



THESE DE DOCTORAT

PHILOSOPHIE

LE TEMPS ET L'IRREVERSIBILITE DANS LES MALADIES PSYCHIQUES : une
approche phénoménologique

Nathalie Nieuviarts

Ecole doctorale Cultures et Sociétés

Lettres Idées Savoirs

UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL

Le 14 janvier 2022

Directeur : Guillaume le Blanc

Membres du Jury : Élodie Boubilil, Mareike Wolf-Fédida, Philippe Cabestan,

Georges Charbonneau, Roberto Poma

Je remercie toutes les personnes qui m'ont soutenue et assistée dans ce travail : mon Directeur de Thèse Guillaume le Blanc, Directeur de recherche et Maître de conférence à l'Université Paris-Diderot, les membres de mon Jury de Thèse, Élodie Boubli, Maître de conférence à l'Université Paris-Est-Créteil, Mareike Wolf-Fédida, Psychanalyste, Professeure et Directrice de Recherche à l'Université Paris-Diderot, Philippe Cabestan, Professeur de philosophie au Lycée Janson de Sailly et Directeur de l'Ecole française de Daseinsanalyse, Georges Charbonneau, Psychiatre, Directeur de Recherche à l'Université Paris-Diderot et Directeur de la Revue Le Cercle Herméneutique, Roberto Poma, Maître de conférence à l'Université Paris-Est-Créteil, pour leurs précieux conseils et leur bienveillance, les membres de l'Ecole Française de Daseinsanalyse pour leur travail et les conférences organisées par leurs soins au sein de l'Ecole, mon conjoint bien-aimé et compagnon d'aventure pour ses relectures et son écoute attentive, mes enfants pour leur confiance et leurs encouragements, ma famille (qui m'a accompagnée dans mes études et dans mon parcours), Pierre, mes amis, collègues et co-doctorants dont les remarques pertinentes et l'intérêt m'ont permis d'améliorer mon travail. Je remercie enfin Latifa Belbou-Zeroual pour la prévenance et la gentillesse qu'elle m'a témoignées en m'accompagnant dans mes démarches administratives.

Résumé en français

Il s'agit de comprendre le phénomène vécu de la chute, dans le domaine psychique. On se demande comment il est possible de "tomber malade" ou de "devenir fou" et s'il y a véritablement un point de rupture faisant passer d'un monde "normal" à un monde "malade". Ce basculement possible interpelle par sa radicalité temporelle, tant il est vécu comme irréversible, impossible à reprendre ou à inverser pendant le temps de la chute. Seule une approche phénoménologique, centrée les conditions de l'expérience et sur l'existence comme projection temporelle, semble capable de répondre à cette interrogation. À partir des oeuvres de Binswanger, de Maldiney et de Minkowski, représentatives de la psychiatrie phénoménologique, nous essayons de voir en quoi la chute dans la maladie psychique peut se comprendre comme le produit d'une rencontre entre une constitution particulière et la réalité. Cela remet en cause l'idée d'un pur mécanisme déterminé ainsi que l'idée d'un événement capable à lui seul de "rendre malade". La notion de "constitution" est particulièrement interrogée pour qu'elle ne soit pas comprise dans une perspective essentialiste ni biologique. Il s'agit de ce qui conditionne notre rapport au monde et à nous-même dans une dynamique temporelle, comme ouverture à un devenir soi. En suggérant une défaillance possible de cette constitution, nous voulons suggérer que l'état malade est déjà présent avant la chute, comme potentialité, et que cette potentialité est en quelque sorte activée par la réalité, elle-même prise dans l'état malade potentiel. Nous serions donc malades avant de tomber malades. Le caractère irréversible de la chute se comprendrait comme un renforcement de notre rapport au monde, tendant au déséquilibre et se déséquilibrant d'autant plus qu'il chercherait à se rééquilibrer à partir de lui-même. Seul un rééquilibrage "extérieur", par l'intervention thérapeutique ou par d'autres formes de rencontres, pourrait venir ralentir ou empêcher la chute dans la maladie ou la folie.

Résumé en anglais (*Time and irreversibility in mental diseases : a phenomenological approach*)

We want to understand how we feel we are falling ill, in mental diseases. We have to understand how falling ill or going mad is really possible, if there is a breaking point passing from a "normal" way of being to an ill one. This breaking point is surprising because of its temporal brutality, because it is felt as irreversible, as we can't stop it or reverse its course, during the time we fall. Only a phenomenologic approach seems to be able to answer to this question, as it is focused on how the world appears to consciousness and on the temporal aspect of human existence. From Binswanger's, Maldiney's and Minkowski's studies, which represent the phenomenological psychiatry, we try to think about getting psychologically ill as an encounter between a singular structure and reality. This is a way to question mecanist approach, and event role's, as decisive. The concept of "structure" is particularly questionned so that we think it is in neither an essentialist nor a biological way. It means the way we make the world appear from our consciousness, the way we appear to ourself from ourself, and it takes a temporal meaning, as the way time open possibilities to become ourself. By meaning a possible failure in this structure, we think that the illness state is already here before we really fall ill, as a possibility. This possibility would be roused by encountering reality, this one being stucked in the failure and interpreted according to it. So, we should be ill before getting ill. The irreversible aspect of the fall could be understood as the way our relation to the world would be accentuated, being unbalanced, and being as more unbalanced that it would try to rebalance. Only an external rebalancing could slow down or stop falling ill or becoming mad, for exemple by therapeutic intervention or other modes of encounters.

SOMMAIRE

Introduction	8
PREMIERE PARTIE : principes de l'approche phénoménologique	33
I – Binswanger : la maladie comme flexion de l'être-au-monde ou défaillance de la structure temporelle	33
A – L'existence normale : devenir soi (ouverture à nos possibilités les plus propres/authenticité/projet de monde)	33
B – L'existence pathologique (flexion/rétrécissement du projet de monde/défaillance de la structure temporelle)	44
C – Le passage du normal au pathologique (thématisation/mondéisation croissante)	50
D – Exemples dans les différentes maladies (1. Manie, 2. Mélancolie, 3. Schizophrénie) ...	53
E – Aspects thérapeutiques (rouvrir possibilités, l'être-nous, l'amour)	73
II – Maldiney : la maladie comme existence en échec, défaillance de la structure pathique	88
A – L'existence normale (possibiliser l'impossible, différences avec l'animal, transpossibilité et transpassibilité = structure pathique, crise et devenir soi)	89
B – L'existence pathologique (catastrophe, contrainte à l'impossible, crise)	107
C – Le passage du normal au pathologique (défaut de transpassibilité/transpossibilité, rôle de l'événement, d'autrui, échec de la crise) (passage ayant lieu dans l'événement même)	114

D- Exemples dans les différentes maladies (psychoses, névroses, dépressions)	128
E – Aspects thérapeutiques (image alpiniste coincé, rencontre/événement/présence/rôle de l’œuvre d’art)	156
III – Minkowski : la maladie comme perte d’élan vital	160
A – L’existence normale (élan vital, temps vécu ouvrant sur l’avenir et l’action, équilibre syntonie/schizoïdie)	161
B – L’existence pathologique (perte d’élan vital/contact avec la réalité, défaillance temps vécu)	175
C – Le passage du normal au pathologique dans les maladies (perte, processus morbide, trouble générateur, compensation phénoménologique, perte de l’évidence naturelle)	181
D – Exemple de la schizophrénie	205
E – Aspects thérapeutiques (restaurer élan vital)	228
IV – Comparaisons et différences entre ces approches	231
V – Comparaisons avec d’autres approches (l’approche freudienne, l’approche lacanienne dans le cas Aimée)	234
DEUXIEME PARTIE : problèmes soulevés	239
I – La question de l’origine	239
A – Structure ou processus	240
B – L’exigence de totalité	245

C – Problème posé par la notion de compréhension	246
II – La question du rôle de l'événement	248
A – Relativité de l'événement chez Binswanger	249
B – Evénement et crise chez Maldiney	252
III – La question de la rencontre entre structure et événement (réalité)	254
A – La notion de configuration (contexte, situation) (structure et monde)	254
B – L'idée de « point limite » (point de « cassure ») à situer dans un « entre »	261
C – La notion d'affectivité (capacité à être affecté) (manque ou excès)	269
D – Défense et compensation (la maladie comme adaptation ou incapacité d'adaptation) (réaction/reconfiguration)	276
IV – La question de la dimension irréversible (déterminée) de la maladie (mécanisme, processus croissant)	278
V – Limites de la psychiatrie phénoménologique en tant que thérapie	281
VI – L'apport des neurosciences	285
A – La critique bergsonienne du réductionnisme	285
B – Importance des neurosciences en psychiatrie	291
C – Phénoménologie et neurosciences : les points de divergence	318

TROISIEME PARTIE : une défaillance du sens	324
I - Pour une réinterprétation du normal et du pathologique : la difficulté de l'existence normale	325
II – Pour une réinterprétation de la notion de chute : visibilité et invisibilité d'un déséquilibre	346
A – Visibilité des symptômes	348
B – Invisibilité et visibilité de la structure	351
C – Invisibilité de la rencontre Soi/événement	356
III – Structure et circuit (rétroaction)	359
A – Une structure fermée (défaillance du « fond »)	370
B – Une réalité ouverte (apte à « faire défaillir »)	375
C – Défaillance de la réalité (un manque de sens objectif et évident, tout est possible)	378
D – Circuit et renforcement (cercle vicieux)	382
E – Comparaison avec l'animal (exemple de l'épilepsie)	396
IV – Thérapie réparatrice ou préventive, la notion d'auto-thérapie, différences entre névroses et psychoses	409
A – Difficultés de la thérapie	409
B – Vers des nouvelles formes de thérapies	413
C – Névroses et psychoses	424

V - Prolongements : la maladie et la folie dans la littérature et au cinéma, vers une approche phénoménologique	433
A – Exemples littéraires : l’approche phénoménologique de la littérature (une lecture phénoménologique de quelques œuvres)	434
B –Ebauche de réflexion sur le cinéma et la phénoménologie	468
Considérations finales	471
Conclusion	475
Bibliographie	481
Filmographie	484
Index (auteurs)	485
Index (thèmes)	488

“ Pour ébranler irrémédiablement un cœur, le Destin n’a pas toujours besoin de prendre un grand élan et de déployer une force brutale et brusque; il semble que précisément son indomptable volonté formatrice éprouve un plaisir spécial à faire naître d’un motif futile la destruction. Dans notre obscure langue humaine, nous appelons ce premier contact sans gravité “cause occasionnelle” et nous comparons avec étonnement son peu d’importance apparente avec les conséquences souvent formidables qui en dérivent; mais de même qu’une maladie ne commence pas avec son diagnostic, de même le sort d’un homme ne commence pas au moment où il devient visible, et où il se réalise. Toujours, dans l’esprit et dans le sang, le Destin œuvre intérieurement, longtemps avant de toucher l’âme du dehors”

S. Zweig, *Destruction d’un coeur*

INTRODUCTION

Le point de départ de ce travail vient de l’émotion suscitée par la fragilité de l’âme humaine, lorsqu’elle est en proie à de profonds bouleversements. Au centre de cela, la sensation que la maladie et la folie seraient des possibilités humaines telles que chacun, à un moment ou à un autre, pourrait peut-être perdre la raison et ne plus jamais être celui ou celle qu’il était. Ces questions également : quels sont ces événements susceptibles de causer ce dégât irréparable et infiniment désespérant ? Par où surgit cette métamorphose ? Et plus largement, comment expliquer la variation de nos états d’âme ? C’est à cette interrogation que veut essayer de répondre ce projet, initié par la lecture de Ludwig Binswanger, dont l’oeuvre semble suggérer un principe d’explication et de thérapie plus « large » que celui proposé par la psychanalyse, en offrant une approche phénoménologique totale de la maladie psychique, et en s’intéressant notamment à ses aspects temporels.

C'est pourquoi au final ce projet s'est porté sur les différentes maladies psychiques dans leur rapport au temps, en se consacrant essentiellement au phénomène de bascule ou de chute les caractérisant. Le titre « Le temps et l'irréversible dans les maladies psychiques : une approche phénoménologique » se veut représentatif de tout ce questionnement.

1) Analyse du titre du projet

En nous intéressant aux maladies psychiques (dans leur processus de désorganisation), notre choix s'est voulu en quelque sorte significatif, la maladie psychique étant l'expression « type » d'une existence qui bascule, puisque l'on « tombe » malade ou que l'on « devient » fou. Mais il existe bien d'autres manières de tomber ou de devenir autre, et le choix de la maladie est censé permettre d'interroger plus largement d'autres phénomènes de chutes, plus « normaux ». Disons que les maladies psychiques semblent nous révéler ce qu'il est en de la « chute », et cela quelle que soit la maladie. C'est pourquoi notre étude porte sur les différentes maladies psychiques, entendues communément par « névroses » ou « psychoses ». Nous envisagerons ici notamment l'hystérie et la dépression comme exemples de névroses, la mélancolie, la maniaque-dépression et la schizophrénie comme exemples de psychoses : ce choix se présente d'emblée comme limité, non exhaustif, et s'explique premièrement par les auteurs sur lesquels s'appuie notre travail (sur les cas qu'ils mentionnent et analysent), et deuxièmement parce qu'il s'agit de maladies « types » (assez identifiables dans leur diagnostic, assez connues et reconnues dans le monde psychiatrique et permettant ainsi une recherche sur leur structure ou leur processus, à partir de symptômes assez classiques et communs). Par ailleurs, leur caractère psychique nous semble fortement marqué, les malades souffrant de ces maladies souffrent essentiellement d'un trouble de la pensée, d'une certaine représentation du monde, d'eux-mêmes et des autres, ils ont le sentiment que leurs pensées leur échappent ou qu'ils en perdent la maîtrise etc, ce qui n'est pas le cas, de façon aussi évidente peut-être, pour d'autres maladies (l'autisme ou les perversions par exemple). On a aussi laissé de côté la paranoïa car elle est souvent étudiée indirectement à travers les symptômes qui en sont issus et qui peuvent se retrouver dans plusieurs maladies différentes (ce qui compliquait l'approche).

Le terme de « maladie » est choisi pour plusieurs raisons. L'intention n'est pas du tout d'insister sur le caractère pathologique et « anormal » de ces phénomènes (puisque bien au contraire nous voulons souligner leurs nombreux points communs avec des phénomènes

ordinaires). Il ne s'agit pas non plus de poser la question de savoir en quoi ces phénomènes s'écarteraient d'une quelconque « normalité », au sens de « conformité » à des valeurs, à des normes plus ou moins imposées. Il s'agit plus simplement pour nous d'étudier les troubles mentaux dans leur processus de désorganisation (la question n'étant pas de savoir si ce processus de désorganisation est « anormal »), en ayant en vue l'existence normale comme existence échappant à ce processus et parvenant à rester en équilibre. C'est précisément le processus croissant de désorganisation qu'il s'agit d'interroger (dans son rapport au temps et dans la mesure où il est vécu/perçu comme irréversible). C'est ce processus qui pour nous apparente les névroses et les psychoses à des « maladies » au sens où on observe (ou vit) le même processus que dans les maladies dites organiques (désorganisation croissante). La question du rapport de la maladie à la « norme » peut toutefois se poser et nous reconnaissons la pertinence de cette interrogation, sur le fait que la maladie puisse être une manière d'échapper aux normes, à une existence « normée », par des règles et des valeurs sociales ou morales. Mais ici, l'existence normale dont nous parlerons ne fera pas référence à ces normes de nature essentiellement sociale voire politique. Elle fera référence à une norme vitale, existentielle, de nature temporelle et projective. La question des normes sociales sera seulement ici indirectement de savoir quel rôle peuvent malgré tout jouer ces normes dans la maladie, de quelle manière elles prennent plus ou moins part au déséquilibre qui caractérise l'état « malade ». On se demandera indirectement de quelle manière les normes (socio-politiques) peuvent à la fois être partie prenante dans le processus morbide et en même temps susceptibles d'être absentes du processus.

Par ailleurs, le terme de maladie est, sinon choisi, du moins adopté pour faire état de la souffrance qui accompagne ces phénomènes, souffrance psychique qui peut être comprise comme l'équivalent de la souffrance physique et, s'il n'y a pas souffrance à proprement parler, du moins y a-t-il perte d'autonomie, difficultés à exister, à rencontrer autrui etc, comme c'est le cas dans les maladies organiques. Il est inséparable ici du fait de « se sentir » malade et ce, même si ce sentiment reste diffus ou s'il est ressenti par autrui. La chute ou le basculement dans la maladie sont ici les expressions mêmes de ce sentiment. Pour autant, le terme de maladie pourra être élargi au point de désigner un état pré-morbide et constitutif de la maladie, présent « avant » même que le sujet ne se perçoive comme « déjà » malade. La notion de chute pourra alors désigner de manière plus large non pas tant le fait de passer d'un état non malade au fait de se sentir malade et de tomber « dans » la maladie que le fait, pour la maladie, de devenir visible et perceptible dans son déroulement et dans sa forme croissante.

Le terme de maladie est enfin adopté de manière commune (par les psychiatres et les malades

eux-mêmes).

Pour résumer, le choix du mot maladie n'a donc rien à voir avec l'idée d'anormalité (il ne s'agit pas de poser comme anormaux les phénomènes envisagés) et il ne s'agit pas non plus de réduire la maladie psychique à un mécanisme de type organique même s'il s'agit de partir d'un processus pouvant être compris comme une désorganisation organique. L'idée est que la maladie psychique semble vécue comme une maladie organique dans son processus même : idée d'impuissance, recherche d'une cause structurelle, d'un état déficient, ou mise en évidence d'un événement déclencheur ayant entraîné une désorganisation ou n'ayant pu être amorti, intégré, supporté...comme ce peut être le cas dans une maladie organique causée par une santé initiale fragile et/ou des facteurs extérieurs – tabac, alcool, pollution, nutrition...). Pour autant, l'enjeu sera au final de nous demander s'il convient même de garder le terme de « maladie » pour désigner les troubles psychiques dont l'humain peut souffrir.

L'adjectif « psychique » renvoie ici de façon très large au thème de la pensée et de la conscience, il recoupe la représentation de soi, du monde et des autres, la perception, les sensations et sentiments, le sens (signification, orientation, projet de l'existence). Il s'agit d'étudier et d'interroger tout ce qui semble troubler ces phénomènes de la pensée et de la conscience dans un processus suffisamment marqué (apparent) pour que l'on puisse parler de maladie psychique et pour que le sujet souffre ou se sente souffrir de son état, ou en pâtisse d'une manière évidente. C'est donc en quelque sorte la désorganisation de la pensée qui constitue le centre de notre thème de recherche, désorganisation comprise comme une manière au fond de rendre compte de ce que vit le sujet dont les pensées apparaissent comme « de plus en plus » « dérangeantes » pour lui (ou son entourage), comme étant « de plus en plus » « pénibles » ou « bizarres », bref, comme se manifestant comme « anormales », « décalées », inadaptées, sorties de leur cadre ou de leur fonction « habituelle ».

L'idée ici de maladie psychique vient donc servir d'expression pour désigner des troubles mentaux dans lesquels les représentations deviennent de plus en plus perturbées et que le sujet ressent comme non maîtrisables et néfastes à son existence ou qui se révèlent objectivement envahissantes et néfastes, même si le sujet ne les ressent pas directement comme telles.

Le thème du temps et de l'irréversibilité nous a paru essentiel dans l'intérêt que l'on peut porter à ces maladies de la pensée, et ce pour plusieurs raisons également.

En ce qui concerne la notion de temps, il convient de préciser plusieurs choses.

Premièrement, ces maladies semblent apparaître dans le temps ou se développer dans le temps

(ici le temps physique, temps de la montre), elles introduisent comme une rupture temporelle, en tant que maladies mêmes, comme ce peut être le cas dans la maladie organique : il y a semble-t-il un « avant » et un « après » et il y a un « pendant ». Le malade « tombe » malade ou le fou « devient » fou comme si ses troubles subissaient un processus temporel qui semblent soumis à l'irréversibilité du temps et qui suivent un « cours » qui semble n'aller que dans un seul sens, celui de la chute ou du devenir, temps qui par ailleurs semble s'accélérer pour culminer dans un état (malade, fou) ou pour atteindre un pic (passage à l'acte, crise...). Par ailleurs, la maladie semble témoigner d'un « trop plein » dont l'expression temporelle serait l'idée d'un « trop longtemps » ou d'un trop « rapide », trop « subit », au sens de subitement.

Deuxièmement, dans la maladie même (ou folie) le rapport au temps semble modifié, si l'on entend par temps cette fois le temps projectif, le mouvement existentiel par lequel l'homme se projette vers un sens à venir, temps dit « vécu », propre à la conscience, et qui renvoie à la manière dont le sujet conserve le passé dans son présent et oriente son présent vers un avenir. Ce temps semble ralenti, par exemple dans la dépression ou la mélancolie, ou accéléré, comme par exemple dans la manie, ou encore suspendu, comme dans la schizophrénie.

Troisièmement, on peut supposer que ces maladies psychiques sont des maladies du temps, de ce temps projectif qui, dans la vie « normale », dans laquelle nos pensées semblent être nôtres en nous permettant de réaliser notre existence de façon relativement appropriée, se maintient dans un certain rythme ainsi qu'une certaine direction. Ici en effet, ce qui semble au cœur du processus pathologique (ce qui semble contribuer à la chute ou au fait de devenir fou) c'est ce temps projectif lui-même, qui montre une certaine défaillance, la pensée se maintenant dans le passé par exemple, ou se perdant dans des instants suspendus à rien. Si en effet temps et existence se confondent d'une certaine façon, notre existence correspondant au phénomène projectif du temps déployant en nous son mouvement vers l'avenir en ouvrant des possibilités, alors il semble normal de considérer que l'existence malade ou l'existence folle soient des temporalités malades ou folles, le temps se montrant capable de défaillir dans son mouvement même, le temps pouvant être alors ici comparé à l'organe vital de l'existence, organe qui, s'il est atteint, provoque alors une désorganisation engageant tout l'organisme, ici toute l'existence, dans sa totalité. [ici une comparaison peut être tentée pour illustrer cette idée : si l'on compare le temps existentiel (mouvement par lequel on se projette « en avant » de soi selon un certain dynamisme) au mouvement d'un train par exemple, dans lequel on voyagerait et duquel on contemplerait le paysage extérieur, on peut dire que plus ce train irait vite, plus on passerait d'un point de vue à un autre sans pouvoir s'y maintenir (notre regard n'arrivant

pas à se fixer sur un point ni entamer un mouvement continu d'un point à un autre), et plus ce train irait lentement, plus notre regard lui-même ralenti resterait peut-être fixé sur un point en étant condamné à le fixer sans cesse, le reste du paysage ne parvenant pas à l'en détourner. On suppose ici, par cette comparaison, que notre temps projectif ou rythme existentiel influence peut-être de la sorte nos pensées, soit qu'il manque de dynamisme, soit qu'il en ait trop].

En ce qui concerne la notion d'irréversibilité, plusieurs précisions sont à apporter également. Premièrement nous n'entendons pas par ce terme l'idée que la maladie ou la folie seraient en soi irréversibles (sans guérison possible). Il s'agit pour nous de circonscrire cette notion au processus durant lequel on tombe malade, durée pendant laquelle la maladie est ressentie, par le malade ou par l'entourage (proches, médecins) comme irréversible, comme engagée de façon déterminée dans un processus croissant de désorganisation de la pensée et dont le point culminant semble être inscrit dans le processus même (passage à l'acte, suicide, repli catatonique sur soi...). C'est cette irréversibilité même qui nous intéresse dans ce travail, tant elle laisse supposer qu'à un moment donné, la pensée humaine échappe à toute prise pour suivre son propre cours en obéissant à une sorte de mécanisme ou d'enchaînement causal non maîtrisable, qu'on ne pourrait stopper ou ralentir, comme c'est le cas pour les maladies organiques ou dans les phénomènes physiques de chute ou d'accélération. Ceci ne présume pas de la possibilité d'une guérison « après » ce laps de temps, une fois la maladie ou la folie « installées ». Ce que l'on veut interroger c'est uniquement le point de passage entre l'état « non malade » ou « relativement équilibré » où le sujet semble se maintenir dans une certaine stabilité existentielle, et l'état où le sujet a perdu cette stabilité : ce point de passage semble en effet, dans les descriptions qui sont faites de la maladie psychique, constituer un point de rupture pendant lequel le sujet ne peut que subir une existence en perdition, en ayant le sentiment d'assister à sa propre chute (ou à son propre devenir fou), sans pouvoir intervenir (et sans que personne d'extérieur non plus ne puisse intervenir). C'est ce point de non retour qui nous occupe ici, tant il semble concentrer pour nous le point d'appui existentiel sur lequel tout homme s'appuie pour exister, pour se maintenir dans son existence en se projetant notamment vers l'avenir d'une certaine manière, cette projection semblant justement en défaut dans la maladie psychique.

Deuxièmement, toujours en ce qui concerne la notion d'irréversibilité, il s'agit d'avoir en vue ce qui semble accélérer la maladie ou folie, ce qui semble rendre le processus croissant. Cette croissance semble en effet témoigner de la chute ou de la perte d'équilibre, car la maladie ou

la folie ne semblent en fait se manifester que lorsqu'il y a cette accélération. Cette accélération ou croissance comprend la manière dont les symptômes deviennent de plus en plus visibles, nombreux et « anormaux » au sens d'inadaptés et causes de souffrance ou de difficultés.

En ce qui concerne le sous-titre « une approche phénoménologique », précisons aussi plusieurs points.

Ces aspects des maladies psychiques amenés par les notions de temps et d'irréversibilité expliquent selon nous pourquoi l'approche phénoménologique paraît la plus adaptée pour les aborder et leur chercher des réponses éventuelles. Ici un aperçu historique semble s'imposer, pour expliquer comment la phénoménologie, courant philosophique à la base, est venue s'immiscer dans la psychiatrie, discipline considérée comme une science et marquée par une conception organiciste de la maladie mentale.

Pour cela, on peut dire que la phénoménologie est née (avec Husserl) pour tenter de penser « les choses mêmes », telles que la conscience les perçoit dans leur essence de phénomène, c'est-à-dire telles qu'elles nous apparaissent, indépendamment de tout jugement pré-établi (attitude dite « naturelle »). Ce qui peut expliquer la force de cette approche, c'est que cette tentative de « retour aux choses mêmes » peut être considérée aussi comme une nouvelle façon de penser l'homme dans son rapport aux choses et notamment dans sa perception. On s'intéresse en effet, par cette approche, au vécu et à l'intériorité du sujet, lequel n'est plus tant considéré dans son rapport théorique ou objectif au monde (de type scientifique ayant en vue la vérité objective) que dans le rapport que sa conscience et son corps ont avec le monde tel qu'il apparaît pour la conscience et pour le corps justement. On s'intéresse donc de ce fait à la manière dont la conscience vit, éprouve et perçoit le monde, depuis l'intériorité d'un corps conscient. Et ici, à ce niveau, le phénomène devient synonyme de « sens » ou « signification » : il s'agit de saisir la manière dont les choses et le monde prennent sens pour le sujet, dans leur manifestation même, la notion de sens renvoyant à la manière dont le monde et les choses nous apparaissent : comment ils nous apparaissent, dans quel rapport nous sommes avec eux, quelle direction également ils nous indiquent, à quelle orientation de notre existence ils nous invitent, quelle représentation se forme en nous à partir de leur manifestation. Par ailleurs, la notion d'existence, la manière dont l'homme s'éprouve et se projette dans le monde prend aussi une nouvelle forme et un nouvel intérêt, puisque la phénoménologie permet de s'enquérir de l'existence humaine telle qu'elle est vécue intérieurement, dans ce rapport « intentionnel » ou « signifiant » aux choses. L'existence

humaine n'est plus posée « en théorie », à partir de la question « qu'est-ce que l'homme ? », là il s'agit de savoir ce que veut dire, pour un homme, « exister » et exister concrètement, en tant que rapport projetant un sens aux choses ou recevant un sens qu'elles manifesteraient d'elles-mêmes ; la question étant de savoir quelle serait l'interaction exacte entre les phénomènes « se manifestant » ou se donnant eux-mêmes (à la conscience conçue comme capacité réceptive) et la conscience comme « visée intentionnelle » des choses et du monde (et donc conçue comme activité).

On peut donc comprendre que certains psychiatres s'intéressent à la phénoménologie, celle-ci devenant une sorte de méthode de compréhension de la manière dont les malades existent, indépendamment des critères établis communément pour diagnostiquer leur maladie et répertorier leurs symptômes. Les malades témoignent en effet, dans ce qu'ils peuvent dire et dans ce que montrent leurs symptômes (angoisse, délire...) d'une certaine façon d'exister, d'une certaine façon de se rapporter au monde extérieur et aux autres. Leur perception, leurs représentations, le sens qu'ils donnent aux événements et à leurs actions témoignent qu'ils sont encore « existants », en rapport avec le monde, et qu'on peut donc chercher à comprendre ce qu'ils vivent intérieurement, quels sont les « phénomènes » que leur conscience saisit, comment le monde leur apparaît ou comment ils font apparaître le monde.

Inversement, la phénoménologie, dans sa tentative de penser l'existence humaine, ne peut que s'intéresser à la psychiatrie, c'est-à-dire à des existences apparemment en échec ou compromises, comme pour y chercher en négatif ce qui caractériserait une existence « normale ». En cherchant en effet ce qui peut compromettre une existence, ce qui peut la dérégler, on peut trouver ce qui la conditionne et la soutient. Cette idée se retrouve chez beaucoup d'auteurs, philosophes ou psychiatres, lorsqu'ils cherchent à expliquer le lien entre la philosophie et la psychiatrie ou entre la psychiatrie et la philosophie, soit qu'il s'agisse de justifier le recours à l'autre discipline, soit qu'il s'agisse de montrer les apports de sa discipline à l'autre. Dans tous les cas, la philosophie (en général avec sa question « qu'est-ce que l'homme ? » et en particulier avec l'approche phénoménologique qui se recentre sur la question « qu'est-ce qu'exister ? ») et la psychiatrie se reconnaissent mutuellement des qualités à partager et à mettre en commun, lorsque bien sûr elles s'inspirent l'une de l'autre.

Par ailleurs, il convient ici de préciser pourquoi et en quoi l'approche phénoménologique nous a paru « plus » intéressante, pour notre question, que l'approche psychanalytique (en général), même s'il conviendra ici d'analyser en quelle mesure et jusqu'où. C'est que l'approche psychanalytique centre son analyse de la maladie (névrose ou psychose) sur la notion de complexe (notamment affectif) ou sur l'idée de personnalité (ce que fait par exemple Lacan

dans sa thèse sur la paranoïa). La maladie et la folie seraient déterminées par l'histoire personnelle du sujet. Or la phénoménologie entend remonter « plus haut » dans l'analyse du sujet malade pour voir en quoi ce serait la totalité de son existence (projet, mouvement existentiel, dynamisme vital, structure spatio-temporelle) qui serait en quelque sorte engagée dans la maladie ou la folie (et non pas seulement sa vie affective ou personnelle). Celle-ci ne viendrait en effet que « nourrir » en quelque sorte une existence en elle-même vacillante en lui donnant un contenu, des points supplémentaires de basculement ; ou bien encore, la personnalité du sujet ainsi que son histoire personnelle (complexes, événements douloureux, frustrations, échecs...) ne seraient que des effets de la structure existentielle, plus profonde et plus déterminée ou plus ouverte. [on peut noter ici que cette question semble confirmée par l'observation du monde animal : les maladies psychiques de l'animal (stress, dépression, repli) sont-elles « psychiques » (liées à l'« histoire », au « vécu ») ou « existentielles » (liées à une « constitution », un type de rapport à l'environnement) ?]

Ces différentes lignes de partage (phénoménologie/psychiatrie/psychanalyse) ont notamment inauguré une pratique psychiatrique s'inspirant directement de la phénoménologie (et de la psychanalyse tout en s'en distinguant) : l'analyse existentielle (ou, en allemand et en référence à Heidegger, la *daseinsanalyse*, analyse du *Dasein*¹ c'est-à-dire de l'existant humain ou de l'homme tel qu'il existe dans son rapport au monde, la définition variant selon les traductions du mot « *Dasein* »). Il s'agit, dans cette pratique (à visée thérapeutique), de chercher à comprendre le malade comme un être existant d'une certaine manière (laquelle et pourquoi), avec pour finalité de le ramener de son existence décalée (et en échec pour lui, échec pensé comme une manière d'exister en souffrance en ne parvenant pas à devenir soi de manière satisfaisante) à une existence où il existerait « mieux » (en étant plus soi-même, en ne souffrant pas autant ou de la même manière, en retrouvant une capacité à « devenir soi »...). On parle ainsi de phénoménologie psychiatrique, ou de psychopathologie phénoménologique, ou de psychiatrie phénoménologique.

Par ailleurs, il faut également souligner le lien établi entre la médecine et la psychiatrie, lien qu'on trouve clairement posé par Canguilhem notamment, lorsque, dans *Le normal et le pathologique*², il veut montrer que la médecine doit étudier les dysfonctionnements organiques en s'inspirant de la manière dont la psychiatrie étudie les dysfonctionnements psychiques ; le but de Canguilhem étant de montrer que la distinction entre le normal et le pathologique établie dans le domaine psychiatrique doit inspirer la distinction entre le normal

¹ Nous choisissons de mettre le mot « *Dasein* » en italique tout au long de notre travail, et avec une majuscule

² Introduction à la seconde partie de l'*Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, Quadrige, PUF, 1966.

et le pathologique à établir dans le domaine organique, la maladie étant à concevoir comme une forme d'adaptation et ne s'opposant pas de façon absolue au normal, en n'étant qu'une « autre » « normativité », ceci s'observant dans le domaine des maladies mentales.

Toutefois, cette mise en lien de la philosophie et de la médecine ne va pas sans difficultés, comme le montre assez bien Blankenburg dans *La perte de l'évidence naturelle*. Il y explique notamment le passage de la phénoménologie à la psychiatrie. Faisons avec lui ces rappels historiques qui permettront de mieux saisir la spécificité de l'approche que nous avons choisie. D'abord, la référence à la phénoménologie de Jaspers permet de comprendre qu'il s'agit d'un projet de psychologie descriptive, d'une démarche empirique et non phénoméno-eidétique et transcendantale, « préforme d'une authentique recherche descriptive de l'essence »³. Pour Jaspers, « la plongée pénétrante dans le cas individuel enseigne, phénoménologiquement, souvent ce qui est général pour une multitude de cas », ce qui ne signifie pas généralisation mais « prise de connaissance de l'eidos au sens husserlien »⁴. Blankenburg rappelle ainsi la distance pas si grande entre Jaspers et Husserl car Husserl a reconnu Jaspers comme un authentique phénoménologue.

Ceci dit, « le concept de phénomène chez Jaspers se différencie de celui de Husserl non pas, en premier lieu, par le refus de l'orientation eidétique du questionnement, mais plus originairement et de façon plus décisive par sa mise hors de jeu de la réduction phénoménologique et de la problématique d'un changement fondamental d'attitude qui lui est liée. Cette réduction ne fonde et ne justifie pas seulement une position purement descriptive à l'égard des manifestations de la vie de conscience. Elle leur ôte en même temps le caractère de fait – conservé chez Jaspers – et en supprime tout ce qui les met sur le même plan que les données de la réalité factuelle. D'une façon générale, c'est le changement d'attitude réalisé avec la réduction qui, en premier lieu, donne à la phénoménologie son fondement méthodologique. La réalité est, dans ce qu'on appelle l'*epochè*, « mise entre parenthèses », c'est-à-dire qu'elle ne conserve de valeur qu'en tant que corrélat intentionnel, qu'elle n'est rien d'autre que noème d'une noèse. C'est seulement sur cette voie que l'intentionnalité peut être rendue visible dans toute son étendue »⁵. Ces précisions permettent à Blankenburg de déterminer le rôle que peut jouer la phénoménologie dans la compréhension des maladies. Ainsi, « la question s'impose de savoir quel avantage une telle démarche peut apporter justement face à des manifestations psychopathologiques. Certes ce n'est que de cette manière que l'on obtient une vision totale et complète de l'intentionnalité de la vie de conscience, de la

³ *La perte de l'évidence naturelle*, Paris, PUF, 1991, p. 39.

⁴ *Ibid.*, p. 39.

⁵ *Ibid.*, p. 41.

vie transcendantale effectuante, comme Husserl l'appelle. Mais quel sens peut-il y avoir à analyser l'intentionnalité d'actes anormaux ? Dans les actes normaux se constitue le monde qui nous est commun à tous, entre autres aussi le monde de la recherche scientifique. Ici une analyse de la vie de conscience dans la visée d'une explication phénoménologique des contenus de sens impliqués apparaît tout à fait à sa place. Mais face à des modes de vécu pathologiques une telle démarche ne saute pas aux yeux de prime abord. Est-ce qu'ici une question autre que celle des conditions factuelles sous lesquelles ces modes de vécus se manifestent peut être utile ? Que peut apporter ici une analyse phénoménologique de l'intentionnalité, de la constitution du soi et du monde ? [...] À cela s'oppose la thèse de la psychopathologie phénoménologique : ce n'est que par le retour à la vie effectuante universelle qui constitue le normal aussi bien que l'anormal, de manière certes différente, que repose l'espoir de pouvoir rétro-questionner, en deça de la présupposition permanente de ce que signifient « normal » et « anormal » jusqu'à ce qui les constitue tous deux (et en même temps la différence entre eux)»⁶.

Ici ce qui est signifié est la pertinence et la valeur que représente la recherche d'une essence (théorique, abstraite, a priori/transcendantale) des phénomènes « anormaux » (pathologiques) dont on pourrait penser qu'ils ne s'analysent qu'empiriquement à partir de conditions empiriques. Or ils peuvent eux aussi se comprendre et se décrire à partir de ce qui rend possible leur « constitution », à partir du moment où ils semblent représentatifs de certains phénomènes caractéristiques de l'existence humaine. Car il ne s'agit pas tant, dans ces phénomènes, de décrire leur singularité et leur enracinement dans une histoire personnelle, ni d'envisager ce qui précisément, dans l'histoire singulière du sujet, expliquerait leur manifestation, que de les avoir en vue en tant que phénomènes typiques justement de ce qui arrive à l'humain « en général », dans « le » délire, dans « le » retrait autistique, dans « la » paranoïa ou « la » tristesse mélancolique etc. Par ailleurs, tous ces phénomènes pathologiques résonnent en nous comme étant aussi des phénomènes « normaux », pouvant survenir chez le sujet sain de manière moins accusée mais tout aussi caractéristique, comme si au fond ils n'étaient que des modalités parmi d'autres de l'existence humaine en général. Ainsi, « l'eidétique phénoménologique s'occupe de l'étant individuel rencontré, non pour ce qui concerne sa détermination factuelle, mais pour ce qui concerne son mode d'être. Là où il s'agit de l'exploration de modes d'être déterminés [...] Husserl a parlé d' « ontologies régionales » [...] « Parler toutefois d' « ontologie » dans ce contexte recèle toutefois la

⁶ *Ibid.*, p. 41.

possibilité de malentendus lourds de conséquences »⁷.

De ce fait, « les intentions d'une psychopathologie phénoménologique doivent être rigoureusement distinguées de celle d'une ontologie philosophique qui –comme par exemple celle de Heidegger- place au centre la question du sens de l'être en général. Dans le cadre d'une telle position de la question, les analyses de modes d'être particuliers –que l'on pense à ceux de l'angoisse, de la peur, de la curiosité, etc., mais avant tout aussi aux analyses, spécialement intéressantes dans notre contexte, de l'être familier et de l'être non familier – n'ont qu'un caractère d'exemple ». Ils ne sont pas étudiés pour eux-mêmes mais par rapport à la question de l'être. Or dans le cadre de la psychopathologie phénoménologique, c'est plutôt le cheminement inverse qui constitue le centre de la démarche : « quand le psychopathe s'engage dans la question de l'être, prise dans sa généralité, c'est seulement pour pouvoir décrire plus adéquatement des modes d'être particuliers et cela à nouveau seulement pour pouvoir mieux appréhender le malade et ce que nous amenons au niveau de l'expérience directement ou indirectement sur lui ». Ainsi, la psychopathologie phénoménologique (en tant qu'étude de modes d'être particuliers) est « une science qui se préoccupe de la question de l'être uniquement pour la meilleure saisie de modes d'être particuliers et de ceux-ci à leur tour seulement pour la meilleure saisie des étant auxquels elle a affaire » alors que l'ontologie philosophique est « une science qui considère l'étant en ayant en vue son mode d'être, et celui-ci à son tour, dans la perspective de la question du sens de l'être »⁸. Ainsi, Blankenburg peut affirmer que « pour notre problème en particulier, cela signifie la recherche de la « morphè » du schizophrène, en tant que type de prégnance particulier de l'être humain »⁹, ce par quoi, à vrai dire, la « possibilité de métamorphoses régulières de l'être humain » même dans des modes d'être pathologiques est présumée ». Pour résumer, « ni une phénoménologie eidétique ni une herméneutique existentielle ne semble pouvoir chacune à elle seule être adéquate à la tâche »¹⁰.

Le problème se pose en effet de la subjectivité du sujet humain : chez Husserl il s'agit d'une « égologie » phénoménologique (réduction transcendantale permettant de décrire et d'atteindre l'égo transcendantal, l'ensemble de données constituées constituantes) : « le monde avec toutes ses réalités et par là aussi avec mon être humain réel est un univers de transcendances constituées »¹¹.

⁷ *Ibid.*, p. 42.

⁸ *Ibid.*, p. 44.

⁹ Kesker, *Réflexions sur la métamorphoses schizophrénique comme possibilité humaine*, 1963

¹⁰ *La perte de l'évidence naturelle*, p. 45.

¹¹ Blankenburg citant Husserl (1929, 222), dans *La perte de l'évidence naturelle*, p. 45.

Blankenburg pose ainsi la question de savoir si cette égologie peut être intéressante pour la psychiatrie, ce qui revient à savoir s'il faut remonter aussi haut dans la constitution du sujet. Pour Blankenburg, « l'être-dans-le-monde –non pas en tant que structure ontologico-formelle mais en tant qu'événement se réalisant dans des modifications multiples et à décrire de façon détaillée- reste [le] point de départ »¹². En effet, « l'élargissement et le fondement plus profond, que le problème husserlien de l'intentionnalité a reçu de Heidegger, ne sont pas abandonnés [...] cependant, en revenant au projet phénoménologique de Husserl, est possible une démarche plus libre de présupposés. Pour cela il n'est pas nécessaire de revenir de l'analyse du *Dasein* à celle de la structure de l'expérience au sens étroit du mot. Ce qui est décisif est bien plutôt la reprise de la problématique phénoménologique de la constitution. Elle ne présuppose pas, de manière inconditionnelle, l'orientation sur l'intentionnalité d'objet [...] Le *Dasein* aussi ou l'être-dans-le-monde se laisse comprendre comme effectuation de la « vie effectuant » transcendantale au sens de Husserl, et se laisse analyser quant à sa constitution ou sa genèse ». De ce fait, « l'acquis positif des analyses particulières (par exemple des modalités de la compréhension de l'être) de *Sein Und Zeit* est conservé, mais est repris dans le cadre plus ouvert d'une description phénoménologique de la constitution ou genèse transcendantale, ce qui s'oppose certes aux intentions ontologiques de *Sein und Zeit*, mais assure une relation plus féconde à la recherche psychopathologique comme science particulière »¹³.

Reste le problème de la biographie, que souligne Blankenburg. En effet, « le déplacement d'accent, du projet daseinanalytique à un projet purement phénoménologique, comporte comme perte la plus marquante, de prime abord, un abandon du problème de la biographie. Si cet abandon était définitif il ne pourrait guère être compensé par aucun autre avantage. Il est toutefois à considérer comme simplement provisoire »¹⁴. Blankenburg précise ainsi que le but du projet phénoménologique « reste » le dégagement des structures fondamentales (transcendantales) « incluant simultanément la biographie tout entière » mais que cela étant difficile il convient de « mettre d'abord quelque peu à l'arrière-plan le problème de la biographie, pour pouvoir ensuite de nouveau le reprendre d'une façon approfondie, sur le fondement ainsi dégagé »¹⁵.

Nous verrons plus en détails par la suite comment ces considérations prennent leur sens dans l'étude des cas et des malades.

¹² *Ibid.*, p. 46.

