquise elle-même sur son histoire avant ce nouveau traumatisme, on favorise alors chez elle un travail de réparation de l'identité corporelle et psychique.

Les entretiens médicopsychiatriques suivants, mensuels, sont menés parallèlement aux séances hebdomadaires puis bimensuelles de psychomotricité.

Alors que les séances de relaxation suscitent de nombreuses décharges émotionnelles et de riches perceptions, tandis qu'elle peut énoncer un vécu de perte d'intégrité, voire de viol tant lors des soins de brûlures de l'enfance que lors de la période de césarienne, Mme V. fait état d'une régression régulière des réminiscences vespérales. Au fil des entretiens, elle questionne aussi son besoin de maîtrise, sa place dans la famille, le vécu du couple en soi comme autour de l'événement mais aussi vis-à-vis de la belle-famille.

Lors des mois de suivi, elle a continué de prendre soin d'elle mais a décidé de changer de coiffure, et événement notable, de se risquer dans un maillot de bain lors d'un séjour organisé en région tropicale...Après quoi, satisfaite, elle a demandé l'arrêt des séances de psychomotricité et, peu après, des consultations médicopsychiatriques.

*Commentaire :* Les options cliniques prises, non psychanalytiques, ayant été évoquées plus haut, comment préciser l'articulation entre cette clinique psychiatrique phénoménologique « simple » et la dimension biologique, les fonctions vitales ?

La prise en charge d'une patiente se présentant spontanément en consultation ambulatoire donne rarement lieu à des investigations complémentaires mobilisant les paramètres biologiques ou sollicitant des investigations d'imagerie. Dans l'état actuel de la recherche, nous pouvons toutefois interpeller les scientifiques quant aux mécanismes potentiellement impliqués. Nous leur précisons alors que la corporéité en souffrance s'exprime ici comme une discontinuité pathologique de la « suture organisme-organisme », qui participe avec la « suture organisme-milieu » du « phénomène-enveloppe » spécifiant la nature humaine pour Merleau-Ponty. ([14], p. 318).

Et puisque la situation clinique est assimilée à un Etat de Stress Post Traumatique (E.S.P.T.) nous pouvons explorer cette défaillance à partir du fait que dans l'E.S.P.T. a été montré qu'un grand nombre de patients présentait une atrophie de l'hippocampe, structure cérébrale profonde, du fait des effets toxiques du stress chronique sur le cerveau [15]. Une telle atrophie serait facteur de vulnérabilité pour une dépression ou autres symptômes psychopathologiques secondaires.

L'on peut se demander ici si l'événement stressant initial a pu générer un certain degré d'atrophie hippocampique. Ce qui suppose d'envisager que sa durée (quelques mois) en ait fait un stress chronique, condition requise pour aboutir à l'atrophie, relativement à un cerveau d'enfant. De la notion de chronicité rapportée aux temporalités individuelles telle qu'elle pourrait donner lieu à évaluation différentielle par groupe de population.

Mais la plasticité cérébrale en général, celle du jeune âge en particulier, peut-elle compenser la toxicité des stress dits chroniques pour les neurones ? Peut-on repérer, en prenant en compte les temporalités différentielles et les niveaux variables de plasticité, ne serait-ce que liés à l'âge, des facteurs favorisants et des facteurs aggravants de l'atrophie hippocampique et ce dans une optique de prévention ?

À côté de ces paramètres, lésionnels, qui ne sont pas les plus probablement impliqués ici, l'on est tenté de questionner les données fonctionnelles. Une telle clinique vient en effet interroger de plus l'interaction des mémoires anciennes et récentes, mémoires incorporées, les liens entre souvenirs et traces corporelles.

La corrélation clinique entre stress physique et stress psychique (ici *via* la douleur et la peur) est sous-tendue par l'implication à tous ces niveaux de l'axe adrénergique. Ce qui fait retour vers une « approche adaptative » [15] de la situation.