¹³ *Ibid.*, p. 47.

¹⁴ *Ibid.*, p. 47.

¹⁵ *Ibid.*, p. 49.

2)Présentation du problème

Un premier problème se pose concernant la notion de temps dans son rapport à la maladie. Est-ce le temps (temps projectif, temps vécu) en lui-même qui serait défaillant (à l'origine, de manière constitutive) ou bien est-ce autre chose qui le rendrait défaillant (un événement déclencheur) ? Ou bien encore, est-ce la rencontre entre ce temps constitutif défaillant et un événement qui expliquerait le mécanisme de la chute et de la maladie?

Par ailleurs, ne serait-ce pas autre chose que ce temps, quelque chose de plus fondateur que lui, quelque chose qui fonderait le temps, ce temps projectif semblant incapable de rendre compte de la manière dont le sujet se projette en lui-même, dès qu'il existe (comme en témoigne l'enfant notamment) : la notion de sens ou de projet semble en effet une notion applicable à l'existence relativement adulte, à une existence où l'avenir a déjà une certaine consistance (et représentation). L'enfant (qui tombe malade ou devient psychotique) ne semble pas pouvoir être « mesuré » à l'échelle de ce temps-là, il ne se représente l'avenir qu'intuitivement, dans une forme d'attente et de souvenir plus ou moins conscients. Par contre, tout ce qui vient rythmer le corps et la pensée de façon ouverte et constitutive peut être appliqué à toute forme d'existence (même celle de l'enfant, voire celle de l'animal) et alors il faut supposer ce rythme (vital) peut-être plus fondateur que le temps projectif qui ne serait qu'un effet de ce rythme plus essentiel et plus corporel, plus enraciné dans le présent (présence à soi et au monde ambiant).

Ici il semble essentiel de pouvoir définir ce que l'on entend par « temps » et le sens qu'a ce temps, chez l'homme mais aussi chez tout existant (enfant, animal). Si en effet seul l'homme (adulte) tombait malade, alors incriminer le rapport au temps supposerait que l'on n'ait en vue que le temps de l'homme adulte (capable d'une certaine représentation précise et consciente, pensée, de son avenir par exemple ainsi que de son passé). Or la maladie comme chute ou échec de la capacité à exister s'observe aussi chez l'enfant (voire le bébé) et chez l'animal (qui peut notamment être stressé ou déprimé, ainsi qu'avoir des troubles du comportement faisant penser à la folie : agressivité et violence, perte d'activité, dépérissement, mort).

Pour répondre à cette question, ce temps pourrait ainsi être rattaché à la notion de « sens », si l'on donne au terme de sens une signification assez large ne se réduisant pas à la représentation précise et consciente, pensée, d'un projet particulier à réaliser par exemple (devenir ceci ou cela, réaliser telle ou telle chose, être ceci ou cela...). Le sens peut désigner

ce qui nous « ouvre » ou oriente vers le monde présent, ce qui nous rend réceptif et capables d'agir selon un but relativement adapté/efficace, en vertu d'une certaine croyance en ce qui va arriver. Ainsi pour un animal ou pour un enfant, certains événements peuvent être « dépourvus » de sens, au sens d'illogiques ou de nuisibles, incompréhensibles, impossibles à attendre (surprenants). Dans ce cas, on peut supposer une incidence sur l'existence et le comportement, ou sur les représentations, si l'on suppose à l'animal une certaine capacité représentative du monde extérieur, incidence pouvant prendre la forme d'une perte d'élan, perte de vitalité, conduisant à ne plus rien faire, ou au contraire à faire n'importe quoi. Ici le sens semble prévaloir sur le temps ou se confondre avec lui.

Si l'on veut alors penser le rapport entre la maladie psychique et le temps, il nous faut déterminer plus exactement le rapport entre le temps (temps intérieur, temps vécu) et la notion de sens : se peut-il que ces notions se confondent et que « notre » temps soit au fond le sens qui nous anime (nous les hommes mais aussi d'autres formes d'existences) ?

À partir de ces analyses, le problème que nous cherchons à mettre en évidence devient plus clair : il s'agit de comprendre comment la pensée humaine (à comprendre, plus largement, comme étant l'ensemble des représentations accompagnant l'acte d'exister, notre manière de nous rapporter de façon signifiante au monde et aux autres) peut être amenée, comme cela semble être le cas dans les maladies organiques, à subir un processus croissant tendant à sa désorganisation ou à sa réorganisation, désorganisation ou réorganisation étant à prendre dans un sens large, non pas inadaptation ou dysfonctionnement anormal mais modification profonde de l'existence avec pour corollaires : sentiments de souffrance ou repli ou conduites jugées par autrui comme incohérentes et ne permettant pas une existence ouverte sur des possibilités. S'il y a problème, c'est qu'en effet la pensée ne semble pas pouvoir obéir de cette manière à un processus à ce point déterminé, signifié le plus souvent par des images mécaniques : chute, perte, dégringolade, enfoncement, perte d'équilibre, déraillement, pétage de plomb, disjonction etc, sauf si l'on trouve ce qui peut déterminer à ce point nos représentations. Dans ce cas, il faudrait selon nous poser la question de l'origine et du fondement de nos pensées (« à partir de quoi pensons-nous ? », « D'où pensons-nous ? », « Pourquoi pensons-nous ? »), question très large puisqu'elle intéresse également la pensée « normale », mais que l'on pourrait circonscrire à la pensée « malade », au sens de différente, originale, singulière. Plusieurs pistes semblent devoir être envisagées, mais qui sont entremêlées : nous pensons à partir du cerveau (constitution cérébrale, mécanismes cérébraux, hérédité génétique), nous pensons à partir de ce que nous ressentons (corps, perception,

sensations, sentiments, affects, émotions), nous pensons à partir de ce que le monde extérieur (milieu, événements, autrui) nous suggère, ou encore nous pensons à partir de ce que nous décidons (voulons délibérément penser). Enfin nous pensons à partir de notre histoire personnelle (vécu, expériences passées, habitudes prises). Mais tout ceci constitue une totalité formant une unité au sein de laquelle tout est en relation avec tout, comme le montrent les neurosciences faisant du cerveau un système centralisateur déterminant, mais comme le montre aussi la psychanalyse et la phénoménologie psychiatrique qui intègrent le corps au sein du psychisme. Il faudrait donc pouvoir comprendre l'interaction entre ces différents facteurs qui semblent sinon déterminer, du moins orienter nos pensées dans un certain sens. Mais plus encore, il nous faudrait voir en quoi ces différents facteurs se combinent avec la notion de sens que nous avons dégagée à partir de la notion de temps : c'est en effet le sens même de la pensée qui semble subir un processus pathologique, et il faut voir d'où provient la perturbation de ce sens, de cette orientation qui inclut une dimension temporelle (ouverture au présent et à l'avenir avec dépassement et conservation du passé). La pensée malade semble ne plus s'ouvrir « normalement » au sens, la signification donnée aux choses et à l'existence semble mise en question ou en échec, avec une incidence temporelle.

La manière dont la pensée aboutit à une forme de processus croissant et irréversible est également difficile à comprendre (pourquoi ne pas pouvoir arrêter ce processus ou le stabiliser, le ralentir ?). Ici, il faut donc interroger ce qui amène la pensée à s'enfermer en quelque sorte dans une sorte de cercle vicieux (pourquoi pensons-nous de plus en plus à...ou pourquoi pensons-nous toujours et uniquement cela et de telle manière ?...). Là encore, plusieurs pistes semblent possibles : l'idée que lorsque nous « croyons » en quelque chose, cela oriente et fait converger nos pensées, l'idée que la perte de croyance en quelque chose peut également modifier (faire perdre) le déroulement de nos pensées, l'idée qu'une décision (choix, prise de décision, renoncement) peut aussi faire converger nos pensées dans un sens unique et réducteur, ou l'idée que « comprendre » quelque chose empêche tout retour en arrière (ce que l'on comprend, on ne peut plus ne pas le comprendre). Enfin, il se peut que la maladie et la folie soient une « réaction » (adaptative) à un processus défaillant devenant impossible à supporter tant il se renforcerait de lui-même en rencontrant la réalité (le délire ou le suicide, par exemple étant des mécanismes de défense censés contrebalancer la maladie mais l'accroissant du même coup). Ici la maladie peut donc apparaître comme « normale ». La force suggérée par le processus de chute ou de devenir peut également et ainsi renvoyer à la notion d'évidence : la maladie et la folie agiraient sur le sujet à la manière d'une évidence, d'une révélation (de sens) ne pouvant qu'être acceptée et renforcée afin de se maintenir.

La question se pose également et à ce niveau de savoir si l'idée de chute ou de basculement est une réalité ou une simple image, induite par ce que ressent intérieurement le malade ou par ce que voit l'entourage extérieurement : mais dans ce cas, comment expliquer que ce sentiment intérieur et cette vision extérieure coïncident le plus souvent et s'accordent pour qualifier le phénomène de la maladie ou de la folie de chute? Y a-t-il alors vraiment un point de rupture? Ce point de rupture n'est-il pas le moment où « quelque chose apparaît », où quelque chose devient « visible » ?

La question devient donc celle de savoir si la pensée tombant malade ou devenant folle est plutôt une pensée déterminée par quelque chose échappant totalement à la volonté du sujet ou bien si elle relève plutôt ou aussi d'une forme de décision ou orientation plus ou moins activée ou induite par le sujet lui-même, qui serait comme partie prenante dans le processus, même si cette participation proviendrait également de la rencontre entre le sujet et le monde, de son « existence » même. D'autre part, la question est de savoir quelle prise le sujet aurait sur ce processus (pour le ralentir ou l'arrêter) : peut-il intervenir sur un mécanisme auquel il assiste en étranger ou bien et peut-il intervenir sur ce qu'il aurait créé lui-même ? S'il ne peut pas intervenir, qui peut le faire et par quels moyens (question de l'action thérapeutique) ? Par ailleurs, ne pourrait-on anticiper la maladie ou la folie en sachant ce qui la « déclenche » ou ce qui l'alimente ? Ou encore, se peut-il qu'il n'y ait « rien à faire » si la maladie et la folie sont « déjà là », « dès le départ », latentes au point que n'importe quel événement voire aucun événement ne les rendrait manifestes, ne les « déclencherait » vraiment?

L'autre question qui se pose sous la forme de problème est celle de savoir jusqu'où la maladie et la folie sont le fait de manques ou de défauts ? L'approche phénoménologique, qui permet de considérer et de comprendre le malade et le fou comme étant non pas tant « anormaux » que « différents », engagés dans une « autre » manière d'exister, a tout de même tendance à souligner l'échec de cette existence qui semble manquer son but : réaliser des possibilités ouvertes permettant de « devenir soi », c'est-à-dire de choisir, parmi les possibilités offertes, celles qui semblent être « les nôtres » c'est-à-dire capables de s'accorder avec notre projet existentiel (non donné, non défini mais pourtant là, en tant que devenir possible, et donc à choisir et à faire soi-même). Sans ignorer la souffrance du malade ou du fou, dont l'existence semble effectivement privée de toutes ses ressources, ne peut-on pour autant valoriser sa manière d'exister ? Ses défauts ou ses manques ne sont-ils pas aussi des qualités ainsi que des forces ? Se ferme-t-il véritablement au monde et à autrui ou bien ne témoigne-t-il pas d'autres possibilités de rencontrer justement le monde et autrui ? Ici la question est aussi de savoir ce qui distingue exactement le malade et le fou de certains artistes marqués par la maladie ou la

folie : ne sont-ils pas engagés dans la même manière d'exister et qu'est-ce qui alors fait que l'artiste n'est ni malade ni fou tout en témoignant des mêmes caractéristiques du malade ou du fou ? Où se situe, pour l'artiste, sa capacité à ne pas tomber malade ou à ne pas devenir fou, tout en étant lui aussi, comme sur le fil ? Se peut-il que l'on aide alors le malade et le fou à « faire comme l'artiste », pour l'empêcher de tomber ou pour le faire remonter ? Mais dans ce cas, ne lui fait-on pas perdre, ou ne prend-on pas le risque de lui faire perdre ses qualités (différentes de celles de l'artiste) ? Quelles sont-elles ?

À partir de là, il devient possible d'exposer les différentes réponses à ces questions, et de voir en quoi elles se montrent éventuellement insuffisantes.

Il semble que le point central des différentes réponses apportées à notre question se concentre sur la notion d'événement (qu'il s'agisse des auteurs étudiés ou des récits de malades, ou de la réalité quotidienne). En effet, ce qui revient souvent pour « expliquer » le « déclenchement » de la maladie (ou de la folie), et ce qui semble rendre compte du point de rupture qui nous intéresse, c'est l'idée que l'existence du sujet aurait eu à subir une forme de réalité particulière, nouvelle, bouleversante, obligeant à une forme d'adaptation ou de remaniement intérieur, douloureux, inattendu, forme de réalité qu'on nomme « événement ». Cet événement peut être unique ou renvoyer à un contexte récurrent (réalité difficile se maintenant dans la durée, se répétant dans le temps). Par rapport à ce point central, plusieurs pistes sont à envisager.

Une première approche possible de la maladie psychique est de la considérer comme étant une maladie, un processus dont les causes nous échappent et qui, de fait, suit un processus déjà inscrit en elle. Ici, même l'événement « dit » déclencheur semble faire partie du processus, au sens où s'il n'y avait pas eu « cet » événement, un autre du même genre aurait eu le même effet, ce qui donne alors le sentiment que la maladie, déjà là, prête à se manifester, n'attendait que cet événement comme « point de passage », tout en ne l'attendant pas précisément. Il y a contradiction alors à attribuer à l'événement un rôle fondamental qu'il n'a pas en lui-même et on est renvoyé alors à la structure constitutive du sujet, à sa défaillance, pour expliquer la maladie dans le temps de sa chute. Si l'événement n'est qu'une « occasion », alors c'est la rencontre entre l'événement et la structure du sujet qu'il faut étudier : en quoi la « rencontre » avec l'événement fait-elle « chuter » ? Qu'apporte de plus l'événement par rapport à ce qui existait déjà ?

Autre possibilité : se peut-il qu'il n'y ait aucun événement susceptible de « déclencher » la maladie et que celle-ci progresse toute seule, comme d'elle-même, ou que « tout » fasse

événement, au sens où le malade se montrerait incapable d'interpréter la réalité elle-même, dans son déroulement quotidien (sans événement notable) autrement que comme « événement » ? Mais dans ce cas, il n'y aurait pas à proprement parler de chute ni de basculement, la maladie se déroulant progressivement sans point de rupture.

Une autre approche consisterait à supposer tout homme capable de « tomber » malade ou de devenir fou, suite à un type d'événement particulier (catastrophique pour son existence). Mais, dans ce cas, il s'agirait de déterminer quel événement type serait capable de « rendre fou » (n'importe qui, n'importe quel homme). Or cela apparaît difficile tant aucun événement ne se présente, de fait, comme capable à lui seul de « rendre fou ». Il semble nécessaire, encore une fois, de confronter tel événement au sujet lui-même, tant est-ce, apparemment, leur rencontre qui rendrait possible la maladie ou la folie. Certains événements se donnant comme traumatisants en eux-mêmes (par leur violence par exemple) ne sont en effet jamais vécus exactement de la même façon et certains hommes semblent toujours capables de « s'en remettre » (comme en témoigne la notion de résilience). Le traumatisme objectivement vécu ne constitue pas nécessairement une maladie ou une folie.

L'insuffisance de ces approches tient selon nous à ce qu'elles ne répondent pas vraiment à la question du rôle de l'événement, celui-ci pouvant autant avoir un rôle que ne pas en avoir du tout et on est plutôt renvoyé alors à la constitution du sujet, à ce que le sujet oppose face à l'événement, à ses capacités à intégrer la réalité, à supporter ce qui pourrait justement le rendre malade ou le rendre fou. Toutefois, l'idée que certaines réalités sont plus difficiles à supporter que d'autres semble devoir être conservée pour rendre compte de certaines limites constitutives du sujet humain, qui expliqueraient peut-être la maladie et la folie en tant que toujours possibles pour tout homme : face à certaines réalités, se peut-il que la plupart des hommes (sauf exception) tombent malades, sans pour autant avoir une constitution fragile au départ ? Pour résumer, le fait de mettre l'accent sur l'événement renvoie toujours celui-ci à la constitution du sujet (à ce qui accentue une fragilité constitutive ou à ce qui constitue une fragilité).

Autre possibilité : l'idée que la « base » de la maladie psychique ou de la folie soit de nature organique (génétique, héréditaire, biologique, et/ou cérébrale) et qu'il faille dans ce cas abandonner l'idée de « cause » ou de « point de rupture » provoqué par tel ou tel facteur extérieur (événementiel). Beaucoup de psychoses sont en effet attribuées à des dysfonctionnements organiques plus ou moins identifiés mais dont l'hérédité pathologique témoigne (les malades et les fous ayant tendance à être issus de familles de malades ou de fous, déterminisme qu'attestent les études épidémiologiques rendant possibles certaines

statistiques précises, dans le cas de la maniaco-dépression ou schizophrénie mais aussi de la mélancolie). Dans ce cas, il nous faut nous demander si notre étude a encore de la pertinence : si la folie n'est au fond qu'une maladie comme une autre, dérégulant la pensée et les émotions par un processus purement fonctionnel, alors il n'y a pas à se demander si le sujet est partie prenante dans ce dérèglement ni s'il peut éventuellement le modifier (empêcher son processus). Il n'y aurait pas lieu non plus de se demander comment l'on « tombe » malade car il n'y aurait pas à proprement parler de chute ni de basculement. L'effet thérapeutique (bénéfique) des médicaments dans la plupart des psychoses semble appuyer cette idée (la psychothérapie associée au traitement médicamenteux n'est que complémentaire, elle aide le malade à accompagner sa maladie et à la comprendre). Par contre, la question peut peut-être encore rester pertinente d'une part dans le cas des névroses où l'on suppose le sujet plus à même de se rééquilibrer ou de contenir ses symptômes, de rester également en contact avec la réalité, et par rapport à la question de savoir ce qui ferait la différence entre la psychose et la névrose (question de savoir à quel niveau nos pensées deviennent incontrôlables). Mais, si certaines névroses semblent purement induites par des facteurs événementiels, reste que dans la dépression par exemple, le facteur héréditaire apparaît aussi, et que l'on peut également incriminer une constitution défaillante (constitution de nature biologique : troubles de l'humeur pouvant être régulés par la prise de médicaments, comme dans la psychose). Ici, dans la névrose, on doit donc se demander aussi jusqu'où notre question reste pertinente même si au premier abord elle semble le rester. D'autre part, dans le cas des psychoses, notre question (comment expliquer le mouvement de chute ou de bascule de la pensée) peut peut-être rester posée si l'on cherche à savoir comment la désorganisation s'opère indépendamment du processus morbide en lui-même : le facteur organique est-il un processus (croissant en lui-même) ou bien n'est-il qu'un défaut (un dérèglement fixe) qui ne se dérèglerait de façon croissante que parce qu'il serait pris dans l'existence du sujet, existence faite d'événements, de rencontres avec autrui et de confrontation avec la réalité, avec un appui existentiel défaillant ? Dans le cas des maladies organiques comme le diabète, par exemple, le dysfonctionnement du foie peut être régulé par la prise d'insuline mais aussi par une conduite alimentaire adaptée, le diabète ne croît donc pas tant de lui-même que si son dysfonctionnement se voit entretenu et accentué par une existence allant dans le même sens que son défaut. Ne peut-on supposer qu'il en va de même dans les psychoses et que ce n'est pas tant la psychose qui croît que la manière dont l'existence du sujet se voit entretenir le défaut initial, parce qu'il y serait poussé, de fait, ou aussi parce que la vie lui infligerait des événements ne pouvant qu'accentuer son défaut initial ? Pour résumer, la thèse organiciste qui

répond à la question de la maladie et de la folie par l'argument génétique et/ou biologique ne répond pas à la question de la « chute » et du « basculement » mais on peut tout de même poser cette question et la maintenir en suggérant que l'argument biologique ou organique nous paraît insuffisant pour comprendre aussi bien la guérison possible de certaines maladies que leur progression. Il nous semble nécessaire là encore d'interroger la rencontre entre la constitution et la réalité extérieure, pour cette fois réintroduire le rôle de l'événement.

3) Résumé de la question qui reste posée

Ainsi, pour résumer, notre étude aura pour thème central le rapport entre le temps (temps existentiel, temps projectif, rythme propre ouvrant le sujet au monde et aux événements, au sens) et les maladies psychiques : on se demande en quelle mesure ce temps est directement impliqué dans la manière dont le sujet « bascule » dans la maladie (son temps se ralentissant ou s'accéléralant ou s'arrétant, le sens étant perdu ou devenant multiple ou réduit), la chute étant alors à situer sur cette dynamique temporelle et signifiante. On se demande aussi, eu égard à ce phénomène de chute, comment la pensée, le sens donné au monde et à l'existence peut ainsi suivre un processus temporel ressenti comme irréversible tant il va croissant : s'agit-il d'un déterminisme (biologique, organique) de l'existence pensée ? Mais alors comment expliquer que l'on puisse guérir, se reprendre, se remettre d'un tel processus ? Ne s'agit-il pas plutôt d'un processus pouvant certes engager un facteur constitutionnel (biologique ou organique) mais aussi engager la manière totale dont le sujet perçoit le monde (la réalité, les événements, autrui), c'est-à-dire sa structure ou constitution existentielle ? Dans tous les cas, on se demande comment « fonctionne » le rapport entre ce que nous sommes et la réalité (événements qui nous arrivent) au point que ce rapport puisse « dégénérer » en maladie ou en folie. On s'interroge sur le mécanisme d'amplification qui se joue entre notre temps existentiel, que ce temps soit défaillant ou « normal », et les événements qui « nous » « arrivent ». La question devient celle de savoir quelle prise l'homme a sur sa constitution existentielle (sur son « être-au-monde ») : n'assiste-t-il qu'en étranger passif aux rencontres entre celle-ci et les événements, en se montrant plus ou moins résistant (équilibré), ou bien l'homme peut-il agir sur sa constitution pour la rééquilibrer ?

Notre question devient donc, au final, celle de savoir où situer le point d'appui et par conséquent le point de bascule de notre existence (vécue, pensée), point que l'on pourrait qualifier de « sol » ou de « fondement », au sens d'assise existentielle, et qui correspondrait à notre temps projectif ou rythme propre. Ce point d'appui semble être en rapport avec la

croyance en un certain sens permettant de nous projeter dans un temps suffisamment porteur nous garantissant un certain équilibre. Les maladies psychiques, tant névrotiques que psychotiques, ne témoignent-elles pas d'un basculement de ce sol, c'est-à-dire d'une mise en échec du sens, tant ce sens est en lui-même fragile et indéterminé, et ce basculement ne peut-il pas prendre différentes formes correspondant à différentes maladies ? Ce sens (croyance en une certaine continuité de l'expérience du monde selon Husserl, ou plus généralement croyance en telle ou telle valeur s'imposant comme évidente), semble être au cœur de notre rythme existentiel, sous la forme d'une évidence que l'homme « normal », « équilibré », parviendrait à maintenir, mais qui se déroberait ou tomberait pour certains, entraînant ainsi la maladie ou la folie. Le malade ou le fou semblent en effet être ceux pour qui ce sens n'irait pas ou n'irait plus de soi, et il nous appartient ici de nous demander comment cela est possible, et s'il n'y a pas différents « niveaux » de sens pouvant expliquer les différentes maladies et leurs différents troubles. La distinction entre névrose et psychose ne peut-elle se faire par exemple en s'interrogeant sur ces niveaux et sur la manière dont notre existence est structurée par ces niveaux (une névrose impliquant une perte de sens partielle touchant notre affectivité, une psychose impliquant une perte de sens plus totale touchant notre rapport à la réalité même) ?

Ici, la notion de sens a du coup deux aspects (point d'appui et point de bascule) : il est à la fois le sol de croyance sur lequel le sujet s'appuie pour exister, mais, si ce sens est fermé ou perturbé, il induit un point où le sujet ne serait plus à même de supporter une réalité venant remettre en question ce sens ou le confirmer. On peut comprendre alors que la maladie et la folie deviennent alors des moyens de maintenir un certain sens (par exemple le délire ou le suicide apparaissent comme des « solutions » à la perte du sens ou à la confirmation d'un sens restreint).

4) Enjeux de notre projet

Notre projet consiste alors à montrer que le déséquilibre et le basculement qui caractérisent les maladies psychiques reposent sur la manière dont le sujet existant s'ouvre au sens et sur la rencontre entre cette ouverture (« constitutive ») et la réalité (événements). Ici nous voulons soutenir l'idée d'un rapport entre « nous » et le « monde » suggérant l'idée de circuit fermé évoluant en boucle (en « s'ouvrant » toutefois dans ses aller-retour, sur le monde ou sur soi au fur et à mesure de l'existence, pour s'auto-réguler) : notre idée est que l'équilibre tient à la possibilité pour le sujet de maintenir son projet existentiel ouvert sur un sens suffisamment

adapté à la réalité (événements) pour interpréter celle-ci comme lui permettant de maintenir cette ouverture. Le déséquilibre proviendrait d'un processus croissant de fermeture amenant progressivement à une « constitution » ou « structure » défaillante, le sujet ne pouvant rencontrer la réalité que sur un certain mode et en étant sans cesse et de plus en plus « confirmé » dans son orientation limitée. Le circuit entre soi et le monde se fermerait de plus en plus sur soi en se coupant de la réalité.

Ici il convient de souligner et d'interroger le rôle de la croyance. La réalité serait en effet et en elle-même à ce point dépourvue d'un sens objectif, elle serait à ce point « plastique », que le sujet pourrait toujours et de plus en plus voir en elle la confirmation de sa croyance intérieure, celle-ci étant induite par la structure (circulaire) entre soi et le monde.

En effet, même si la réalité peut « induire » (suggérer) un certain sens, ce sens reste toujours incertain, et un autre sens reste toujours, de fait, possible. Ainsi le « malade » ou le « fou » croirait à ce qu'il ressentirait ou penserait sans possibilité de se défaire de sa croyance, celle-ci ayant valeur de « seul » sens ou « vrai » sens, la réalité se montrant incapable de rectifier cette croyance.

Cette conception de la maladie et de la folie pourraient à la fois expliquer « toutes » les maladies (névroses et psychoses), dans leur chute et leur progression, et respecter leurs différences spécifiques. Elle pourrait également s'appliquer à des phénomènes de chutes non pathologiques, à ce qui, dans une existence normale, nous confronte souvent à des phénomènes de basculement (décisions, ruptures, engagements etc).

Par exemple, pour un maniaco-dépressif, « ouvert » à trop de sens, tout ferait sens et il ne pourrait que se perdre dans la multiplicité des sens offerts par la réalité. Le mélancolique, fermé à l'avenir, concentré sur le passé, ne pourrait que « ruminer » ses actions en leur trouvant, de fait, des imperfections, en s'enfermant de plus en plus dans l'idée de son échec. Le schizophrène, maintenu dans un présent coupé de la réalité (d'un sens induit par la réalité), ne pourrait que trouver dans la réalité de quoi alimenter sa tendance délirante (tout n'est-il pas en effet « possible » ?). Dans le cas des névroses, on pourrait penser que le sujet serait plus à même de se reprendre, car il aurait une certaine prise sur le sens qu'il donne à la réalité : il saurait qu'un autre sens est possible et il aurait les moyens de rectifier sa vision des choses (même si un accompagnement reste nécessaire). Il serait moins « soumis » à la réalité, sa constitution étant de fait, moins défaillante, plus souple, moins rigide. Il serait plus capable de se laisser influencer par le sens induit par la réalité.

Ce serait donc parce qu'il n'y aurait pas « de » sens à l'existence, et parce que c'est à chaque sujet de définir ce qui, pour lui, fait sens, que des maladies du sens seraient possibles et

qu'elles prendraient cette forme de « chute », rien ne pouvant vraiment arrêter le sujet dans sa capacité à interpréter la réalité « comme il le souhaite » ou comme elle se donne pour lui.

Pour autant, la réalité a aussi le pouvoir de nous faire vivre des événements « terribles », « traumatisants », « violents » et en ce sens, objectivement « déstabilisants ». Dans ce cas, la chute dans la maladie ou la folie peut apparaître « normale » et il peut sembler difficile d'incriminer la « structure » ou « constitution » du sujet lui-même. Nous nous pencherons donc également sur la possibilité de tels événements capables de perturber notre ouverture au sens au point de nous faire « tomber malade » (ou devenir fou), la question restant de savoir jusqu'où justement de tels événements sont en mesure d'avoir cet effet.

Cette ouverture au sens, à un sens qui est le « nôtre », semble être le mouvement même (corporel et psychique) par lequel nous rythmons et rendons plus ou moins dynamique et équilibrée notre existence, et ce sens semble de nature temporelle, ou du moins, il prend pour nous une forme (vécue) temporelle.

Ce serait cette capacité « rythmique » qui serait en défaut dans les maladies psychiques, sans que ce défaut soit en soi une incapacité, puisqu'il peut par ailleurs ouvrir à d'autres formes d'existences, dont l'artiste (malade ou non) témoigne, et parce que des soins (voire guérisons) sont possibles.

Conséquences et enjeux de cela : nous voulons suggérer à travers ce travail que le malade (ou le fou) n'est pas tant un être qui « tombe » malade qu'un être qui, étant « déjà » potentiellement malade, devient visiblement malade. Le caractère visible de la maladie ou de la folie, à travers l'image brutale et violente de la chute, ne serait en réalité que l'effet d'un état « déjà » possiblement malade devenant visible et perceptible pour le sujet lui-même ainsi que pour autrui.

Par ailleurs, la notion de temps que l'on convoque pour qualifier la maladie dans sa chute ne serait également que la mesure d'un désordre plus vaste engageant une multiplicité de facteurs intriqués les uns dans les autres et interagissant entre eux. Comme la chute, la dimension temporelle de la maladie ne serait que la partie émergée d'un iceberg bien plus conséquent.

Enfin, pour savoir comment rendre à ces existences l'équilibre qui leur manque ou comment empêcher la « chute » dans la maladie, notre recherche mettra l'accent sur la notion d'autothérapie et sur l'idée d'un rééquilibrage possible de la défaillance « avant » qu'elle ne s'accroisse, en anticipant notamment la fatalité de cette accentuation par la connaissance de notre propre constitution et par la connaissance de son processus de rencontre avec la réalité. Le but est en quelque sorte de comprendre « comment nous existons » afin de maintenir au mieux cette existence en dehors de ce qui la mettrait en échec (dans la maladie ou la folie). Il

s'agit au fond et simplement de « prévenir pour guérir ». En travaillant en amont de la chute, n'est-il pas possible de l'empêcher ?

Notre centrage sur le concept d'irréversibilité a pour enjeu de repérer, comme en négatif, le point de réversibilité et de réversion rendant possibles autant le soin que l'évitement de la maladie. En effet, en saisissant le ou les points de basculement « temporel », il devient possible de les envisager comme des points d'appui potentiels par où consolider notre existence « en échec » ou « défailante ». Notre travail en ce sens se veut autant philosophique (phénoménologique) que thérapeutique. Il veut s'inscrire dans le projet et la continuité de l'analyse existentielle (*daseinsanalyse*) en l'actualisant toutefois par une réflexion sur la dimension causale de la maladie. Cette dimension « causale » est en effet suggérée par le fait même de « tomber » malade (ou « devenir » fou) et il nous semble insuffisant de nous en tenir à une simple description de cette chute sans chercher ce qui la cause ou la crée.

Plus largement, nous espérons, à l'issue de ce travail, encourager des formes d'auto-thérapies préventives, capables de consolider en amont nos points (potentiels) de rupture et de décrochage (basculement). En repérant en effet nos « défaillances », il devient possible de les rééquilibrer ou d'éviter de les mettre à l'épreuve de la réalité. Par ailleurs, ces formes d'auto-thérapies doivent pouvoir être partagées et élargies à ce qui pour nous devrait être un mode (modèle) de rencontre avec autrui : faire en sorte que l'on soit pour autrui un événement capable d'ouvrir ou de rouvrir des possibilités plutôt que d'être pour autrui un événement « rendant malade ». Si en effet la base actuelle des thérapies reste la prise en charge thérapeutique (seule ou en complément de médicaments), cela signifie que notre rapport à autrui reste déterminant dans notre capacité à restaurer l'équilibre. Autrui ne doit-il pas alors être aussi celui qui conjure la chute avant qu'elle ne se produise ou qui participe positivement à l'élaboration de notre « constitution » (de sorte qu'elle ne « défaille » pas) ? Parents, amis et rencontres « de passage » n'ont-ils pas cette vocation ?

Rappelons bien ici en insistant sur ce point : il ne s'agit pas pour autant de retirer à la maladie et à la folie leurs « vertus » éventuelles en visant une existence normale au sens de normée. Le but est de suggérer la possibilité d'une existence faisant moins souffrir et plus garante du « devenir soi » qu'elle porte en elle comme ultime possibilité.

PREMIERE PARTIE : principes de l'approche phénoménologique

Il s'agit dans cette partie de voir en quelle mesure une approche phénoménologique de la maladie psychique est possible et sous quelle forme, à travers les auteurs qui représentent cette lecture et compréhension de la maladie. Il s'agit également d'avoir en vue les éléments de réponse apportés par ces auteurs à notre question, à savoir la question de la chute et du basculement. À partir de quoi exactement selon eux se fait cette chute et quel sens donnent-ils à l'idée d'irréversibilité ?

I – Binswanger : la maladie comme flexion de l'être-au-monde ou défaillance de la structure temporelle

Il s'agit ici de montrer en quoi l'approche phénoménologique de Binswanger permet de comprendre les conditions de possibilités de l'existence « normale » à partir d'une description de la maladie, tant la maladie est comme le négatif « structurel » (temporel et projectif) de l'existence normale. Il convient également de voir en quoi la thérapie se veut du même coup « existentielle » : il s'agit de rétablir les conditions de possibilité de l'existence dans sa totalité puisque c'est la totalité de l'existence qui est en échec dans la maladie. L'irréversibilité de la chute est également suggérée par la manière dont l'existence (tombant malade) subit un phénomène d'amplification et d'accentuation touchant la totalité de son rapport (temporel, vécu) au monde, empêchant tout rééquilibrage.

L'intérêt de cette approche est de nous permettre de saisir la dimension existentielle de la maladie, telle qu'elle est vécue par le « malade » comme une modification totale de son rapport au monde. Cette approche est selon nous, comme veut le montrer ce travail, celle qui permet le mieux de « comprendre » le malade et de le rencontrer (dans une visée thérapeutique) « là » où il est.

A – L'existence normale : devenir soi (ouverture à nos possibilités les plus propres/authenticité/projet de monde)

L'approche phénoménologique des malades dont l'existence apparaît comme remise en question est ce qui permet à Binswanger de dégager ce qui précisément constituerait les fondements d'une existence non malade. Ces fondements se concentrent sur différents aspects de l'existence humaine, ou sur différents axes visés par le sujet existant, que l'on peut présenter ainsi : la recherche de symétrie, le devenir soi comme équilibre entre la verticalité (ascension) et l'horizontalité, le sujet comme projet (intentionnalité) de monde, l'existence comme équilibre (« avoir les deux pieds sur terre »). Rappelons que l'adjectif « normal(e) » ici n'a rien de « normatif », il a le sens de « sain » (en bonne santé), « non pathologique » et renvoie avant tout à l'idée d'équilibre, pour désigner une existence qui arrive à se maintenir ouverte dans sa dimension projective et temporelle permettant de devenir soi.

Remarque : ici, nous suivrons, dans l'ensemble, l'ordre des différentes œuvres, en insistant sur les thèmes qui conduisent nos différentes sous-parties, afin de ne pas rompre leur unité. Ainsi, dans cette partie consacrée à l'analyse de l'existence « normale », nous nous appuyons sur les textes où cette analyse est la plus manifeste, même si ces textes analysent aussi, indirectement, l'existence pathologique. C'est que, comme nous l'avons souligné, existence « normale » et existence « malade » sont souvent interrogées l'une à partir de l'autre, comme en négatif (l'existence normale permettant de penser l'existence malade et inversement). Nous avons fait ici le choix de ne pas totalement séparer les deux, pour conserver ce regard croisé et pour ne pas rompre l'unité de l'interrogation menée dans les différentes œuvres étudiées. De même, les renvois faits aux différents types de maladies ou aux « cas » étudiés sont à comprendre comme des illustrations de l'analyse menée plus largement sur ce qui « structure » l'existence, et ils seront repris pour eux-mêmes par la suite pour distinguer les différentes maladies.

Pour commencer, une des principales composantes de l'existence « normale » est, pour Binswanger, la notion de symétrie. Celle-ci est directement analysée dans le chapitre « A propos de deux pensées de Pascal trop peu connues sur la symétrie »¹⁶. Binswanger y étudie la manière dont l'homme est structuré par la recherche de symétrie, laquelle joue un rôle dynamique et porteur : « la hauteur et la largeur appartiennent à la nature de l'homme », nature qui est à rattacher à la « station debout » : « aucun mammifère n'atteint la station conforme à son espèce comme le fait l'homme dans un effort actif, longtemps après sa naissance ». Evoquant Bachelard dans *L'Air et les Songes*, Binswanger explique que « la verticale, « le psychisme ascensionnel » est et demeure pour l'homme la direction

¹⁶ *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Les Editions de Minuit, 1971, p. 229. et suivantes

significative de l'effort, de la volonté »¹⁷. À ce titre, la décision et la volonté renvoient chez l'être humain à l'effort pour se tenir debout, pour maîtriser la pesanteur en se mettant et en se tenant debout, volonté qui devient « la temporalité érigée sur l'avenir authentique ». A l'inverse, la chute doit être comprise comme la « position ou [le] mouvement couché, accroupi, planant, s'effondrant au sens d'*être livré à la pesanteur* »¹⁸. De même, la chute peut correspondre à une manière de se « laisser emporter », d'être « livré à la pesanteur », au « poids de *ce qui vous porte* », et « dans l'être emporté vers, « nous nous *faisons aller* » ; *se laisser porter* ou *se laisser tomber*, c'est *se livrer* soi-même au « poids », plus ou moins léger, de l'humeur ou de l'imagination « qui nous porte », que ce soit dans le rêve, la passion, ou dans la poésie lyrique. Ici, il ne s'agit pas d'une forme authentique future, de la temporalisation et de l'ipséisation mais de la forme d'une temporalité inauthentique parce qu'elle *s'abandonne* à la structure anthropologique de la pesanteur (la légèreté n'étant qu'une forme de celle-ci) ». C'est en ce sens alors que la symétrie en tant qu' « image de notre présence corporelle » ne doit pas être comprise comme la « cause » ou « l'effet » de notre « image de notre présence au monde psychique et spirituel » ni comme un « *prius* » ou « *postérior* » « temporel ». Il s'agit pour Binswanger « d'un *a priori* du « plan de construction » de la structure totale de l'être-homme »¹⁹. C'est dire que la symétrie (que l'on recherche notamment dans un visage humain ou qui nous manque lorsque l'on est confronté à un visage déformé) correspond chez l'homme à un principe fondamental et fondateur de son dynamisme existentiel le portant dans un mouvement ascensionnel (projectif et temporel). Toute rupture dans ce dynamisme fondateur équivaldrait à la perte de ce dynamisme et à la chute existentielle. La vue d'un visage asymétrique nous ferait sentir une « lésion » : « nous sentons lésé un principe vital, un principe de création vivante [...] dans la déformation réelle ou supposée, donc contraire à la symétrie, nous pensons percevoir quelque chose d'étranger, d'hostile à la vie, de destructeur de la vie, ce qui signifie : la proximité de la mort »²⁰. Evoquant la schizophrénie de son patient Jürg Zünd, Binswanger explique que « la symétrie peut être, en fait, la dernière bouée de sauvetage à laquelle la présence se raccroche et grâce à laquelle elle essaye de ne pas sombrer dans le chaos. La symétrie est alors le dernier et unique principe d'ordre du « monde » et, ainsi, l'ultime tentative, le « dernier effort » de se conserver *soi-même* »²¹. Binswanger parle alors de la symétrie comme d'une « fondation

¹⁷ *Ibid.*, p. 229.

¹⁸ Souligné par l'auteur (tous les mots en italique dans les citations sont soulignés par les auteurs)

¹⁹ *Ibid.*, p. 230.

²⁰ *Ibid.*, p. 231.

²¹ *Ibid.*, p. 232.

anthropologique » chez Pascal notamment, mais il la reprend à son compte pour poser ainsi que « la symétrie, l'harmonie ou la proportion est si profondément ancrée dans l'organisation et le sentiment vital de l'homme que son altération, soit dans la sphère physique, soit dans la sphère psychique et spirituelle ou dans toutes les sphères à la fois, est ressentie comme une menace et, en ce sens, comme une proximité de la mort »²². Ce principe doit être compris en ce sens comme un des « principes créateurs de la vie » mais donc aussi comme « principe d'ordre du projet de monde » et comme principe d'ordre du « soi-même », de « l'*ipse* ». Binswanger montre ainsi le rapport entre ce principe fondateur et vital et la croyance qui nous porte à espérer que se voie maintenu ce principe d'ordre : « puisqu'il s'agit là d'un principe d'ordre humain, nous, hommes, sommes déconcertés par les hommes et nous nous sentons mal à l'aise là où nous trouvons perturbé ce principe d'ordre, là où nous nous sentons trompés dans la « douce espérance » de « l'éternel retour » car, « toute la douceur de la vie » a écrit Goethe, « est fondée sur le retour régulier des choses extérieures » ». Pour Binswanger, ce principe exprime « la croyance en ce qui va de soi dans l'organisation de l'ordre qui ne peut pas être autre ». De ce fait, « l'attachement tenace à la symétrie que l'on peut observer chez de nombreux malades, saisis par une « destruction spirituelle », montre que le *renoncement* à la symétrie est comparable à la perte et du monde et du soi »²³.

Ici, on constate que la mise en évidence de ce qui structure une existence « normale » se fait notamment à partir de ce qu'éprouvent les malades en termes de perte : ce qu'ils disent perdre en étant malades témoigne comme en négatif de ce que serait l'existence dite « normale », témoignage qui ne peut se faire directement à partir de l'existence normale, tant le sujet « normal » ne se rend pas compte de ce qui détermine son état normal, d'équilibre.

En parallèle avec la notion de symétrie, Binswanger utilise également l'idée selon laquelle l'homme serait animé par un principe d'élévation, qui, en certaines circonstances, pourrait se retourner en un principe de chute ou de descente²⁴. Là encore, il s'agit non pas d'un principe purement « vital » mais plutôt d'un principe d'ordre intentionnel (qui, en phénoménologie, correspond encore à la dimension projective, existentielle de l'être-au-monde), qui implique l'idée selon laquelle l'homme n'est pas un être isolé mais un être en rapport avec le monde (dans lequel il cherche à s'élever ou dans lequel il a la sensation de chuter). Ainsi, selon Binswanger, « lorsqu'un malade se trouve manifestement dans l'état de « monde en perdition » ou même de « fin de monde », lorsqu'il vit « dans un autre monde » ou qu'il n'expérimente plus que des « lambeaux de monde », lorsque, dans un état de confusion aigue,

²² *Ibid.*, p. 233.

²³ *Ibid.*, p. 236.

²⁴ *L'appréhension héraclitienne de l'homme* (dans *Introduction à l'analyse existentielle*, pp. 159. à 198.)

il chancelle d'un monde à l'autre, ou que ravi dans l'extase, il se sent « en dehors » ou « en-dessus du monde, lorsque dans une exaltation maniaque le monde lui devient incommensurablement étendu ou surchargé d'avenir, ou lorsque, au plus profond du désespoir dépressif, le monde lui apparaît comme « étriqué », ou « basculant » ou « privé d'avenir », lorsqu'il n'a « plus de contact avec le monde » ou que le monde lui devient étranger – nous pouvons avoir un aperçu sur la structure de ces modes d'expériences vécues ou de présence au monde, en nous référant constamment au phénomène de monde et à la structure si extraordinairement complexe de l'être dans le monde »²⁵. Or pour Binswanger, « c'est aux Grecs, et avant tout à Héraclite, que revient l'acte historique d'avoir découvert scientifiquement le phénomène de monde » en mettant en évidence notamment la notion de transcendance, comme « transcendance liée au monde », c'est à dire partant du monde pour « passer » à celui où le destin humain « existe dans la facticité » (Heidegger) »²⁶. Binswanger reconnaît ainsi à Héraclite le mérite d'avoir compris l'effort que suppose l'existence, le devenir soi : « il a su que ce qui est « près de nous », notre propre existence, notre soi-même, ne se trouve pas sur notre chemin de tous les jours, à la portée du premier regard, mais qu'il doit être cherché avec peine et effort, comme étant ce qui se trouve le plus loin possible de notre regard quotidien ; car, il l'a clairement reconnu, nous vivons notre propre existence, tout d'abord et pour la plus grande part, non pas en nous désunissant d'avec elle mais en l'éparpillant devant nous. C'est seulement dans cet éparpillement que nous avons à chercher l'unité dans et avec notre existence, c'est-à-dire nous chercher nous-même dans le déroulement historique de notre devenir »²⁷. Héraclite met ainsi et également en évidence, selon Binswanger, l'attitude de « la masse » qui reste dans cet éparpillement (attitude renvoyant à l'*hybris*) pour la distinguer de l'attitude sage marquée par la *phronésis* : autant le sage cherche à réaliser le processus de recherche de soi (dans la participation à l'essence divine, dans la recherche de la vérité universelle, dans l'écoute de la nature...) autant la masse « ne comprend, n'apprend rien, ne réfléchit à rien, ne sait ni ne retient rien du tout en s'imaginant savoir quelque chose ». « En tant que masse [...] « ils sont présents tout en étant absents » (Fragment 34), la plus déplorable caractéristique de leur mode d'être est l'*hybris*, le sacrilège, la folle présomption »²⁸. Pour Binswanger également, Héraclite a su déjà distinguer le mode d'existence animal et le mode d'existence humain, en associant justement le comportement de la masse au mode d'être animal, marqué notamment par une existence telle

²⁵ *Ibid.*, p. 161.

²⁶ *Ibid.*, p. 161.

²⁷ *Ibid.*, p. 170.

²⁸ *Ibid.*, p. 173.

que « l'animal se « meut » dans un espace vital assigné à lui par la nature, de façon « évidente » et avec une sûreté inébranlable ». Au contraire, pour l'homme « on ne peut parler d'existence humaine que là où l'on peut sortir de la simple existence en la choisissant, l'élaborant ou en la négligeant et en la rejetant ». Ainsi pour Héraclite, la masse se confond, dans sa manière d'exister, avec l'animal : elle « préfère bâfrer »²⁹. Pour autant, Binswanger montre que la pensée d'Héraclite a opéré une distinction plus subtile entre une masse ignorante et animale et une masse qui serait une sorte de « membre intermédiaire » (entre la masse animale et l'homme sage) : « la masse n'est pas toujours en état de réplétion, de fureur ou de simple perception sensorielle, elle est capable aussi de s'arrêter à certaines idées [...] elle a aussi une opinion [...] elle porte sur les choses les plus importantes un jugement précipité ». Pour Binswanger, cette existence intermédiaire renvoie chez Héraclite à une « pseudo-forme de la *phronésis* », à une « forme privée de la *phronésis* », « en rapport avec le rêve, l'action dans le sommeil » (la *phronésis* authentique correspondant à l'être éveillé et consistant « en un regard ou en une écoute calme et réfléchi de la vérité et de la constitution naturelle du monde »³⁰).

Pour Binswanger, cette distinction entre veille et sommeil permet une distinction entre le monde commun et le monde privé, distinction telle que le « le monde commun appartient aux gens éveillés, tandis que parmi les dormeurs chacun se détourne de ce monde commun pour se tourner vers son propre monde »³¹, le monde éveillé correspondant au monde régi par le *logos*.

Ainsi, on trouve déjà chez Héraclite, selon Binswanger, l'idée selon laquelle « le fondement de l'homme se réalise dans le devenir-homme et comment, justement, l'homme « apprend ». Dans cet apprentissage, nous voyons le « lourd » processus du devenir-homme dans sa confrontation entre le monde propre et le monde communautaire. Il se rapporte au conflit, à la guerre ou au combat entre le désir propre et aveugle d'évolution et de création et la perception raisonnée du « logos », « clarté de l'esprit », c'est-à-dire que l'on ne peut saisir par les sens, mais uniquement par la réflexion ». Ainsi le monde propre renvoie à l'abandon de soi, à « l'amoindrissement de l'énergie vitale, par « abandon de soi » à la passion » alors que le monde commun renvoie à la « régulation, (à) la direction, l'orientation, le freinage de cet abandon de soi » par le *logos*, permettant « l'étude conduisant au savoir créateur et libérateur »³². Le sage est ainsi celui qui sort vainqueur du conflit (permanent et jamais

²⁹ *Ibid.*, p. 174.

³⁰ *Ibid.*, p. 178.

³¹ *Ibid.*, p. 178.

³² *Ibid.*, p. 196.

définitivement gagné) contre une certaine souffrance, celle imposée par « la temporalité du monde », temporalité imposée par le « flot événementiel cosmo-psychologique ». Le devenir soi prend alors la forme du combat, conflit, ou opposition entre les valeurs de l'esprit et celles de la passion, entre soi-même et soi-même et entre soi-même et le monde. On voit ici que l'existence « normale » est au fond une victoire sur ce qui la menace en son fond.

On comprend également que « par cette lutte il [l'homme] aborde une forme nouvelle de temporalité, ou plus exactement de maturation, une forme qui représente vis-à-vis de la temporalité du monde la forme anthropologique du temps et qui fait aboutir l'historicité spécifiquement humaine »³³.

Là encore, la distinction entre le monde propre (privé) (*idios cosmos*) et le monde commun (universel) (*koinos cosmos*) permet de poser que l'existence « normale » est marquée par la capacité de se maintenir dans le monde commun, et que la maladie, comme existence menacée, serait une manière pour l'homme de se retirer de ce monde commun, faute de pouvoir accueillir en soi (en son idée, en son monde) « tout l'infini de la vie » (Hölderlin).

Mais, plus fondamentalement peut-être, c'est la notion de transcendance (de l'existence humaine) qui semble fonder l'existence « normale » et servir de point d'appui aux principes évoqués précédemment (recherche de symétrie, recherche de verticalité dans notre rapport au monde).

C'est dans « sur la direction de recherche analytico-existentielle en psychiatrie »³⁴ queBinswanger met dans un premier temps l'accent sur la notion de transcendance pour qualifier la manière dont l'homme est un être-dans-le-monde ou être-présent (référence à Heidegger). Binswanger définit la notion de transcendance par le terme de « surmontement » : « pour qu'il y ait surmontement, il faut, d'une part, ce vers quoi s'effectue le surmontement ; d'autre part, ce qui, dans le surmontement, est surmonté. Ce vers quoi s'effectue le surmontement, nous l'appelons monde ; et ce qui est à chaque fois surmonté, c'est l'étant soi-même [...] ce n'est pas seulement le « monde » qui se constitue comme transcender, comme surmontement [...] mais aussi l'*ipse* »³⁵. C'est dire qu'en devenant lui-même, en devenant soi, l'homme rencontre le monde d'une certaine manière (sienne) et en fait « son » monde, et qu'à l'inverse, en rencontrant le monde selon lui-même, l'homme se fait, devient soi. Il n'y a pas d'abord un monde (objet) ni d'abord un être humain (sujet), il y a rencontre et interaction entre le monde et soi qui, par cette rencontre, deviennent « un » monde et « un » soi. La

³³ *Ibid.*, p. 196.

³⁴ *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne, discours, parcours et Freud*, Paris, Gallimard, 1970, chapitre I, pp. 51. à 84.

³⁵ *Ibid.*, p. 54.

question est alors pour nous d'interroger cet « entre là » ou entrelacement par lequel nous constituons un monde qui nous constitue et par lequel le monde qui nous constitue devient « notre » monde. La question devient également celle soulignée par Binswanger de la temporalité : quelle temporalité se joue dans cette rencontre et cette constitution (du monde par nous et de nous par le monde) et comment joue-t-elle (en notre faveur ou en notre défaveur) ?

Là encore, c'est en expliquant la maladie comme un échec de cette transcendance (flexion) que Binswanger définit l'existence normale comme reposant sur un « problème central », celui de la temporalité, à comprendre comme « faiseuse de monde » : « ce problème est tellement central parce que la transcendance s'enracine dans l'essence du temps, dans son épanouissement en avenir, avoir été et présent »³⁶. Il s'appuie pour cela sur Heidegger et Husserl, qu'il cite : « Dans la mesure où l'être-présent se temporalise, *est* aussi un monde », « s'il n'existe pas d'être-présent, aucun monde n'est non plus « présent » »³⁷, et « l'être-présent transcende signifie : il est, dans l'essence de son être, *formateur de monde*, et « formateur » dans un sens multiple, à savoir qu'il laisse advenir du monde, qu'il donne avec le monde un aspect (image) originel qui, non appréhendé en propre, fait nonobstant précisément fonction de proto-type pour tout l'étant manifeste, au nombre duquel appartient à chaque fois l'être-présent même »³⁸.

Le second temps de ce discours (« sur la direction de recherche que se propose l'analyse existentielle ») s'attache alors à la différence entre l'être-présent humain et l'animal, et à la différence entre « monde » au sens analytico-existential et « monde ambiant » au sens biologique. C'est l'occasion pour Binswanger de s'appuyer sur les travaux de von Uexküll (sur la notion de monde ambiant), de V. von Weizsäcker (*Le cycle de la structure*), de Goldstein (*L'Édification de l'organisme*), d'E. Minkowski (*Le temps vécu, Vers une cosmologie*), d'E. Straus (*Geschehnis und Erlebnis : Fait advenu et expérience vécue, Du sens des sens*), de von Gebattel (étude sur « le monde du malade obsessionnel dans Münsterlinger Rorschach-Beiträge ») et R. Kuhn (interprétations de masques).

Le point de départ de Binswanger est le constat suivant : « le quoi, à chaque fois, du projet de monde nous renseigne toujours en même temps sur le comment de l'être-dans-le-monde et le comment de l'être-soi »³⁹. C'est à partir de ce constat qu'il évoque les travaux d'Uexküll sur le concept de monde biologique : « von Uexküll parle de monde d'indices, de monde interne

³⁶ *Ibid.*, p. 56.

³⁷ *Sein und Zeit*, Tübingen, Max Niemeyer, 1976, p. 365 (*Être et temps*, Paris, Gallimard, 1986, p. 428)

³⁸ Husserl, *Vom Wesen des Grundes* (De l'essence du fond), Husserl-Festschrift, 1929, p. 97

³⁹ *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne*, p. 58.

et de monde d'action des animaux [...] et réunit le monde d'indices et le monde d'action sous la dénomination de monde ambiant. Le « mouvement circulaire » existant entre ces deux mondes, il le désigne sous le terme de *cycle de fonctions*. Et de même que nous dirions : il n'est pas possible de décrire la psychose d'un homme si l'on n'a pas pleinement parcouru ses mondes, de même von Uexküll écrit : « il n'est pas possible d'écrire la biologie d'un animal si l'on n'a pas pleinement parcouru ses cycles de fonctions »⁴⁰ ». Binswanger poursuit : « Et de même que nous dirions encore : c'est pourquoi l'on est pleinement fondé à supposer autant de mondes qu'il existe d'hommes psychotiques, de même von Uexküll écrit : « c'est pourquoi l'on est pleinement fondé à supposer autant de mondes ambiants qu'il existe d'animaux »⁴¹ ». Binswanger souligne ensuite la différence entre le monde ambiant animal et le monde humain : « le concept de monde ambiant, de von Uexküll, est néanmoins bien trop étroit pour l'homme parce que, par monde ambiant, il comprend exclusivement « l'îlot de sens » (à savoir l'île des sens), qui « l'entoure comme un atour »⁴² ». De même, Binswanger explique en quoi Uexküll ne voit pas que l'homme, en plus de posséder son monde propre, possède également un monde objectif commun (distinction qu'il emprunte à Héraclite).

Mais, prenant l'exemple du chêne comme objet de monde capable de varier selon qu'il est chêne pour un oiseau, un renard, un vermisseau ou une fourmi, Binswanger montre plus radicalement en quoi consiste la distinction entre le monde humain du monde ambiant animal. Elle tient à ce que l'unité certes mise en évidence entre le sujet (animal) et l'objet (monde extérieur) est une unité qui consiste en des « plans d'édifications » (plans d'action et plans d'indices de l'animal), en une « grande et formidable ordonnance planifiée »⁴³ mais qui lie l'animal « une fois pour toutes » à son milieu, qu'il « ne peut dépasser » : « tandis que l'être-présent humain ne contient pas seulement d'innombrables possibilités de pouvoir-être, mais a précisément son être dans ce pouvoir-être multiple ; il a la possibilité d'être chasseur, d'être romantique, de faire du commerce ; il peut donc se projeter sur les plus diverses possibilités-d'être ; en d'autres termes, il peut « surmonter » ou se « rendre accessible » l'étant, ici appelé chêne, dans les projets de monde les plus divers », ces projets de monde impliquant aussi bien le chêne (en vue) que lui-même : « l'être-présent humain est un tout autre être-soi selon qu'il projette du monde comme chasseur et qu'il est chasseur, selon qu'il est, comme jeune fille, un soi romantique ou bien, comme marchand de bois, un soi prosaïquement calculateur ». A ces projets de monde et projets de soi divers que l'animal ne peut produire, Binswanger rajoute

⁴⁰ *Theoretische Biologie* (Biologie Théorique), 2ème éd., 1928, p. 100.

⁴¹ *Ibid.*, p. 144.

⁴² *Niegeschaute Welten. Die Umwelten meiner Freunde* (Mondes jamais vus. Les mondes ambiants de mes amis), p. 12

⁴³ *Biologie théorique*, p. 233.

d'autres projets qui s'y « associent » : « les modes du pouvoir-être-soi intrinsèque au sens de l'existence, et du pouvoir-être-nous-ipse au sens de l'amour ». Ainsi pour Binswanger l'animal « ne possède donc pas de « monde » ! », « l'animal a son monde ambiant de par la grâce de la nature, mais il ne l'a pas de par la grâce de la liberté transcendante. Ce qui signifie : il ne peut ni produire du monde ni éclore du monde, ni se décider *délibérément* dans et pour une *situation*. Il est toujours déjà dans un « cycle de situations » établi une fois pour toutes. L'avoir d'un « monde » au contraire, pour ce qui est de l'homme, consiste en ce que l'homme, bien qu'il n'ait pas posé son fond en lui-même, mais qu'il soit *jeté* dans son être – et qu'il ait, dans cette mesure, aussi un monde ambiant, comme l'animal – « a » néanmoins, en sus de cela, la possibilité de transcender cet être sien, c'est-à-dire de le surmonter dans le souci et de le surpasser dans l'amour »⁴⁴.

Binswanger évoque également la doctrine de von Weizsäcker dans *Le cycle de la structure* où là aussi le rapport entre le vivant et son milieu est conçu comme unité, comme « acte biologique » par lequel un être vivant « s'intègre par son mouvement et sa perception dans un monde ambiant »⁴⁵. Dans le cas de l'homme, ce rapport entre le sujet et l'objet est la subjectivité elle-même par laquelle le sujet a la puissance de se constituer (devenir soi), soit de manière dépendante, soit de manière libre, à travers la notion de crise : pour von Weizsäcker, « le sujet n'est pas une possession assurée, on doit l'acquérir inlassablement, pour le posséder », et c'est dans la « crise » où il menace de disparaître qu'il peut se reprendre dans un sursaut : « avec chaque saut du sujet se constitue aussi un saut de l'objet ; et même lorsque l'unité du monde est problématique, chaque sujet rassemble au moins son monde ambiant, dont il relie les objets en un petit monde dans une unité monadique »⁴⁶.

On le voit, il s'agit bien pour Binswanger de mettre l'accent à chaque fois sur la dimension « transcendante » de l'être humain, sur sa capacité d'action et de constitution d'un monde propre : « toutes ces doctrines [...] montrent [...] que seule la doctrine de l'être-dans-le-monde comme transcendance est réellement conséquente et convaincante ; mais en même temps elles indiquent aussi que celle-ci ne peut être appliquée et élaborée de façon conséquente que relativement à l'être-présent *humain* »⁴⁷.

Tous ces traits de l'existence « normale » dessinent, on le remarque, une forme de normalité qui a un sens non normatif. Être normal, c'est au fond avoir une existence « humaine » marquée par un temps projectif qui nous ouvre à des possibilités de réalisation de soi et « au »

⁴⁴ *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne*, p. 62.

⁴⁵ *Der Gestaltkreis* (Le Cycle de la structure), 1940, p. 177.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 154.

⁴⁷ *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne*, p. 63.

monde, dans un mouvement d'avancée et de verticalité.

Mais c'est dans *Mélancolie et Manie*, que Binswanger insiste sur ce qui, dans l'existence « normale », renvoie plus précisément à la temporalité, et qu'il emprunte à Husserl⁴⁸. C'est la croyance (ou foi, confiance, assurance) en la continuité de l'expérience. Ayant déjà évoqué cette référence dans son introduction, il la reprend au début du premier chapitre sur la mélancolie, à partir du cas d'une malade (Cécile Münch), en la précisant. Cette assurance dans la continuité des choses repose sur une « trame » rendant possible les « liens » entre les « fils » (ou thèmes) constitutifs de l'intentionnalité. Se référant encore à Husserl, Binswanger associe ces fils aux « objets temporels intentionnels » que sont l'avenir, le passé et le présent et qui, chez Husserl, sont renvoyés à leurs moments structuraux constitutifs, à savoir la *protentio*, la *retentio* et la *präsentatio* (protention, rétention et présentation). Pour que l'on puisse croire à la continuité de l'expérience, ces moments doivent être « intriqués » et « indissociables », ils rendent possible le « à propos de quoi » (thème actuel) qui est visé dans l'intentionnalité (Binswanger prend l'exemple de la phrase que l'on prononce et qui n'a de sens que si l'on a en vue ce que l'on dit, ce que l'on a déjà dit et ce que l'on va dire).

Pour résumer cette idée, on peut dire que l'équilibre psychique ici décrit semble reposer sur une aptitude du sujet à se maintenir dans un temps continu qui embrasse le passé, le présent et l'avenir en étant ouvert sur l'avenir, ouvert sur de nouvelles possibilités. Cet équilibre rendrait possible du même coup la « réversibilité » de notre existence psychique, à savoir la possibilité de revenir sur nos pensées pour les reprendre, pour les rouvrir sur de nouveaux horizons porteurs de possibilités. Le vécu d'un événement, au sein de cet équilibre, serait capable d'être revécu autrement, d'être « digéré », assimilé, rouvert sur l'avenir malgré son caractère bouleversant voire traumatisant par exemple. Ici, l'équilibre désigne le fait de pouvoir « rester » équilibré malgré ce qui nous « arrive » à savoir malgré ce qui nous déséquilibre. Cet équilibre est ce qui nous permet de « faire face » aux événements, de « rester debout », de « ne pas flancher », de faire que « la vie continue », ces expressions témoignant de la capacité « normale » de l'homme à ne pas tomber malade. C'est ce qui permet notamment, face à une perte d'objet, de faire un travail dit de « deuil » et de faire en sorte que la tristesse ne dégénère pas en mélancolie, qu'elle reste « normale » au lieu de plonger le sujet dans un sentiment de perte inconsolable.

La maladie est ce qui vient remettre ce dynamisme en question en prenant le sens d'une existence « en échec ».

⁴⁸ *Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps*

B – L’existence pathologique (flexion/rétrécissement du projet de monde/défaillance de la structure temporelle)

Nous avons vu de quelle manièreBinswanger comprend la maladie psychique à partir de la compréhension du mode d’être « normal ». Il nous est maintenant possible de mieux cerner les composantes de l’existence « malade ». Là encore, nous nous appuyons sur des textes où l’existence malade est analysée en référence à l’existence « normale » puisque les deux vont de pair. Nous envisagerons ici d’abord ce qui caractérise la maladie en général, avant de détailler les spécificités selon les différentes maladies. Précisons toutefois qu’il s’agit essentiellement des psychoses. Parfois, Binswanger explique la maladie en général par des exemples empruntés à des maladies spécifiques (mélancolie, manie, schizophrénie essentiellement). Ce qui nous apparaît comme central est la mise en évidence de la notion de « structure » (ou « constitution »).

Nous avons déjà mentionné dans la partie précédente quelques-uns des élément constitutifs de l’existence « malade » dégagés par Binswanger lorsqu’il s’agissait pour lui de caractériser l’existence « normale ». Ici nous compléterons cette première approche par ce qui semble central.

Reprenons ainsi quelques éléments mis en évidence à travers les analyses précédentes, notamment dans « Sur la direction de recherche analytico-existentielle en psychiatrie », où Binswanger insiste sur la temporalité à l’œuvre dans notre ouverture (présence) au monde et sur la transcendance qui distingue le rapport au monde de l’homme et le rapport au milieu de l’animal.

Lorsque cette ouverture donnée par la temporalité est menacée, l’existence perd son dynamisme projectif et laisse place à une perte de monde, décrite comme « mondisation » ou « per-mondisation » et résumée ainsi : « au lieu de la liberté du laisser advenir de monde apparaît la non-liberté de l’être-subjugué par un projet-de-monde déterminé »⁴⁹. Evoquant le cas Ellen West (jeune fille diagnostiquée schizophrène mais marquée principalement par l’anorexie), Binswanger montre ainsi que, « au lieu de la liberté de la « formation » du « monde » éthéré apparaissait toujours plus la non liberté du devoir-s’enfoncer dans le « monde » étroit du caveau et du marécage », « la transmutation du « monde » éthéré en un « monde du caveau » dans la permutation de l’être- présent sous forme de l’oiseau qui s’élève en jubilant dans les airs, en un être-présent sous forme du ver de terre aveugle qui rampe là lentement ». Et Binswanger d’évoquer l’autisme comme « ratatinement » de la structure

⁴⁹ *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne*, p. 57.

d'être-présent (et de souligner en quel sens selon lui cette constitution ou flexion de l'être-présent en tant que constitution ou flexion de monde repose sur le concept d'amour et non pas, comme pour Heidegger, sur le concept de souci, ce que l'on interrogera par la suite). Cette « transmutation » ou ce « ratatinement » est également compris comme « flexion » de l'être-au-monde ou « fléchissement » de celui-ci.

Pareillement, lorsque le rapport au milieu ambiant est contrarié, la maladie prend le sens d'une restriction de ce rapport. Ainsi, pour souligner la manière dont le concept de milieu permet de penser l'unité du rapport sujet-objet et l'interaction entre le sujet et son monde, Binswanger cite Goldstein (relativement à ses travaux sur la compréhension pathologique des troubles cérébraux organiques) : un « organisme défectueux...ne parvient à un comportement ordonné que par une restriction de son milieu, qui est correspondante au défaut ». De même, Binswanger emprunte à Goldstein l'idée de « perte de liberté (par suite du défaut) » et l'idée d'une « plus grande sujétion au monde ambiant »⁵⁰.

Ces emprunts à des théories ayant en vue l'organisme biologique sont ainsi le moyen pour Binswanger de concevoir l'homme comme étant à la fois, comme l'organisme, une unité interagissant avec un « milieu » et un être spécifique (marqué par la transcendance). On comprend en même temps l'importance pour Binswanger, de reconnaître que « tout est en relation avec tout, qu'aucun processus partiel à l'intérieur du cycle ne peut se modifier sans que le tout ne se modifie ; qu'il n'existe donc absolument plus de faits isolés »⁵¹. De même, cela permet selon Binswanger (qui cite encore Goldstein) de ne plus chercher à mesurer les faits de manière quantitative mais de leur reconnaître une « valeur qualitative plus ou moins grande ». Toutes ces analyses suggèrent que la psychose doit être comprise comme un « tout » imputable à un tout, et non pas comme un aspect réduit de l'être humain qui serait causé par un élément isolé lui-même réduit. Le monde du malade est le résultat d'une modification impliquant la totalité unitaire que constitue l'être-dans-le-monde, il est le résultat d'une interaction entre le sujet se constituant et son monde qu'il constitue tout en se constituant. Par l'idée de « sujétion au monde ambiant » et de « restriction », on comprend dès lors que la maladie psychique humaine puisse être la transposition de la défectuosité animale ou biologique sur un mode « transcendant » c'est-à-dire impliquant la notion de liberté et de projet, le « défaut » organique devenant, chez l'homme un défaut de projet, une défaillance au niveau du projet de monde, une défaillance donc au niveau de la liberté.

Dans la troisième section de *Sur la direction de recherche analytico-existentielle en*

⁵⁰ *Ibid.*, p. 63. (cf. Goldstein, *Der Aufbau des Organismus* (L'Édification de l'organisme), 1934, p. 32. et p. 255.)

⁵¹ *Ibid.*, p. 64.

psychiatrie, Binswanger souligne de ce fait les apports de l'analyse existentielle à la compréhension des maladies (à la psychiatrie), et amène ainsi la notion de « structure ». L'analyse existentielle tient en effet compte de la dimension biologique (vivante) de l'être humain (dans son rapport interactif avec un « milieu ») mais elle travaille avec un concept moins « vague » que celui de « vie » puisqu'elle a en vue la « structure de l'être présent comme être-dans-le-monde et être-par-le-monde ». D'autre part, elle a l'avantage aussi de « pouvoir laisser l'être-présent s'exprimer sur soi, de le laisser venir au mot »⁵². Binswanger montre du même coup en quel sens l'analyse existentielle est en mesure de produire une « norme » à partir de la structure de l'être-présent, norme qu'il faut comprendre comme « manière d'être-au-monde » ou « manière de projeter un monde ». Il explique également en quoi il devient possible d'établir scientifiquement quelles peuvent être les déviations de cette norme et en quel sens les psychoses ne montrent pas tant des déviations négatives par rapport à cette norme que la possibilité de produire « une nouvelle norme, une nouvelle forme de l'être-dans-le-monde ». Cette norme (nouvelle) est, par exemple pour le maniaque, ce qui « comprend et régit tous les modes d'expression et de comportement désignés comme maniaques », elle est « le « monde » du maniaque »⁵³. Et Binswanger ajoute qu'il en va de même pour les autres maladies (la schizophrénie correspondant à la production d'un projet-de-monde schizophrène). Le but de Binswanger est bien ici de souligner l'intrication entre la structure de l'être-présent et « son » monde, comment ils interagissent et en quel sens c'est en écoutant le malade décrire « son » monde que l'on comprend sa structure d'être-présent : « c'est le contenu de monde qui doit nous captiver. Par contenu de monde, nous entendons le contenu en états de faits mondains, c'est-à-dire en allusions à la manière selon laquelle la forme ou la structure d'être-présent en question découvre du monde, projette et éclôt du monde ; enfin, à la manière selon laquelle elle est ou existe à chaque fois dans le monde »⁵⁴. C'est dire en quoi pour Binswanger la notion de structure est déterminante puisqu'elle permet de comprendre « comment tout se tisse en un tout, comment l'un agit et aspire en l'autre » et qu'elle permet de « reconnaître le fait que et la manière dont tous les membres partiels de la structure de l'être-présent deviennent compréhensibles à partir du tout de la structure » et de « reconnaître le fait que et la manière dont le tout résulte sans contradiction des membres partiels »⁵⁵.

Ainsi, prenant l'exemple d'une petite fille de cinq ans, Gerda, qui, suite à la rupture du talon

⁵² *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne*, p. 65.

⁵³ *Ibid.*, p. 66.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 67.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 68.

de son patin à glace, eut une angoisse et un évanouissement (et qui par la suite développa une « phobie du talon »), Binswanger met en avant la notion de « disposition » pour expliquer le rôle que joue cette structure. En effet, pour Binswanger, alors que Freud explique cette phobie par l'angoisse de séparation avec la mère (attachement exagéré à la mère), l'analyse existentielle permet de comprendre que cette angoisse de séparation n'est elle-même possible que parce qu'il y a derrière elle un certain projet-de-monde marqué par une certaine forme ou disposition que Binswanger appelle ici la « catégorie de la continuité » qui à elle seule « confère au monde, et à l'être en lui, leur assise » et qui créerait de fait « l'angoisse devant toute *rupture* de continuité »⁵⁶. Binswanger explique alors en quoi ce rétrécissement de projet de monde (impliquant que tout doive rester en l'état, sans rupture, sans nouveauté, sans soudaineté) ne puisse que rendre « anormal » l'être-présent impliqué par et dans ce projet-de-monde et ne puisse que provoquer en lui angoisse, catastrophe et panique. En même temps, Binswanger souligne en quel sens la temporalité de ce sujet est défaillante : « au lieu de la maturation interne ou existentielle, de la temporalisation intrinsèque, dirigée sur l'avenir, apparaît ici le poids plus grand du passé, de « l'être-déjà-dans ». Le monde doit ici rester arrêté, rien ne doit arriver, rien ne doit changer »⁵⁷.

C'est l'occasion pour Binswanger de montrer la différence entre le projet-de-monde rétréci et chancelant du malade et celui de l'homme « normal » et d'interroger plus précisément le sens que prend la notion d'angoisse (ainsi que la phobie). Autant l'homme normal est capable de rééquilibrer son monde si son assise vient à être menacée, autant le malade voit son monde s'effondrer car il n'a qu'une seule possibilité de maintenir son assise. Ainsi, le monde de l'homme « sain » « ne peut jamais se mettre totalement à chanceler ou à sombrer, car s'il est menacé d'un côté, il y aura toujours d'autres « côtés » qui se montreront, qui lui découvriront à nouveau une assise. Mais où le monde est à ce point régi par une ou par quelques catégories, la menace dirigée contre la persistance de cette catégorie ou de ces quelques catégories, doit naturellement avoir pour conséquence une angoisse bien plus forte ». Ici, Binswanger souligne que l'angoisse signale que le monde vacille ou s'effondre (alors que la phobie s'attache à maintenir le monde en place) : « l'angoisse survient toujours lorsque le « monde » se met à chanceler ou menace de disparaître. Et l'angoisse apparaîtra d'autant plus et d'autant plus gravement qu'est vidé, simplifié et restreint le projet-de-monde sur lequel l'être-présent s'est établi »⁵⁸.

Pour autant, Binswanger explique en quoi il convient de distinguer le point d'éruption de

⁵⁶ *Ibid.*, pp. 68-69.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 70.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 72.

l'angoisse (ici une situation donnée) et la source existentielle de l'angoisse. Alors que pour Freud la phobie désigne le symptôme et que l'angoisse renvoie à la libido (l'homme s'angoissant de sa propre libido), selon l'analyse existentielle, l'homme s'angoisse, dans sa structure phénoménologique existentielle, de son propre être-présent : « l'être-présent comme être-dans-le-monde est déjà déterminé en soi par l'inquiétude et l'inanité ; la source de l'angoisse est l'être-présent soi-même »⁵⁹ (référence à Heidegger⁶⁰).

À ce titre, le délire (par exemple le délire de persécution) n'est qu'une manière pour l'homme malade, déterminé par un projet-de-monde rétréci, de chercher encore à se protéger contre cette forme « d'inquiétude » fondamentale. Prenant l'exemple de Lola Voss (jeune schizophrène marquée notamment par un délire de persécution), Binswanger explique : « le délire de persécution, tout comme les phobies, signifie une sécurisation de l'être-présent contre l'irruption d'une terrifiante inconcevable ; les machinations secrètes des ennemis, comparées à sa puissance inconcevablement inquiétante et immatérielle, étant, malgré tout, plus supportables, parce que les ennemis, contrairement à la terrifiante totalement insaisissable, peuvent quand même être pris à quelque chose (ils peuvent être perçus, devinés, repoussés et combattus) »⁶¹.

Pour résumer, dans ce discours consacré à expliquer « la direction de recherche » de l'analyse existentielle, Binswanger pose un certain nombre de fondements capables de rendre compte de l'existence « normale », pour en même temps interroger ce qui caractérise l'existence malade en tant que projet de monde. Le malade est, comme tout homme et tout vivant, en interaction avec le monde, interaction signifiant qu'en se constituant, il constitue le monde et qu'en constituant le monde, il se constitue lui-même. Mais le malade, en tant qu'homme et non pas en tant que simple organisme, n'est pas seulement « être-dans-le-monde », il est aussi « projet-de-monde », il n'est pas déterminé par le monde, il peut dépasser, transcender ce par quoi le monde le constitue. Pour autant, ce projet de monde peut être à ce point rétréci que bien qu'il soit encore l'œuvre d'une liberté (en tant que « projet ») il limite à ce point les possibilités du sujet que celui-ci se voit contraint par lui à le maintenir contre ce qui pourrait le menacer. La maladie ne serait en ce sens que le produit d'une telle constitution ou structure ou disposition rétrécie, rendue réelle par l'expérience d'un événement venant ébranler l'assise de ce projet-de-monde rétréci. De même, les symptômes (phobie, délire...) ne sont qu'autant d'expressions de ce même projet de monde cherchant à se maintenir et rétrécissant d'autant plus qu'il chercherait à se maintenir, comme l'explique Binswanger à propos du délire de

⁵⁹ *Ibid.*, p. 73.

⁶⁰ *Sein und Zeit*, 40, p. 184 sq.

⁶¹ *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne*, p. 77.

Lola Voss : « avec ce gain de sécurité relativement à *l'être-présent* est cependant allée de pair la perte totale de la liberté existentielle, l'être-tombé totale entre les mains des autres comme ennemis, en termes de psychopathologie : le délire de persécution »⁶². Dans une note, Binswanger précise le sens de cet « être-présent » : « j'évite ici intentionnellement l'expression « tentative d'autoguérison », car il ne s'agit ni d'une tentative délibérée en général, ni d'une tentative de guérison ; la malade, en effet, est maintenant plus inguérie et même plus inguérissable que jamais »⁶³. En cherchant à échapper à ce qui la menace, la malade devient de plus en plus « empêtrée » (capturée), comme quelqu'un qui, pour se défaire de ses liens, les resserrerait de plus en plus.

L'idée d'une structure (ou constitution) temporelle défaillante, qui apparaît comme centrale pour qualifier une existence malade, est toutefois plus mise en évidence dans *Mélancolie et Manie*. Écrit en 1960, cet essai permet à Binswanger de reprendre une partie des concepts mis en place dans ses précédents travaux, en insistant encore plus sur la notion de structure et sur sa dimension temporelle. Résumons d'abord ce qui sous-tend cette analyse. Tout d'abord, Binswanger cherche un point d'appui dans la doctrine de l'intentionnalité de Husserl (et Szilasi) et dans l'analyse de Heidegger de l'être-au-monde⁶⁴. Puis il procède pour la maniaque-dépression et la mélancolie comme il a déjà procédé pour la schizophrénie, à savoir comprendre le lien entre le monde constitué (du malade) et sa constitution intentionnelle pour interroger ce qui dysfonctionne dans la constitution du monde du malade au niveau de l'intentionnalité. Ainsi il s'agit de partir du monde constitué pour « revenir » (*epochè* phénoménologique) à ce qui le constitue (sa constitution intentionnelle).

D'où la recherche d'une structure (constitutive), annoncée comme le but de la recherche : « il (est) essentiel d'examiner la nature propre de (ces) mondes quant à leur constitution, en d'autres termes d'étudier les moments structuraux (*Aufbaumomente*) constitutifs de ces mondes et d'en dégager les différences constitutives, déterminantes pour leur constitution »⁶⁵. Ou encore, il s'agit de chercher « les moments responsables de la défaillance du Survenir du *Dasein* »⁶⁶.

Il s'agit ensuite de comprendre la « défaillance » de cette structure, « défaillance de l'organisation structurale (des) formes du *Dasein* », « défaillance (des) opérations transcendantales » et intentionnelles qui sont les éléments constitutifs du monde, mondanité (ce par quoi il y a monde), défaillance qui serait responsable de la constitution d'un monde

⁶² *Ibid.*, p. 76.

⁶³ *Ibid.*, p. 76.

⁶⁴ *Mélancolie et Manie*, Paris, PUF, 2002, p. 20.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 22.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 23.

« *malade* ». Ces opérations transcendantales sont énumérées et empruntées à Husserl : il s'agit des « objets temporels –passé, présent, avenir – mais aussi tous les « *objets* » psychiques intentionnels, toutes les joies, les peines, tous les jugements, les sentiments et les désirs »⁶⁷. Ici, Binswanger s'appuie sur l'idée de Husserl (dans *Logique formelle et logique transcendantale*) que « le monde réel ne réside que dans la présomption constamment prescrite que l'expérience continuera constamment de se dérouler selon le même style constitutif »⁶⁸.

La défaillance est alors comprise et posée comme étant une « mise en question » de « (cette) continuité de l'expérience » et elle constitue le point essentiel de l'existence malade. Dans la schizophrénie, cette mise en question prend la forme d'un « déchirement du monde » ou d'une « fin du monde », d'une « absence d'issue », d'une « irréalisabilité du cours de la vie »⁶⁹. Nous verrons plus loin et plus en détails la forme que prend la défaillance de la structure temporelle dans la mélancolie et la manie, forme que Binswanger nomme « type » ou « style ». Dans tous les cas, c'est la temporalité qui se voit affectée dans la maladie et qui, dans son affectation même, déploie un monde réduit dans ses possibilités.

C – Le passage du normal au pathologique (chute / thématization / mondéisation croissante/ relâchement de la trame temporelle)

Lorsque l'on veut plus précisément interroger le passage même de l'état « normal » à l'état « malade », pour se consacrer à la notion de chute ou de basculement, on trouve chez Binswanger plusieurs concepts ayant un sens temporel mais aussi spatial. Cette double dimension nous semble bien être contenue dans l'idée de « tomber » et dans la notion de chute. La partie précédente a déjà en quelque sorte mis en évidence les caractéristiques de ce passage, nous rajoutons quelques éléments susceptibles de l'éclairer davantage, notamment la notion d'événement, qui semble jouer un rôle particulier.

Mais d'abord, c'est dans *Rêve et existence* (dans *Introduction à l'analyse existentielle*) que Binswanger explique particulièrement la notion de chute, à partir notamment de l'analyse des rêves. Il montre précisément en quel sens parler de chute (au sens propre, comme quand on dit par exemple « je suis tombé des nues ») est révélateur de la manière dont le sujet vit et ressent pleinement, phénoménologiquement, ce qui lui arrive. Binswanger souligne à ce titre qu'il ne s'agit pas simplement d'une analogie ou d'une métaphore : « c'est réellement que nous

⁶⁷ *Ibid.* p. 23.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 22.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 21.

tombons » tant ce phénomène correspond aux « structures les plus profondes de notre existence, là où la forme vivante et psychique et le contenu vivant et psychique attendent, encore unis, l'éclair foudroyant qui les séparera de sa flamme »⁷⁰. Et l'exemple pris par Binswanger est celui d'une « déception brutale », « lorsque nous nous trouvons en état d'abandon ou d'attente passionnée et que, soudain, l'attendu nous déçoit brutalement, et le monde devient « autre », et qu'ainsi, totalement déracinés, nous perdons notre appui sur lui »⁷¹. C'est donc suggérer que la chute que l'on peut ressentir en général (ne serait-ce que lors d'une déception et pas seulement lors d'une maladie) correspond à une attente déçue et qu'alors ce qui fait tomber c'est la perte de la possibilité attendue. L'appui perdu qui, en s'écroulant, nous ferait tomber serait donc l'appui de la croyance en la réalisation à venir de ce que nous attendons ou espérons, croyance porteuse de notre existence et la soutenant tout entière, au point d'ouvrir sur le possible attendu le temps projectif nous propulsant vers l'avenir espéré. Ce en quoi on croit et qui nous porte, ce qui anime en nous notre temporalité (authentique, projective) se voit menacé et rompu par sa non réalisation et nous impose de ne plus pouvoir « y » croire. Le « y » porteur peut être considéré comme le temps porteur. C'est ainsi que lorsque certains rêves « annoncent » une psychose, ils manifestent la manière dont le sujet perd en quelque sorte le « sens » de la vie, la dimension projective du projet de monde, pour se laisser « tomber » vers le fond du « non sens » ou de l'absence de sens. Cela est symbolisé dans ces rêves par ce que Binswanger appelle « le contenu purement thymique » de l'existence, à savoir une sensation de « flottement ». Décivant un rêve d'un de ses malades, Binswanger explique : « c'est dans cette dissolution dans le plus subjectif, dans le contenu thymique pur que se perd le sens de la vie pour notre malade »⁷². Le rêve est relaté ainsi : « je me trouvais dans un autre monde merveilleux, dans un océan où, dépourvu de forme, je me laissais flotter. Je voyais de très loin la terre et tous les autres et je me sentais extraordinairement léger et débordant d'un sentiment de puissance »⁷³. Pour Binswanger, cette manière de s'évader de la vie et d'y trouver une forme de plaisir et de fascination (le malade revit son rêve dans ses rêveries), témoigne de la façon dont la psychose vide en quelque sorte le malade de son ancrage à la vie, pour qu'il puisse, selon ses dires, « croire à une dissolution dans l'énergie originelle » et, selon Binswanger, parvenir à un « retour à la force cosmique originelle »⁷⁴.

C'est donc poser que dans le rêve (et dans la maladie), le sujet abandonne l'aspiration de

⁷⁰ *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 199.

⁷¹ *Ibid.*, p. 199.

⁷² *Ibid.*, p. 211.

⁷³ *Ibid.*, p. 211.

⁷⁴ *Ibid.*, p. 212.

l'homme au sens, au projet, et plus généralement à ce qui le rattache au monde commun, universel (et à la vérité), pour se laisser glisser ou tomber dans un monde « propre » ou privé, singulier, où « l'humeur » (contenu thymique) est première, où le sujet s'abandonne à ce qu'il ressent. La « guérison » signifie alors un retour au monde commun, et suppose ce que Binswanger considère comme une décision : « décider s'il veut garder sa pensée individuelle, son « théâtre privé », son arrogance, son orgueil et son défi ou bien si, dans les mains du médecin, médiateur initié entre le monde particulier et le monde en général, entre l'illusion et la vérité, l'homme veut bien s'éveiller de son rêve et prendre part à la vie universelle ». De même, « nul ne guérira, nul ne sera guéri au plus profond de son être si le médecin ne réussit pas à faire jaillir en lui cette petite flamme de spiritualité dont la vigilance doit révéler la présence du souffle de l'esprit ». Et Binswanger de citer Goethe : « Regarde en toi-même. Si tu n'y trouves pas L'infini dans l'esprit et le sens Rien au monde ne peut t'aider »⁷⁵. S'appuyant également sur Kierkegaard, Binswanger explique en quoi le rêve et la maladie sont une manière pour l'homme de poser le problème de la « vérité subjective », de la « passion de l'intériorité », supposant que l'homme travaille à sortir justement de cette sphère purement subjective et intérieure pour parvenir à une forme d'objectivité. Concluant *Le rêve et l'existence*, Binswanger explique alors en quel sens le rêve et la chute (suite à une déception) sont une manière de constater « je ne sais pas ce qui m'arrive » : « Rêver signifie : « je ne sais pas ce qui m'arrive » »⁷⁶. Le rêveur « y » devient le « jouet de la vie ». A l'inverse, la veille (ou vigilance) consiste pour le sujet à « vouloir connaître ce qui lui arrive mais aussi intervenir « lui-même » dans la marche de l'événement, d'introduire dans la vie qui s'élève et qui tombe, la continuité et la conséquence. À ce moment-là seulement il fait quelque chose. Mais ce qu'il fait, ce n'est pas la vie [...] c'est l'histoire ». Ainsi « l'homme rêvant « est » une vie biologique tandis que l'homme vigile « fait » une vie historique »⁷⁷. Et Binswanger de conclure : « le commencement de la vie biologique et par là, du rêve, et la fin de la vigilance de la biographie intérieure, plongent dans l'infini ; puisque nous ignorons où commencent la vie et le rêve, le souvenir nous reviendra toujours, au cours de notre vie, qu'il est au-dessus des forces humaines d'être, dans l'acceptation la plus haute, l'Individu »⁷⁸. Cela signifie-t-il que le rêve et la maladie témoignent d'une plongée dans l'infini dont l'homme garde toujours au fond de lui le « souvenir » et qu'il cherche à retrouver lorsqu'il se confronte à une impossibilité de devenir l'individu absolu qu'il souhaite devenir ?

⁷⁵ *Ibid.*, p. 221.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 224.

⁷⁷ *Ibid.*, p. 225.