La « peur conditionnée », en effet, met en jeu à la fois l'amygdale support de la « mémoire chaude » c'est à dire émotionnelle, alors hyperactive, l'hippocampe support de la « mémoire froide » (spatiale, explicite, déclarative), alors hypoactif (et ce d'autant qu'atrophie dans les cas d'E.S.P.T., mais pas seulement) et le cortex préfrontal médian chargé de « reconnaître les *stimuli* » et de les « catégoriser comme non terrifiants quand ils sont neutres ». Fonctionnement cortical sur-stimulé par l'hypervigilance commune aux E.S.P.T., qui n'est pas sans faire écho à l'attitude de qui-vive notée d'emblée cliniquement chez la patiente.

L'hypervigilance dans les E.S.P.T. a pour fonction de maintenir l'évitement des *stimuli* anxiogènes en utilisant pour cela l'axe hypothalamo-hypophysosurrénalien.

L'on peut donc se demander si cette hyperactivité catécholaminergique à visée défensive ne vient pas renforcer négativement les conséquences délétères de la stimulation excessive de l'amygdale par les émotions stressantes, hyperfonctionnement dont on sait en effet le lien avec « toute une série de structures du tronc cérébral et de l'hypothalamus, structures impliquées dans les réactions de stress » [15]. Mécanisme défensif et mécanisme pathologique empruntant ainsi les mêmes voies se confronteraient donc pour un équilibre précaire entre santé et maladie, entre normal et pathologique. Dès lors, en s'adressant autant au corps qu'au psychisme, en réduisant l'hyperactivité catécholaminergique défensive, très accessible à la relaxation et, en parallèle, en permettant une reprise de ce niveau de fonctionnement cortical dont on sait par ailleurs qu'il « éteint l'amygdale », c'est à dire qu'il limite le débordement émotionnel, l'approche mixte psychomotricienne et psychiatrique a permis de restaurer sans doute un certain équilibre biologique perceptible cliniquement par la réappropriation d'un certain pouvoir-être existentiel, psychosomatique, conforme au style de la patiente.

## 5. Conclusions en perspective

La question psychosomatique posée en clinique depuis ses origines fait fond de l'interrogation séculaire et sans doute millénaire quant au lien en le corps et le psychisme humain. La clinique, aujourd'hui riche de savoirs multiples et de techniques diverses, a pour vocation la thérapeutique. Le discours clinique s'est modifié pour coïncider avec les avancées scientifiques et les classifications syndromiques mondialisées. C'est ainsi qu'après des siècles de dualisme psychosomatique, la question de la nature singulière de l'homme semble avoir insidieusement glissé dans ce contexte vers un dualisme somatocérébral.

Georges Lantéri-Laura a régulièrement dénoncé le « monolithisme scientiste » tel qu'il cautionnait, par le glissement abusif de bon nombre de descriptions au statut d'explications, une « pensée unique » faisant « toujours obstacle à la moindre réflexion un peu sérieuse sur les fondements des connaissances médicales » [16,17]. Ce même « monolithisme scientiste » qui a jusqu'à présent échoué à fournir une théorie de l'unité psychosomatique, à faire dialoguer biologie et personne.

Nous avons montré que la psychiatrie phénoménologique, en clarifiant son *corpus*, en l'ouvrant plus largement à la clinique ante-nosographique de l'être-malade, en revisitant notamment ses sources conceptuelles philosophiques, pouvait argumenter, plus pertinemment encore, de sa classique posture critique de la raison psychiatrique en s'adressant non plus seulement aux modalités de la rencontre thérapeutique mais aussi, conformément à sa visée *princeps*, en devenant l'interlocutrice des sciences naturelles oeuvrant à la découverte de l'homme.

Par une réflexion menée à distance des causalités comme des finalités, c'est l'influence réciproque entre valences et valeurs qui nous permet de penser, au niveau ontique, l'histoire, le style, et le sens, des échanges entre personne et biologie, l'histoire des modifications qualitatives de l'équilibre de vie au sein desquelles surgit la maladie, ou la mort.