⁷⁸ *Ibid.*, p. 225.

Mais le passage de l'existence « normale » au mode d'existence « malade » met aussi en évidence le rôle joué par un « événement » venant rompre l'équilibre initial (fragile). Dans l'analyse du cas de la petite fille Gerda dont le projet-de-monde bascule dans la « phobie du talon », Binswanger montre en effet le rôle que joue la rupture du talon du patin à glace. On peut croire que c'est cet événement qui déclenche la maladie, et qui en est la cause. Pourtant, Binswanger explique que l'événement traumatique (rupture du talon du patin à glace) n'est que l'occasion du traumatisme, en tant qu'expérience venant s'inscrire dans un projet de monde ne faisant que conditionner ce traumatisme (et ici Binswanger s'inspire de Kant en utilisant le terme d'occasion). Car « ce projet-de-monde n'apparaît pas temporellement avant l'événement traumatique, il ne se manifeste qu'à l'occasion de cet événement. De même que seules les formes a-prioriques ou transcendantales de l'esprit humain font véritablement de l'expérience ce qu'elle est, de même seule la forme de ce projet-de-monde crée la condition de possibilité pour que cet événement sur la glace soit vécu par expérience comme traumatique »⁷⁹. Nous reviendrons sur cette analyse du rôle que joue ici l'événement. Notons déjà que pour Binswanger, c'est le caractère « soudain » de l'événement qui est traumatisant. Dans les autres cas étudiés, ce rôle de l'événement est souvent souligné. Ainsi dans le cas Cécile Münch⁸⁰, c'est la mort de son mari dans un accident de train qui semble déclencher sa mélancolie. Dans le cas de Suzanne Urban, c'est l'annonce faite par le médecin de la maladie de son mari, accompagnée d'une certaine expression du visage, qui est présentée comme la cause de la chute et donc du passage de l'état normal à l'état pathologique.

Enfin, le passage du monde d'existence « normale » au mode d'existence « malade » est à comprendre à partir de la structure temporelle du sujet existant. Il est clair pour Binswanger que la mise à mal de cette structure entraîne fatalement le déséquilibre de l'existence tout entière (et donc le basculement d'un monde « à » l'autre), comme il l'explique dans *Mélancolie et Manie* : « là où l'unité de la synthèse des actes constitutifs de l'objectivité temporelle est « relâchée » et où des fils isolés se détachent de la « trame » de cette synthèse et s'entremêlent, là se modifie le « style » *tout entier* de l'expérience et partant aussi le « style » de la réalité du monde »⁸¹.

D – Exemples dans les différentes maladies (1. Mélancolie, 2. Manie, 3. Schizophrénie)

Ces concepts étant une fois posés pour comprendre le phénomène de la maladie en général (et

⁷⁹ *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne*, p. 71.

⁸⁰ *Mélancolie et Manie*

⁸¹ *Mélancolie et Manie*, p. 51.

de la chute), il devient possible de les appliquer aux différentes maladies psychiques, en ayant en vue à la fois ce qu'elles ont en commun et ce qu'elles ont de spécifique. L'analyse des différentes maladies ayant fait l'objet d'écrits spécifiques, il nous semble plus simple de détailler avec Binswanger chacune des maladies pour en comprendre « le » processus spécifique, qui par ailleurs renvoie à des caractéristiques communes à toutes les maladies et évoquées précédemment mais de manière plus rapide. On retrouvera donc dans les analyses qui suivent les concepts précédemment évoqués (transcendance, défaillance, structure temporelle, thématization, flexion de l'être-au-monde...).

1. Mélancolie

C'est dans *Mélancolie et Manie* que l'on trouve l'analyse détaillée de la mélancolie. Cet ouvrage écrit six ans avant la mort de Binswanger a été qualifié par certains commentateurs de « retour à Husserl » au sens où ce qui y est dit de la maladie, ce n'est plus tant l'être-au-monde que le sujet intentionnel. Binswanger y cherche une intentionnalité « malade » pour comprendre un monde malade. Il s'agit d'une sorte de remontée plus en amont dans la démarche : on part du monde malade constitué pour « revenir » au sujet intentionnel constituant. Dans cette étude, Binswanger reprend certaines analyses faites antérieurement sur la maniaco-dépression (*Sur la fuite des idées*, 1931-1932) et sur la schizophrénie (*Sur la fuite des idées, Etudes sur la schizophrénie, Trois formes manquées de la présence*, 1957) ainsi que des analyses faites dans *Rêve et existence* (1930) où il décrivait les deux grandes « directions de signification » (ascension et chute) « immanentes au *Dasein* ». Les titres des chapitres (« la rétrospection mélancolique », « la prospection mélancolique », « la souffrance mélancolique ») renvoient à ce que Binswanger appelle les « thèmes » mélancoliques qui valent comme des constantes ou des caractéristiques de la mélancolie. Ils sont significatifs en ce qu'ils témoignent à la fois de la temporalité malade et de la souffrance qui accompagne cette temporalité défaillante.

Sans suivre l'ordre de ces chapitres, on peut rappeler les différents cas évoqués par Binswanger pour conduire ses analyses : le cas Cécile Münch, le cas David Bürge, le cas M.B.K du psychiatre Tellenbach, le cas de Reto Ross.

Cécile Münch est une femme de 46 ans qui perd son mari dans un accident ferroviaire après lui avoir suggéré d'échanger sa place avec un ami ; le mari meurt « à la place » de l'ami ; elle sort guérie après quatre mois.

David Bürge a prêté une caution qui ne lui a pas été rendue ; il incarne le patient qui « se plaint parce qu'il doit se plaindre », il n'y a pas d'indication sur sa guérison.

Le cas M.B.K. symbolise l'absence d'objet « perdu », évoque dans ses déclarations le « lit d'un ruisseau à sec », les « rails sur lesquels plus rien ne passe », un « vidage de la conscience » ; il incarne le manque d'un « à propos de quoi » et le manque d'objet.

L'écrivain Reto Roos, qui s'est suicidé à 45 ans, résume sa propre maladie par des expressions telles que « on ne se sent pas accroché quelque part », « perte d'un support » « on s'abandonne soi-même », « décision du suicide ».

L'universitaire Bruno Brandt incarne la décision du suicide remplacée par un autre thème, l'observation d'un animal gracieux, une belette, animal encore jamais vu et qui détourne de la décision du suicide.

Revenant sur la constitution même de la conscience intentionnelle (dans une optique husserlienne), Binswanger insiste donc ici sur le caractère temporel de la défaillance qui se produit dans la maladie.

Ainsi, le déséquilibre mélancolique est compris comme une « dissociation » des liens de la structure temporelle, ou « libération », ou « relâchement de la trame » de ces liens. Tout se passe en effet comme si le temps n'opérait plus de manière « normale » en « ouvrant » des possibilités sur un temps continu. Le temps semble se refermer sur lui-même en n'ouvrant que sur du vide. Cela est ce qui se produit dans la maladie en général (voir partie C).

Ce vide est celui du passé dans la mélancolie : le sujet mélancolique se maintient dans une structure de possibilités qui ne sont plus tournées vers l'avenir mais qui sont rivées au passé, dans la forme quasi constante d'un « si j'avais... je ne serais... ». Ainsi, « la rétention est infiltrée de moments protentifs, elle demeure dans le domaine de la pure possibilité qui n'a de place nulle part, qui n'est ni protention, ni rétention », « la *présentation*, le « à propos de quoi », le *présent*, ou le *thématique* sont également altérés », « que ce soit la rétention ou la protention qui soient altérés, c'est toujours le « flux de conscience », *tout entier*, le cours de la pensée *tout entier* qui sont altérés. Nous ne faisons pas dériver cette altération [...] d'une inhibition biologique ou vitale mais nous la comprenons à partir des modifications de la structure de l'objectivité temporelle, du domaine de l'intentionnalité ». De ce fait, « là où la rétention est altérée, là où également la protention n'a aucune liaison fixe dans le flux du Survenir intentionnel et donc n'a pas de contenu noémique, là alors le « à propos de quoi », la présentation, n'ont pas de « liaison fixe » et restent comme suspendus en l'air »⁸².

Pour résumer cette idée, on peut dire que le déséquilibre, dans la maladie psychique qu'est ici la mélancolie, correspond à une perte d'appui temporel qui rend impossible le retour à l'équilibre de départ. Le « déséquilibré », le « malade » n'a pas simplement perdu « un peu »

⁸² *Mélancolie et Manie*, p. 38.

l'équilibre (au point qu'il pourrait se rééquilibrer), il semble avoir perdu la capacité à s'équilibrer. Le phénomène est donc lié à l'idée d'irréversibilité : l'équilibre ne peut plus être ramené et c'est le déséquilibre qui s'accroît au fur et à mesure que le temps passe (comme lorsque l'on tombe).

On comprend ici que le déséquilibre de la maladie provient d'une fermeture du temps dans sa dimension projective : le sujet malade ne se projette plus vers des possibilités à venir mais vers des possibilités qui sont en réalité des « impossibilités » puisqu'il est en effet impossible de refaire et de défaire ce qui a été fait. Les différents cas observés montrent tous la même chose en ce sens.

Ici, ce que Binswanger appelle la « thématization » joue un rôle majeur dans cette fermeture des possibles. L'existence du sujet (malade) semble réduite, dans son intentionnalité, dans la visée de ses objets, à un seul thème, celui de la « perte », lequel alors entraîne tous les autres thèmes : « souffrance », angoisse » ; « poussée suicidaire »⁸³.

Analysant le thème mélancolique impliquant cette fermeture du temps et son maintien dans la rétention, Binswanger montre toutefois que ce thème est « interchangeable ». Ainsi, dans le cas de David Bürge, l'événement soi-disant à l'origine de cette rétention, du thème « si j'avais...je ne serais pas... » peut être remplacé par un autre événement s'il vient à être corrigé, donc si le passé récurrent vient à être modifié, réparé : retrouvant finalement sa caution, le patient en arrive à trouver une autre source de plainte, comme si l'événement n'était au final qu'un prétexte « futile ». Cette interchangeabilité du thème mélancolique suggère que « le patient se plaint parce qu'il doit se plaindre »⁸⁴, et qu'il obéit en quelque sorte non pas à l'événement qui est censé causer sa plainte, mais à une défaillance de sa constitution intentionnelle et temporelle.

Ceci montre, pour Binswanger, que le « thème » mélancolique qui prend toute la place est à comprendre à partir de la structure intentionnelle du sujet. Ce n'est pas parce que le thème (mélancolique) occupe toute la place que cela a pour conséquence d'effacer les autres thèmes porteurs (tournés vers des possibilités à venir). C'est au contraire parce qu'il n'y a au départ que peu de place pour ces possibilités que le thème mélancolique prend toute la place : « ce n'est pas parce que dans la mélancolie le thème « occupe tant de place » qu'il ne reste « plus de place » pour autre chose, mais à l'inverse c'est *parce qu'*aussi la dysthymie mélancolique en tant que « *capacité de souffrir isolé* » représente une *libération des liens constitutifs de l'expérience naturelle*, que le thème « *mélancolique* » particulier est capable de s'implanter ou

⁸³ *Ibid.*, p. 54.

⁸⁴ *Ibid.*, p. 37.

de « *s'incruster* » de la sorte, d'occuper tout « *l'espace psychique* » et de résister à toutes les réassurances contraires ». ⁸⁵.

On a donc ici l'idée que quoi qu'il arrive, le sujet est potentiellement malade, potentiellement déséquilibré. S'inspirant de Bumke, Binswanger peut affirmer que « *sans cette* circonstance, le malade n'aurait pas été *maintenant* malade ; mais même en dépit de cette circonstance il serait resté en bonne santé s'il ne portait en lui sa constitution » ⁸⁶.

C'est donc affirmer que la maladie, comme chute, est quasiment préparée à l'avance par une structure temporelle ou temporalisante malade : le malade serait déjà malade avant de tomber malade, il serait en réalité dans une forme d'équilibre précaire, que viendrait rompre n'importe quel événement, n'importe quel prétexte, au point peut-être que sans événement, il tomberait de toutes façons malade. A l'inverse, le non malade serait capable de maintenir sa santé, son équilibre, même en présence de tel ou tel événement. Et par ailleurs, ce qui serait ainsi constitutif de la maladie, ce qui serait structurellement malade, ce serait la temporalité, à savoir la capacité projective du sujet : faiblement tourné vers le futur, faiblement doué de protention, le sujet potentiellement malade serait structurellement maintenu dans une forme exagérée de rétention du passé (dans le cas de la mélancolie).

Par conséquent, un événement important impactant le passé, en impliquant une décision ou un événement regrettable en soi, ne pourrait que faire basculer le sujet dans la rétention, en entretenant et en renforçant sa constitution originale.

S'interrogeant sur la nature de cette défaillance originale, on ne peut que se demander d'« où » elle vient : n'est-elle pas à situer dans ce que l'on peut appeler l'humeur ou le caractère, et qui renverrait à la sphère émotionnelle du sujet (comme ce sera suggéré par Maldiney et comme cela apparaît chez Heidegger à travers le terme de *Stimmung* renvoyant à l'idée de disposition affective) ?

Pour Binswanger justement, la constitution originale n'est pas de nature affective ou émotionnelle, comme il l'affirme très clairement : « la mélancolie ne se laisse jamais comprendre à partir de l'humeur de la disposition affective ou du sentiment de la situation, bref à partir de l'émotionnel ou de la « stratification » de la vie émotionnelle » : « c'est l'intentionnel qui est le concept surordonné auquel est subsumé l'émotionnel », de la même manière que le cognitif et le volitif » ⁸⁷.

Ici, Binswanger montre également une différence avec Minkowski, E. Straus et von Gebattel car les éléments que Minkowski rattache au « temps vécu » et qu'il nomme constitutifs

⁸⁵ *Ibid.*, p. 24.

⁸⁶ Bumke, *Traité*, 1924.

⁸⁷ *Ibid.*, p. 39.

(activité, attente, désir, espoir, prière...) sont selon Binswanger constitués par les moments temporels (ils en sont le résultat). C'est donc déjà poser que Binswanger « remonte » « plus haut » dans la constitution (que d'autres auteurs), pour en comprendre la défaillance. Dans *Mélancolie et Manie* (inspiré par Husserl plus que par Heidegger), Binswanger remonte en quelque sorte à ce qui, en nous, « structure » notre rapport temporel au monde, dans sa « forme » même.

En ce qui concerne le basculement même dans la mélancolie, il faut interroger la manière dont le cours de la maladie semble impliquer une « chute » ou un « devenir », en envisageant la manière dont le malade voit son état « empirer », se dégrader de façon progressive. En effet, on pourrait s'attendre que le mélancolique « tombe » dans la plainte et se stabilise en quelque sorte dans cette plainte, sans que son état empire, sans que la maladie « évolue ». Or il apparaît bien que la maladie décline différentes étapes ou stades faisant décliner le malade jusqu'à notamment la poussée suicidaire : qu'est-ce qui expliquerait alors cette dégradation, ce « progrès » de la maladie? En ce sens, Binswanger utilise bel et bien un vocabulaire impliquant l'idée de chute et de déclin, notamment l'expression « vidage de la conscience mélancolique »⁸⁸.

C'est dans le cas de l'écrivain Reto Roos que Binswanger décrit la progression de la mélancolie et le déclin qui l'accompagne. Binswanger semble mettre en évidence trois stades: la souffrance, l'angoisse, le désespoir. Le point de départ semble donc bien être la défaillance originelle temporelle et intentionnelle (tendance à la rétention) qui s'accompagne du sentiment que « l'on ne se sent pas accroché quelque part ». On peut penser que le sujet mélancolique souffre dès le départ (avant même de tomber malade) d'une absence d'objet, d'une absence de sens auquel « accrocher » son existence. Il serait donc dès le départ dans un sentiment de « vide ». À partir de là on comprend que tout objet susceptible de venir donner un sens ranime en quelque sorte le sujet, lui redonnant vie, mais pour un court moment seulement, comme si le sujet était en incapacité de « garder » cet objet, comme si de toutes façons il était condamné à le perdre. D'où une forme d'angoisse (de perte d'objet ou d'absence incontournable) et le désespoir de ne pouvoir sortir de ce vide existentiel, sinon par le suicide, à comprendre comme dernière manifestation de vie (dernier sursaut du sujet encore vivant, s'accrochant à son idée ou à sa décision de suicide). De la même manière, on comprend que le moindre objet réellement perdu (mari, caution...) ne puisse qu'être vécu comme insupportable tant le sujet peut se raccrocher à cet objet perdu en en faisant précisément « son » objet (puisqu'en le perdant il peut croire qu'il l'aurait conservé et que cet

⁸⁸ *Ibid.*, p. 55.

objet l'aurait comblé alors qu'en réalité cet objet n'aurait su lui donner de véritable support). L'accélération ici de la chute (qui fait tomber dans la décision du suicide) s'expliquerait par une forme d'épuisement : impossible pour le sujet mélancolique de maintenir son « attente » (d'objet, de sens) indéfiniment. Il ne peut, au bout du compte, que lâcher prise, comme un équilibriste qui finit par tomber faute de force, ou comme un noyé qui finit par couler. Ici, le temps donc joue un rôle en ce qu'il n'apporte rien de nouveau d'une part et en ce qu'il fait durer un état insupportable d'autre part.

2. Manie

Le chapitre consacré à la manie dans *Mélancolie et Manie* reprend la démarche entreprise dans le chapitre sur la mélancolie. Nous nous limiterons ici à le résumer, en mettant également en évidence la dimension temporelle défaillante qui semble pouvoir rendre compte de cette maladie. Dans cette analyse, Binswanger fait d'abord quelques remarques préliminaires pour rappeler la doctrine husserlienne de l'appréhension et de l'intersubjectivité. Puis il procède à une analyse phénoménologique des moments défaillants dans la structure du monde commun chez les maniaques, à partir des altérations de l'appréhension (à travers deux cas). Enfin il explique ce qui, dans la manie, apparaît comme une défaillance de la continuité de l'appréhension et de la continuité du cours de la pensée (à travers un cas). Ce qui apparaît comme central dans la manie est donc d'une part une défaillance dans le rapport à autrui, et d'autre part une « fuite des idées ».

Ainsi, dans la manie, Binswanger montre que c'est le rapport à autrui qui semble altéré, mais cette défaillance correspond également à une altération de la temporalité. Cette altération de la structure temporelle touche l'appréhension (manière dont on se rend présent aux autres ou dont les autres nous sont rendus présents) : le maniaque vit dans l'instant, instant qui n'est plus relié aux autres moments constitutifs, cette instantanéité rendant impossible tout rapport « normal » à autrui. Binswanger analyse ceci dans les remarques préliminaires et dans le résumé de la doctrine de Husserl. Ensuite, il applique ces considérations aux trois cas évoqués : le cas Elsa Strauss, le cas du docteur Ambühl et le cas d'Olga Blum. Résumons d'abord ces différents cas, dans les situations qui semblent traduire leur « style » « maniaque ».

Elsa Strauss est une femme de 32 ans qui (selon le rapport du psychiatre) quitte un jour le service, part se promener et qui, en passant devant une église où l'on célèbre un office religieux, se précipite vers l'organiste pendant qu'il joue, le félicite pour son jeu et le sollicite pour des leçons d'orgue. Elle est guérie après 5 mois et demi de traitement.

Le docteur Ambühl est un chirurgien très réputé de 51 ans n'ayant pas, avant son épisode maniaque, présenté de maladie. On observe un début des symptômes en juin suite à une opération des amygdales accompagnée de vomissements suggérant une urémie et d'une perte de 10 kilogs. Heureux d'être au final diagnostiqué non urémique « le bonheur éperdu de n'être pas diagnostiqué urémique se transforma en 2 jours en état maniaque »⁸⁹ (selon le rapport). Sa manie se traduit en ordres donnés aux domestiques par l'intermédiaire de billets (qu'il déposait partout la nuit pendant ses déambulations à l'intention des servantes) et par le harcèlement de sa femme qu'il réclame sans arrêt à ses côtés. Il entreprend d'éduquer les servantes en leur tenant des discours de deux ou trois heures et en leur disant que son exposé est bien plus important que les trente kilogs de cerises à mettre en conserve ! Il est traité par sédation et sort le 6 août (après 10 ans il exerce toujours sans qu'on sache si autres épisodes maniaques ont eu lieu).

Olga Blum est une jeune femme de 26 ans ayant souffert d'angoisses et de dépressions alternant avec des périodes où tout lui paraît merveilleux. Elle reste en clinique 11 mois environ en alternant phases maniaques et dépressives sur une seule journée ou plusieurs jours ou semaines. Elle est très souvent en état mixte, avec en phase maniaque de l'agitation et de l'agressivité qui vont jusqu'à la fureur et au sentiment de victoire (le monde lui appartient).

Binswanger s'attache au cas d'Elsa Strauss qui apostrophe l'organiste de l'Eglise, occupé à jouer pendant un office religieux, pour lui demander des cours d'orgue. Elle a en vue ici autrui dans sa configuration présente, sans plus le situer dans un contexte temporel. Binswanger explique ainsi que « l'intrusion dans l'église pendant l'office religieux et la conversation avec l'organiste pendant le jeu d'orgue offrent une situation particulièrement saisissante pour l'analyse de la défaillance de l'appréhension dans la manie et de l'impossibilité de la constitution d'un monde commun »⁹⁰ : Autrui est perçu sur le mode exclusif du présent (appréhension) : « seul est appréhendé par la malade cet être humain jouant de l'orgue et maîtrisant son instrument »⁹¹, alors que pour un individu « normal » l'organiste serait perçu comme participant par son jeu d'orgue à un office religieux dans une église (monde commun entre l'organiste et l'assistance « normale »). Le maniaque « vit dans des fragments de monde qui ne sont rassemblés entre eux par aucun principe d'ordre de niveau supérieur ⁹² ». Du point de vue de l'objectivité temporelle intentionnelle cela signifie : Mme Elsa Strauss vit « dans la manie » seulement dans des présences isolées, sans liaisons habituelles, sans « explication »

⁸⁹ *Mélancolie et manie*, p. 88.

⁹⁰ *Ibid.*, p. 81.

⁹¹ *Ibid.*, p. 83.

⁹² *Ibid.*, p. 83.

ou déploiement biographique de celles-ci. La rétention aussi bien que la protention sont ici défaillantes. Elle montre ainsi une spontanéité excessive, « oublie tout de suite et définitivement le passé, ne pense pas à l'avenir »⁹³.

Dans le cas du docteur Ambühl, Binswanger note aussi une défaillance en ce qui concerne l'appréhension : le médecin devrait en effet se présenter aux servantes comme « chef de maison » ou « patron ». Or il se présente comme « professeur », « pédagogue », « bienfaiteur de l'humanité ». De même, il traite ses servantes comme des « élèves » ou des « pensionnaires ». Ici, le présent n'est plus un présent commun mais un présent réduit dans ses protentions au présent d'un « conférencier » et de ses « auditrices ».

Binswanger souligne également la manière dont le médecin apparaît comme un « dérangé » aux yeux de sa femme et des servantes, dérangé au sens où il n'appartient plus à leur monde commun, il « dérange » l'organisation domestique.

Binswanger explique enfin comment le maniaque réduit autrui à une simple chose, à un instrument. Pour Binswanger, toutes ces caractéristiques viennent de l'altération de la structure temporelle qui touche à la biographie du sujet lui-même : le sujet ne se replace plus lui-même dans une histoire de vie : « les appréhensions biographiques sont totalement en retrait derrière les présences ou présentations *actuelles* ou *momentanées* »⁹⁴.

Dans le cas d'Olga Blum, Binswanger utilise un fait qu'il juge révélateur de la défaillance de l'appréhension : la malade, en phase maniaque, explique qu'elle est très contente que « Goethe ait vécu avant elle, sans quoi elle aurait dû écrire tout cela »⁹⁵. Binswanger explique que si ces propos apparaissent aussi comme étant ceux d'une « dérangée », c'est parce qu'ils montrent que la malade ne fait plus la différence entre un homme de génie et elle-même. Cette « dissolution des liens constitutifs les plus divers » « libère le maniaque vers son insouciance, son manque d'égards, son hyperactivité, son excitabilité... »⁹⁶. « Pour ce qui concerne d'abord les moments protentifs, il ressort de la phrase tout entière qu'Olga Blum est certes heureuse que l'existence antérieure de Goethe la dispense de l'effort « d'écrire » un « Faust » comme le sien, mais en revanche elle ne nourrit aucun doute quant au fait qu'elle y parviendrait. C'est cette protention qui est entièrement suspendue en l'air, car tous les moments rétentifs sur lesquels elle pourrait « construire » font défaut. Mais en conséquence, le « à propos de quoi » tout entier est également suspendu en l'air, en d'autres termes, on n'aboutit pas à un « résultat de pensée » comme le dit une fois Husserl, mais seulement à une pure idée « dépourvue de

⁹³ *Ibid.*, p. 84.

⁹⁴ *Ibid.*, p. 94.

⁹⁵ *Ibid.*, p. 100.

⁹⁶ *Ibid.*, p. 102.

sens » car dénuée de tout fondement dans la « constitution du temps » et donc « momentanée »⁹⁷. Reliant cette analyse à celle qu'il a déjà faite dans son ouvrage sur la fuite des idées, Binswanger explique que cette fuite des idées ne se comprend pas seulement à partir de l'état du sujet sautant d'une idée à une autre (sans lien), elle se comprend surtout et plus radicalement à partir de la « pensée » (l'idée émise), laquelle « saute » « par-dessus des maillons ou des moments significatifs essentiels [...] avec pour résultat une interruption complète de la *continuité de sens* »⁹⁸.

Binswanger résume ainsi les manifestations de l'altération dans la structure temporelle propres à la manie : un défaut de continuité du sens et du cours de la pensée ainsi qu'un défaut de la continuité de l'appréhension (défaut d'appréhensions « ancrées » biographiquement, « stables » ou « habituelles »).

La manie est également analysée par Binswanger en comparaison avec les autres psychoses ainsi que dans la « maniaco-dépression ». Dans le chapitre intitulé « manie et mélancolie », Binswanger s'intéresse d'abord à l'antinomie maniaque-dépressive (qui concentre en quelque sorte les aspects de la mélancolie et les aspects de la manie, dans des phases qui alternent). Il mobilise la signification de la doctrine husserlienne de l'« ego » pur pour la compréhension de cette antinomie.

Binswanger résume ainsi ce qui a trait aux « moments structuraux qui constituent » les mondes maniaques et dépressifs et à leur différence : dans les deux cas, il s'agit bien d'une « défaillance de la constitution temporelle. Mais, dans la manie, cette défaillance consiste en un « relâchement de la structure temporelle du monde propre ou primordial de l'ego, responsable du retrait total, voire de la disparition des moments transcendants rétentifs et protentifs et par là des appréhensions habituelles au profit d'une pure actualité » et dans « la défaillance de l'appréhension dans la structure de l'alter-ego et partant de la structure d'un monde commun »⁹⁹.

Dans la mélancolie (ici identifiée à la phase dépressive de la maniaco-dépression), il s'agit d'un « relâchement de l'organisation de la structure intentionnelle de l'objectivité temporelle tout simplement, responsable du tissage de moments rétentifs avec des moments protentifs (l'auto-reproche mélancolique) [...] Ainsi, pour l'exprimer familièrement, tandis que le mélancolique vit dans un passé ou dans un avenir intentionnellement altérés et en conséquence n'atteint aucun présent, le maniaque vit seulement « pour l'instant » et, pour l'exprimer existentiellement dans la perte-de-demeure et de la déchéance du partout et du

⁹⁷ *Ibid.*, p. 102.

⁹⁸ *Ibid.*, p. 103.

⁹⁹ *Ibid.*, p. 115.

nulle part »¹⁰⁰.

Et Binswanger de conclure qu'il n'y a pas antinomie entre la mélancolie et la manie : « il s'agit de différence quant au relâchement des fils de la structure constituante de l'organisation de ces mondes en question, mais on ne peut établir aucune sorte d'antinomie ou d'opposition entre ces différences, le relâchement général dans la manie et le retissage des « fils » relâchés dans la mélancolie »¹⁰¹.

Se référant encore à Husserl, mais à travers l'analyse faite par Szilasi, Binswanger cherche à interroger plus radicalement la manière dont l'ego pur (« unité du Je mondain empirique avec le Je transcendantal », instance suprême, qui permet d'assurer une fonction régulatrice dans l'expérience naturelle, manière dont le sujet se vit lui-même, s'appartient en propre et se montre capable de stabiliser l'expérience qu'il fait du monde et des événements) est mis en question dans la mélancolie et la manie, de par l'altération de la structure temporalisante : à cause de cette défaillance constitutive, l'ego pur n'arrive pas à faire face aux événements.

Par exemple, dans le cas de la mélancolie, Cécile Münch n'arrive pas à avoir une expérience « normale » de tristesse et de deuil suite à la mort accidentelle de son mari en train. « Le je empirique, la malade donc, dans sa réalité même, n' « arrive » pas ici « à dépasser » - même « avec le temps » comme nous le disons- « la mort du mari », sa mort devient pour elle le problème sur lequel elle réfléchit constamment par un « si...ne pas », en l'espèce dans le sens de l'autoreproche mélancolique en raison de la suggestion de l'excursion qu'elle avait faite. Elle ne peut « accepter »...ni le fait de sa suggestion, ni celui de la mort du mari. Mais cela serait précisément le cas dans la tristesse ou dans le deuil ; car dans le deuil j'accepte justement le fait de la perte du Proche dans toute sa brutalité et son horreur. Dans cette reconnaissance de l'irréparabilité du fait de la mort du Proche, mais aussi de l'irrévocabilité de ma suggestion de l'excursion qui a tout à fait par hasard été l'occasion de sa mort, l'ego pur peut se « tranquilliser », il peut remplir sa fonction constitutive, tout simplement dans la sérénité.. Mais ici, dans la dystymie mélancolique, l'ego pur ne peut s'appuyer sur le cours non problématique d'une expérience « naturelle » »¹⁰². Pour résumer, tout se passe comme si, du fait de la défaillance temporelle, le sujet ne parvenait plus à utiliser toutes les possibilités lui permettant de faire face aux événement du monde pour se tranquilliser et s'y sentir en harmonie (il ne peut plus s'accorder avec l'expérience, il ne peut plus constituer l'unité entre ce qu'il est en lui-même et le monde empirique). Dans le cas de la manie, l'ego pur n'arrive pas non plus à régler son rapport à l'expérience : « le maniaque se laisse, sans exercer de

¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 117.

¹⁰¹ *Ibid.*, p. 117.

¹⁰² *Ibid.*, p. 122.

choix, impressionner, voire fasciner, par toute chose et par chacun, devenant pour ainsi dire la proie de chaque impression »¹⁰³. L'expérience ici apparaît « largement problématique ».

Binswanger peut ensuite « appliquer » ces considérations sur l'ego pur à l'antinomie manie/mélancolie : le maniaque « est devant *tout*, le mélancolique est devant la totale « absence d'objet », devant *rien* ». Le maniaque est dans « la prise-de-possession-de-tout » (d'où bonheur « fou »), le mélancolique est dans « la perte de tout »¹⁰⁴ (d'où désespoir « fou »). Dans les deux cas, la fonction régulatrice et unificatrice de l'ego pur n'est pas assurée, d'où, selon Binswanger, la possibilité de passer d'un état à l'autre (ce qui est le propre de la maniaco-dépression).

Là encore, s'agissant de la manie, et au vu des derniers chapitres qui synthétisent les éléments semblant impliqués dans le déroulement de la maladie, ainsi que les différences entre les types de psychoses, ce qui est en jeu dans la manie apparaît comme un « défaut », une « altération » de la temporalité. Cette altération semble qualifiée d'existentielle au sens où il s'agirait d'une fragilité structurelle où le sujet est dans une situation de détresse et d'abandon (déréliction). Concernant nos questions de départ (quel équilibre ? quel déséquilibre ? comment passe-t-on de l'un à l'autre ? comment inverser le processus ?), nous avons les mêmes réponses que pour la mélancolie. L'équilibre de départ est celui d'une continuité de l'expérience, rendue possible par les liens entre les différentes instances temporelles (passé, futur, présent), laquelle continuité rendrait possible un monde commun partagé et une stabilité du sujet lui-même.

Le déséquilibre du maniaque correspond à une perte de cette expérience naturelle : appréhension réduite à elle-même, « dérangement » avec échec du monde commun et détresse du sujet (qui, bien que très rassuré grâce à son sentiment de possession du monde, est pris dans le flux de chaque impression).

Le passage de l'équilibre au déséquilibre ne dépendrait pas d'un événement comme dans le cas de la mélancolie où l'événement est dit fortuit, de par l'interchangeabilité des thèmes mélancoliques. Ici, rien ne semble, dans la vie du sujet, servir de « condition d'être ». En effet, Binswanger parle d' « irruption incompréhensible dans l'ordre du *Dasein* », de « conditions d'être existentielles ayant trait à une menace aveugle qui pèse sur le *Dasein* à partir de sa déréliction »¹⁰⁵. Pour Binswanger, mélancolie et manie ont en commun de ne pas être déterminées par des conditions historiques (biographiques).

Concernant le passage du déséquilibre à l'équilibre (guérison ou retour à l'équilibre), Binswanger fait allusion à la manière dont l'ego pur, aussi bien dans la manie que dans la

¹⁰³ *Ibid.*, p. 125.

¹⁰⁴ *Ibid.*, p. 127.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 134.

mélancolie, « conserve néanmoins sous la main toutes les possibilités de la pleine constitution de l'expérience, même dans la débâcle de sa possession » (« fuite joyeuse loin du Je » dans la manie et « écrasement douloureux du Je » dans la mélancolie) et il ajoute : « c'est pourquoi les dysthymies aussi peuvent aboutir à la guérison »¹⁰⁶.

Concernant la question de savoir si le malade subit ou désire sa maladie (manie), il apparaît que le sujet subit sa dérégulation et son impossibilité d'être au monde de façon authentique (impossibilité de se réaliser en tant que Soi), mais qu'il est partie prenante dans les efforts qu'il fait pour lutter contre ce qui le menace et qui crée donc la maladie : c'est en voulant échapper à ce qu'il subit qu'il le subit d'autant plus en s'y enfermant (d'où l'idée d'une structure passive-active) : en agissant dans le monde et face au monde d'après sa structure défaillante, le maniaque entretient et renforce sa structure. Dans la manie, comme le suggère Binswanger, l'existence n'apparaît pas aussi problématique que dans la mélancolie (ou la schizophrénie) : le sujet n'est pas en lutte contre un monde vécu comme menaçant ou angoissant. Il ne fait en quelque sorte que dérouler sa constitution temporelle défaillante (appréhension vide ouverte sur tout ce qui se présente, sans lien avec le passé et l'avenir).

3. Schizophrénie

L'étude de la schizophrénie par Binswanger s'attache aussi à montrer que la maladie correspond à une forme « défaillante » de constitution, forme par laquelle le projet de monde se voit réduit dans ses possibilités. La notion de temporalité apparaît toutefois moins présente, Binswanger insiste davantage sur la manière dont les événements biographiques dessinent ou configurent la maladie en la rendant « unique ». La temporalité est interrogée toutefois en tant qu'elle contribue, dans sa défaillance, à fermer les possibilités. Le travail de Binswanger se concentre sur plusieurs cas « types », souvent repris par les psychiatres s'inspirant de lui (et que l'on trouve notamment repris par Maldiney). Il s'agit de Lola Voss, Ellen West, Susan Urban et Jürg Zünd, auxquels Binswanger a consacré ses études sur la schizophrénie, même si son travail sur la schizophrénie apparaît également dans d'autres ouvrages.

Nous nous appuyons ici principalement sur le cas Lola Voss et le cas Ellen West. Si la question peut se poser de savoir si ces patientes souffraient réellement de schizophrénie ou d'autre chose (névrose obsessionnelle, troubles de l'humeur par exemple), il n'en demeure pas moins que leur maladie se prête à une approche phénoménologique susceptible d'interroger et de comprendre la manière dont un projet de monde se voit modifié. Selon nous, par rapport au thème de notre recherche, la question du diagnostic se pose peu.

¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 121.

Commençons par *Le cas Lola Voss*, correspondant à l'étude d'une jeune patiente internée à l'âge de 24 ans, présentant quelques antécédents (angoisses, fugue), et dont la maladie se déclare suite à un projet de mariage contrarié. Ses symptômes sont les suivants : rejet des vêtements, superstition, délire de persécution.

L'ouvrage (comme dans le cas Ellen West) se compose de trois parties et nous les reprenons pour illustrer l'approche phénoménologique de la maladie.

La première partie présente le « tableau clinique » : la maladie est décrite dans son évolution, à partir de ce que l'on sait de la vie de la malade (enfance et déroulement de la maladie) selon différentes sources (famille, personnel soignant), et à partir de ce que « raconte » la malade à propos de sa maladie. La malade est décrite aussi bien « médicalement » (détails sur sa santé physique et sur ses modifications) que psychiquement (évolution de ses pensées, de ses états d'âme). Ici, l'approche phénoménologique consiste à isoler, dans la description de la maladie, ce qui peut être ramené aux états de conscience du sujet malade, sa manière de vivre intérieurement sa maladie. D'où le recours récurrent aux images utilisées par la malade pour rendre compte de ses sensations et pensées malades (« tant que la chose est là, c'est un sentiment effroyable », « ce qui est arrivé, ç'a été quelque chose de si *indescriptiblement effroyable* »¹⁰⁷), Binswanger soulignant soit ce qui est souligné par la patiente elle-même lorsqu'elle se raconte, soit ce qu'il juge important dans ses paroles.

La deuxième partie présente « l'analyse existentielle » : il s'agit d'interroger ici le projet d'existence qui semble être celui de la malade, et de montrer comme se forme ce projet d'existence réduite. Cette analyse reprend donc les descriptions faites dans le tableau clinique pour en donner la signification existentielle, en associant donc la maladie à un « projet de monde » défaillant. Par rapport à la première partie, cette partie est donc une manière d'interpréter ce qui a été posé dans la partie précédente.

La troisième partie s'intitule « analyse psychopathologique-clinique » : ici Binswanger interroge les éléments constitutifs et caractéristiques de la maladie au fur et à mesure de son avancée : phobie des vêtements, « contrainte de lecture » (obsession des signes), délire de persécution, en les associant à ce qui a été établi dans l'analyse existentielle, comme si à chaque stade du projet existentiel correspondait un symptôme clinique permettant de poser un diagnostic (par exemple s'agit-il d'une névrose obsessionnelle ou bien d'une schizophrénie ?) Ce qui est donc décrit ici, c'est le rétrécissement du projet de monde, comment un « idéal de projet » vient se substituer à la réalisation de soi authentique en imposant au sujet un projet rétréci inauthentique, déterminé, fermant ses possibilités existentielles pour les réduire à une

¹⁰⁷ *Le cas Lola Voss*, Paris, PUF, 2012, p. 31.

seule. Il s'agit de comprendre comment l'existence se voit en quelque sorte « barrée », sans issue, et d'interroger le processus conduisant à cette impasse. Remarque : la métaphore utilisée (ailleurs et souvent) par Binswanger est souvent celle de l'alpiniste qui, monté trop haut, se retrouve incapable aussi bien de poursuivre sa montée que de redescendre. Le psychiatre ou psychothérapeute est alors compris comme le secouriste qui vient aider l'alpiniste coincé à redescendre en lui montrant la voie.

Binswanger parle de « mondéisation » croissante ou de « sujétion croissante à un projet de monde déterminé » : « le *Dasein* était « tombé » hors de lui-même comme *pouvoir-être-soi authentique et libre* et était *échu* ou *adonné* à un projet de monde déterminé. Dans tous les cas, le *Dasein* ne peut plus laisser régner *librement* le monde mais c'est lui qui est dans une mesure croissante *abandonné* à un projet de monde déterminé, emporté ou subjugué par lui ». Son issue (« terminus ») est comprise comme « dérélition »¹⁰⁸.

Binswanger souligne l'importance du « rôle » que joue « la *formation d'idéal* dans le processus de cette sujétion croissante ». « La formation d'idéal « embarrassante » restreint les possibilités d'être du *Dasein* au point que le *Dasein* ne peut plus être lui-même que dans des limites tout à fait déterminées qui se rétrécissent et que, plus longtemps il se trouve être en dehors de ses limites, plus il est dépendant, inhibé, c'est-à-dire enserré dans l'étau d'un unique projet de monde ou d'un unique modèle de monde ». Binswanger souligne que la schizophrénie ici est prouvée par la « gradation de ce processus de mondéisation » et par « la domination croissante d'un certain projet de monde »¹⁰⁹.

Cette mondéisation est qualifiée d' « imprégnabilité de l'existence par du monde »¹¹⁰, et il faut comprendre par là que le malade voit son idéal de plus en plus menacé par la réalité du monde qui l'envahit, tant son idéal ne résiste pas à la réalité du monde et tant ses tentatives pour le maintenir sont sans effet sur cette réalité qui du coup devient de plus en plus menaçante. On comprend donc qu'un cercle vicieux s'installe entre d'une part l'idéal qui ne parvient pas à se maintenir et qui donc, en s'affaiblissant, ne peut que rendre plus forte la réalité, laquelle ne peut en retour que générer d'autres manières plus radicales de se maintenir (et tout autant inefficaces). L'impuissance du sujet à maintenir son idéal va de pair avec l'inventivité des moyens qu'il déploie.

Il souligne aussi que l'expression de cette domination est donnée par la présence du délire, ici le délire de persécution. Ce projet unique consiste en ce que Binswanger nomme le « recouvrement » : tentative de se protéger contre tout ce qui menace cet idéal. Faisant

¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 41.

¹⁰⁹ *Ibid.*, pp. 41-42.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 42.

allusion à d'autres cas, Binswanger donne des exemples de ces idéaux : idéal de tranquillité pour Lola Voss, idéal de minceur ou de décorporéisation pour Ellen West et Nadia (anorexiques) et idéal de stabilité sociale pour Jürg Zünd.

Pour résumer la gradation de ce processus, on peut le décomposer en différentes étapes ou stades :

- projet de monde ou idéal réduit au départ (se marier et être tranquille, être mince et changer l'humanité, se consacrer à sa famille et à son mari...)
- événement/réalité venant menacer ce projet (opposition de la famille au mariage, envie de manger et tendance à grossir, mort du mari et annonce maladroite du médecin)
- tentative inefficace de lutter contre ce qui menace cet idéal (rejet des vêtements, recherche de signes, marche, sport, travail, tout faire pour sauver son mari...)
- sentiment que la menace devient plus forte (sentiment d'angoisse, purges, médecins vus comme ennemis)
- utilisation d'autres moyens censés être plus radicaux (délire, suicide)

Ces stades sont également perceptibles dans le cas de Susan Urban, comme le montre l'analyse de Gérard Ulliac dans son article « L'apport de Binswanger à la clinique »¹¹¹. Il explique en effet que la psychose s'origine dans un projet de monde d'emblée rétréci, que les événements du monde viennent faire basculer et rétrécir d'autant plus. La psychose aurait ici aussi pour origine une structure existentielle défaillante (limitée), incapable d'accueillir certains événements « nouveaux », dont la nouveauté justement dessinerait un monde transformé et transformant le sujet lui-même. Ainsi Gérard Ulliac note que dans le cas Susan Urban « l'expérience originelle de la psychose débute lors de la consultation chez un urologue qui décèle un cancer de la vessie à son mari ». Or « depuis toujours cette femme portait à sa famille un « culte idolâtre » et un soin « hypocondriaque ». Ce qui signifie que la continuité du milieu familial équivalait à la permanence de sa propre identité, comme à son prolongement »¹¹². Décrivant les étapes du processus psychotique, Gérard Ulliac explique ainsi que « dès la consultation chez l'urologue, Susan Urban est foudroyée par un extrême danger qui signifie pour elle la perte de toute sécurité. Dès ce moment, s'instaure pour elle un monde dominé par l'idéal présomptueux d'un thème unique – le cancer du mari- et son corollaire, lutter contre le cancer du mari à l'exclusion de toute autre préoccupation. Plus encore, elle veut y entraîner les autres, ce qui aboutit à l'isoler du monde d'autrui. Qui n'est pas avec elle est contre elle et ceci fait déjà naître un vécu de persécution. La physionomie du

¹¹¹ dans « *Binswanger, Philosophie, Anthropologie clinique, Daseinsanalyse* », Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2011

¹¹² *Ibid.*, p. 212.

monde, jusque là foncièrement familière, se change en physionomie étrangère et hostile. Environ trois à six mois plus tard, ce thème tend à s'émanciper de la scène originelle sous forme d'un vécu d'atmosphère diffuse et menaçante. Puis l'atmosphère diffuse et menaçante se thématise sous forme d'un délire de persécution et d'influence avec hallucinations, rayons électriques etc, qui s'émancipe totalement du thème originel »¹¹³. Là aussi, on assiste à un processus interactif entre projet de monde et monde, où le sujet, de par son projet de monde rétréci, en vient à rétrécir le monde lui-même qui le rétrécit en retour. Là aussi, la temporalité déjà « malade » du sujet conduit à une incapacité d'accueillir la nouveauté du monde (et donc la temporalité du monde lui-même dans son devenir) : « la scène originelle chez l'urologue ne tire sa condition de possibilité pathogène que dans la mesure où elle survient dans le cadre d'une temporalité asservie sous le joug de la continuité, incapable d'intégrer l'expérience du nouveau dès lors qu'il s'agit du champ d'expérience que représente sa famille. Expérience figée, rétrécissement temporel, l'ensemble de la psychose étant, en l'occurrence, l'aboutissement à un monstrueux rétrécissement existentiel du monde, du temps et de l'espace »¹¹⁴.

Dans *Le Cas Ellen West*, Binswanger s'intéresse à une jeune femme hantée par la peur de grossir et par le désir de manger qui contrarient son idéal de minceur et qui finit par se suicider à l'âge de 33 ans en réconciliant son idéal avec la réalité (manger et mourir tout de suite). Cette patiente suit d'abord une psychanalyse. Elle est d'abord diagnostiquée comme névrosée (névrose obsessionnelle avec phases maniaco-dépressives), puis comme mélancolique par Kraepelin. Binswanger la diagnostique schizophrène.

Dans la première partie, comme dans *Le cas Lola Voss*, Binswanger décrit la vie de la malade, depuis son enfance et durant la maladie (jusqu'à son suicide à 33 ans), de façon chronologique, notamment à travers des témoignages et écrits d'Ellen West elle-même, cette patiente ayant écrit de nombreux poèmes et *Histoire d'une névrose*. On voit donc ici à la fois de manière détaillée la vie et le quotidien de cette patiente ainsi que son « vécu » intérieur. Ici, ce qui apparaît, c'est la manière dont la patiente lutte contre sa tentation de manger et sa tendance à grossir (« obsession de devoir toujours penser à manger et « idée fixe », « unique objectif » de ne pas devenir grosse »¹¹⁵) et la manière dont le monde lui apparaît peu à peu comme sans issue (pour lutter contre son envie de manger et son idéal de ne pas grossir). On voit à quelle contradiction elle se heurte : manger tout ce qu'elle souhaite et rester mince. La mort lui apparaît peu à peu comme unique moyen de résoudre cette contradiction (en

¹¹³ *Ibid.*, p. 212.

¹¹⁴ *Ibid.*, pp. 212-213.

¹¹⁵ *Le Cas Ellen West*, Paris, Gallimard, 2016, p. 57.

mangeant tout ce qu'elle souhaite et en mourant ensuite). L'autre aspect intéressant de ce tableau clinique est également de suggérer qu'Ellen West a le sentiment qu'elle « deviendrait folle » si elle renonçait à son idéal de minceur (dont si elle se laissait grossir), montrant par là que sa maladie n'est pas vécue par elle comme étant précisément la folie, bien au contraire, puisqu'elle devient folle pour en quelque sorte ne pas devenir folle ! On voit enfin à quel point la mort (désir de mort) accompagne cette existence depuis l'enfance, et en quel sens elle prend la valeur et la signification d'un destin à accomplir.

La deuxième partie étudie le « projet de monde » existentiel qui se profile à travers le cas Ellen West. Il s'agit de montrer que la « maladie » ici correspond en réalité (comme cherche à le montrer l'analyse existentielle en tant qu'alternative à la réduction psychanalytique) à un « idéal » que le sujet chercherait à réaliser sans y parvenir (sinon à travers le suicide). L'idéal d'être mince est ici compris plus largement comme un idéal de vie « éthéré » où il s'agit de réaliser de grandes choses dans et pour le monde, sans que la réalité rende possible l'accomplissement de ce « projet » : Ellen a une nature (physique) ayant tendance à l'embonpoint, ses projets d'études ne sont pas menés à terme.

La troisième partie cherche à expliquer pourquoi il semble possible de diagnostiquer une schizophrénie plutôt qu'une névrose obsessionnelle ou une mélancolie. C'est l'occasion pour Binswanger de montrer comment l'analyse existentielle permet un diagnostic plus pertinent en prenant en compte la totalité du sujet malade en tant qu'être-au-monde, en tant que sujet existant et faisant exister, au sein même de la maladie, un certain « projet de monde ».

En ce qui concerne le passage de l'équilibre au déséquilibre et pour comprendre la progression de la maladie, nous nous appuyons plus précisément sur le chapitre intitulé « Le phénomène de la honte et le processus schizophrénique »¹¹⁶.

Binswanger montre comment progressivement le sujet devient de plus en plus « malade », en suggérant une forme de mécanisme. Les termes utilisés sont bien ceux d'un processus temporel et d'un processus graduel allant en s'intensifiant (« d'autant plus...d'autant moins... »). C'est cette description qui nous intéresse particulièrement car on peut y trouver une dimension causale et explicative qui n'apparaît pas toujours, ce qui s'explique par le fait que la phénoménologie ne se veuille pas explicative justement mais plutôt descriptive et compréhensive. Ici, à propos de la schizophrénie, on comprend plus exactement l'interaction entre le sujet et le monde, et entre la dimension intentionnelle et la dimension corporelle. Binswanger explique en effet que « moins le sujet a pouvoir sur lui-même, d'autant plus en vient-il à la dépendance du monde commun », *d'autant plus est-ce ce monde commun qui*

¹¹⁶ *Ibid.*, pp. 194-196.

devient seigneur et maître *sur le soi* »¹¹⁷. Binswanger explique cela à propos de la honte du corps qui caractérise le sujet schizophrène (en distinguant le cas Ellen West du cas Nadia et en s'attachant davantage au cas Nadia qui a honte de son corps devant les autres, pour les autres). Ainsi, il explique à partir de Scheler que la honte du corps a un caractère existentiel du fait que l'homme est à la fois corps et esprit et qu'il peut donc par la honte exprimer sa dépendance à l'égard de sa dimension corporelle. « Pour autant, cette honte existentielle reste normalement « libre » : le soi « décide » de *l'occasion*, du *degré* et de la *force* du devoir de honte »¹¹⁸. Chez Nadia, cette frontière (déplaçable en temps normal) est « figée », « coagulée », du fait que « le monde commun a pris la place du soi ». De ce fait, le sujet est « objectivé, mué en objet « ferme » ou autre chose [...] à la suite de quoi vient au premier plan cette sphère de l'Être humain, qui satisfait le plus facilement à ces conditions : le corps ! ». Binswanger résume ainsi le processus schizophrénique : « processus existentiel d'évidement ou d'appauvrissement et, certes, au sens d'une solidification croissante (« coagulation ») du soi libre en un objet plus aliéné, étranger à lui-même même (plus « dépourvu » d'autonomie) ». Il résume encore : « l'évidement ou l'appauvrissement existentiels ne sont [...] rien d'autre qu'une mutation de la liberté en nécessité, de l'éternité en temporalité (Scheler), de l'infinitude en finitude », et se référant à un passage des *Miettes philosophiques* de Kierkegaard, il explique que dans la folie « la finitude inférieure a été fixée, ce qui ne peut jamais se produire avec (l'intériorité) de l'infinitude »¹¹⁹.

Cette idée est reprise dans la troisième partie, et Binswanger résume ainsi la manière dont le sujet « tombe » malade en différentes étapes : « l'assombrissement du monde [revêt] tout d'abord la forme du flétrissement et du dessèchement, puis celle de l'emmurement et de la transformation en trou pour s'achever, finalement, en enfer »¹²⁰. Et Binswanger de préciser qu'« il s'agit d'un rétrécissement continu, un rétrécissement de l'ensemble de la structure de l'être-au-monde à partir de sa forme pleine jusqu'à une absence de forme »¹²¹. Ce rétrécissement prend la forme d'un cercle vicieux selon Binswanger, puisque d'autant plus le sujet cherche à maintenir son idéal (contre le monde ou la réalité), d'autant plus il donne une prise au monde et à la réalité qui du coup menacent encore davantage l'idéal : Ellen a d'autant plus faim qu'elle se prive de manger et, ayant d'autant plus faim, s'enferme dans la gloutonnerie qu'elle cherche à combattre, donnant au monde de la nourriture un poids et une signification de plus en plus grands, ne pouvant que conduire à un échec de l'idéal poursuivi

¹¹⁷ *Ibid.* p. 194.

¹¹⁸ *Ibid.*, p. 195.

¹¹⁹ *Ibid.*, pp. 196-197.

¹²⁰ *Ibid.*, p. 218.

¹²¹ *Ibid.*, p. 218.

au départ (rester mince).

Nous trouvons également cette conception de la schizophrénie dans *Mélancolie et Manie*.

Dans le dernier chapitre de *Mélancolie et Manie*, Binswanger s'attache ainsi à comparer manie, mélancolie et schizophrénie. Il s'agit de reprendre les études déjà faites sur la schizophrénie pour leur ajouter ce qui vient d'être établi à propos de la mélancolie et de la manie. Binswanger reprend donc l'idée évoquée dans ses œuvres précédentes¹²². Cette idée est celle d'une inconséquence de l'expérience naturelle et de « l'impossibilité d'un séjour non altéré auprès des faits ». D'où des « oppositions, des alternatives rigides, avec pour résultat l'absence d'issue et l'irréalisabilité du cours de la vie, qui apparaissent dans la formation présomptueuse d'un idéal, les tentatives de recouvrement schizophrénique, les manifestations de résignation et de déchirement du monde »¹²³.

Binswanger procède alors à une comparaison entre la schizophrénie, la mélancolie et la manie. Cela nous permet de comprendre les points communs entre ces différentes maladies et donc ce qui serait caractéristique de la maladie en elle-même. Mais cela nous permet aussi de comprendre leurs différences et ce qui reste spécifique à chaque maladie.

Ainsi, dans les points communs entre la schizophrénie et la mélancolie, Binswanger met en avant l'idée d'une expérience du monde rendue « hautement problématique »¹²⁴ (alors que pour le maniaque elle est rendue improblématique). Ici, problématique signifie pour Binswanger que l'expérience ne permet pas de séjour paisible auprès des choses. Dans la schizophrénie, le « *Dasein* se consume dans une absence d'issue et une irréalisabilité » du cours de la vie, dans la mélancolie, il s'agit de « l'éclatement de la conséquence de l'expérience en alternatives rigides », du fait de « l'adhérence de l'expérience à un état de faits, à un problème ou à un thème particulier, le thème de l'autoreproche ou de la perte »¹²⁵.

C'est dans l'analyse des différences que l'on peut s'intéresser à la dimension temporelle en jeu dans la schizophrénie. Pour Binswanger, dans la mélancolie, sont en cause « des altérations très précises dans la structure intentionnelle de l'objectivité temporelle » ce sont elles qui conditionnent l'absence d'issue du *Dasein*. Dans la schizophrénie, Binswanger note que « de telles altérations n'ont pas été mises en évidence, du moins jusqu'à présent »¹²⁶. Mais Binswanger souligne que la principale différence est que la schizophrénie « procède » d'un « événement historique », d'une condition qui « concerne l'historicité du *Dasein* », alors que dans la mélancolie (et la manie), le relâchement des liens ayant trait à la structure temporelle

¹²² *Sur la fuite des idées* (1931-1932), *Etudes sur la schizophrénie* (1944-1953)

¹²³ *Mélancolie et manie*, p. 132.

¹²⁴ *Ibid.*, p. 133.

¹²⁵ *Ibid.*, p. 133.

¹²⁶ *Ibid.*, p. 133.

« ne peut être compris qu'à partir de la dérélition du *Dasein*, comme irruption incompréhensible dans l'ordre du *Dasein* et comme, à son tour, éruption similaire hors de lui ». Et Binswanger ajoute qu'elles « ne sont aucunement des conditions d'être historiques (biographiques), ce sont des conditions d'être existentielles, ayant trait à une menace aveugle qui pèse sur le *Dasein* à partir de sa dérélition »¹²⁷.

D'où l'affirmation selon laquelle « chacun a, pour ainsi dire, sa propre schizophrénie ... en dépit d'une grande concordance dans la symptomatologie », « tandis que le maniaque et le mélancolique, indépendamment de la variété des thèmes de perte mélancoliques, n'ont pas leur propre manie ou leur propre schizophrénie »¹²⁸.

E – Aspects thérapeutiques (rouvrir possibilités, l'être-nous, l'amour)

À partir de cette approche phénoménologique de la maladie et des distinctions que l'on vient d'établir, voyons comment cette approche envisage la question du soin et de la guérison. Comment une telle approche avant tout théorique (quasi philosophique) peut-elle prétendre s'appliquer à des malades souffrants ? Par quelles « méthodes » « pratiques » cette conception de la maladie comme défaillance de l'être-au-monde peut-elle s'illustrer ?

Plusieurs points peuvent être retenus, qui ressortent des écrits de Binswanger consacrés à la dimension thérapeutique de la phénoménologie psychiatrique : l'idée d'une thérapie « corporelle » passant par le jeu corporel verbal entre soignant et patient, l'idée de ramener le malade dans le monde commun, en partant de la distinction héraclitéenne entre *idios cosmos* (monde du sommeil, de la passion, de l'ivresse), et *koinon cosmos* (monde de la *phronesis*, de la réflexion raisonnable ou de la pensée), ainsi que l'idée de rouvrir les possibilités du sujet malade en agissant sur sa structure temporelle (au sein de l'être-nous compris comme figure de l'amour).

Ces différents points constituent le support à partir duquel Binswanger a élaboré son concept d'analyse existentielle (ou *daseinsanalyse*), concept fondateur d'une innovation thérapeutique. Il en précise les caractéristiques dans différents écrits (articles et conférences notamment) et au fur et à mesure de son expérience de psychiatre ayant en charge des malades.

C'est dans les chapitres « De la psychothérapie » et « Analyse existentielle et psychothérapie (II) »¹²⁹ que nous trouvons des analyses de Binswanger consacrées à la question de la thérapie,

¹²⁷ *Ibid.*, p. 134.

¹²⁸ *Ibid.*, p. 134.

¹²⁹ dans *Introduction à l'analyse existentielle*

ainsi que dans « Analyse existentielle et psychothérapie »¹³⁰. Dans *Aby Warburg, La guérison infinie*, nous avons un cas précis de guérison raconté dans une histoire clinique.

Cette question de la thérapie se pose certes à propos de l'approche phénoménologique de la maladie, qui est spécifique, mais elle se pose de manière plus large. Ainsi Binswanger, dans « De la psychothérapie », s'adresse directement au lecteur en reprenant la question posée à des étudiants en médecine lors d'une conférence. Cette question était : « expliquez-nous comment la psychothérapie peut agir »¹³¹. La psychothérapie pose en effet le problème suivant : comment « agir » par un acte médical impliquant de n'employer « ni main, ni instrument ou médicament, ni mulière, eau ou air, pas plus qu'il ne doit se servir d'électricité, de chaleur ou de froid, mais seulement du discours humain, des mots et de tous les autres moyens par lesquels l'homme peut entrer en contact avec l'homme et agir sur lui »¹³². S'attachant à répondre à cette question (et à ce problème), Binswanger montre l'ambiguïté soulevée, la question comprenant en fait elle-même deux questions, l'une revenant à demander si la psychothérapie « peut » agir et l'autre devenant à demander « comment ». Concernant le premier point (la possibilité même d'agir de la psychothérapie), pour Binswanger, la possibilité de la psychothérapie (sa possible action, son efficacité), repose sur le caractère existentiel de la relation à l'autre homme : « la possibilité de la psychothérapie ne repose pas sur [...] mais sur un trait fondamental de la structure de l'être-homme en tant qu'être-dans-le-monde (Heidegger) », « c'est dans la mesure où ce trait fondamental demeure « retenu » dans la structure de l'être-homme que la psychothérapie est possible », « si vous vous posez des questions sur ces « possibilités d'action » à l'intérieur de cette sphère de l'être-dans-le-monde, ce n'est pas parce qu'elles seraient pour vous ce qui est le plus éloigné ou le plus inhabituel, mais parce qu'elles vous sont existentielles, c'est-à-dire qu'elles sont pour vous ce trait fondamental de votre présence ou de votre existence, ce qui est le plus proche et le plus familier »¹³³. Concernant le deuxième point (la manière d'agir de la psychothérapie), Binswanger explique que le médecin, par son savoir, apporte à cette relation « existentielle » quelque chose de « nouveau » : une pratique relative à un savoir. Puis Binswanger résume : « Communication dans l'existence et action dirigée vers un but de délivrance et de conduite de « forces » biologico-psychologiques, voilà les deux pôles dialectiques de la psychothérapie médicale et où aucun de ces deux pôles ne peut apparaître seul et unique, non plus qu'il ne peut s'effacer complètement en faveur de l'autre »¹³⁴.

¹³⁰ dans *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne*

¹³¹ *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 119.

¹³² *Ibid.*, p. 119.

¹³³ *Ibid.*, p. 122.

¹³⁴ *Ibid.*, p. 123.

Binswanger prend en ce sens l'exemple d'une jeune patiente hystérique souffrant d'un hoquet (en lien avec l'interdiction faite par sa mère de se fiancer avec l'homme qu'elle aime). Binswanger explique comment il eut l'intuition (« l'inspiration ») « de [s']approcher doucement du lit de la malade, de poser sur son cou les doigts de [sa]main droite, et de comprimer si fort la trachée qu'elle en perdit le souffle... »¹³⁵ et comment ce hoquet fut « brutalement interrompu pour disparaître complètement après deux ou trois rechutes, qui furent traitées de la même manière »¹³⁶. Pour Binswanger, il s'agit de montrer en quel sens l'acte médical ici renvoie à une forme « d'art » dont l'idée jaillissante consistait « en ce que à l'encontre du trouble ou du renversement tellement puissant et profondément enraciné d'une forme de fonction biologique-physiologique et également manifestement psychologique, l'on appelle et que l'on mette en jeu une autre puissance qui soit à la hauteur de cette autre puissance vitale « troublante » »¹³⁷. Mais Binswanger explique en quoi cet acte sur l'organisme est à comprendre comme une action « sur l'organisme et la psyché au sens d'un ensemble unitaire de fonctions vitales physico-psychologiques »¹³⁸ dont les deux pôles sont en jeu dans le même exemple. Si l'acte en effet semble ici agir sur le pôle physique (le hoquet en lui-même), Binswanger explique que cela n'empêche pas que soit nécessaire la prise en compte du pôle psychique de la malade, à savoir la communication existentielle avec le médecin reposant sur la confiance. Dans cet exemple, l'acte médical ne pouvait avoir lieu qu'en sachant rattacher le hoquet à « une décision propre liée à la biographie, à savoir [à] un sentiment de dégoût de la vie et d'opposition à sa mère, tendrement aimée au fond, mais virile et rigide, qui avait refusé des fiançailles avec le jeune homme qu'elle aimait »¹³⁹. De même, la psychothérapie médicale ici ne put fonctionner qu'en étant « soutenue par une action de soi-disant psychothérapie sociale, c'est-à-dire par une intervention dans ses relations sociales, ici, ses relations avec sa famille »¹⁴⁰ (les parents accordant finalement l'autorisation des fiançailles). Plus largement, Binswanger souligne à quel point cette intervention suppose, pour que l'on comprenne le succès thérapeutique, une « exploration méthodique de l'histoire intérieure de la vie », exploration supposant « le travail patient, commun, systématique, pour une reconstitution des expériences vécues et une reconstruction réfléchie de l'histoire intérieure de la vie, travail absolument créateur pour les deux partenaires, travail fait de l'assemblage des actes d'expériences, de compréhension et d'interprétation qui, formant tout

¹³⁵ *Ibid.*, pp. 124-125.

¹³⁶ *Ibid.*, p. 125.

¹³⁷ *Ibid.* p. 125.

¹³⁸ *Ibid.*, p. 125.

¹³⁹ *Ibid.*, p. 128.

¹⁴⁰ *Ibid.*, pp. 128-129.

d'abord les uns avec les autres un tissu lâche apparaissent peu à peu comme de plus en plus fortement thématiquement liés et structurés, de sorte que, à la place de l'intervention intuitive, le thème, à présent, devient déterminant »¹⁴¹. C'est l'occasion pour Binswanger de rappeler le rôle majeur que joue ce « thème » dans l'histoire individuelle (histoire intérieure de vie). La « thématisation » est en effet le facteur qui, dans la psychose, fait « basculer » le sujet (son projet de monde se réduisant à un thème unique occupant toute la place, notamment dans la mélancolie). Pour Binswanger en effet, « toute l'histoire intérieure de la vie d'un être, peu importe qu'elle se déroule de façon logique et droite, capricieuse et tortueuse, ne représente rien d'autre qu'un thème historique, thème qui, inépuisable en soi, « se rassemble » à partir de thèmes principaux divers et toujours inépuisables s'édifiant eux-mêmes à partir d'innombrables sous-thèmes. Plus le travail psychothérapeutique progresse, plus le rapport thématique devient un guide et plus s'estompe l'arbitraire de l'inspiration »¹⁴². C'est l'occasion aussi pour Binswanger de montrer les limites de la psychanalyse qui ne parvient pas à concevoir la rencontre entre le médecin et le patient autrement que comme une « répétition » (transfert et contre-transfert). Or pour Binswanger, la psychothérapie (conçue comme analyse existentielle) « représente un fait nouveau et autonome de communication, un lien nouveau créé par les deux destinées non seulement en fonction du rapport malade-médecin, mais encore, et surtout, en fonction de la relation purement humaine, au sens d'une authentique collaboration »¹⁴³. Or la psychanalyse « est curieusement aveugle sur la catégorie du fait nouveau et par conséquent sur l'élément proprement créateur dans la vie de l'âme », d'où son « incapacité d'éveiller ou d'attiser chez le malade « l'étincelle divine » qui ne peut être éveillée ou attisée que dans une communication authentique d'existence à existence et dont la clarté et la chaleur sont seules, au fond, capables de libérer l'être de l'isolement aveugle de l'*idios cosmos*, comme dit Héraclite, c'est-à-dire de la simple vie dans son corps, de ses rêves, de ses penchants privés, de son orgueil et de son exubérance et de l'élever et de le délivrer pour qu'il puisse participer au *koinos cosmos*, à la vie de la *koinonia* authentique ou de la communauté »¹⁴⁴. La question qui se pose alors et qui selon Binswanger « persiste » est celle de savoir comment la psychothérapie peut « décider » la patiente (ici citée en exemple) à « revenir sur sa décision antérieure » et à « renoncer en général à sa révolte contre « la vie » et contre sa mère en particulier » : « comment peut-on comprendre qu'elle ait récupéré la maîtrise de sa voix qui lui avait été complètement retirée pendant deux ans ? » .

¹⁴¹ *Ibid.*, p. 130.

¹⁴² *Ibid.*, p. 130.

¹⁴³ *Ibid.*, p. 130.

¹⁴⁴ *Ibid.*, p. 131.

En effet, si, pour Binswanger, on peut comprendre « comment il fut possible par un travail en commun d'amener la malade à vouloir à nouveau parler à haute voix », on « ne comprend pas comment ce vouloir a pu se convertir en un pouvoir »¹⁴⁵.

Pour Binswanger si l'on « veut comprendre ce qui, à proprement parler, se passe », il faut « penser comment « le corps vécu » redevient psychologiquement et psychopathologiquement important, surtout en tant que donnée corporelle ou conscience corporelle, avec tout l'a priori de ses lois essentielles et les possibilités d'altération de sa « facticité » ». Ainsi il faut se demander « comment le malade vit dans son corps vécu ou, mieux encore, comment il expérimente son corps vécu et comment il le « ressent » » au sens d'un « état de fait phénoménal, absolument unitaire et singulier, d'avoir un corps vécu et de l'expérimenter »¹⁴⁶. On comprend en effet que si, dans ce qui rend malade, ce qui est engagé, c'est bien la totalité du sujet en tant que corps conscient ou corps vécu (pensé, ressenti), ce soit la même totalité qui soit engagée dans le processus inverse (de guérison, de retour à la vie « normale »). Ainsi cette prise en compte du corps comme « vécu » permet seule de comprendre, selon Binswanger, comment la patiente a « retrouvé sa voix » (et donc comment la psychothérapie a pu « agir ») mais aussi « comment elle a perdu sa voix ». C'est donc en quelque sorte en comprenant comment la patiente est tombée malade que l'on comprend comment elle peut guérir (c'est là d'ailleurs aussi le présupposé de la psychanalyse). Binswanger explique en effet que l'homme « vit corporellement » au sens où il « parle ou s'exprime sans cesse corporellement d'une manière ou de l'autre », « il possède, à côté du mot articulé à haute voix ou à côté d'un langage figuré plus ou moins objectif, un langage du corps très clairement articulé. L'être humain s'exprime toujours dans ce langage, d'une manière particulièrement intelligible lorsque, à la suite de l'abandon de la communication et du repli sur le moi propre, il n'est plus question de moyen d'expression propre de la communication, plus question de langage parlé, quand aussi l'imagination créatrice elle aussi se tait et que l'homme s'enferme dans le silence de son tourment. Mais l'être humain est tellement une essence parlante, au sens le plus étendu, qu'il exprime encore quelque chose »¹⁴⁷. Dans ce contexte et dans l'exemple de la patiente atteinte de hoquet, Binswanger montre qu'elle « se retire de la vie, mais elle ne peut ni ne veut sérieusement mourir. Ainsi vit-elle constamment entre la vie et la mort, sans but ni dessein », « terrain le plus fertile pour qu'y éclore une névrose [...] cette forme de vie ou d'existence de la demi-mesure et de l'indécision »¹⁴⁸. Or pour Binswanger

¹⁴⁵ *Ibid.*, p. 132.

¹⁴⁶ *Ibid.*, p. 132.

¹⁴⁷ *Ibid.*, p. 134.

¹⁴⁸ *Ibid.*, p. 135.

c'est là aussi le terrain permettant à la sphère de la corporéité d'occuper toute la place, elle qui d'ordinaire « représente soit un horizon muet et un arrière-plan indécis, un point d'appui médian ou bien un premier plan plus ou moins net ou bien encore une sphère d'activité bien structurée de notre être ». Avec la maladie, la corporéité « prend une signification nouvelle », elle « est devenue une retraite, la propre retraite de notre être, une retraite qui, en aucune manière, ne donne une impression d'aise et d'intimité, mais qui se présente d'une façon angoissante comme le « siège » de la simple pression vitale, à présent inquiétante, aveugle et sans but, nous tourmentant, nous effrayant et nous angoissant ». De ce fait, « le corps vécu continue de « fonctionner » ici « seul », et, cela, d'une manière rebelle parce que non régie ni guidée par un sens propre et, dans cette révolte, il se charge aussi de la fonction du langage, il devient [...] l'organe verbal de cette révolte »¹⁴⁹.

À partir de cette explication, Binswanger précise que si la jeune fille ne peut « avaler ni digérer l'atteinte et l'offense faites à son amour et à sa volonté de vivre », il ne s'agit pas seulement, en décrivant ce qu'elle ressent, d'utiliser une analogie ou une métaphore pour simplement décrire un fait psychique « au moyen d'une expression corporelle ». Il s'agit d'affirmer que « notre existence s'ouvre toujours dans certaines directions significatives » qu'il faut comprendre comme « unitaires », comme « expressions particulières spécifiques pour un seul et même état de fait existentiel »¹⁵⁰. De la même façon, cette unité de fait, ici la volonté de vivre empêchée par l'interdiction de la mère et vécue comme révolte par la jeune fille, cette unité empêche toute explication causale dans laquelle on poserait que tel fait psychique serait la cause de tel fait physique ou que tel fait physique serait la cause de tel fait psychique : fait psychique (révolte) et fait physique (hoquet, incapacité d'avaler) sont les deux pôles, les deux expressions (simultanées parce qu'unitaires) d'un même fait, ici « le déroboement et le vacillement de l' « orientation » de notre existence dans son espace global, historico-biographique vital et dimensionnel ». Si la corporéité devient la seule expression de ce vacillement, c'est, selon Binswanger, parce que « le « corporel », la corporéité, n'est qu'une forme particulière de l'existence humaine » et que « dans certaines circonstances, elle demeure le seul et unique « champ d'expression » »¹⁵¹. À ce titre, Binswanger parle de la maladie comme une manière, pour ce « fait anthropologique » (le fait, pour la corporéité, de devenir la seule expression possible de notre manière d'exister) d'atteindre « un degré plus important que la moyenne ». En effet, Binswanger explique plus précisément les différentes étapes ayant amené la jeune patiente à ce retrait de l'existence dans la corporéité en

¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 135.

¹⁵⁰ *Ibid.*, p. 136.

¹⁵¹ *Ibid.*, p. 137.

manifestant d'abord une perte de l'appétit et du sommeil, des nausées et des crampes d'estomac (première étape) puis le hoquet (deuxième étape) puis l'aphonie (troisième étape), ce dernier stade (chuchotement) étant à comprendre comme « nouveau repli de la vie en communauté », repli « vers la vie dans l'être seul, une vie dans l' *idios cosmos*, dans la pure corporéité et proximité corporelle sans avenir et qui se traîne languissamment ». Binswanger parle également de « statu quo existentiel », ou de « stagnation existentielle » (façon « d'être-pris-par-le-corps »)¹⁵².

De ce fait, une fois compris le sens (et aussi pour nous le mécanisme) de la maladie, comme retrait de la vie et repli sur la corporéité (face à une mise en péril de son projet de vie), il devient possible de comprendre le rôle possible (et efficace) de la psychothérapie (fondée sur l'analyse existentielle). Pour Binswanger, la psychothérapie doit donc opérer également de manière progressive, par une série d'actions, la première consistant en un « réveil du désir de la malade de quitter son isolement pour revenir à la vie de la communauté », ou encore « d'un réveil et d'un renforcement de sa volonté de vivre, provoquant donc sa décision vers la pleine réalité de la vie ». La deuxième action consiste à faire non seulement comprendre mais aussi revivre, reconstituer, le « rapport de motivation entre la décision de « retraite » en dehors de la vie » et « la perte du discours à haute voix ». La troisième action enfin « consista en ce que sa voix lui revint réellement ou réintégra sa mémoire ». Il s'agit donc de « se [remettre] dans le courant » ou de lever les obstacles « à la libre vie dans la sphère du corps vécu, à son libre cours »¹⁵³.

Le médecin doit permettre une « médiation entre le malade en tant que non soi-même et le malade en tant que soi-même », une « réconciliation de l'homme avec lui-même et, partant, avec le monde », une « métamorphose de l'hostilité envers soi-même en amitié avec soi-même et, parlant, avec le monde »¹⁵⁴. Ou encore, il s'agit pour la malade ici prise en exemple d' « être reconduite vers elle-même à partir de son moi corporel »¹⁵⁵.

Dans le chapitre « analyse existentielle et psychothérapie »¹⁵⁶, Binswanger résume également en quoi consiste la maladie et en quoi consiste l'action thérapeutique (fondée sur l'analyse existentielle). Le premier rappel de Binswanger consiste à réaffirmer l'influence de Heidegger et de *Sein und Zeit*, influence qui permet à la psychiatrie et à la psychothérapie d'avoir en vue « non pas, en premier lieu, l'homme psychiquement malade, mais *l'homme* »¹⁵⁷. L'homme,

¹⁵² *Ibid.*, p. 141.

¹⁵³ *Ibid.*, p. 141.

¹⁵⁴ *Ibid.*, p. 144.

¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 147.

¹⁵⁶ Dans *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne* (à distinguer du chapitre « analyse existentielle et psychothérapie (II) » dans *Introduction à l'analyse existentielle*)

¹⁵⁷ *Ibid.*, p. 115.

grâce à l'analyse existentielle, n'est « plus compris sur la base d'une quelconque théorie – qu'elle soit mécaniste, biologique ou psychologique –, mais sur la base du dégagement purement phénoménologique de la structure totale, ou de la texture totale de l'être-présent comme *être-dans-le-monde* », structure qui, selon Binswanger, « comprend en soi [...] la constitution mondaine propre, commune et ambiante de l'être-homme »¹⁵⁸. Puis se référant à Kant, Binswanger explique en quoi cette structure est à saisir comme « fermeté de la texture transcendantale, qui réside au fond de toute texture psychéique dès le départ, ou a-prioriquement, comme condition de sa possibilité »¹⁵⁹. Il s'agit donc toujours, pour Binswanger, de comprendre la maladie à partir de la constitution du sujet, constitution qui n'est plus réduite ni à l'organisme (point de vue de la psychiatrie classique qui s'attache notamment au caractère ou tempérament hérité de l'hérédité, ou qui a en vue le fonctionnement cérébral), ni à la dimension psychologique (ou bio-psychologique comme chez Freud). Pour Binswanger, les différentes maladies psychiques peuvent ainsi toutes être comprises à partir de ce fondement philosophique ayant en vue l'homme en lui-même, en tant que sujet existant dans le monde. Ainsi, l'analyse existentielle permet de « concevoir [et] décrire les différentes psychoses, névroses et psychopathies comme des *flexions* déterminées de la texture a-priorique, ou de la structure transcendantale de l'être-homme ou, comme disent les Français, de la « condition humaine » »¹⁶⁰. Cette structure, qui correspond en fait à la manière dont l'homme « existe », est à comprendre elle-même comme un ensemble de « dimensions existentielles très différentes », qui, selon Binswanger, témoignent de la manière dont l'homme vit son existence, la ressent, se la représente « relativement à la hauteur, à la profondeur et à l'étendue, à la matérialité, à l'éclairage et à la couleur du monde, à la plénitude ou au vide de l'existence »¹⁶¹.

Ce que Binswanger nomme ensuite les « lignes directrices » qui devraient permettre de fonder une psychothérapie (analytico-existentielle) se résument alors à quatre principes. Le premier consiste ainsi à « comprendre » la maladie et ses symptômes comme des « flexions de la structure totale de l'être-dans-le-monde ». Le deuxième consiste à « apprendre par expérience » au malade « dans un bouleversement existentiel, quand et dans quelle mesure il a manqué la structure de l'être-homme, quand et comment [...] il s'est par exemple égaré dans une « hauteur aérienne » ou dans un « monde imaginaire éthéré » »¹⁶². Et Binswanger de préciser ensuite le rôle du psychothérapeute (orienté analyse existentielle) pour les différents

¹⁵⁸ *Ibid.*, pp. 115-116.

¹⁵⁹ *Ibid.*, p. 116.

¹⁶⁰ *Ibid.*, p. 116.

¹⁶¹ *Ibid.*, p. 117.

¹⁶² *Ibid.*, p. 117.

types de malades dont l'être-au-monde bascule de manière différente et spécifique. Ainsi dans le cas du maniaque, Binswanger compare le psychothérapeute à « un guide de montagne compétent, c'est-à-dire qui s'y connaît sur le « terrain » en question, qui essaie le chemin vers la vallée avec le touriste « dilettante » qui n'ose plus faire un pas ni en avant ni en arrière ». Dans le cas du dépressif, il s'agit « au contraire » de lui « faire prendre à nouveau pied « sur terre », en le sortant du monde de caveau souterrain dans lequel il s'est enterré ; « sur terre », comme le seul mode d'être-présent où peut être réalisée la plénitude des possibilités humaines »¹⁶³. « Quant au schizophrène *distors* », il s'agit de « le ramener, du monde du travers et de l'oblique dans lequel il vit et se meut, dans le monde commun, le *koinos kosmos* d'Héraclite »¹⁶⁴. Autre manière possible pour le psychothérapeute de ramener le schizophrène, à partir de l'exemple d'une malade : l'aider à « synchroniser » les « deux sortes de vitesse » dans lesquelles elle se meut. Le troisième principe rappelle de quelle façon le psychothérapeute doit « rencontrer » le malade, non pas en se posant comme sujet face à un objet, mais en le considérant comme un « partenaire dans l'être-présent » et en se plaçant sur « le plan de la communauté de l'être-présent », en rendant possible ainsi une « rencontre « sur l'abîme de l'être présent » ». Le rapport ainsi créé est donc un « être-avec », un « être-ensemble » ou « amour », rapport qui permet à cette rencontre d'avoir lieu dans un « présent intrinsèque », un « présent tel qu'il se temporalise absolument hors du *passé*, et porte aussi, absolument, en soi les possibilités de *l'avenir* »¹⁶⁵. Le quatrième principe porte sur la manière dont le psychothérapeute peut utiliser les rêves du malade, en concevant le rêve non pas seulement en référence à des contenus sexuels refoulés mais plus largement « comme un mode particulier de l'être-dans-le-monde », « comme un mode particulier de l'exister » où l'on doit voir « l'homme entier, dans sa problématique entière », « sur l'arrière-plan et avec les membres structuraux de la texture a-priorique de l'être-présent en général ». Le rêve est ainsi conçu par Binswanger comme « de la plus haute portée thérapeutique » puisque le psychothérapeute peut « à l'aide de la structure des rêves », « *montrer* au malade [...] premièrement la structure de son être-dans-le-monde en général » et « deuxièmement, le rendre libre pour *tout* le pouvoir-être de l'être-présent », « libre pour la décision de « ramener » l'être-présent hors de son être-présent de rêve à son pouvoir-être-soi intrinsèque », l'être-présent étant à concevoir « dans un changement continu » impliquant en effet l'ouverture de l'être malade fléchi à de « *nouvelles* possibilités structurales ».

Et Binswanger de conclure cet article en résumant en quoi la psychothérapie analytico-

¹⁶³ *Ibid.*, p. 117.

¹⁶⁴ *Ibid.*, p. 118.

¹⁶⁵ *Ibid.*, p. 118.

existentielle « peut devenir thérapeutiquement efficace en tant que telle si elle parvient à ouvrir à l'homme son semblable la structure de l'être-présent humain », si elle parvient à « lui faire retrouver hors de son monde et de son mode d'être-présent névrotiquement ou psychotiquement transpassés, fourvoyés, troués ou distors, le chemin vers la liberté de pouvoir-disposer de ses possibilités d'existence les plus propres » et si l'analyste lui-même est capable d' « oser la mise en jeu de sa propre existence »¹⁶⁶.

On comprend ici encore en quel sens il s'agit, pour l'analyse existentielle, d'agir sur la temporalité du malade, pour réintroduire en quelque sorte en elle le flux qui lui fait défaut, permettant à l'existence de s'ouvrir sur un vrai futur, un futur porteur de nouvelles possibilités. C'est en réintroduisant cette dynamique temporelle au sein d'une temporalité défaillante que se joue également la possibilité d'arrêter le processus irréversible de basculement et donc d'envisager une réversibilité du cours de la maladie. C'est dans cette réversibilité que nous envisageons la question du soin et de la guérison.

Dans son ouvrage *La guérison infinie* consacré au professeur Aby Warburg, un autre aspect de la maladie et de la guérison est évoqué. Le professeur Aby Warburg (spécialisé dans la psychologie de l'art et de la culture) est interné en avril 1921 à la clinique Bellevue, pour psychose aiguë et en ressort en 1924 guéri. Sa guérison est symbolisée par sa conférence sur le *Rituel du Serpent* faite en 1923, témoignage de sa capacité retrouvée à produire un travail universitaire et qui d'après Aby Warburg lui-même témoigne aussi du rôle à accorder à cette production dans le processus de guérison lui-même. Dans cet ouvrage regroupant le dossier clinique de Binswanger, des lettres et des fragments autobiographiques du patient (notamment une correspondance entre Warburg et Binswanger), il s'agit, comme le souligne Davide Stimilli dans son introduction, de prendre conscience « de la quotidienneté de la maladie et du caractère imperceptible de la guérison »¹⁶⁷ et de comprendre en quel sens (relatif) il faut parler de guérison.

En effet, il est question pour le malade lui-même de parvenir à une certaine prise de conscience de sa maladie et de son « ancien » état malade, de se voir rétrospectivement malade. De même, il s'agit de comprendre la guérison dans son aspect « d'auto-guérison » ou « auto-libération », le malade témoignant de sa capacité à se libérer lui-même de ses troubles (tout en étant accompagné par le personnel soignant). Ainsi, dans une lettre du 16 avril 1924 à son frère, Warburg écrit : « je suis très fermement convaincu qu'entre le 21 avril 1923 (jour de la conférence) et la visite de Cassirer, le 10 avril 1924, s'est accrue en moi une puissance autonome de libération à l'égard du trouble psychique. Selon moi, être occupé à mes

¹⁶⁶ *Ibid.*, p. 120.

¹⁶⁷ *La guérison infinie*, Paris, Payot et Rivages, 2007p. 32.

recherches professionnelles constitue un symptôme clair du fait que ma nature veut encore une fois se tirer elle-même de ce marécage »¹⁶⁸. Enfin, le malade « guéri » conserve toujours en lui comme des cicatrices, il ne retrouve jamais la totalité ni l'intégrité de toutes ses fonctions. Ainsi Aby Warburg conservera une voix cassée (cassée pendant la maladie par ses nombreux cris).

Autre point : si la maladie, dans son évolution (ici maniaque) apparaît sous la forme d'une « agitation » de plus en plus marquée, la guérison, elle, se manifeste sous la forme d'un retour au « calme » (compte rendu du 12 août 1924 : « ces dernières semaines avaient encore gagné en calme »).

Parmi les notes ou lettres autobiographiques rédigées par Aby Warburg, certaines contiennent des témoignages permettant de comprendre comment sa maladie a été ressentie par lui et comment lui-même en analyse les différentes étapes, voire les facteurs d'ordre causal (ou constitutifs). Ainsi il se rappelle avoir été atteint, dans son enfance (à l'âge de six ans), de la fièvre typhoïde et d'en avoir conservé certaines formes de séquelles, notamment des « images » « associées à des odeurs et des parfums qui frappent et font souffrir (en lui) une sensibilité excessive et douloureuse de l'odorat »¹⁶⁹. Ainsi il est capable de sentir l'odeur de la laine et développe une « réaction idiosyncrasique envers la couleur jaune », et explique : « de ce temps me viennent la peur suscitée par l'incohérence et la force disproportionnée de souvenirs visuels ou de sensations olfactives et auditives »¹⁷⁰. Si l'on suit la manière dont Aby Warburg décrit le développement même de sa maladie, dans ses étapes, on peut noter que cette peur est relayée par un climat d'inquiétude que viennent ponctuer des « accès de colère »¹⁷¹ (et Aby Warburg établit un lien de cause à effet entre cette inquiétude et ces colères : « grandissant dès lors dans l'inquiétude, je me laissai aller à d'innombrables accès de colère »¹⁷²). Mais il note en même temps que dès la maternelle il avait eu « des sortes d'angoisses fiévreuses, à l'état de veille et en l'absence de température »¹⁷³. De même il raconte comment il peut « dire quelle odeur avait chaque élève pris à part, et surtout quelle était celle de la classe en elle-même »¹⁷⁴. La mort d'un de ses camarades de classe le bouleverse car il ressent « cette soudaine irruption de la mort comme un événement horrible et comme l'effet de tout un monde alentour, comme une puissance démoniaque s'exprimant

¹⁶⁸ *Ibid.*, pp. 37-38.

¹⁶⁹ *Ibid.*, p. 169.

¹⁷⁰ *Ibid.*, p. 170.

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 170.

¹⁷² *Ibid.*, p. 170.

¹⁷³ *Ibid.*, p. 170.