De là, grâce à l'interrogation qu'elle a toujours su ménager sur les pré-requis conceptuels, ontologiques, conditions de possibilité de toute connaissance, nous attendons donc de la psychiatrie phénoménologique du XXI<sup>e</sup> siècle — aux nombreux éminents penseurs que nous ne saurions tous citer ici — qu'elle guide le retour, et reconduise encore, à l'unité de l'être malade, non seulement en poursuivant son travail critique des rapports entre techniques et thérapeutique mais en assurant l'interlocution entre recherche en sciences naturelles et thérapeutique. À l'aune de cette « psychosomatologie » [18] — telle qu'elle tend vers la constitution d'un discours intégratif dynamique questionnant de façon transdisciplinaire les limites du normal et du pathologique — et au sens évoqué plus haut, la mission de la psychiatrie phénoménologique du XXI<sup>e</sup> siècle est donc bien nosologique.

## Références

- [1] Lantéri-Laura G. Une approche historique et critique des problèmes épistémologiques en psychiatrie. *Ann Med Psychol* 1999;157(2):74–83.
- [2] Lantéri-Laura G. Culture et sémiologie psychiatrique. *Evol Psychiatr* 2004;69:3–21.
- [3] Tatossian A. La phénoménologie : une épistémologie pour la psychiatrie. *Confrontations Psychiatr* 1996; 37:177–95.
- [4] Lantéri-Laura G. La connaissance clinique : histoire et structure en médecine et en psychiatrie. *Evol Psychiatr* 1982;47(2):423–69.

- [5] Daumezon G, Lantéri-Laura G. Signification d'une sémiologie phénoménologique. *Encephale* 1961;5: 478–511.
- [6] Tatossian A. Pratique psychiatrique et phénoménologique. In: Fédida P, editor. *Phénoménologie, Psychiatrie, Psychanalyse*. Paris: Echo-Centurion; 1986. p. 123–31.
- [7] Khun R. Psychopharmacologie et Analyse existentielle. *Revue Internationale de Psychopathologie* 1990; 1:43–67.
- [8] Grenouilloux A. Vécus corporels et psychiques : phénoménologie d'une unité. *Ann Med Psychol* 2002;160: 628–32.
- [9] Grenouilloux A. Comprendre et expliquer; psychosomatique ou corporéité. *Synapse* 2005;212:19–24.
- [10] Binswanger L. Analyse existentielle et psychanalyse freudienne. *Discours, parcours et Freud*. Paris: Gallimard, coll. « TEL »; 1970.
- [11] Binswanger L. Le cas Suzanne Urban. *Étude sur la schizophrénie* (1952). Clamecy: Gérard Monford-Imago mundi; 1988.
- [12] Merleau-Ponty M. La phénoménologie de la perception. Paris: Gallimard, coll. « TEL »; 1996.
- [13] Roussaux JP. À propos du retour à Husserl de Binswanger, relisons Mélancolie et Manie. *Études phénoménologiques*. Ousia 1995;21:61–76.
- [14] Merleau-Ponty M. La Nature; notes de cours au Collège de France –1956-1960. Paris: Seuil; 1994.
- [15] Beaurepaire R de. Aspects biologiques des états de stress post-traumatiques. In: Thurin JM, Baumann N, editors. *Stress, pathologies et immunité*. Paris: Flammarion-Médecine Sciences; 2003. p. 135–53.
- [16] Lantéri-Laura G, Del Pistoia L, Khaiat E. Les principales théories dans la psychiatrie contemporaine. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris). Psychiatrie 1992; 37006: A-10.
- [17] Lantéri-Laura G, Del Pistoia L, Khaiat E. Les principales théories dans la psychiatrie contemporaine. *Encycl Méd Chir*. (Elsevier Paris) Psychiatrie, 37006-A10; 2004.
- [18] Grenouilloux A. Psychosomatique et corporéité; pour un abord phénoménologique de la question psychosomatique [Thèse de Philosophie]. Paris ; Université I–Panthéon-Sorbonne; 2005.