¹⁷⁴ *Ibid.*, p. 171.

dans le domaine sans logique des couleurs, des parfums et des sons »¹⁷⁵. Puis il explique quel rôle joue l'hallucination fébrile en le comparant au rôle joué par la peur dans la vie réelle : autant la peur, tout en rendant terribles certains événements, ne rend pas impossible leur domination par l'homme normal, autant l'hallucination « isole l'image mémorielle, la rend démesurée, et d'un coup la voici devant vous, forte à elle seule d'une puissance indomptable »¹⁷⁶. Et de constater que sa « confiance dans la vie », une première fois ébranlée par la fièvre typhoïde, se voit « une fois de plus atteinte »¹⁷⁷. Dans la description de son enfance il tend à montrer encore en quel sens sa confiance dans la vie est ébranlée, notamment par la lecture d'une traduction d'Oliver Twist qui le marque par la description de « l'atrocité des maisons de correction anglaises » et qui alimente son hallucination fébrile de « souvenirs supplémentaires (de nouvelles impressions [s'associant] aux autres »¹⁷⁸. Le fait de sauter une classe et d'être séparé de son frère le traumatise encore, il perd « toute la familiarité durement conquise avec la classe »¹⁷⁹. Le temps de s'habituer à sa nouvelle classe et on le change encore en lui faisant de nouveau sauter une classe. Puis il évoque « une chose banale, mais qui pour [lui] fut décisive et tragique » : un théologien lui frappe « très douloureusement les doigts de sa règle en métal »¹⁸⁰. A ce sujet, Aby Warburg ne précise pas ce qui en lui est décisif et tragique, il poursuit son récit en évoquant les gifles d'un autre professeur puis son échec à s'insérer « une troisième fois au processus de croissance d'un groupe nombreux et déjà constitué ». Concluant ce récit de son enfance, Aby Warburg explique que son « humeur devint sombre »¹⁸¹ et qu'il développa des formes de délires (notamment la conviction d'avoir été mordu par un chien enragé, ou de mourir d'hydrophobie).

L'adolescence d'Aby Warburg est également marquée par des formes de traumatismes qui accentuent selon lui sa constitution déjà fragilisée. Il explique notamment que le travail épuisant qu'il dût fournir pour obtenir son baccalauréat (examen de grec particulièrement difficile) lui causa « un traumatisme du système dont [il] ne [fut] jamais remis » et il explique en quoi « la peur de l'examen, durant cette année et demi de lycée, a évidemment accru [sa] tendance aux hallucinations phobiques, d'une manière si décisive que cette peur fut le point d'ancrage de la chaîne de toutes [ses] peurs »¹⁸².

Les lettres écrites par Aby Warburg portent davantage sur la manière dont il conçoit les

¹⁷⁵ *Ibid.*, p. 171.

¹⁷⁶ *Ibid.* p. 171.

¹⁷⁷ *Ibid.*, p. 171.

¹⁷⁸ *Ibid.*, p. 172.

¹⁷⁹ *Ibid.*, p. 172.

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 173.

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 173.

¹⁸² *Ibid.*, p. 177.

conditions de son rétablissement ainsi que ses difficultés. Il semble conscient notamment des difficultés imposées par la manière dont on conditionne son retour chez lui : il lui faut d'abord en quelque sorte réussir des mises à l'épreuve comme le fait de déménager dans un autre pavillon (Villa Maria). Ces conditions sont en effet censées montrer sa capacité à rentrer chez lui et donc à supporter le changement impliqué par ce retour. Or il se rend compte en quel sens ce déménagement test préalable peut tout aussi bien lui faire perdre tout le calme qu'il a à présent réussi à reconquérir : il semble donc conscient du paradoxe qu'il y a à risquer de retomber malade pour prouver qu'il est guéri ! À ce titre, une de ses lettres explique en quoi il a besoin, pour s'habituer à son nouveau logement, d'un certain « temps » (temps d'adaptation) qui, dans les conditions imparties, ne sera pas suffisant (il n'aura pas le temps de s'habituer à son nouveau logement donc ne pourra être suffisamment calme, serein). Il est capable de prédire alors l'échec de son rétablissement et ce de façon assez lucide : « ce déménagement constitue une tentative officielle de confirmation de mon état, qui risque fort d'être un échec total. Cela pour la raison suivante.... »¹⁸³. De même, il se rend compte que lui manquera, dans ce nouveau logement « le seul remède [qu'il se soit] procuré au cours de ces trois ans »¹⁸⁴, à savoir le travail scientifique. Et, en énumérant d'autres obstacles à son rétablissement (présence de telle infirmière, prise de Véronal...) il peut conclure de façon claire : « où se trouve, dans ce processus, ne serait-ce que la possibilité d'un sentiment de libération ? »¹⁸⁵ ou encore « en bref, voici ce que représente ce déménagement : des exigences monstrueuses imposées à ma capacité d'adaptation, le renoncement aux fonctions de réhabilitation spirituelle accomplies par le travail scientifique, et l'isolement » ou encore « c'en sera fini de ma tentative d'auto-libération par le souvenir de mes tentatives d'éclaircissement en matière de psychologie de la Renaissance, si l'on ne m'accorde par au plus vite de réutiliser le remède de la science »¹⁸⁶. Concernant la manière dont il conçoit son travail scientifique comme un remède, Aby Warburg explique également en quoi il trouve « incompréhensible » l'attitude de Binswanger qui lui aurait affirmé : « que vous fassiez un travail scientifique, c'est bien beau, mais pensez d'abord à aller mieux ! »¹⁸⁷. Pour Aby Warburg en effet, il va de soi que d'une part il a besoin de travailler pour aller mieux, et que d'autre part en lui refusant la possibilité de travailler (de par le déménagement qui lui est imposé), on lui fait perdre « l'impulsion »¹⁸⁸ qu'il vient de retrouver pour son travail. Le

¹⁸³ *Ibid.*, p. 181.

¹⁸⁴ *Ibid.*, p. 182.

¹⁸⁵ *Ibid.*, p. 183.

¹⁸⁶ *Ibid.*, p. 184.

¹⁸⁷ *Ibid.*, p. 189.

¹⁸⁸ *Ibid.*, p. 189.

travail ici est donc compris (non seulement clairement mais également par un sujet malade) à la fois comme un moteur du travail lui-même (c'est en travaillant que l'on reprend goût au travail) et comme un facteur de guérison.

Sur cette manière dont le malade conçoit les facteurs de sa guérison, il apparaît alors qu'il s'interroge sur l'attitude de ses médecins (et sur celle de Binswanger entre autres), et notamment sur « ce qu'ils pensent du symptôme de la reprise du travail scientifique comme facteur subjectif de guérison »¹⁸⁹. Il reconnaît ainsi avoir répondu au « vœu » de Binswanger de reprendre son travail scientifique mais semble lui reprocher de ne pas mesurer la vertu thérapeutique (et scientifique) de ce travail, notamment en n'ayant pas informé Kraepelin lors de sa visite à la clinique de sa conférence faite sur le rituel du serpent. Pour Aby Warburg en effet, cette conférence grâce à laquelle il a « revu la terre ferme [...], aperçu le retour au pays, près de [sa] famille et de [sa] bibliothèque »¹⁹⁰ est à comprendre comme un « tournant », comme « le prolongement direct et l'expansion de l'activité de recherche [...] entreprise aux jours de [sa] santé » et non pas simplement comme la comprennent ses médecins, à savoir comme « le symptôme, très positif, d'une faculté intacte de communiquer »¹⁹¹ (Lettre aux directeurs de la clinique le 12 avril 1924). Dans une autre lettre (Lettre à son frère Max du 16 avril 1924), Aby Warburg se plaint également du fait que Kraepelin n'ait pas été informé de cette conférence et évoque la différence entre la façon dont il conçoit celle-ci et la façon dont la conçoivent ses médecins : « ils considèrent ces efforts scientifiques comme une tentative tout à fait louable, mais secondaire, cependant que moi-même je suis très fermement convaincu qu'entre le 21 avril 1923 (jour de la conférence) et la visite de Cassirer, le 10 avril 1924, s'est accrue en moi une puissance autonome de libération à l'égard du trouble psychique » et il pose la question : « pourquoi ce succès n'a-t-il pas été placé au cœur du pronostic ? »¹⁹². Il parle même de « faute psychiatrique de première grandeur »¹⁹³ car pour lui, même si Kraepelin émet un avis favorable sur son rétablissement, il lui manquait semble-t-il l'information la plus centrale pour poser ce pronostic. Par ailleurs, ne pas accorder à son travail scientifique toute son importance en matière thérapeutique, c'est pour Aby Warburg ce qui explique qu'on le lui refuse lors de son installation à la Villa Maria alors qu'on devrait plutôt l'encourager à le poursuivre.

Dans la postface de l'ouvrage consacré à la guérison d'Aby Warburg, Chantal Marazia s'interroge ainsi sur les conditions de cette guérison ainsi que sur la conception

¹⁸⁹ *Ibid.*, p. 189.

¹⁹⁰ *Ibid.*, p. 188.

¹⁹¹ *Ibid.*, p. 188.

¹⁹² *Ibid.*, p. 192.

¹⁹³ *Ibid.*, p. 191.

binswangerienne de la guérison, et en dégage quelques traits, pour en signaler notamment les limites. Une de ces premières limites consiste à constater, à partir du dossier clinique d'Aby Warburg, que la guérison n'est pas laissée aux mains d'un seul médecin (en l'occurrence ici Binswanger) : ce dossier clinique « redistribue entre toutes les figures présentes (qu'il s'agisse ou non de médecins) le poids de chaque rôle thérapeutique et, par conséquent, les « mérites » de la « guérison infinie » de l'historien allemand »¹⁹⁴. En effet, comme dans d'autres cas évoqués par Binswanger (le cas Lola Voss, le cas Ellen West par exemple), les comptes-rendus ne font pas état de la manière dont Binswanger lui-même soignait ses patients ou recueillait leurs discours, on a plutôt affaire à un recueil d'informations provenant de diverses sources et de divers médecins ou soignants ainsi que de la famille. On peut avoir ainsi le sentiment d'un certain décalage entre la façon dont Binswanger conçoit et décrit théoriquement le rôle du thérapeute (par exemple en tant que guide de montagne censé récupérer l'alpiniste imprudent resté bloqué) et la réalité elle-même (comment concrètement sont réalisés les soins). Ainsi, selon Chantal Marazia, Binswanger n'exclut pas le recours à la pharmacologie ni à la chirurgie (ainsi même qu'à la lobotomie) et, en l'absence d'un pronostic favorable, peut réduire la cure « au temps et au repos » comme dans le cas Ellen West, en adoptant dans ces cas une thérapie « déterministe » (déterminée pas le diagnostic) ayant en vue « la neutralisation du symptôme »¹⁹⁵. Dans le cas où une guérison s'avère possible, Binswanger distingue deux possibilités, à savoir d'une part la guérison et d'autre part le salut, comme il le mentionne dans une lettre à M. Buber : « j'ai dû bien souvent m'orienter, dans la plupart des cas, vers le vouloir-guérir, mais j'ai eu aussi un certain nombre de patients [...] où la guérison ne m'apparaissait possible qu'à la condition que je prisse en même temps en considération la possibilité d'un salut »¹⁹⁶. Selon Chantal Marazia, la guérison aurait pour but la disparition du symptôme et le rétablissement de l'équilibre préexistant à la maladie tandis que le salut viserait la création d'une dimension jusque là inconnue du patient, et elle note en s'appuyant sur l'analyse de Claudia Frank qu'une telle marge d'action thérapeutique allant de l'absence de soins à « la thérapie totale » (conduire l'homme jusqu'à lui-même) peut aboutir à « décrire le suicide d'une patiente comme « l'accomplissement nécessaire du sens de sa vie »¹⁹⁷ (cas Ellen West).

La question qui en tout cas se pose est celle d'une possible auto-guérison, notamment par l'action d'un événement capable de réactiver une temporalité continue et ouverte sur de

¹⁹⁴ *Ibid.*, p. 272.

¹⁹⁵ *Ibid.*, p. 273.

¹⁹⁶ *Ibid.*, p. 274.

¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 277.

nouvelles possibilités. Dans le cas d'Aby Warburg, cet événement est la conférence, exigeant une reprise du travail. Binswanger cite également, dans *Mélancolie et Manie*, le cas de l'universitaire Bruno Brandt montre comment la dimension projective ou la protention peuvent être réactivées : ayant décidé de se suicider en voulant se pendre dans la forêt avec ses bretelles, ce malade raconte qu'il fut détourné de son intention en apercevant subitement une belette. Il se dit qu'il n'avait jamais vu de belette et qu'il devait donc se donner le temps de l'observer. Binswanger note que la vue de cet animal réussit à donner un nouvel « à propos de quoi » au malade, en remplaçant ainsi la décision de se suicider, et en « captivant toute l'attention du malade »¹⁹⁸ (au point qu'il récupéra ses bretelles déjà accrochées à une branche et qu'il retourna à la clinique).

C'est donc suggérer que seul un événement présent vécu comme important et nouveau (n'avoir jamais vu de belette) peut venir rééquilibrer la tendance à la rétention pour rouvrir le temps et libérer le sujet de son thème mélancolique. On voit ici le rôle que peut jouer la « surprise » pour « faire oublier » le projet mélancolique (se plaindre ou se suicider).

Concluons sur cette approche phénoménologique de la maladie et de la chute que nous trouvons élaborée par Binswanger. On retient que la maladie et l'existence normale sont déterminées par une « structure » ou « constitution » plus ou moins garantes d'un temps projectif « ouvert » et continu, engageant un projet de monde (idéal) plus ou moins fléchi. L'événement apparaît comme plus ou moins déterminant dans la chute et l'irréversibilité prend le sens d'une temporalité de plus en plus réduite. La partie qui suit s'efforce de convoquer la philosophie (et l'approche phénoménologique) de Maldiney pour interroger la possibilité d'une autre perspective de la maladie et de la chute au sein de la même approche. Notre but est en effet de saisir tout ce qui serait « en jeu » dans le phénomène de la chute, en ne nous limitant pas à une seule approche.

II – Maldiney : la maladie comme existence en échec, défaillance de la structure pathique

Nous trouvons chez Maldiney en effet (qui s'inspire très largement de Binswanger) un recentrage sur la détermination sensible de l'existence humaine et sur le rôle de l'événement (événement notamment constitué par la rencontre avec autrui). Les concepts de « transpassibilité » et de « pathique » viennent s'inscrire dans cette réflexion.

¹⁹⁸ *Mélancolie et manie*, p. 60.

L'intérêt de sa thèse est de poser le problème de l'interaction entre la sphère intentionnelle (projective) et la sphère sensible, ce qui vient en ce sens éclairer notre travail. Notre question est en effet de chercher « par où » l'existence humaine peut vaciller et si elle vacille par un pôle de nature sensible ou par un pôle de nature intentionnelle (ou par leur interaction).

Comme dans la partie précédente, nous nous proposons de suivre l'ordre des œuvres ou articles de Maldiney, pour ne pas rompre leur unité et leur progression, en mettant en évidence à chaque fois ce qui, dans chacun d'eux, éclaire une de nos parties. Nous nous appuyons ici principalement sur *Penser l'homme et la folie* (ouvrage regroupant une somme d'articles ou d'études, notamment : *Pulsion et présence*, *Psychose et présence*, *De la transpassibilité*, *Événement et psychose*, *La personne*, *L'existant*, *L'existence en question dans la dépression et dans la mélancolie*).

A – L'existence normale (possibiliser l'impossible, différences avec l'animal, transpossibilité et transpassibilité = structure pathique, crise et devenir soi)

C'est dans *Pulsion et présence*¹⁹⁹ que Maldiney explique la manière dont l'homme doit, pour exister vraiment, faire de son fond pulsionnel (déterminé) une liberté (devenir soi) dans une prise en charge active de ce qui au départ est de l'ordre du destin pulsionnel. Ici, Maldiney pose un peu les bases de ce qui sera par ailleurs repris sous le terme de « pathique ». Ce que l'homme « subit » d'abord, ce sont des pulsions, il a en ce sens un « fond pulsionnel » avec lequel il doit composer, et qui constitue la base de son existence et de son rapport au monde. Cette explication permet donc de saisir ce qui constitue le fondement de l'existence « normale », mais par ailleurs, elle permet de mieux comprendre aussi et du même coup, en négatif, le fondement de l'existence « malade », ainsi que ses variantes. Le rapport de l'homme psychotique (mélancolique, maniaque ou schizophrène) à son « fond », qu'il prend plus en moins en charge dans sa dimension pulsionnelle, permet de comprendre les différences de pathologie entre celui qui reste en quelque sorte rivé à son fond sans parvenir à se possibiliser à partir de lui (mélancolie) et celui qui, à l'inverse, ne parvient pas à « fonder son fond » et qui du coup s'égaré dans « trop » de possibilités (manie). La question sera pour nous ici notamment de savoir où se situe la schizophrénie, entre ces deux formes d'existences en échec. Ce second aspect de l'article sera repris plus loin dans l'analyse plus précise de ce qui fonde l'existence malade et de ce qui permet de distinguer les différentes pathologies (dans les chapitres consacrés à cette question : voir B et C).

¹⁹⁹ Article 3 de *Penser l'homme et la folie*

Maldiney s'appuie ici sur les théories de Fichte, de L. Szondi et de Schiller, dans les analyses qu'ils ont pu faire de la pulsion.

Chez Fichte, l'idée est que le moi est à la fois déterminé par la pulsion et conscient de lui-même (il a le sentiment de la pulsion qui l'anime). Dans cette conscience a lieu « l'avènement de la liberté »²⁰⁰. Le sujet passe ainsi d'un état pulsionnel déterminé à un état conscient par lequel il peut agir sur la pulsion qui le détermine : « comment je me sens ou ne me sens pas, cela ne dépend pas de ma liberté. Mais comment je pense et j'agis, cela dépend d'elle »²⁰¹. Ainsi pour Maldiney, « le sentiment lie le moi. Il lui impose l'épreuve de quelque chose d'étranger »²⁰². Mais la conscience permet au moi de sentir ce qui lui est imposé : « le moi se sent en tant que poussé vers quelque chose d'inconnu, sans avoir conscience de ce qui le pousse, ni aucun sentiment de l'objet de la pulsion »²⁰³. Le terme utilisé pour nommer cette poussée vers un objet demeurant inconnu (et le sentiment de vide occasionné par cette pulsion) est le mot *Sehnen*, qui renvoie à l'idée de « poussée vers l'altérité » (pulsion au changement), mais où l'autre visé est à la fois « hors de lui (du moi) et en lui ». « Par là nous comprenons que ce que nous éprouvons dans le sentir nous soit à la fois nôtre et étranger »²⁰⁴. De même, cette tendance « ne peut que revenir sur soi », le moi posant « des bornes » au non-moi visé, rendant ainsi fini le caractère infini de la tendance. Cette autolimitation constitue en ce sens un acte de « destination », un « acte de se destiner soi-même »²⁰⁵. L'idée ici visée est que l'homme doit prendre en charge la pulsion qui au départ n'est pas en son pouvoir, qui ne dépend pas de lui, pour la faire sienne et passer ainsi de la nature à la liberté.

Se référant à Schiller, Maldiney explique en quoi, pour ce dernier, ce passage de la nature à la liberté peut être réalisé par l'art et repose sur une théorie des pulsions (à partir de l'analyse kantienne distinguant « les deux déterminations contraires de l'homme, l'une où il est déterminé, l'autre où il est déterminant »²⁰⁶, l'une où il est passif, l'autre où il est actif). En ce sens, Schiller reprend à son compte la formulation de l'impératif catégorique (« agis à chaque fois de telle sorte que... ») pour dire « sois ! », « que ton *être-ainsi*, ton être ainsi décidé, détermine ton *être-là* ». Maldiney formule ainsi la pensée de Schiller : « l'homme est en proie à ... et en prise sur ... deux forces opposées. Il est impliqué dans deux relations [...] Passif il est le lieu d'une action dont il n'est pas l'auteur. Actif il est l'auteur d'une action dont il n'est pas

²⁰⁰ *Penser l'homme et la folie*, Grenoble, Millon, 2007, p. 109.

²⁰¹ Citation de Fichte dans *Das System der Sittenlehre nach der Principien der Wissenschaftslehre* in *Fichte Werke*, Berlin, 1971, IV, p. 107.

²⁰² *Penser l'homme et la folie*, p. 109.

²⁰³ Fichte, *Grundlage der gesamten Wissenschaftslehre*, in *Fichte Werke*, Berlin, 1971, I, p. 296.

²⁰⁴ *Penser l'homme et la folie*, p. 110.

²⁰⁵ *Ibid.*, p. 112.

²⁰⁶ *Ibid.*, p. 118.

le lieu ». Il lui faut donc être « à la fois l’auteur et le lieu de son acte »²⁰⁷. Pour Maldiney, cela est pour Schiller la « condition d’une existence authentique » qui « unit le moment esthétique et le moment pratique dans une véritable *poétique* de l’existence. La dimension esthétique-sensible est celle du sentir et de son pathos attachés à l’instant. La détermination pratique consiste dans une action formatrice qui domine la contingence des événements, en les assujettissant à des formes stables, dont la nécessité interne exprime l’autonomie d’un Soi »²⁰⁸. Citant Schiller, Maldiney explique que cette distinction aboutit à une autre distinction, celle de la personne (ce qui change en nous) et celle de l’état (ce qui demeure en nous), ces deux dimensions étant distinctes au sens propre : « ni l’état ne peut se fonder sur la personne, ni la personne sur l’état »²⁰⁹. Cela implique donc une certaine manière de concevoir les fondements respectifs de la personne et de l’état. Selon Maldiney, « la personne doit nécessairement être son propre fondement » (liberté) et « l’état, lui, doit avoir un fondement »²¹⁰ (détermination temporelle : nous devons notre devenir au temps). C’est cette détermination temporelle (faisant « devenir » l’homme) qui pour Maldiney signe la dimension passive de l’homme, sa capacité à accueillir et à subir ce qui lui arrive (vie, événements) : « l’homme est un être que l’épreuve enseigne, il faut qu’il soit capable d’accueillir cet enseignement et que ce là, où il est éprouvé, il l’existe. Même passif, il ne peut y être présent, qu’en se tenant, dans sa passivité même, à l’avant de lui-même »²¹¹. Ainsi l’homme est à la fois forme et monde, forme en tant qu’il n’a ni intuition ni sensation », monde « tant qu’il ne fait que sentir, désirer ou agir par simple désir ». Il faut donc se montrer capable, pour exister, d’articuler ces deux dimensions, passive et active : « pour n’être pas simplement monde, il faut qu’il donne forme à la matière. Pour n’être pas simplement forme, il faut qu’il donne réalité effective à la disposition qu’il porte en lui »²¹².

Mais Maldiney précise également la différence entre le système des pulsions de Schiller et de Fichte, et celui de Szondi, où les pulsions renvoient à la notion de destin et non plus simplement à la dimension passive/active du moi. Pour Szondi, il s’agit pour le moi, à travers les pulsions, de faire de ce qui le contraint (le destin) une liberté. En ce sens alors, comme le dit Maldiney, cela implique « une double destination de l’homme : ou bien il se destine soi-même par choix ou bien il est destiné par contrainte et n’a pas de soi », sachant que ces deux aspects « ne sont pas séparés dans le procès de l’existence, où l’homme devient en tant que

²⁰⁷ *Ibid.*, p. 119.

²⁰⁸ *Ibid.*, p. 119.

²⁰⁹ Schiller, *Onzième lettre*, dans *Penser l’homme et la folie*

²¹⁰ *Ibid.*

²¹¹ *Penser l’homme et la folie*, p. 120.

²¹² Schiller, *Onzième lettre*, dans *Penser l’homme et la folie*

quelque chose lui arrive sous la forme d'un don vital qui a l'équivoque du *Gift* (don-poison) » et sachant que « le destin qui est à *faire* mais par lequel on peut *être fait* comporte toujours une ambivalence »²¹³. Interrogeant cette figure du destin à travers l'analyse de Heidegger, Maldiney montre que « l'être-là comporte la même dualité que le destin. Il a deux dimensions. Etre-là, c'est être ici sans y être jamais arrivé, échu à moi-même comme à une dette que je n'ai pas contractée. Ce là est le là d'un échouage où je me trouve jeté, hérité des ancêtres, lié à l'état du monde, et plus encore au fait que j'ai toujours affaire à quelque chose comme un monde »²¹⁴, et Maldiney qualifie (avec Heidegger) cette dimension de la présence de *Geworfenheit* (être jeté). A cette dimension passive, Maldiney oppose la dimension active de l'*Entwurf* (s'élancer, se jeter) en expliquant que « être là signifie aussi être à... . Le là est celui duquel je suis dans un projet » et que cette « seconde dimension de l'être là est son ouverture »²¹⁵. En ce sens, « un projet n'est authentique que dans la décision qui ouvre une possibilité. L'être-là en ce sens est pouvoir être et implique un libre avènement »²¹⁶.

Il s'agit alors de comprendre en quoi ces pulsions constitutives et conditions de la présence (existence) sont spécifiques chez l'être humain, et non pas simplement les expressions de son appartenance au vivant (même si elles s'enracinent bien dans une sorte de fond vital) : elles impliquent en effet un rapport au monde, une rencontre avec le monde, un contact avec le monde : « dès que les pulsions sont au monde, elles ont déjà franchi le seuil qui sépare le vivant et l'existant. Un monde exige un être-au-monde ». Ainsi la présence « est là dès le niveau du contact. Elle est en jeu dans la dimension pathique du ressentir. Toute sensation est une expression du visage du monde et sa tonalité affective détermine le style de notre rencontre avec tout »²¹⁷.

Ainsi, la transcendance par laquelle le sujet existe implique une sorte de reprise de ce qui se fait au niveau pathique de la sensation et de la rencontre avec le monde : « la transcendance [...] n'est possible que là où la présence reprend les pulsions en sous-œuvre et, en les existant, les met au monde ». Il s'agit en ce sens, pour exister, d'y être, le « y » exprimant « l'ouvert de la rencontre » : « *y être*, voilà l'acte originaire de la présence. Il ne s'agit plus de fond mais de fondement : la présence *existe* le fond pulsionnel »²¹⁸.

Un autre fondement de l'existence « normale » est posé à travers le concept (maldineysien) de transpassibilité, terme renvoyant plus précisément à ce que l'homme est supposé capable

²¹³ *Ibid.*, p. 129.

²¹⁴ *Ibid.*, p. 129.

²¹⁵ *Ibid.*, pp. 129-130.

²¹⁶ *Ibid.*, p. 130.

²¹⁷ *Ibid.*, p. 130.

²¹⁸ *Ibid.*, p. 131.

d'accueillir en matière d'événement, en s'ouvrant à ce qui lui arrive. On peut penser que ce concept reprend en le précisant celui de pulsion.

C'est dans la dernière étude de *Penser l'homme et la folie*, « De la transpassibilité », que Maldiney se consacre à l'analyse de la notion de transpassibilité (notion déjà présentée dans les études précédentes lorsqu'il s'agissait d'amener les notions de « pathique » et de « sentir »). Ici, Maldiney se réfère notamment à V. von Weiszäcker²¹⁹ et E. Straus²²⁰.

Maldiney place cette notion au centre de l'existence humaine, comme point source de la réalisation de la personne, et aussi, a contrario, de la folie, en la mettant en rapport avec la notion de transpossibilité : « transpossibilité et transpassibilité définissent deux façons d'exister en transcendance, dont l'être malade est l'échec. L'échec de l'une ou de l'autre en révèle le sens. Il permet donc de comprendre par où elles s'opposent et de mettre en vue le pli existentiel dans lequel cette opposition est impliquée »²²¹ : si l'existence en effet prend appui sur la dimension sensible et projective de l'homme, sur son point de contact et de rencontre avec le monde et autrui, alors on comprend que la mise en question de l'existence et de la personne s'enracine également au même point source. On comprend également que ce soit la maladie qui révèle la modalité de l'existence non malade : ce que l'on ne peut pas voir lorsque l'existence est menée « normalement » devient visible lorsque l'existence devient problématique, par contraste, tel un organe qui, lorsqu'il devient défectueux rend compte de sa fonction.

Si Maldiney présente bien transpossibilité et transpassibilité comme étant les deux « façons d'exister en transcendance »²²², il retient pourtant dans cette étude (et dans son œuvre) davantage la notion de transpassibilité que celle de transpossibilité : c'est que la première conditionne la seconde en étant plus originaire et plus fondatrice.

Il s'agit ainsi de montrer en quel sens le terme même de transpassibilité est légitime et adéquat pour rendre compte de ce point de contact fondamental qui conditionne tout autant la « réussite » de notre existence que son « échec ».

Le premier point concerne la dimension à la fois passive et active de la notion. Ici Maldiney s'inspire des catégories aristotéliennes et post-aristotéliennes, censées expliquer comment l'esprit, pour penser, suppose à la fois une capacité à recevoir les formes qui l'inspirent tout en produisant de lui-même activement ses propres formes. Cette double dimension (passive et active) est rendue par le préfixe « trans », lequel désigne la capacité (active) de l'homme à

²¹⁹ *Anonyma, Le cycle de la structure*

²²⁰ *Du sens des sens*

²²¹ *Penser l'homme et la folie*, p. 263.

²²² *Ibid.*, p. 263.

pâtir, à être passible de (à ne pas demeurer impassible). Pour autant, le terme de « passibilité » aurait pu suffire à désigner cette capacité. Ce qu'ajoute le préfixe « trans » renvoie plutôt à la capacité de dépassement (transcendance) que contient la passibilité en elle-même : l'homme n'est pas seulement capable de recevoir passivement les choses, de les subir, il est capable de subir au-delà de ce à quoi il peut s'attendre, il est capable de subir l'impossible (l'imprévisible, l'inacceptable).

En se référant à V. von Weiszäcker²²³, Maldiney retient que le pathique a deux caractéristiques : « il n'est pas de l'ordre de l'étant et il est personnel »²²⁴.

Les deux questions auxquelles veut alors répondre Maldiney sont celles de savoir si, dans cette dimension « subie » de l'existence qui se présente comme révélatrice de « notre propre » existence, l'homme se caractérise par cette dimension subie et s'il se distingue du vivant : « « ma vie est plus essentielle que mon être-là parce qu'elle est plus proprement mienne, de cette « mienneté » qui constitue mon essence ». Cette affirmation de von Weiszäcker qui décide de mon essence soulève deux questions : ce que je suis, celui que je suis en propre, le suis-je sur le mode pathique du subir. Et si oui, le suis-je en tant que vivant, comme il le dit, ou en tant qu'existant, ce que ne dit à peu près personne ? »²²⁵. C'est pour répondre à ces deux questions que Maldiney retrace le parcours qui conduit soit à associer l'existence humaine, dans sa constitution effective (et dans sa fragilité même) à la vie du vivant (et notamment de l'animal) soit à l'en distinguer plus nettement. Maldiney commence par mettre en évidence le mouvement de pensée qui anime von Weiszäcker qui « parcourt en sens inverse le chemin de « pensée » qui avait conduit Heidegger de *Leben* à *Dasein* »²²⁶. Ainsi autant Heidegger met en avant la notion d'être (être-là, présence, existence) pour caractériser l'homme et son ouverture à l'être, autant « von Weiszäcker privilégie la vie par rapport à l'être »²²⁷. La question qui permet de résoudre cette difficulté est celle de savoir ce qui caractérise et fonde « l'appartenance à soi ». Ainsi, « le rapport entre *Leben* et *Dasein* met en jeu la dimension du « personnel », de l'appartenance à soi »²²⁸.

En ce sens, autant pour Heidegger que pour E. Straus²²⁹ selon Maldiney, cette appartenance à soi semble être le propre de l'existant (qui fait de sa vie une histoire) et non du vivant (qui se contente de subir ce qui lui arrive en s'adaptant). Pour illustrer cette distinction (qu'il veut retenir et qu'il partage), Maldiney se réfère à Binswanger dans *Rêve et existence* où est faite la

²²³ dans *Anonyma*, Bern, A. Franck, 1946, pp. 10-11.

²²⁴ *Penser l'homme et la folie*, p. 266.

²²⁵ *Ibid.*, p. 266.

²²⁶ *Ibid.*, p. 266.

²²⁷ *Ibid.*, p. 267.

²²⁸ *Ibid.*, p. 267.

²²⁹ *Vom Sinn der Sinne* 2^{ème} éd., Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1956, p. 297

distinction entre le rêve et la veille : « l'homme vigile jaillit du rêveur au moment insondable où il décide, non seulement de connaître ce qui lui arrive mais aussi d'intervenir lui-même dans la marche des événements, d'introduire dans la vie qui s'élève et tombe la continuité et la conséquence. À ce moment-là seulement il fait quelque chose. Mais ce qu'il fait n'est pas la vie – car l'individu ne peut pas la faire – c'est l'histoire »²³⁰. Et Maldiney distingue en ce sens la vie (biologique ou telle que nous la subissons dans les événements qui nous arrivent) et l'histoire (faire sa vie, décider de sa vie) : « en vérité, il [l'homme vigile] fait l'histoire de sa propre vie [...] car la vie en tant que fonction est une autre vie que la vie en tant qu'histoire »²³¹. Ici Maldiney se réfère également à E. Straus qui, en référence à Heidegger, a également distingué le vivant de l'existant dans un chapitre consacré à la différence entre le rêve et l'état de veille. On comprend déjà que la vie du vivant est associée à l'état de rêve et que la vie de l'homme (vie de l'existant) est associée à l'état de veille.

Pour mieux souligner cette différence, Maldiney explique l'analyse que fait von Weizsäcker du mouvement d'appropriation de l'animal : si l'appropriation de soi est propre à l'existence humaine et que cette appropriation de soi caractérise aussi le monde vivant animal, encore faut-il alors montrer que ces deux modes se distinguent (pour montrer qu'elle ne se réduit pas chez l'homme à sa dimension vivante animale). Ici, on retrouve en partie l'analyse faite par Binswanger, mais de manière plus précise.

Ainsi pour von Weizsäcker, l'animal se caractérise par l'auto-mouvement, mouvement lui permettant, en s'adaptant aux variations du monde extérieur, de se produire sans cesse lui-même selon de nouvelles formes, uniques (personnelles) : « à la différence de l'outil qui est à ma main, on doit dire de l'organisme qu'il est à sa propre main. Sa capacité implique un rapport à soi que signifie précisément les concepts d'auto-régulation ou d'auto-conservation. Ce rapport ne cesse de se constituer. Toujours en voie de lui-même, il n'est pas un état mais un procès. La capacité ne tend qu'à elle-même et n'est à elle-même qu'en y tendant. Elle est essentiellement appropriation à soi [...] l'animal se meut. Non la chose [...] ainsi la forme d'un mouvement n'est pas *Gestalt* mais *Gestaltung*, dont l'unité, génétique, est celle d'une transformation constitutive [...] l'auto-mouvement de l'animal, loin de s'insérer dans un espace préalable, détermine génétiquement à partir de chaque ici-maintenant, un espace opérationnel biologique, dont chaque direction constitue une ligne de vie »²³². Citant ensuite von Weizsäcker, Maldiney explique : « il y a des lois des formes [...] mais chaque forme est

²³⁰ Binswanger, *Traum und Existenz in Ausgewählte Vorträge und Aufsätze*, A. Francke, Bern Bs I, 1947, p. 97.

²³¹ *Penser l'homme et la folie*, p. 267.

²³² *Ibid.*, pp. 268-269.

unique »²³³. Pour autant, Maldiney veut souligner la différence qu'il y a entre cette appropriation de soi animale et l'appropriation de soi de l'homme : « le vivant qui *se* meut, *se* meut selon lui-même. Il est auprès de soi. Mais non pas de la manière qui est le propre de l'homme »²³⁴. En effet, « entre le soi de l'homme et le soi de l'animal la différence est ontologique : elle concerne leur sens d'être et l'essence de leur comportement. L'homme se comporte aux choses en tant qu'elles sont dans un monde *auquel* il est et dans l'ouverture duquel il est chez soi. Etre chez soi, pour un homme, c'est être l'ouvreur de ses propres aîtres. C'est ce pouvoir soi-même dans un projet de monde à dessein de soi [...]. L'animal, le vivant lui aussi est chez soi mais en un tout autre sens, auquel correspond une tout autre forme de comportement, un autre soi. Ce comportement ne consiste pas à se porter à [...] un acte de l'ordre du faire et de l'agir mais à être porté à [...] une conduite de type pulsionnel »²³⁵. C'est en ce sens que Maldiney, empruntant le terme à Heidegger, parle « d'obnubilation » de l'animal (obscurcissement, engourdissement, renfermement, absorption en soi) ou, empruntant le terme à Tellenbach, « d'includence » (dans la mélancolie), pour signifier par là que « l'ordre régnant dans la vie animale est celui des pulsions, dans le cercle desquelles l'animal est enfermé »²³⁶.

Pour autant, l'animal, pour constituer cette appropriation de soi, procède à une ouverture, et c'est cette ouverture qu'analyse Maldiney pour, tout en la reconnaissant aussi à l'animal, la distinguer de celle de l'homme : « à son ouverture correspond un mode spécifique de donation ». Il s'appuie ainsi sur les analyses faites par J. von Uexküll pour mettre en évidence avec lui le fait qu' « un animal ne peut entrer en relation avec un objet comme tel »²³⁷, idée reprise selon Maldiney par Heidegger²³⁸ sous le concept de « cercle de désinhibition », « totalité originaire » de l'organisme à partir de laquelle celui-ci entre en rapport avec son milieu, et qui déborde son simple corps, processus d'ouverture du vivant à son milieu. C'est ce concept qui illustrerait la formule de von Uexküll : « le caractère actif éteint le caractère perceptif »²³⁹, formule permettant de rendre compte de chaque phase du tracé de ce cercle de désinhibition. Cette analyse est illustrée par l'exemple célèbre de von Uexküll, celui de la tique : à chaque action de la tique depuis son attente du mammifère de passage jusqu'à l'absorption de son sang par perforation, se fait selon un comportement que rythment

²³³ *Le cycle de la structure*, tr. fr. Desclée de Brouwer, Paris, 1958, p. 170 (dans *Penser l'homme et la folie*)

²³⁴ *Penser l'homme et la folie*, p. 269.

²³⁵ *Ibid.*, p. 269.

²³⁶ *Ibid.*, p. 270.

²³⁷ *Mondes animaux et monde humain*, ed. Gonthier, Paris, 1965, p. 86 (dans *Penser l'homme et la folie*)

²³⁸ *Die Grundbegriffe des Metaphysik*, Gesamt Ausgabe Bd 29/30, Frankfurt am Main, Klostermann, 1983, p.

383 (dans *Penser l'homme et la folie*)

²³⁹ *Penser l'homme et la folie*, p. 272.

alternativement perception et action, chaque action conduisant à l'extinction de la perception qui l'a rendue possible : la tique se laisse tomber sur l'animal en même temps qu'elle cesse de faire fonctionner son odorat qui lui a permis de le repérer, ce qui lui permet d'exercer son sens tactile lequel s'éteint lorsqu'elle a trouvé une zone chaude dépourvue de poils où elle peut commencer à se nourrir du sang de l'animal. Ce processus fonctionne de telle sorte que le milieu de l'animal se trouve réduit (par une mise à l'écart) à ce qui conditionne la réussite de l'action visée et de telle sorte que « l'absorption de l'animal en soi et sa relation à autre chose forment un seul et même cercle qui se parcourt lui-même » et de telle sorte que cette relation à autre chose « n'est pas seulement maintenue mais continuellement requise par l'encerclement »²⁴⁰ et Maldiney résume ainsi cette idée : « le paradoxe de ce comportement est d'être un *encerclement ouvrant* »²⁴¹.

Pour analyser ce processus, Maldiney convoque la notion de pulsion et les analyses de Fichte (reprenant à ce niveau en partie les analyses faites dans le chapitre ou l'étude intitulé *Pulsion et présence*). En effet pour Maldiney « le comportement animal, sollicité en deux sens contraires par son absorption en soi et par son ouverture doit son unité constitutive à sa dimension pulsionnelle »²⁴². Il s'agit alors de montrer que le propre de la pulsion est de contenir en soi aussi bien sa dimension de poussée (vers le dehors) que sa dimension de retenue (vers le dedans, tournée vers soi), et cela de telle sorte que rien ne peut être dit cause de la pulsion sinon elle-même. Son mouvement est celui d'un retour sur/vers soi rendu possible pour autant par un mouvement de déploiement extérieur. Fichte rattache pour autant la pulsion au dynamisme du moi (et non pas au vivant) : « le concept de pulsion implique qu'elle est fondée dans l'essence intérieure de ce à quoi elle est attribuée : le moi »²⁴³, elle est un effort, une aspiration (*Streben*) du moi. Selon Maldiney, cette aspiration repose sur une inadéquation par laquelle le moi encore enfermé sur lui-même n'est pas encore posé par lui comme tel, n'est rien, et requiert pour ce faire l'ouverture au dehors : « s'il veut être un moi il lui faut aussi se poser comme posé par soi et, par ce nouveau poser se rapportant au poser originaire, il s'ouvre en quelque sorte à l'influence du dehors »²⁴⁴

À ce niveau de l'analyse, il faut pourtant marquer ce qui intéresse Maldiney ici, pour amener la notion de transpassibilité, à savoir la différence entre ce mouvement d'appropriation de soi caractéristique du moi et celui qui caractérise le vivant, car jusqu'à présent, les deux semblent se confondre à travers la mise en évidence du rôle de la pulsion, laquelle anime le cercle de

²⁴⁰ Heidegger, *Grundbegriffe der Metaphysik* p. 367

²⁴¹ *Penser l'homme et la folie*, pp. 272-273.

²⁴² *Ibid.*, p. 273.

²⁴³ Fichte, *Grundlage der gesamten Wissenschaftslehre in Fichtes Werke*, Berlin, 1971 p. 286.

²⁴⁴ *Ibid.*, p. 276.

désinhibition de l'animal et se retrouve dans le processus de constitution du moi (décrit par Fichte). Pour montrer cette différence, Maldiney explique : « le dépassement, dans le moi et par le moi, de sa limite ne s'ordonne pas en cercle mais progresse en ligne droite ouverte à l'infini. C'est là précisément ce qui distingue l'esprit et la vie [...] chaque moi fini – s'il est un moi – est une expression intégrale du moi absolu de la liberté . Elle est la dimension constitutive du moi qui fait ce qu'il annonce en opérant en lui-même le retour de l'être à la moitié »²⁴⁵.

Ici le texte de Maldiney semble poser quelques difficultés là même où Maldiney effectue le passage entre ces diverses analyses consacrées au vivant et sa mise en évidence de la notion de transpassibilité qui selon lui émerge de ces analyses. Plusieurs idées semblent être exposées en même temps et qui pourtant bifurquent chacune dans des directions différentes : Maldiney explique tout d'abord l'idée de liberté précédemment émise pour distinguer la constitution du « moi » vivant (animal) et du moi humain, mais où se dessine l'idée selon laquelle, dans son retour sur soi, le moi se fait réceptivité à l'égard de ce qu'il a auto-constitué : « toute son activité est de se faire réceptive à l'égard de l'acte auto-constitutif du moi absolu »²⁴⁶. Puis Maldiney cite un passage de Fichte qui va dans le même sens : « qu'est-ce donc qui revient au moi ? Dans une totale passivité s'abandonner à cette image qui se fait elle-même par soi, *l'évidence*. C'est dans cet abandon qu'il se trouve. Nous devons ne faire activement absolument *rien* »²⁴⁷.

C'est juste après ce passage que Maldiney écrit : « la passivité du moi à l'égard de ce qui peut l'apprendre à lui-même est une première esquisse de la transpassibilité »²⁴⁸. Puis Maldiney évoque la philosophie de Schelling où celui-ci conçoit l'activité (mouvement) de la vie (nature) à l'image de l'activité de l'esprit, pour interroger l'idée que « l'homme est vivant et pensant » et que le « et » « pose la question du passage d'une sphère à l'autre »²⁴⁹. Ce qui semble intéresser Maldiney ici est que selon lui, Schelling a tenté de répondre à la question : « l'homme est –il un animal à qui survient le sens du sens ? ou ce sens est-il co-originaire avec l'éveil de sa vie, qui par là diffère de celle de l'animal »²⁵⁰ Maldiney cherche alors la réponse à cette question chez E. Straus, en utilisant sa distinction entre sentir et percevoir : « E. Straus établit entre l'animal et l'homme et, dans l'homme, entre le vivant et l'existant une ligne de démarcation qui passe entre le sentir et le percevoir. Dans la perception humaine, la

²⁴⁵ *Ibid.*, pp. 274-275.

²⁴⁶ *Ibid.*, p. 275.

²⁴⁷ *Grundlage der gesamten Wissenschaftslehre*, p. 320

²⁴⁸ *Penser l'homme et la folie*, p. 275.

²⁴⁹ *Ibid.*, p. 275.

²⁵⁰ *Ibid.*, p. 275.

chose perçue se tient en face, à distance d'objet [...] avec le percevoir commence le connaître. Le sentir, lui, n'est pas objectivant et n'a pas la structure de l'intentionnalité. Il est, dit Straus, « communication symbiotique avec le monde » [...] « le sentir est au connaître ce que le cri est au mot » [...] sentir est le propre du vivant, lequel est de tous les étant le seul capable de rencontre. « Le monde du sentir est le monde commun à l'animal et à l'homme : en lui nous nous rencontrons avec les animaux²⁵¹ »²⁵².

C'est ainsi que Maldiney revient aux analyses de von Weizsäcker pour poursuivre sur cette idée de rencontre tout en notant la différence avec E. Straus : « pour von Weizsäcker aussi la marque distinctive des vivants est la possibilité de rencontrer : « les êtres vivants rencontrent quelque chose et se rencontrent »²⁵³ mais « il ne distingue pas entre sentir et percevoir. Entre l'animal et l'homme il ne conçoit de différence que de degrés. De l'un à l'autre les relations entre l'organisme et son *Umwelt* s'organisent en ensemble de complexité et de mobilité croissante, dont la genèse est à chaque fois une improvisation. La question de cette genèse est celle aussi bien de l'esprit que de la vie ». Pour von Weizsäcker, « le moi et le vivant s'apparentent de si près qu'ils s'identifient »²⁵⁴, ce qui signifie pour Maldiney qu'ainsi « il n'y a pas deux côtés : le biologique et le spirituel. Le vivant et le moi sont du même côté et s'opposent ensemble aux objets inanimés »²⁵⁵.

Le but de Maldiney, à travers cette reprise des analyses de von Weizsäcker semble bien être de montrer en quoi celui-ci (avec Straus) a inauguré la notion de « pathique » à partir de cette identification du biologique au personnel, identification que Maldiney ne partage pas pour autant mais qu'il utilise et dont il reconnaît l'intérêt. Cette « confusion » est en effet ce qui permet de faire le lien entre le sujet (le moi, la personne existante) et le pathique (la réceptivité), dimension pourtant censée être réservée au vivant, passif, subissant ce qui lui arrive et ne faisant que s'adapter à son environnement. On comprend que l'être humain a lui aussi cette dimension réceptive qu'il partage avec le monde vivant, mais qui, du fait de sa dimension « personnelle » et surtout « existante », prend une forme spécifique, à la fois passive et active au sens de libre, marquée par une dimension de transcendance qui échappe au monde vivant.

Ainsi Maldiney explique en quoi l'introduction de la notion de sujet en biologie (notamment avec von Weizsäcker) a permis de comprendre la constitution du vivant comme un

²⁵¹ E. Straus, *Die Formen der Räumlichkeit in Psychologie der menschlichen Welt* p.151., *Vom Sinn der Sinne* p. 329, (trad. fr. p. 200)

²⁵² *Penser l'homme et la folie*, pp. 275-276.

²⁵³ *Anonyma*, p. 12.

²⁵⁴ *Anonyma*, p. 12.

²⁵⁵ *Penser l'homme et la folie*, p. 276.

dynamisme producteur de nouvelles formes (personnelles) procédant par changements, transformations constitutives (ce qui inaugure la notion de « crise ») : « « La forme est le lieu de rencontre lui-même auto-mouvant – d’un organisme et de son *Umwelt* »²⁵⁶, le comportement n’assure pas « la constance d’une forme, mais celle d’un changement de forme, d’une transformation constitutive »²⁵⁷ »²⁵⁸. C’est cette notion de transformation que Maldiney rattache à l’idée de crise, qu’il analyse toujours à partir de von Weizsäcker (lequel l’analyse comme constitutive du vivant alors que Maldiney la comprendra comme constitutive de l’existence humaine) : « la vie comporte, par essence, des ruptures, des discontinuités, qui sont autant de failles où le vivant est mis en demeure d’être ou de s’anéantir »²⁵⁹. Ainsi pour von Weizsäcker la crise est à comprendre comme origine ou fondement (distinct du fond) qui procède de lui-même et qui donc n’est pas « objectivable » ni proprement causal, et qui « décide » de cette transformation constitutive propre au vivant : « la biologie nous enseigne que le vivant est sous le coup d’une détermination dont le fondement ne peut être objectivé. C’est ce que nous nommons le rapport fondamental. L’apparition de la vie non pas sous forme d’une continuité ininterrompue mais de déchirements et de bonds n’est qu’un aspect du rapport fondamental »²⁶⁰. C’est cet aspect non causal, procédant quasiment « de rien » qui conditionne le changement même faisant passer le vivant d’un état à un autre, sans que l’on puisse déduire l’état nouveau du précédent. C’est pourquoi Maldiney peut alors parler à propos de cette crise inaugurale de son aspect quasi décisionnel ou décisif, c’est-à-dire ayant le caractère de la décision, notion qu’il analyse de façon précise pour expliquer son impact (impact sur la vie mais qu’il veut plus encore comprendre comme impact sur l’existence, et dont on mesure précisément la force et l’ampleur dans la maladie, lorsque précisément la crise ne débouche pas sur une transformation constitutive mais sur l’échec de celle-ci, dans une sorte de transformation qui s’inverse en son contraire). Pour autant, cette décision qui « décide » du processus vital (et qui pour Maldiney conditionne le mouvement existentiel proprement dit, dans son sens positif, constitutif du soi), est reliée à la dimension pathique du vivant, où le vivant est mis en demeure de décider, cette mise en demeure n’étant pas de son ressort, de son fait. Ainsi pour Maldiney (qui s’inspire toujours de von Weizsäcker) il y a bien d’une part la dimension passive du sujet (vivant et/ou existant) par laquelle il subit ce qui menace sa continuité et qu’il « endure », dans une « mise à l’épreuve » de lui-même et où il est « désétabli de son monde et de lui-même et transporté, autre, dans un monde autre », et en

²⁵⁶ von Weizsäcker, *Le cycle de la structure* tr. fr. p. 179

²⁵⁷ *Ibid.*, p. 107.

²⁵⁸ *Penser l’homme et la folie*, p. 277.

²⁵⁹ *Ibid.*, p. 278.

²⁶⁰ *Le cycle de la structure*, trad. fr. p. 223.

cela « le vivant subit la vie : c'est ce qu'exprime le terme de pathique. Il subit cette part de vie qui est sienne : le pathique est personnel »²⁶¹. Mais il y a d'autre part la part active du sujet (vivant et/ou existant) par laquelle il « décide » de ce qu'il subit et endure, de la forme nouvelle qu'il va donner « suite à » ce qui lui arrive, ce qui menace et rompt sa continuité. Maldiney nomme cette dimension active qu'est la décision proprement dite un « rien efficace »²⁶² et il cite encore von Weizsäcker pour qui « l'origine de l'acte est la décision » et pour qui « dans la véritable crise la décision se crée elle-même ; elle est commencement et origine »²⁶³. Maldiney poursuit en affirmant (toujours à) partir de von Weizsäcker qu'en ce sens « la décision est la forme par excellence de l'existence pathique. Cela veut dire que le conflit entre liberté et nécessité [...] ou entre vouloir et devoir (être forcé à) n'est pas résolu par des facteurs dynamiques tels que motivation ou action causale. Nous apprenons après coup quel devoir ou quel vouloir a vaincu. Le pathique peut donc se définir comme l'origine du vouloir et du devoir »²⁶⁴. Maldiney traduit cette idée en posant toutefois la question : « la décision toutefois est-elle vraiment cette lutte ? »²⁶⁵. C'est donc que pour Maldiney, l'analyse que fait von Weizsäcker de la décision a en quelque sorte comme un temps d'avance par rapport à la sienne, car il situe le moment de la décision et donc la décision elle-même avant ce qui pour Maldiney est véritablement le moment de la décision. Von Weizsäcker situe la décision dans le moment de la « lutte », donc dans l'indécision, dans la crise elle-même, donc dans ce qui précède la décision. Or pour Maldiney, la décision « ne se produit ni après coup ni avant coup ; elle est le coup. Elle se produit dans l'instant inversif entre la délibération réversible où sont en lutte les motifs et les causes et l'acte engagé irréversiblement. La transpositivité de cet instant répond à la non positivité de la décision surgissant à elle-même [...] de rien. Le second sens de la crise est d'exprimer le rien dans lequel s'abîme non seulement tout l'ontique mais toute référence au rapport fondamental »²⁶⁶. Jusqu'ici, il semble bien que le vivant et l'existant (l'homme en l'occurrence) obéissent au même phénomène de crise et de décision. De même, chez le vivant comme chez l'existant, la crise qui fait passer d'un état à un autre n'est pas de nature causale, au sens où « on ne saurait dériver le nouvel état du précédent »²⁶⁷. Pour autant, il s'agit pour Maldiney de souligner la différence entre le vivant et l'existant dans cet ancrage pathique qui fait le fondement (et non pas tant le fond) de la transformation constitutive du soi (vivant ou existant) : chez l'existant (et plus encore chez

²⁶¹ *Penser l'homme et la folie*, p. 278.

²⁶² *Ibid.*, p. 278.

²⁶³ *Le cycle de la structure*, tr.fr. p. 221.

²⁶⁴ *Ibid.*, tr.fr. p. 220

²⁶⁵ *Penser l'homme et la folie*, p. 278.

²⁶⁶ *Ibid.*, p. 278.

²⁶⁷ *Le cycle de la structure*, tr. fr. p. 206.

le malade, ce dont témoigne la psychose), la crise et la décision sont des ouvertures au « rien » et impliquent la dimension de sens. Les transformations constitutives de l'existant « ne concernent pas la vie, mais l'existence, sous la forme d'une « contrainte à l'impossible », où il y va du sens dans le non sens qu'elle implique, du *sens, non de la vie* »²⁶⁸. Si transcendance il y a, cette transcendance prend la forme d'une « transcendance vers le rien »²⁶⁹. Or « Le rien ne fait pas partie du texte de la vie »²⁷⁰. En effet, si le vivant arrive à opérer une « mise à l'écart » pour ne retenir de ce qui est que ce qui lui est nécessaire (comme le montre l'exemple de la tique), sa crise l'obligeant à cette mise à l'écart ne prend pas la forme d'une crise existentielle engageant le sens même de son existence. Chez l'homme au contraire, il s'agit d'une véritable opération consistant à se rapporter (se confronter) au rien, au vide (en ne s'ouvrant plus à l'étant), opération dont l'animal, selon Maldiney est incapable. Le raisonnement de Maldiney consiste ici toutefois à montrer que c'est parce que l'animal est incapable d'un rapport au rien qu'il est incapable d'un rapport à l'étant (et non l'inverse comme le pose Heidegger : « un rapport à quelque chose comme le vide n'est possible que là où existe un rapport à l'étant comme tel »²⁷¹) : c'est dire que l'homme a un rapport au rien qu'implique la possibilité de sa propre impossibilité (sa mort) et par cette ouverture au rien qui lui est fondamentale, il peut se rapporter à l'étant en tant que tel (ce qui est a pour fondement de pouvoir ne plus être ou ne pas être). En étant inconscient de sa propre mort, le vivant ne peut donc se représenter les étants qui l'entourent comme soustraits à leur existence, il les conçoit comme étant là de fait. Maldiney montre donc quel sens acquiert cette ouverture au rien en s'appuyant sur Heidegger et sur le concept d'angoisse, mais pour aller plus loin. Il s'agit de dépasser l'idée que l'angoisse qui habite l'existant humain porte uniquement sur la possibilité de sa propre mort. Il s'agit de dépasser l'idée que l'homme (comme *Dasein*) « se signifie en ouvrant la possibilité de sa propre impossibilité »²⁷², comme si en effet pour Heidegger l'homme trouve du sens à accepter la mort en en faisant son horizon de sens, en prenant appui sur la perspective de cette impossibilité pour se déterminer à exister « vraiment ». En effet pour Maldiney, la « crise absolue »²⁷³ dont est capable l'existant le confronte non pas à la signification de cette impossibilité mais au non sens de cette signification : « l'angoisse s'élève à une autre puissance quand cette signification est elle-même frappée d'insignifiance. Cette in-signifiance n'est pas seulement absence de sens ; mais

²⁶⁸ *Penser l'homme et la folie*, p. 279.

²⁶⁹ *Ibid.*, p. 279.

²⁷⁰ *Ibid.*, p. 280.

²⁷¹ *Sein und Zeit*, p. 367.

²⁷² *Penser l'homme et la folie*, p. 280.

²⁷³ *Ibid.*, p. 280.

c'est le sens du sens et partant du non-sens, c'est le sens de l'absence et partant de la présence qui est abolie en elle. L'angoisse néantise l'essence de l'être et du non-être, du possible et de l'impossible. Il n'y a pas d'absence ou de présence, ni de y pour aucun là dans cette compacité en laquelle s'engloutit le sens de la compacité. Abîme de l'inane. Inanité de l'abîme »²⁷⁴. Ici Maldiney semble viser deux choses, d'une part montrer la différence entre la façon dont le vivant et l'existant « pâtissent », en s'ouvrant chacun à leur manière à ce qui les transforme, et d'autre part montrer le sens précis que prend cette manière chez l'existant. En se montrant capable de s'ouvrir au « rien » à la différence de l'animal, l'homme est dans sa façon pathique de subir comme soumis à une épreuve qui ne concerne pas tant son rapport utilitaire à son environnement (déjà là de fait) que son rapport à sa propre existence, menacée par le non sens donné au sens que peut avoir le fait d'avoir à mourir et d'orienter son existence à partir de là. Ce qui frappe l'homme d'angoisse serait en effet de devoir renoncer au sens même (que donne Heidegger) que peut avoir le non sens et de devoir accepter le pur non sens, le rien dont rien ne sort, le rien ne faisant plus rien être.

Revenant à la dimension pathique par laquelle l'existant subit l'existence (et non pas la vie comme le conçoit von Weizsäcker), Maldiney s'emploie à expliquer en quel sens cette épreuve est par là même « subie » et consacre en ce sens un passage à la notion de « tonalité »²⁷⁵. Cette tonalité peut être comprise de façon large, en dehors de ce qui constitue à proprement parler les phénomènes de crise et de décision qui ponctuent le devenir soi. En cela elle désigne selon Heidegger comme pour Maldiney le « comment » ou « où » l'on en est de soi-même, ce que Heidegger nomme *Befindlichkeit* (ouverture à soi par laquelle on se trouve, tonalité dans laquelle le *Dasein* se trouve, le verbe « trouver » désignant aussi bien le fait de se découvrir que le fait de se situer quelque part). Or cette tonalité nous est donnée, on a à la subir, elle a le poids d'une charge ou d'un fardeau (« l'être-là est devenu à charge de lui-même. L'être est devenu manifeste comme fardeau »²⁷⁶). Le « là » de l'être-là désigne alors cette dimension pathique qui nous donne notre « ton », qui indique à quel fondement nous puissions notre manière d'être et de ressentir ce qui nous arrive. Mais ce n'est pas nous qui choisissons ce ton qui nous incombe et qui nous accorde comme ceci ou comme cela aux choses. Comme le pose Maldiney cette « tonalité dans laquelle l'être-là se trouve a valeur révélatrice. L'être-là s'entend à lui-même en elle sur un ton déterminé qui, à la manière d'une musique sans paroles, ouvre à un sens aussi peu signitif mais aussi pleinement significatif que

²⁷⁴ *Ibid.*, p. 280.

²⁷⁵ *Ibid.*, p. 281.

²⁷⁶ Heidegger, *Sein und Zeit*, p. 134.

la petite phrase de Vinteuil l'est, dans Proust, d'un là perdu retrouvé »²⁷⁷. Du même coup, cette tonalité est à associer selon Maldiney à ce que Heidegger entend par « être-jeté » ou « facticité », au sens où elle nous est « remise », « nous avons à y être », tout en ayant en nous le pouvoir de nous tenir hors d'elle pour nous projeter à partir d'elle ailleurs : « la facticité implique l'existence au sens non trivial du mot : exister pour l'être-là c'est se tenir hors [...] s'exhausser au-dessus de tout l'étant, y compris celui qu'il est »²⁷⁸. Le paradoxe (« antilogique du souci »²⁷⁹) de cette dimension pathique est donc qu'elle implique aussi bien le fait de subir à partir de soi (de son « là », d'un fondement obscur qui nous détermine) ce que l'on est, que de pouvoir, à partir de « là », ouvrir des possibilités en accord avec ce fondement, mais qui sont les nôtres, que nous activons en quelque sorte à partir de ce fondement subi.

Maldiney convoque alors la notion d'appel et plus encore la notion de sens pour expliciter cette ouverture à la fois subie et ouvrante donc active, par laquelle notre « là » nous appelle à faire exister ce là que nous sommes. C'est notamment cette dimension de sens qui échappe au vivant et qui fait que nous ne subissons pas à la manière des vivants, même si nous subissons aussi, comme subissent les êtres vivants. Notre ouverture pathique ne nous ouvre pas tant aux étants qui nous entourent selon des modes et des formes déterminés et préétablis, qu'à un monde de significations s'originant dans la tonalité qui nous est impartie et dont la mise en forme nous appartient sans être déterminée par cette tonalité même. Par sens, il faut entendre ici projet, « horizon de monde »²⁸⁰, ouverture à la totalité du monde qui se voit ainsi « configuré » par la tonalité (le « là ») du sujet. Maldiney associe également cet horizon de sens à la notion de vérité : « le projet est la justification de l'être-là. Il lui apporte de quoi s'acquitter de la dette qu'il est, en le créditant du sens, c'est-à-dire de la dimension de la vérité »²⁸¹. Pour autant, comme le souligne Maldiney, ce sens ne fait pas disparaître la charge que représente le fondement d'où ce sens émerge, et qui n'est pas le fait du sujet lui-même, bien que ce soit lui qui ouvre ce sens par son projet et sa dimension existentielle (le poussant à devenir et à exister activement ce qu'il est au fond) : « mais l'être-là reste insolvable : il se projette en des possibilités auxquelles il est jeté. Il n'arrive pas à être son propre fondement. Toujours, sans cesse, des possibles se montrent déjà là...jetés », « il ne laisse pas d'être dans la dépendance d'un fondement auquel il est jeté »²⁸².

Maldiney résume ainsi ce qui caractérise la transpassibilité en termes d'ouverture, en en

²⁷⁷ *Penser l'homme et la folie*, p. 281.

²⁷⁸ *Ibid.* p. 282.

²⁷⁹ *Ibid.*, p. 282.

²⁸⁰ Heidegger, *Vom Wesen der Grundes*, p. 42 ; cf. *Sein und Zeit*, p. 146.

²⁸¹ *Penser l'homme et la folie*, p. 283.

²⁸² *Ibid.*, p. 283.

distinguant trois formes, comme si notre dimension pathique nous ouvrait à trois choses : d'une part à nous-même (à notre fond, au « là » que nous sommes et qui détermine « où » on en est), d'autre part au monde (par le projet nous ouvrons le monde sur des possibilités qui ont valeur de sens), enfin nous nous ouvrons à la « rencontre » (ouverture qui comme les deux autres est rattachée par Maldiney aux « trois dimensions constitutives du souci »²⁸³). En ce sens, Maldiney veut souligner à quel point notre réceptivité (à la fois passive et active, ouvrante) a le sens d'une « tonalité », d'un « accord » (comme le fait d'accorder un instrument de musique) : notre tonalité détermine une façon d'être, une façon d'ouvrir certaines possibilités (et avec elles le monde en entier) et une façon de rencontrer tel ou tel événement, telle ou telle chose qui nous « arrive ». Pour expliquer ce qu'il rattache à une forme d' « assignation » (nous sommes en quelque sorte assignés par notre tonalité à rencontrer telle ou telle chose selon tel ton, tel accord), Maldiney convoque une fois de plus Heidegger en évoquant le rapport à l'outil : nous nous rapportons à l'outil à partir de notre rapport au monde dans son ensemble, en le configurant comme monde à utiliser. Ici nous rencontrons quelque chose comme nous rencontrons la totalité du monde configuré par notre tonalité. Pour expliquer cela, Maldiney cite encore Heidegger : « seul ce qui est en situation de peur ou d'impavidité peut découvrir ce qui se présente à sa main comme menaçant »²⁸⁴. Pour Maldiney la rencontre pathique ou tonale n'est pas à concevoir comme notre rapport à l'outil, comme une manière d'être « en prise » sur. Elle est de l'ordre de l'accord et est « universelle » (ouverture au monde entier qui se teinte d'une seule manière) : comme on le voit en musique, la manière dont un instrument est accordé détermine sa manière de jouer telle ou telle partition ou de résonner sous nos doigts, de même que c'est bien la totalité de l'instrument qui est accordée de telle ou telle manière.

Mais du même coup, cet accord se fait d'une autre manière que la « prise », et elle passe par une « co-naissance » par laquelle ce qui arrive et ce qui s'accorde à lui ne font qu'un : la tonalité ne précéderait pas la rencontre, c'est la rencontre qui en elle-même réaliserait l'accord tonal qui nous appartient : « c'est l'événement de cette rencontre qui, pour son avènement, ouvre un monde », « ce n'est pas à l'intérieur du monde dont l'être-là a ouvert le projet même pictural, que l'événement a lieu ». En ce sens on peut parler de « moment pathique », moment où l'ouverture du monde par l'existant (à partir de son être-jeté) est ouverte non pas en elle-même mais par la rencontre avec l'événement. Il y aurait donc bien une sorte de configuration déjà établie par l'être-jeté (le fondement à partir duquel le sujet en est « là » où il est) et par le monde de possibilités qu'ouvre ce fondement, mais cette configuration ne serait en quelque

²⁸³ *Ibid.*, p. 286.

²⁸⁴ *Sein Und Zeit*, p. 137.

sorte « activée » que par le surgissement de ce qui seul pourrait « vraiment » l'ouvrir. On peut penser ici à un appareil photographique configuré pour prendre telles ou telles photos et ouvert à toutes les possibilités impliquées par sa configuration et qui aurait, pour s'activer, besoin de rencontrer un objet à photographier.

Pour éclairer les modalités de la transformation positive, constituante de soi à partir de l'altérité d'autrui, Maldiney explique, en s'appuyant sur Heidegger, qu'elle prend la forme d'une « résolution » (se résoudre à devenir ce que l'on est) passant par l'être-avec autrui. Chez Heidegger, cet être-avec a la forme de la sollicitude (dimension éthique) et passe par la notion d'appel (en appeler à l'autre, s'appeler soi en appelant l'autre). Cet appel a encore le sens d'un projet où autrui est intégré à mon horizon de sens (comme l'est par exemple l'outil que l'on veut « prendre »). Maldiney reprend cette notion d'appel pour lui associer plutôt l'idée de mise en péril de soi : appeler l'autre (comme dans l'amitié ou l'amour), c'est se risquer à voir précisément notre projet (projet de monde, possibilisation de soi) « se dérober ». Car en effet « l'être de l'autre est hors de notre pouvoir-être, il ne m'appartient pas de le possibiliser » et donc, « dans l'appel j'expose mon être au péril de l'advenir », « l'autre où s'allume l'appel comme un attrait qui ne donne rien et qui surgit de rien, injustifiable autant qu'irrécusable fait signe vers mon être en lui ouvrant un horizon d'originarité »²⁸⁵. Maldiney prend l'exemple de l'être perdu qui lance un appel dans l'espace vide : « il appelle à la transformation du monde en un autre où cesse son être perdu et avec lui son ici. Ce monde [...] il l'appelle à venir, à s'ouvrir, non à partir d'ici mais à partir d'un là-bas qui n'existe pas encore et qui seul permet l'appel [...] il appelle la faille à devenir l'ouvert d'un monde »²⁸⁶.

Pour illustrer cette manière dont nous nous ouvrons à ce qui peut nous transformer, Maldiney convoque la notion d'« apparaître » : « l'apparaître d'un être, d'une chose, d'un événement signifie « sa venue dans l'ouvert son surgissement entre ciel et terre, dans l'espace et le temps intervallaire »²⁸⁷. Ici, Maldiney prend l'exemple d'un chasseur de chamois surpris par l'apparition de l'animal et relatant cet instant en disant « on ne l'a pas vu venir, tout à coup il est là, comme un souffle, comme un rien, comme un rêve »²⁸⁸. Ce que veut montrer Maldiney plus précisément, c'est que l'apparition (apparaître) du chamois ne se fait pas dans un monde déjà configuré où précisément il apparaîtrait, c'est plutôt son apparition même qui ouvre et configure l'espace-temps (instant) de son apparition, faisant en quelque sorte tout disparaître (vidant tout) pour faire sortir du rien (du monde vidé) l'être même apparaissant. D'où le

²⁸⁵ *Penser l'homme et la folie*, p. 293.

²⁸⁶ *Ibid.*, p. 294.

²⁸⁷ *Ibid.*, p. 294.

²⁸⁸ *Ibid.*, p. 295.

bouleversement constitutif (transformant l'existence) réalisé par cet apparaître : « cet événement-avènement ouvre le monde qui se trouve transformé [...] en lui-même, là »²⁸⁹. Pour Maldiney c'est la notion de « sur-prise » qui permet de penser cette manifestation bouleversante par laquelle notre monde s'efface pour produire le rien d'où précisément apparaît quelque chose de nouveau, transformant notre mode d'être.

Si nous voulons maintenant relier ce concept de transpassibilité à notre propos, il nous semble possible d'affirmer que pour Maldiney, l'existence « normale » repose sur cette capacité d'ouverture à l'événement comme ouvreur de monde justement. C'est en nous montrant capables de « recevoir » (activement) l'imprévisibilité du monde qui s'ouvre devant nous (par ce qui nous « arrive ») que nous sommes en quelque sorte « normaux ».

B – L'existence pathologique (catastrophe, contrainte à l'impossible, crise et perte de soi)

Ce qui ressort de la philosophie de Maldiney, comme approche phénoménologique de la maladie, c'est que celle-ci est présentée là aussi comme un échec de la présence, ou échec de l'existence. Nous nous proposons ici d'interroger les caractéristiques générales de la maladie (en l'occurrence la psychose), en suivant toutefois Maldiney lorsqu'il évoque aussi et en même temps, ce qui caractérise plus spécifiquement telle ou telle. Nous reprendrons ces distinctions spécifiques plus précisément ensuite (en partie –D).

Si l'on reprend les analyses de la pulsion faites par Maldiney dans *Pulsion et présence*, il apparaît qu'à partir de cette mise en évidence des deux pulsions (sensible et formelle, passive et active), il devient possible de concevoir le renversement possible de ces deux pulsions censées s'articuler entre elles. Ce renversement, ou cette inversion, débouchent sur les formes pathologiques que peut prendre l'existence lorsqu'elle n'est plus articulée de telle sorte que « je deviens en tant que quelque chose m'arrive. Quelque chose m'arrive en tant que je deviens »²⁹⁰. Ainsi, autant l'existence normale se fonde sur un rapport équilibré entre les différentes pulsions qui nous animent, autant « ce rapport l'homme peut le renverser ; et par là manquer sa destinée de deux manières : en laissant chaque pulsion empiéter sur le domaine de l'autre et se subroger à elle dans sa fonction »²⁹¹. Les deux possibilités sont énoncées de cette manière par Maldiney : « il peut abandonner le pouvoir de décider de soi au pathos du ressentir » ou bien, à l'inverse, « il peut [...], fuyant le moment de la rencontre, substituer la détermination à l'accueil et légiférer *a priori* sur ce qui arrive, sur l'événement, dont le don

²⁸⁹ *Ibid.*, p. 295.

²⁹⁰ *Ibid.*, p. 122.

²⁹¹ *Ibid.*, p. 122.

imprévisible ou l'imprévisible atteinte est en arrivée dans la plénitude mouvante et toujours critique du temps »²⁹².

Ici apparaît l'idée que si l'une des pulsions empiète sur l'autre, elle empêche la transcendance, et donc l'acte de liberté par lequel l'homme existe en devenant soi. Or c'est précisément en empêchant cette dimension libre et créatrice qu'elle devient, pour le moi, une manière pour lui de « déchoir ».

Citant Scheller, Maldiney peut expliquer comment, plus précisément, chaque pulsion peut devenir déterminante au lieu d'être, en étant articulée à l'autre, non déterminante (en ne provoquant pas cette déchéance du moi). Dans le premier cas, « la pulsion sensible devient déterminante, le monde cesse d'être objet pour devenir puissance. Dès que l'homme n'est plus que contenu du temps, il n'est pas et n'a par conséquent aucun contenu. Avec sa personnalité a été supprimé aussi son état »²⁹³ (ici on peut penser à la mélancolie). A l'inverse, « si la pulsion formelle devient réceptive, c'est-à-dire si la pensée prend la place de la sensation et si la personne supprime le monde, elle cesse d'être force autonome et sujet, en tant qu'elle se pousse à la place de l'objet. Dès que l'homme n'est que forme, il n'a pas de forme ; et avec l'état est supprimée la personne »²⁹⁴. C'est donc suggérer que là où une pulsion défaille, c'est l'ensemble de ce que rendaient possible les deux pulsions articulées qui défaille, à savoir la totalité de l'existence. Impossible en effet pour le sujet livré à sa sensibilité de se soustraire à ce qu'il ressent pour viser autre chose en s'en détachant, impossible de se tourner vers des possibles qu'il élaborerait simplement « à partir » de ce qu'il ressent puisqu'il resterait enlisé dans ce qu'il ressent : il n'a plus de personnalité au sens où il ne se projette plus vers rien, et il n'a plus d'état au sens où ne pouvant plus changer (devenir quelqu'un), il ne peut plus non plus demeurer ce qu'il est devenu. A l'inverse, pour le sujet qui ne peut plus demeurer dans aucun état à force de s'autonomiser sans cesse en tant que personne, cette instabilité fait qu'il ne peut plus prendre appui sur rien pour changer vraiment.

Maldiney ne peut alors que montrer l'impact de ce renversement sur le rapport à autrui, sur la manière d'être « avec » l'autre. Dans les deux cas, l'autre ne peut plus être rencontré comme autre, il est soit réduit à une « présence intraversable », soit réduit « à l'expression du visage »²⁹⁵, au sens où l'autre disparaît du champ de l'existence, en n'étant plus rencontré, ou au contraire, il est rencontré de façon bouleversante en tant que simple expression (d'un monde devenu effrayant).

²⁹² *Ibid.*, p. 122.

²⁹³ *Ibid.*, p. 122.

²⁹⁴ Citation de Schiller, *Onzième Lettre*, dans *Penser l'homme et la folie*, p. 122.

²⁹⁵ *Penser l'homme et la folie*, p. 123.

Maldiney précise une autre dimension de l'existence malade en établissant la différence entre la psychose maniaque et la psychose mélancolique (voir notre partie D) et en montrant la différence (et le passage) entre la « simple » psychopathie et la « véritable » psychose. On y voit apparaître la dimension temporelle de la maladie, via toujours le concept de pulsion. Ainsi, la psychopathie est un état dit de « *Haltlosigkeit* », « absence de tenue et d'arrêt » (selon Schiller), où « la pulsion n'est plus une dimension du moi par lequel il s'efforce », il est au contraire un état dans lequel « il est forcé par elle »²⁹⁶, où le sujet n'est plus que « le contenu du temps » et où il est livré à « la succession des impressions périphériques »²⁹⁷, devenant incapable de rencontrer véritablement l'autre. Maldiney souligne à ce propos que cet état se caractérise par une « instabilité motrice », une incapacité à mettre le monde en mouvement (pour véritablement le rencontrer et en faire une histoire, une transcendance par laquelle aurait lieu l'avènement de la présence). Car sont capables d'une stabilité motrice « les êtres qui sont capables d'intégrer leurs phases temporelles dans une histoire ». De même, « un homme est l'intégration de sa propre temporalité lorsque toutes les régions du temps sont présentes l'une à travers l'autre et qu'elles s'articulent entre elles à tout moment donné, dont son projet fait, à chaque fois, son présent, le présent d'une présence qui est en soi »²⁹⁸. Pour résumer donc, l'homme « normal » est celui dont l'existence est rendue possible par la temporalisation (déroulement et avènement de soi dans le temps, dans une histoire), l'homme malade serait celui dont la temporalisation serait en échec, celui qui serait incapable de se temporaliser. Toutefois, la psychose semble montrer une défaillance plus profonde, au niveau du moi : « la distance de la psychopathie à la psychose met en cause une atteinte du moi »²⁹⁹. Nous préciserons ces distinctions plus loin.

À ce niveau de notre analyse, on ne peut que noter une approche de la maladie par Maldiney proche de celle de Binswanger. Cette proximité semble participer de la perspective phénoménologique qui leur est commune : comprendre la maladie comme étant l'expression d'un projet existentiel défaillant, un échec de l'existence, une défaillance dans la structure temporalisante, mais en même temps une manière de continuer d'exister et de maintenir un projet.

Ainsi, dans *Psychose et présence*³⁰⁰, Maldiney commence par associer la psychose (en général) à une forme de crise de l'existence (associée au concept d'inauthenticité) : « l'être-là psychotique est une existence dont l'authenticité est en jeu dans son inauthenticité même.

²⁹⁶ *Ibid.*, p. 125.

²⁹⁷ *Ibid.*, p. 125.

²⁹⁸ *Ibid.*, p. 124.

²⁹⁹ *Ibid.*, p. 124.

³⁰⁰ Dans *Penser l'homme et la folie* (première étude)

Cette authenticité est celle de l'existence humaine pour et contre laquelle à la fois lutte l'existence psychotique, tant du moins qu'elle reste en « agonie », c'est-à-dire en proie à [...] et en prise sur [...] des moments critiques, où elle est mise en demeure d'être ou de n'être pas»³⁰¹. Maldiney emprunte à Binswanger l'idée que le psychotique est soumis à un idéal qui se présente comme impossible à réaliser et auquel pour autant il ne peut renoncer et explique que le mode de présence psychotique témoigne de cet entre-deux par où se maintient encore cet idéal (ni réalisé ni abandonné) : « tant qu'il peut encore le déplacer (par la transformation de son délire ou du thème de sa plainte), il témoigne du sens dimensionnel de l'existence »³⁰². Evoquant les deux figures majeures de la psychose que sont la schizophrénie et la mélancolie, Maldiney les rassemble sous un trait commun : le délire schizophrénique et la plainte mélancolique sont ainsi tous deux « des substituts de l'action, donc des projets, (même s'ils sont défaillants) » et ils correspondent « à des transformations du Moi »³⁰³.

S'inspirant de la phénoménologie, Maldiney conçoit ainsi la maladie comme un substitut de projet de monde, comme une forme déchu d'intentionnalité, déterminée par un thème fixe et rigide (thématisation). Ainsi le délire schizophrénique est compris comme « pur phénomène », il est interrogé « sur son sens intentionnel »³⁰⁴. Les expressions du délire schizophrénique qui paraissent insensées parce qu'elles « ne communiquent pas *chronogénétiqument* entre elles dans une histoire individuelle » sont en réalité liées par un point commun qui est qu'elles « participent presque toujours d'une même *topique*. Elles sont autant de profils d'un thème fixe et *obsédant* qui a valeur de référent suprême et tellement formalisé qu'il fonctionne comme une catégorie totalitaire »³⁰⁵. Maldiney emprunte à Bleuler la notion de « Sur-concept » (« qui détermine toutes les associations du schizophrène ») pour expliquer en quoi ce Sur-concept est « le substitut d'un projet », « le substitut du projet intérieur de tous les projets, c'est-à-dire de la transcendance dimensionnelle de l'existence »³⁰⁶.

Pour expliquer ce processus, il faut là aussi comprendre le rôle que jouent (comme dans l'existence normale) l'événement et notre capacité (pathique) à l'accueillir et à nous laisser surprendre par lui.

C'est dans *De la transpassibilité*³⁰⁷ que Maldiney analyse cette capacité à se laisser surprendre pour souligner l'échec que constitue, à ce titre, la schizophrénie : « le malade est imperméable à l'événement imprévisible [...] parce qu'il est incapable de transpassibilité ». Mais aussitôt

³⁰¹ *Penser l'homme et la folie*, pp. 7-8.

³⁰² *Ibid.*, p. 8.

³⁰³ *Ibid.*, p. 8.

³⁰⁴ *Ibid.*, p. 10.

³⁰⁵ *Ibid.* p. 10.

³⁰⁶ *Ibid.*, p.10.

³⁰⁷ Dans *Penser l'homme et la folie*

après, Maldiney ajoute : « mais il témoigne de cette dimension d'être qui lui fait défaut, par le travail de l'existence malheureuse »³⁰⁸. Maldiney explique cette incapacité par une « béance » qui serait « à l'origine de toutes les failles » caractéristiques de la psychose, failles empêchant l'ouverture pathique car enlisantes, maintenant le sujet en elles. Pour Maldiney, cette béance précéderait la psychose et serait « la » béance originaire de tout sujet existant, contre laquelle il chercherait à se structurer et contre laquelle le malade ne parviendrait pas à se structurer. Citant Winnicott dans *Jeu et réalité*, Maldiney explique que la psychose « n'est pas un effondrement mais « une organisation défensive liée à une agonie primitive »[...] « agonie sous-jacente contre laquelle se constitue toute structuration » - toute structuration, c'est-à-dire aussi bien celle de l'homme bien portant que celle du schizophrène » ». « Cette agonie évoque en deça de tout événement historique « une brèche incolmable ou un abîme sans fin [...] cette double image de cassure et de chute étant contenu dans le terme aujourd'hui affadi par l'usage , de *breakdown* » »³⁰⁹. Puis Maldiney qualifie cet « écroulement originel » comme étant « insituable » : « il a déjà eu lieu dans le passé, mais il a eu lieu sans trouver son lieu psychique. A ce non-lieu répond dans le sujet (et dans l'histoire) la dimension de l'absence [...] c'est dans l'ordre de l'existence, le véritable *Grundverhältnis* : rapport au fond ou au fondement ». Ainsi « c'est la lutte contre la béance qui constitue proprement *l'agonie primordiale* »³¹⁰. Ce que semble ici suggérer Maldiney, c'est que l'existence proprement dite, aussi bien normale que pathologique, s'enracine dans cette lutte contre cette béance originaire qui n'est autre que notre condition mortelle livrée au rien d'où l'être émerge, et qui, à chaque événement, resurgit comme telle, en nous rappelant à elle, en nous resituant dans ce non être fondamental d'où tout surgit. La différence entre le « normal » et le « pathologique », entre l'homme qui arrive à faire front et fi de tout événement en se transformant à partir de lui et l'homme pour qui la transformation n'a pas lieu, c'est justement le fait de « sortir » de ce rien ouvert par l'événement, de ce rien qui en fait nous fonde et nous constitue en tant que sujet ayant à exister à partir de lui (à partir de ce rien originel, à partir de ce non sens fondateur). Cette béance originelle et originaire serait ce que Maldiney nomme « le creux de l'être », creux antérieur à tout et au soi, à partir duquel le sujet existant aurait à se constituer, et où il ferait l'expérience du « sentiment de l'être »³¹¹. Prenant l'exemple de la dépendance originaire de l'enfant à la mère, par où se ferait l'expérience de la « toute puissance » et de la « dépendance absolue », Maldiney rattache ce sentiment (sentiment de l'être) à une

³⁰⁸ *Penser l'homme et la folie*, p. 298.

³⁰⁹ *Ibid.*, p. 300.

³¹⁰ *Ibid.*, p. 300.

³¹¹ *Ibid.*, p. 301.

« dépendance première originelle et perpétuelle, où le soi est passible de l'être »³¹², passibilité signifiant une « dette » à payer : devoir exister l'être dont on est passible, le fond d'être qui

³¹² *Ibid.*, p. 301.

nous est à charge, « fond que [l'on] subit sans l'avoir anticipé »³¹³, fond ayant eu lieu dans un « passé absolu » (passé relié à rien dans notre histoire). Or ce fond exerce une « pression », et appelle une sorte de résolution « urgente » : quelque chose nous pousse à exister ce fond subi. Pour Maldiney, cette pression est vécue soit dans l'angoisse (conception de Heidegger, où la pression du monde fait que chaque chose prend une signification déterminée par notre projet de monde), soit comme signifiante (manière pour l'existant de saisir l'esprit des choses apparaissant dans la béance ouverte par notre fond d'être). Ici, Maldiney parle de « signifiante insignifiante »³¹⁴ pour qualifier la chose du monde m'apparaissant. Cette chose n'est pas assortie d'une signification déterminée par moi (mon projet de monde), elle fait sens sans rien signifier d'autre que sa présence, son apparaître même, son pur être-là. En ce sens, « la saisie propre à « l'opprimé » est un subir non un agir. Elle consiste, écrit Binswanger dans son essai sur Hoffmannsthal, dans « l'irruption d'une signifiante et non dans la compréhension d'une signification » [...] « l'esprit que connaît l'opprimé est cette lucidité de puissance, que la signifiante insignifiante des choses provoque à un mouvement d'impossible ouverture »³¹⁵. Maldiney explique en ce sens en quoi les poètes et les philosophes sont soumis à cette pression faisant connaître l'esprit (et non l'angoisse). Cette pression prend chez eux la forme d'une croyance en ce qui n'a lieu qu'une seule fois : « nous ne croyons pleinement qu'à ce que nous n'avons vu qu'une fois », « toute répétition affaiblit la croyance »³¹⁶,³¹⁷. À ce niveau, cela voudrait dire que ce qui a lieu dans notre rencontre avec les choses (qui « sont » dans le monde), c'est ce que suscite en nous leur apparition, en tant qu'elle nous rappelle l'être dont nous sommes redevables, dont nous aussi sommes issus et qu'il nous incombe d'exister, de faire « nôtre ». Pour Maldiney, ce surgissement fait sens mais dans son insignifiante même, on « comprend » que les choses sont là « pour rien », comme nous-mêmes le sommes. S'attachant à chercher alors « où », « dans quel présent absolu lui-même » a lieu cet événement unique auquel nous « croyons », Maldiney répond : « dans le sentir ». « Dans le sentir propre à l'homme l'étant est éprouvé comme tel. Et cette situation a un sens pour le sentant parce qu'en tant que tel il s'y éprouve comme existant »³¹⁸. Poursuivant, Maldiney convoque alors la notion d'imprévisible pour répondre à la question de savoir dans quelle forme de présent se présente l'événement nous appelant à la transformation (devenir soi en passant par la mise à l'épreuve de ce qui nous rend autre) : « l'événement, le véritable

³¹³ *Ibid.*, p. 301.

³¹⁴ *Ibid.*, p. 301.

³¹⁵ *Ibid.*, p. 302.

³¹⁶ Viktor von Weizsäcker, *Anonyma*

³¹⁷ *Penser l'homme et la folie*, p. 302.

³¹⁸ *Ibid.*, p. 304.

événement-avènement qui nous expose au risque de devenir autre, est imprévisible. Il est une rencontre avec l'altérité dont la signifiante insignifiante révèle la nôtre. Il est de soi transformateur »³¹⁹. Et c'est en cela la transpassibilité qui rend compte de cette capacité d'accueil et de rencontre avec cet imprévisible. S'éloignant en cela de Heidegger pour qui l'existant est passible de « ce à quoi [il est] échu »³²⁰, et condamné à échouer dans sa lutte contre ce destin (destin de l'être-jeté, destin de la facticité enlisante), Maldiney montre en quoi l'événement est selon lui ce qui permet au contraire à l'existant de « réussir » sa transformation, en conciliant le destin (être) et la liberté (exister cet être en l'ouvrant à des possibilités non déterminées, en le possibilisant). Ainsi « la transpassibilité consiste à n'être passible de rien qui puisse se faire annoncer comme réel ou possible. Elle est une ouverture sans dessein ni dessin, à ce dont nous ne sommes pas a priori passibles. Elle est le contraire du souci »³²¹. En cela « l'événement est un défi au destin » car « je ne suis pas jeté à lui »³²². Il s'agit pour l'existant d'intégrer justement le vide (rien) ouvert par l'événement, vide déstabilisant mais sans lequel il ne pourrait pas exister en se transformant. Cette intégration inaugurée par la crise provoquée (déstabilisation de son sol existentiel, de sa croyance en la continuité des choses) peut en effet ne pas avoir lieu et c'est ce dont témoigne précisément la psychose, comme si celle-ci consistait en un échec du défi possible au destin, refus de lutter, refus de se possibiliser, condamnation à être échu (à soi, à son fond). Maldiney termine en ce sens son analyse de la transpassibilité par les différentes figures que peut prendre cet échec, échec qui pour lui vient précisément d'un défaut de transpassibilité, défaut de capacité à s'ouvrir à l'événement, incapacité de l'existant à intégrer celui-ci afin d'exister, d'advenir à soi. Ainsi peut-il affirmer (et conclure) que la transpassibilité « fait défaut dans la psychose » et que « son absence est responsable de la perte de la possibilité »³²³.

C – Le passage du normal au pathologique (défaut de transpassibilité/transpossibilité, rôle de l'événement, d'autrui, échec de la crise, passage ayant lieu dans l'événement même)

Il s'agit maintenant de préciser ce qui, selon l'approche de Maldiney, ferait en quelque sorte « passer » d'un mode d'être « normal » à un mode d'être « malade », afin de comprendre le basculement même inaugurant la chute dans la maladie. Ce qui apparaît central chez

³¹⁹ *Ibid.*, p. 304.

³²⁰ *Ibid.*, p. 304.

³²¹ *Ibid.*, p. 306.

³²² *Ibid.*, p. 306.

³²³ *Ibid.*, p. 308.

Maldiney à ce niveau est la notion d'événement, interrogé de manière récurrente dans *Penser l'homme et la folie*. Il faut comprendre toutefois que l'événement comme tel est aussi ce qui conditionne notre existence « normale », la maladie témoignant en quelque sorte d'un échec à « bien » rencontrer l'événement.

C'est notamment dans *Événement et psychose*³²⁴ que Maldiney interroge le rôle que joue l'événement par rapport à la « structure » du sujet, en se demandant notamment si un événement peut être posé comme objectivement (en soi) bouleversant (psychogène). Il s'appuie pour cela sur les analyses d'E. Straus³²⁵. Il s'appuie aussi sur l'idée binswangerienne d'« histoire intérieure de vie »³²⁶, sur V. von Weizsäcker³²⁷ et sur Boenhoffer (dans sa distinction entre « psychogène » et « endogène »). Le but est de montrer en quoi un événement vécu par le sujet n'est pas en soi bouleversant, il ne l'est que si le sens qui lui est donné par rapport au vécu le rend bouleversant. Maldiney s'attache également à interroger la manière dont l'événement est vécu selon que le sujet est enclin à la schizophrénie, la mélancolie ou la manie, tout en partant de la névrose (étudiée par E. Straus) (voir notre partie D).

Ainsi, dans *Événement et psychose*, Maldiney précise qu'un événement s'articule au vécu et n'est événement que dans cette articulation. Ceci permet d'affirmer (comme le pose V. von Weizsäcker) qu'il n'y a pas à proprement parler de « causalité » entre un événement et la situation qui suit cet événement : « le cours d'un développement bien réglé est brusquement interrompu, tandis que s'instaure une situation nouvelle dont la structure peut être l'objet d'une nouvelle analyse causale, mais sans qu'on puisse dériver le second état du premier »³²⁸. Maldiney explique en ce sens que suite à un événement, « ou bien il se produit une transformation constitutive ou bien la crise du sujet, contraint à l'impossible, le voue à disparaître si la transformation ne suit pas »³²⁹. Ce qui « cause » la transformation (et donc en l'occurrence la dépression ou la psychose) n'est pas l'événement en lui-même mais la manière dont l'événement est « vécu » par le sujet, ce vécu et cette manière ne pouvant être ainsi posés comme « cause » puisque rien ne peut en quelque sorte déterminer à l'avance ce travail, cette articulation « vivante », « vécue » qui se fait dans la rencontre même avec l'événement. Ainsi, Maldiney reprend les affirmations de Binswanger : « l'hystérie retravaille spirituellement ces événements extérieurs [mort d'un proche, perte de fortune, contrainte du dehors forçant à des

³²⁴ cf. *Penser l'homme et la folie*

³²⁵ cf. *Geschehnis und Erlebnis* (Événement et vécu), *Dépression et vécu de temps*, *Psychologie der menschlichen, Du sens des sens (Vom Sinn der Sinne)*

³²⁶ cf. *Fonction vitale et histoire intérieure de vie* dans *Introduction à l'analyse existentielle*

³²⁷ cf. *Le cycle de la structure*, Desclée de Brouwer, 1958

³²⁸ *Le cycle de la structure*, p. 206. dans *Penser l'homme et la folie*, p. 183.

³²⁹ *Penser l'homme et la folie*, p. 183.

décisions pénibles, emprisonnement...]et c'est par le truchement de ce travail d'élaboration que l'état naît et qu'il peut s'expliquer »³³⁰. Dans ce travail qui caractérise l'hystérie, ce qui apparaît est la notion de « sens », l'événement étant doté, par le travail psychique, d'un contenu « qui a un sens ». C'est au niveau de l'élaboration de ces contenus qui font sens que l'événement est vécu de telle ou telle manière, constitutive d'un soi ou induisant la perte du soi. Pour Binswanger, le « point source » de ces contenus est « la *personne spirituelle individuelle* » et l'enchaînement des contenus donnant leur sens à l'événement est « l'histoire intérieure de sa vie »³³¹. C'est donc dire avec Binswanger que la « fonction vitale » atteinte ou perturbée à la suite de l'événement ne l'est en réalité que, dans le cas de l'hystérie, par suite d'un travail d'élaboration de sens réalisé au niveau de l'histoire intérieure de vie (vécu psychique). Ainsi, s'appuyant sur Binswanger, Maldiney utilise la distinction entre « histoire extérieure de vie » qui renvoie aux événements subis (extérieurement) tels que « deuil, perte, impulsion, effroi... » et qui renvoient au pulsionnel et au destin, et « l'histoire intérieure de vie » qui renvoie à la somme des vécus. Le lieu de rencontre qui décide de la manière dont un événement sera plus ou moins constitutif (ou déstabilisant) se situe donc entre l'histoire extérieure de vie et l'histoire intérieure de vie, et explique qu'un même événement puisse, selon le vécu de chacun, ne pas être vécu de la même manière. Ainsi « un événement n'est vécu selon l'histoire intérieure de la vie que si celle-ci, en lui, s'intériorise à soi en frayant sa voie »³³². En ce sens, Maldiney utilise un exemple décrit par E. Straus pour expliquer cette manière dont l'événement ne saurait être « causal » : la mort d'un homme renversé par un automobiliste, qui, sur deux témoins présents (un jeune homme et un médecin), n'a pas eu le même effet déstabilisant. Ainsi le jeune homme est vivement perturbé par cet événement au point que pendant des semaines il ne cesse de penser à cet événement, ne veut plus sortir de chez lui, garde en mémoire les impressions ressenties telles que odeurs, lumière, vent, et que bien des années plus tard il les ressent encore, tandis que le médecin n'est nullement atteint. Et Maldiney de poser : « si l'événement n'a pas eu, en ces deux hommes, le même destin, c'est que le vécu n'était pas le même au départ »³³³. L'explication de cette différence tient à ce que le médecin avait, de par son métier, été habitué à l'idée et à la vue de la mort, et le sens qu'il donne à l'événement est « « un homme » a été victime d'un accident ». Pour le jeune homme au contraire, le sens pris par l'événement est « « l'homme » peut mourir »³³⁴. De ce sens (nouveau) Maldiney dit que « à vivre ce thème –pour lui nouveau- universellement

³³⁰ *Fonction vitale et histoire intérieure de vie*, dans *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 50

³³¹ *Ibid.*, p. 52.

³³² *Penser l'homme et la folie*, p. 187.

³³³ *Ibid.*, p. 188.

³³⁴ *Ibid.*, p. 189.

signifiant et significativement existentiel le jeune homme assiste en lui à un changement radical de son horizon de vie »³³⁵. Mais plus précisément, ce qui devient bouleversant est le rapport établi par le jeune homme entre cette mort et la sienne : « ni la signification universelle de la mort ni la perception objective d'un mort ne sont en soi bouleversantes. Seul peut l'être un rapport intime entre le mort et la mort dans laquelle le jeune homme soit impliqué »³³⁶. Et Maldiney précise : « il ne s'agit pas d'une mise en rapport mais d'un rapport vécu, subi »³³⁷. Par rapport à la mort ici représentée, il n'y a pas une simple déduction logique, un simple raisonnement, « si le jeune homme est atteint, c'est qu'il est mis en sa présence ou arraché à elle, à même son histoire intérieure »³³⁸. C'est en ce sens que cet arrachement peut être relié à ce que Straus appelle « la « modalité historique » du vécu bouleversant » et qui correspond à « la soudaineté de la première fois », cette première fois étant vécue comme une « transformation de l'histoire intérieure de vie »³³⁹. Ce qui donc bouleverse, c'est bien cette transformation même, et elle est à rattacher à ce que Maldiney nomme « l'aspect » et qu'il distingue du temps lui-même : « première fois et soudaineté sont de l'ordre de l'aspect, non du temps »³⁴⁰. Cela signifie que ce qui compte, pour dire un événement bouleversant, c'est l'impression (aspect) qu'il produit ou prend, sa figure, et non pas le temps dans lequel il vient s'inscrire (le moment où il se produit par exemple). Pour expliquer cette distinction, Maldiney s'appuie encore sur E. Straus qui, selon lui, a pressenti cette distinction en distinguant notamment « temps immanent au vécu » et « temps transcendant au vécu »³⁴¹. Ainsi « le temps transcendant se mesure à la durée et au changement des choses qui nous entourent [...] la mesure du temps immanent est le développement de la personnalité. Le temps transcendant passe. Le temps immanent progresse, croît avec l'histoire de la personne »³⁴². Pour mieux préciser cette distinction et l'utiliser pour expliquer ce que l'événement peut avoir de bouleversant, Maldiney la rattache à la notion d'appropriation : « les processus et les événements extérieurs ne deviennent des événements ayant sens que par leur ordination à l'histoire de la vie individuelle »³⁴³, et citant E. Straus, Maldiney explique que « par cette ordination à l'histoire de la vie, un moment de valeur est ajouté aux données extérieures

³³⁵ *Ibid.*, p. 189.

³³⁶ *Ibid.*, p. 189.

³³⁷ *Ibid.*, p. 189.

³³⁸ *Ibid.*, p. 189.

³³⁹ *Ibid.*, p. 190.

³⁴⁰ *Ibid.*, p. 190.

³⁴¹ *Dépression et vécu de temps*, 1928.

³⁴² Erwin Straus, *Psychologie der menschlichen Welt*, p. 129. dans *Penser l'homme et la folie*, p. 190.

³⁴³ *Penser l'homme et la folie*, p. 192.

indifférentes »³⁴⁴ au sens où « ce moment de valeur leur donne sens »³⁴⁵. C'est donc quelque part ici affirmer qu'un événement ne devient vraiment événement (bouleversant pour soi) que si le sujet qui le vit lui donne un sens (qu'il n'a pas en lui-même en tant qu'extérieur et se rapportant au temps des choses extérieures). Il faut ainsi que le temps extérieur de l'événement soit en quelque sorte inséré au temps intérieur du sujet, à son histoire personnelle, qu'il s'y glisse et y fraye son chemin, en faisant se rencontrer les deux temps distingués par Straus. Si l'événement ne fait que « passer » sur nous comme le temps passe, alors il ne prend pas une signification « pour nous », il ne fait pas sens, et n'est pas bouleversant. Il nous reste en quelque sorte étranger, ne vient pas s'insérer dans notre vie, ni la changer en quoi que ce soit. On y reste indifférent (même s'il peut certes nous toucher un peu). Au contraire, si l'événement subi (par le destin) vient nous « toucher » dans ce qui constitue notre histoire, parce qu'il prend un sens relativement nouveau et soudain, nous obligeant à une reconfiguration de notre histoire personnelle, venant remettre en question les principes sur lesquelles celle-ci repose et fait sens, alors il devient à proprement parler « événement pour nous » et prend le sens d'un événement bouleversant. C'est en ce sens que le caractère « soudain » ou de « première fois » de l'événement bouleversant ne l'est que parce qu'il prend le caractère d'un bouleversement. Maldiney explique que cette soudaineté n'est pas à proprement parler temporelle, elle n'est pas « première fois » temporellement mais sur le plan de l'aspect c'est-à-dire du vécu, de la manière dont est ressenti l'événement dans son articulation avec l'histoire personnelle (vécue). Le temps de l'événement est en quelque sorte approprié par le temps vécu et prend la valeur d'un sens « nouveau », venant bouleverser le « fond », « l'ancrage » sur lequel l'existence jusqu'à présent reposait, pour imposer un caractère décisif imposant au sujet de reconfigurer son existence à partir de ce fond qui est mis à mal par l'événement vécu. Cette valeur de sens que l'événement inaugure comme nouvelle et soudaine n'est pas pour autant imposée par l'événement lui-même, comme le suggère Maldiney en prenant parti pour la thèse de Binswanger, et après analyse de celle de Straus, pour qui l'événement peut avoir une contrainte de sens, mais relativement à un certain contexte existentiel. L'exemple de Straus est celui d'un incendie dans un théâtre où la vue des flammes suggère d'emblée aux spectateurs le sens d'une menace imminente et de la fuite. Mais même l'incendie dans un théâtre n'impose son sens (son « contenu thématique » : « danger de mort », « fuite ») que relativement à une situation donnée, dans laquelle se joue notre existence même : « il n'y a contrainte que là où des changements ont lieu dans un milieu

³⁴⁴ Erwin Straus, *Psychologie der menschlichen Welt*, p. 129.

³⁴⁵ *Penser l'homme et la folie*, p. 192.

auquel nous participons continuellement, un milieu comme la nature, dans lequel se réalise notre propre existence »³⁴⁶. Si l'incendie dans un théâtre semble imposer son sens, c'est parce que toutes les personnes dans le théâtre ont intégré qu'un incendie ne pouvait être perçu que comme menace imminente, mais dans un cas moins contextuel, l'événement n'a de sens que par rapport à la perception qu'en a le sujet, et n'est saisi que par rapport à la « tournure » qu'il fait prendre à l'existence, dans son fond même. À ce titre, Maldiney explique en quoi le vécu n'est pas à prendre au sens biologique, mais dans un sens existentiel, l'existence seule (à la différence de la simple vie) impliquant la notion même de sens. Ainsi un événement n'est bouleversant que pour une existence orientée par un sens et prenant appui sur un fond de sens. Un événement n'est pas bouleversant sur le plan de la vie en elle-même. Il faut alors, pour qu'un événement nous bouleverse, qu'il fasse vaciller le fond même de sens sur lequel notre existence repose, et c'est en cela qu'« un événement n'affecte l'existence que comme événement de l'existence »³⁴⁷, ce qui signifie qu'il n'y a événement bouleversant qu'en tant qu'il bouleverse l'existence elle-même dans ce qui la fonde et l'ouvre en tant que telle, comme projet de devenir soi (temporellement parlant, en ouvrant le temps du devenir soi). Ainsi pour Maldiney « en deçà de toute expérience ou attention centrale, nous sommes présents à un fond de monde où nous avons notre ancrage personnel »³⁴⁸ et « ce que nous attendons d'un ancrage sans pouvoir nous dérober à cette foi originaire, à cette *Urdoxa*, c'est sa stabilité. Nous essayons de la maintenir à tout prix, au niveau de la perception, fût-ce en sacrifiant un mouvement réel à un mouvement apparent. Me voici debout sur un pont de bois à regarder couler l'eau du torrent. A un moment, hors d'attente, je sens tout à coup, irrésistiblement sans violence, le pont s'avancer au-dessus de l'eau et moi me mouvoir avec lui d'un seul automouvement. Car le temps premier de cet automouvement n'est pas, comme dit Aristote, celui du mouvement accompli mais celui, au contraire, d'un perpétuel départ. De mouvante qu'elle était l'eau est devenue le lieu stationnaire de mon ancrage, une aire de repos par rapport à quoi cette poutre de bois, à laquelle un instant s'est attaché mon regard, s'est mise à se mouvoir. La perception objective de l'eau courante a cédé la place à une autre. Ce n'est plus le pont lié aux rives et à la terre qui constitue désormais mon aire d'ancrage mais c'est l'eau du torrent et par rapport à elle [...] tout s'écoule. C'est elle désormais qui constitue le fond de monde sur lequel je fais fond pour assurer une présence cohérente aux événements qui s'y produisent »³⁴⁹. Ainsi il devient possible de comprendre en quel sens un événement

³⁴⁶ Erwin Straus, *Geschehnis und Erlebnis zugleich eine historiologische Deutung des psychischen Trauma und der Renten-Neurose*, Berlin, Julius Springer, 1930 p. 97. dans *Penser l'homme et la folie* p. 195.

³⁴⁷ *Penser l'homme et la folie*, p. 196.

³⁴⁸ *Ibid.*, p. 197.

³⁴⁹ *Ibid.*, p. 197.

peut prendre la forme et le sens d'un événement bouleversant, non pas en lui-même mais par rapport à sa manière de remettre en cause fondamentalement l'assise de notre existence, assise qu'il faut comprendre comme « croyance » (foi originaire), « assurance » et qui aussi peut avoir le sens d'une confiance dans les choses mêmes, confiance nécessaire pour qu'à partir d'elle notre devenir soi (« être à dessein de soi ») puisse émerger sans crainte ni doute, tel un sportif s'élançant pour sauter et prenant appui sur le sol où il puise son élan même. L'événement bouleversant est donc celui qui rompt cette confiance et cette assise de manière irréversible, fatale : « un événement bouleversant est celui qui déstabilise sans retour cet ancrage. Celui qu'il atteint ne peut plus reprendre fond » et « l'événement, c'est ce bouleversement même ». Ainsi « un événement est une transformation de la présence comme être au monde à dessein de soi. Elle se trouve momentanément menacée dans sa fondation même par l'impossibilité où elle est, faute d'ancrage, de prendre fond. Comme le dit Straus, la soudaineté de la première fois qui est celle d'une impression originaire « est fondée dans cette transformation »³⁵⁰. L'impression originaire est le ressentir de cette transformation critique de l'être au monde. Le ressentir a sens sans comporter de signe. Libre de toute intentionnalité, il se signifie. Il emporte avec soi une signification pathique, non gnosique, de laquelle il s'éclaire, face éclairant à soi »³⁵¹. C'est cette dimension « pathique » qui intéresse Maldiney à ce niveau de l'analyse. Il explique en quoi Straus l'a lui-même mise en évidence et appelée « le moment pathique de la perception » en précisant que « par moment pathique, nous entendons la communication immédiate que nous avons avec les choses sur le fond et au ras de leur mode de donation sensible...Le pathique appartient à l'état le plus originel du vécu »³⁵². Maldiney emprunte également à Hölderlin la notion d'« impression originaire » qu'il mettait selon lui à la base de l'existence et de l'expérience poétique. Pour Maldiney « une telle impression dont la soudaineté inaugurale est toujours fondée dans une transformation n'est pas un vécu isolé en soi. Elle est un « se vivre avec le monde »³⁵³. Tout ressentir est, de même, dans sa singularité, une façon d'être au monde entier sur un mode défini, selon un style d'être déterminé. Un style n'engage pas le *quoi* mais le *comment* d'un avoir lieu. *Comment*, c'est tournure ou façon. Un événement bouleversant est un changement dans la tournure du monde et dans l'ouverture de l'être au monde. Ce qui change, c'est la façon dont l'existence se rapporte à soi et au monde, c'est la façon d'être au monde à dessein de soi ou à travers le monde à l'avancée de soi. L'événement bouleversant est l'événement

³⁵⁰ Erwin Straus, *Geschehnis und Erlebnis*, p. 23.

³⁵¹ *Penser l'homme et la folie*, p. 198.

³⁵² *Ibid.*, p. 198.

³⁵³ Erwin Straus, *Vom Sinn der Sinne* (1935), 2ème édit., 1956, Berlin, Göttingen, Heidelberg, Springer, p. 372.

même du changement qui, toujours critique, est toujours décisif – dans le sens d’une déchirure ou d’une transformation »³⁵⁴.

C’est ce manque de présent que Maldiney relie à l’impossibilité de l’événement, et à la notion de transformation. À partir de là, Maldiney met en évidence la notion de mouvement que l’on trouve au niveau biologique (organique) et qui serait ce par quoi un événement pourrait avoir lieu, et qu’il relie au « présent ». Il s’appuie ici sur V. von Weizsäcker : « Le mouvement organique engendre la configuration spatio-temporelle. Le mouvement de l’organisme ne se déroule pas dans l’espace et le temps, c’est l’organisme qui meut l’espace et le temps »³⁵⁵. Ce mouvement inaugural chez le vivant (comme constitutif de sa transformation biologique) se retrouve selon Maldiney chez l’existant dont l’existence est ouverte par l’événement. Pour résumer ces liens, on peut dire que l’absence de présent qui rend événement et existence impossibles chez le psychotique serait l’équivalent de l’absence de mouvement chez le vivant : plus rien n’apparaît comme pouvant être « mis en forme ».

D’où le lien que Maldiney pose également entre l’événement et le « sentir », entre événement et « apparition » : « dans le sentir un événement se produit à mon propre jour qui ne se lève qu’avec lui. L’événement est une déchirure dans la trame de l’étant. C’est dans le jour de cette déchirure que quelque chose apparaît en livrant son ciel »³⁵⁶. Et Maldiney ajoute que ce n’est pas tant la chose qui apparaît que l’apparaître même qui constitue l’événement et le sentir.

La psychose se comprend alors en ce sens comme une impossibilité à faire apparaître quoi que ce soit à partir du rien éprouvé dans le sentir. Le psychotique serait mis en présence du rien, de la déchirure du monde, mais sans que rien n’en sorte, comme si, mis en présence de l’événement, le psychotique en ratait le mouvement inaugural pour se retrouver face au néant qu’il viendrait d’ouvrir. À ce titre Maldiney cite Kierkegaard pour expliquer cette ambivalence de la mise en présence du « rien » : « la présence s’est détournée de son rapport au fondement qui se retourne contre elle »³⁵⁷. Il explique : « ce qui se retourne contre elle c’est le Rien. Il se retourne sous une forme impropre qui n’est pas le Rien duquel l’étant peut surgir à soi dans la surprise de l’être, mais un néant compact. Ce néant compact prend souvent la forme d’un pseudo-monde qui ne se mondifie pas à partir de l’événement »³⁵⁸.

Dans *L’existant*³⁵⁹, étude qui suit *Événement et psychose*, Maldiney reprend quelques thèmes déjà abordés dans *Événement et psychose*, qu’il développe parallèlement à la question de

³⁵⁴ *Penser l’homme et la folie*, pp. 198-199.

³⁵⁵ *Le cercle de la structure*, p. 181, dans *Penser l’homme et la folie*, p. 205.

³⁵⁶ *Penser l’homme et la folie*, p. 206.

³⁵⁷ *Ibid.*, p. 207.

³⁵⁸ *Ibid.*, p. 207.

³⁵⁹ Dans *Penser l’homme et la folie*

savoir ce qui caractérise l'homme en tant qu'existant. Il est ramené à la psychose en tant que celle-ci témoigne (toujours) d'un échec de l'existence, et en tant qu'elle peut donc rendre compte de ce qu'exister voudrait dire en l'absence même de cet échec.

On y retrouve notamment l'idée que la psychose est ce qui rend l'événement, en tant que rencontre et ouverture au présent (à la présence à soi) impossible : « le temps s'ouvre avec l'ouverture du présent et, si celle-ci manque, le temps ne se temporalise plus »³⁶⁰. La mélancolie et la manie sont bien en ce sens des manières d'être atteint dans le présent (Maldiney évoque aussi la schizophrénie dans cet échec mais ne dit pas de quelle manière le schizophrène est atteint lui aussi dans sa temporalité). Cette atteinte est précisée : « être atteint dans son présent c'est l'être dans sa présence. La présence est atteinte là où elle est à l'épreuve : dans sa dimension pathique »³⁶¹, c'est-à-dire dans notre manière d'être en accord (accordé) avec le monde, et Maldiney, reprenant E. Straus peut affirmer que « le pathique ne concerne pas le « quoi » mais le « comment » d'une donation ou d'une rencontre, c'est-à-dire le style de notre communication avec le monde et en premier lieu avec autrui. Impossible avec le maniaque, la communication est incertaine et sourde avec le mélancolique, illusoire avec le schizophrène. Ils sont tous plus ou moins incapables de rencontrer »³⁶².

La question qui se pose toutefois est (encore) celle de savoir quelle défaillance a lieu exactement dans la psychose, car c'est précisément la dimension pathique qui avant tout défaille dans la psychose : est-ce parce que la présence défaille qu'il y a psychose ou bien la psychose est-elle elle-même cette défaillance ? Maldiney semble répondre à cette question (plus clairement peut-être que Binswanger) en suggérant que la psychose est précisément l'événement que constitue cette défaillance : la psychose naît d'un événement qui n'est pas vécu comme événement et qui rend tout autre événement impossible. « Le plus remarquable dans la psychose est la fermeture à l'événement. Un jour un événement a lieu qui n'a jamais été assumé et qui, non dépassé, obstrue tout l'horizon d'un homme. Entièrement impliqué en lui, cet homme, mélancolique ou schizophrène, est contraint de s'expliquer en permanence avec lui – ce qui le rend inaccessible à tout événement nouveau, à l'événement comme tel. Tout ce qui peut avoir lieu est capté, avant d'avoir émergé, par un événement non-assimilé devenu, par floculation, le monde. Le rapport « événement monde » s'est en fait inversé [...] le moment qui décide de l'éclatement d'une psychose, de la métamorphose de l'existence, est d'ordre pathique et la perturbation décisive est souvent la « rétroversion » d'une

³⁶⁰ *Ibid.*, p. 229.

³⁶¹ *Ibid.*, p. 229.

³⁶² *Ibid.*, p. 229.

rencontre »³⁶³. Sont repris à ce titre les exemples déjà mentionnés dans *Événement et psychose* : le cas Suzanne Urban et le cas de la patiente de R. Kuhn, pour montrer le rôle joué par l'expression d'un visage (visage du médecin, visage du père) dans cette « rétroversion » dans laquelle l'événement cesse d'ouvrir le monde pour laisser le monde s'engouffrer en quelque sorte dans le sujet en le laissant sans distance face à ce qui lui « arrive » et qui est vécu (ressenti) comme toute puissance du néant (du vide, du rien absorbant tout). Maldiney reprend également le cas Schreber pour analyser le rôle que joue le délire face à cette menace du néant qui empêche tout événement, toute possibilisation de soi : le délire est une « lutte » contre le néant et une « tentative pour rencontrer l'événement »³⁶⁴. La question que pose Maldiney (posée déjà dans *Événement et psychose*) est de savoir si le délire a le sens d'une aggravation de la psychose ou d'une atténuation : « faut-il y voir – comme L. Binswanger le pense – une aggravation de la terreur [...] ou une façon de desserrer le lien de sa propre étreinte ? »³⁶⁵. A cette question Maldiney ne répond toujours pas sinon en disant « la question reste posée. Mais l'échec est le même »³⁶⁶. Cet échec est là aussi repris comme dans *Événement et psychose* : il s'agit de l'échec même de l'existence, échec à se transformer à partir de l'événement pour advenir à soi-même au sens où « l'existence se constitue à travers des états critiques où quelqu'un est, à chaque fois, mis en demeure, *par l'événement*, d'être soi ou de s'anéantir »³⁶⁷. Et la psychose apparaît en ce sens comme une crise (unique) non résolue, là où « résoudre la crise c'est intégrer l'événement en se transformant »³⁶⁸. Et Maldiney répète : « dans la psychose il n'est plus d'événement. La mise en demeure n'atteint personne : la transformation ne suit pas. Ou plutôt il n'y a plus qu'un seul événement : l'événement même de la psychose »³⁶⁹.

Par là même, la défaillance que constitue en elle-même la psychose comme événement non résolu témoigne de « qui » nous sommes, ce « qui » étant précisément notre dimension pathique, notre capacité d'accueil de l'événement, notre capacité d'ouverture et d'endurance à l'événement. Car « le pathique est personnel » dit von Weizsäcker. Le sentir (humain), comme le montre Straus, est un ressentir à même lequel s'ouvre avec le monde le moi en personne. Ce ressentir ne consiste ni dans une réflexion ni dans un redoublement : il est éveil du moi. L'événement nous advient en tant que nous devenons nous-mêmes. Indivises l'épreuve et la transformation. Que nous apprennent-elles de qui nous sommes ? Elles nous

³⁶³ *Ibid.*, p. 230.

³⁶⁴ *Ibid.*, p. 232.

³⁶⁵ *Ibid.*, p. 232.

³⁶⁶ *Ibid.*, p. 232.

³⁶⁷ *Ibid.*, p. 233.

³⁶⁸ *Ibid.*, p. 233.

³⁶⁹ *Ibid.*, p. 233.

obligent d'introduire dans le *Dasein* le Soi. Ce n'est pas d'être projet du monde qui fait que je suis moi. C'est ma façon d'accueillir, d'endurer l'événement et d'être par lui mis en abîme, mis en demeure de surgir unique dans l'instant éclaté »³⁷⁰. Pour autant, ce « qui » qui se révèle dans notre manière de ressentir ce qui nous arrive « n'est rien de ce à quoi nous puissions nous attendre. Aucun *a priori* ne détermine la possibilité de l'événement, ni la qualité de l'endurance requise ni la transformation qui en maintient l'ouverture. Par delà tout ce dont nous sommes passibles, notre rencontre de l'événement [...] est de l'ordre du transpassible. Ce à quoi la transpassibilité donne ouverture est l'horizon tourné vers moi du « hors d'attente »³⁷¹.

Nous voyons ainsi de quelle manière la maladie peut se comprendre, dans sa chute et son avènement, comme liée à un événement en quelque sorte « raté », n'opérant pas sa fonction d'ouverture et fermant au contraire le sujet à tout autre événement possible, en le laissant ainsi coincé dans un événement impossible à réaliser. Mais l'on ne peut comprendre ce rôle et cet échec qu'en analysant le rapport entre la notion d'événement et l'altérité. Dans l'événement échouant à faire exister et à faire devenir soi, c'est la rencontre avec autrui qui est bouleversante. Pour mieux comprendre cela, il faut passer par l'analyse de la notion de « personne », à laquelle Maldiney consacre une étude (qui suit *L'existant*).

Dans cette étude, Maldiney procède à l'histoire de la notion de personne et ce qui apparaît est que se substitue à la personne au sens de « persona » (masque, personnage) la notion plus individuelle de personnalité, faisant perdre à la personne son ancrage identitaire, sa fixité, son sol (ancestral, clanique) pour la plonger en quelque sorte dans le vide de la liberté. La personne devient ce que l'on a à faire de soi-même, à construire dans une liberté sans repère. Le passage d'une figure à l'autre semble être le moment historique analysé par Hegel où l'on invente le droit de la personne : « l'indépendance personnelle du droit est plutôt cette égale confusion universelle et cette mutuelle dissolution. En effet ce qui a validité comme essence absolue, c'est la conscience de soi comme le pur et *vide* Un de la personne. En regard de cette universalité vide...le contenu est laissé dans une liberté désordonnée, car l'esprit n'est plus là pour l'assujettir et le rassembler dans son unité. Dans sa réalité, cet Un vide de la personne est par conséquent un être-là contingent [...] un mouvement et une opération sans essence... Comme le scepticisme, le formalisme du droit est donc aussi, par son concept, sans contenu propre »³⁷². De même, « la conscience du droit fait plutôt dans sa validité effective l'expérience de la perte de sa réalité et de sa complète inessentialité – et désigner un individu

³⁷⁰ *Ibid.*, p. 235.

³⁷¹ *Ibid.*, p. 235.

³⁷² Hegel, *Phénoménologie de l'esprit*, tr. fr. tome II, Paris, 1941, p. 46, dans *Penser l'homme et la folie*, p. 243.

comme une *personne* est l'expression du mépris »³⁷³.

Historiquement, ce passage où la personne se viderait de son contenu correspondrait à la « bêtise » des personnages de comédie, au fait de ne pas « comprendre », de ne pas « y » être, et pour Maldiney c'est ce qui permet de relier la notion de personne (au sens positif et plein) au fait même de comprendre, d'y être, d'être « le là de ce dont il retourne dans l'événement sans préalable de l'apparaître »³⁷⁴. La personne est donc, pour Maldiney citant Heidegger l'étant « pour lequel il y va de son être dans cet être même »³⁷⁵ et en ce sens la personne doit se comprendre comme existence (ou présence), en ouverture de soi à soi : « c'est le même pour (le *Dasein*) de s'ouvrir en lui-même à soi et de s'ouvrir à l'Ouvert. Sa manifestation se produit dans l'Ouvert dans la mesure où il se produit en elle. L'Ouvert s'ouvre en elle comme elle s'ouvre en lui. Cela s'appelle « ex-sister » »³⁷⁶. De la sorte, l'existence est à comprendre comme ce qui ouvre le sujet existant à ses propres possibilités, cette « possibilisation » faisant à la fois son projet et sa réalisation comme « personne » (devenir soi à partir de son propre pouvoir être). Maldiney emprunte à Heidegger encore sa conception du projet : « dans le projeter, dit Heidegger, le déploiement du projet arrache le projetant à lui-même et l'emporte au loin. Mais il ne l'y laisse pas perdu. Car « cet emportement au loin [...] de soi est un retour à soi »³⁷⁷. Ainsi selon Maldiney, « le projet n'emporte pas son ouvrier dans un réel éloigné ni dans un possible resté jusque là inaperçu, mais dans le « possible possibilisant », dans la possibilité de rendre possible, que Heidegger, nomme *Ermöglichung* : « possibilisation »³⁷⁸ »³⁷⁹. Et Maldiney de poser que c'est en ce sens que « La personne est la possibilisation de l'individu »³⁸⁰.

Pour autant, ce que veut souligner Maldiney, est la fragilité (menace, faille toujours possible) de ce projet toujours soumis au hasard de la rencontre avec autrui, lequel incarne par son altérité l'événement même en tant qu'impossible toujours hors d'attente. En ce sens, Maldiney souligne (encore) la différence entre l'étant (nous pouvons penser aussi au vivant) et l'existant. Seul l'existant a son possible au-delà des possibilités qu'il contient en lui ou qui s'offrent à lui car seul l'existant est soumis à la rencontre avec autrui : « Un *étant* peut bien être libéré vers ses possibilités dans et par mon projet. Mais cela ne peut valoir pour un

³⁷³ Hegel, *Phénoménologie de l'esprit*, tr. fr. tome II, Paris, 1941, p. 46, dans *Penser l'homme et la folie*, p. 243.

³⁷⁴ *Penser l'homme et la folie*, p. 248.

³⁷⁵ Heidegger, *Sein und Zeit*, §42. dans *Penser l'homme et la folie*, p. 248.

³⁷⁶ *Penser l'homme et la folie*, p. 248.

³⁷⁷ Heidegger, *Die Grundbegriffe der Metaphysik*, Gesamtausgabe Band 29/30, Frankfurt am Main, Klostermann, 1983, p. 527, dans *Penser l'homme et la folie*, p. 250.

³⁷⁸ *Ibid.*

³⁷⁹ *Penser l'homme et la folie*, p. 250.

³⁸⁰ *Ibid.*, p. 250.

existant. Comme Emmanuel Lévinas le rappelle avec insistance, autrui est celui que je ne peux pas inventer. Il résiste de toute son altérité à sa réduction au même, fût-ce (et même surtout) au même que moi, à l'ipséité de mon propre pouvoir-être [...] L'altérité ne se laisse pas envelopper dans le pouvoir-être absolument propre d'une présence en première personne. Et cela remet en question le fondement même de la personne »³⁸¹. C'est en cela que la rencontre avec le visage d'autrui est une manière de se trouver ouvert à ce qui dépasse toutes nos attentes (notre projet) puisque le visage d'autrui est précisément ce qui incarne à quel point la « présence d'autrui [quand elle nous retient à elle] apparaît comme un mystère numineux : mystère de son secret, de son infini, de sa liberté, qui se décèle dans son recel »³⁸² puisque l'autre est « quelqu'un qui « ne s'invente pas », qui est proprement inimaginable »³⁸³ et qui se présente comme visage.

Maldiney prend à ce titre l'exemple de l'amitié³⁸⁴ où le regard remplit justement les conditions requises pour ne pas manquer la rencontre (véritable) avec autrui, où « l'épiphanie du visage de l'autre est liée, indissolublement, à l'autophanie de celui dans le regard duquel il apparaît », où « les deux sont dans la même situation »³⁸⁵. Est-ce dire alors que le regard de l'amitié est (à l'inverse du regard de l'expression terrifiante) ce qui permet l'advenue de la personne (et qui plus est de deux personnes) ? C'est ce que semble suggérer ici Maldiney : « le regard de l'amitié ne donne rien. Il donne ce qu'il n'a pas. Il donne l'autre à l'autre » ou encore « le regard de l'amitié, le seul qui voit l'autre, ne s'attache pas à une essence possible mais à un être, dans la joie qu'il soit et que je sois »³⁸⁶. Maldiney met alors en évidence ce qui semble expliquer cette autophanie rendue possible par l'épiphanie du visage : c'est que dans l'apparition même du visage (ami ou familier) se fait jour le « rien » ou le « vide » nécessaire à ce que « les Chinois appellent une mutation », à ce qui rend possible le surgissement de l'être. Ainsi « ce vide ou ce rien correspond au moment où nous saisissons l'aurore d'un visage. Sa mise en vue avec laquelle notre regard est co-naissant, est plus décisive de l'irrécusable apparition de la personne que toutes les vues ultérieures »³⁸⁷.

Maldiney conclut cette étude sur la personne sur cette rencontre décisive (pour elle, pour la personne, donc pour nous) avec le visage d'autrui : « en toute autophanie l'être se manifeste. Il n'est d'apparaître que de l'être. Apparaître et être sont le même – et auto-signifiants. A plus forte raison, dirons-nous, quand il s'agit de l'autre, dont la révélation n'est possible que

³⁸¹ *Ibid.*, p. 251.

³⁸² *Ibid.*, p. 252.

³⁸³ *Ibid.*, p. 252.

³⁸⁴ analysée par Jean-Louis Chrétien dans *Le regard de l'amitié* in *La voix nue* (Editions de Minuit, 1990)

³⁸⁵ *Penser l'homme et la folie*, p. 259.

³⁸⁶ *Ibid.*, p. 259.

³⁸⁷ *Ibid.*, p. 260.

comme « *prosopon* », comme visage donné dans mon regard, moi visage dans le regard de l'autre – et dont tous les deux, présent chacun à l'être de l'autre, non seulement le laisse être à son altérité, mais lui donne ce qu'il n'a pas : Soit qui ne peut sortir que du Rien »³⁸⁸. Et Maldiney termine son analyse sur les deux fragments d'Héraclite : « Je me suis cherché moi-même », et « S'il n'espère pas, il ne rencontrera pas l'inespérable, lequel est incherchable et sans chemin d'accès »³⁸⁹.

Ce qui apparaît donc est la place fondamentale que Maldiney accorde non seulement à l'événement mais à autrui aussi bien dans la formation de la personne (de l'existence) que dans son échec même : si folie il y a, si maladie il y a, c'est parce qu'il y a autrui comme événement bouleversant, capable non pas d'ouvrir le monde au soi que nous cherchons à devenir mais capable de l'ouvrir en le laissant sur le rien ouvert, sur le vide entraperçu et que rien ne vient remplir. Car « l'événement par excellence est la rencontre »³⁹⁰.

Dans *De la transpassibilité*, l'événement qui vraiment inaugure l'ouverture de l'existant (à ce qu'il a à être en devenant ce qu'il est à partir d'une transformation de lui-même) est également associé à cette rencontre avec autrui, il consiste précisément à rencontrer l'altérité. On comprend en effet que ce qui permet de « faire le vide » et d'ouvrir au rien dont a besoin l'existant pour précisément advenir à lui-même, ex-sister, ce soit le monde d'un autre faisant en quelque sorte basculer le sien. En s'appuyant sur les analyses de Husserl et de Heidegger, Maldiney explique ainsi et notamment en quoi la symétrie d'autrui par rapport à moi (il est lui aussi autant que moi un « être-là », un existant) permet cette mise à l'épreuve de mon monde (de ma configuration) par le monde ouvert par autrui : « Edgar Poe remarque qu'il suffit de la présence d'un autre homme dans un paysage pour que disparaisse l'espace du paysage, dont j'étais le ici absolu. J. P. Sartre voit dans l'autre un trou qui se produit dans mon monde et par lequel tout mon monde se vide »³⁹¹. Pour Maldiney, ce vide de mon monde opéré par autrui se fait par l'intermédiaire de ce qu'il nomme (et conceptualise) « l'expression », expression par laquelle je reconnais précisément autrui « comme » autrui. C'est précisément cette expression par le visage d'autrui qui, en sollicitant notre dimension pathique (d'accueil, de réceptivité « active », ouvrante), rend possible la transformation constitutive de notre devenir soi. Si l'expression d'autrui nous ouvre à un rien (vide) dont on ne peut s'extraire, parce qu'elle remet en cause le fondement à partir duquel nous existons justement, alors, comme en témoigne la psychose, la transformation ne se fait pas et l'existant reste dans le vide ouvert.

³⁸⁸ *Ibid.*, pp. 260-261.

³⁸⁹ *Ibid.*, p. 261.

³⁹⁰ *Ibid.*, p. 256.

³⁹¹ *Ibid.*, p. 290.

Maldiney l'a déjà montré à partir du cas de Suzane Urban et de la patiente de Kuhn, toutes deux « entrées » en schizophrénie à partir de l'expression d'autrui (expression du médecin, expression du père).

D- Exemples dans les différentes maladies (psychoses, névroses, dépressions)

Voyons maintenant comment les différents concepts qui rendent compte de la maladie et de sa chute peuvent s'appliquer spécifiquement selon les différentes maladies. Maldiney reprend notamment les distinctions classiques entre schizophrénie, manie et mélancolie (distinctions que l'on trouvait chez Binswanger notamment), mais il s'attache aussi aux névroses et à la dépression.

La schizophrénie est ainsi marquée par certains traits spécifiques, comme le délire, qu'il faut alors tenter de comprendre à partir du rôle fondamental que Maldiney attribue à l'événement, en tant qu'il modifie l'existence tout entière, dans son rapport au monde. S'inspirant de Hans Kunz dans *Les limites de l'interprétation psychopathologique du délire*, Maldiney explique ainsi dans *Événement et psychose* que dans la schizophrénie, le délire en apparence incompréhensible du malade répond au caractère bouleversant de l'événement, mais il n'en est pas pour autant une « traduction verbale adéquate »³⁹², tant l'événement vécu est en quelque sorte intraduisible, tant il dépasse le pouvoir de la parole à le verbaliser : « il est vécu incomparablement davantage qu'il n'est possible à la parole de communiquer »³⁹³. Ainsi il n'y a pas de « rapport adéquat »³⁹⁴ et il y a « discordance »³⁹⁵ entre le discours délirant et l'événement originaire. Pour autant, « le délire schizophrénique est le reflet verbal-intellectuel de la métamorphose de l'existence comme telle »³⁹⁶. De même « le délire représente la seule possibilité que le schizophrène ait d'éprouver et de vivre la métamorphose de son existence propre. Mais cette possibilité est celle d'un mode d'expression dans lequel le changement de la présence est occulté »³⁹⁷. Ainsi pour Maldiney comme pour Kunz le délire est un événement qui cache un autre événement, il est une « couverture ». De la même manière ce que l'on appelle délires secondaires sont des pensées ou paroles destinées à « introduire une logique dans une situation incompréhensible »³⁹⁸. En ce sens ici Maldiney semble vouloir dire que le

³⁹² Hans Kunz, *Die Grenze der psycho-pathologischen Wahninterpretation*, Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Bd. 135, 1931, p. 179. dans *Penser l'homme et la folie*, p. 199.

³⁹³ *Ibid.*, p. 682.

³⁹⁴ *Penser l'homme et la folie*, p. 199.

³⁹⁵ *Penser l'homme et la folie*, p. 199.

³⁹⁶ Kunz, *Die Grenze der psycho-pathologischen Wahninterpretation*, p. 681. dans *Penser l'homme et la folie*, p. 200.

³⁹⁷ *Ibid.*, p. 681.

³⁹⁸ *Penser l'homme et la folie*, p. 200.

délire en lui-même (délire primaire, épisode délirant ou événement délirant) n'est pas premier. Ce qui est premier (et qui serait à l'origine du délire) c'est « la métamorphose entière de l'existence, le changement total de la façon d'être au monde »³⁹⁹. Maldiney prend l'exemple du cas Schreber (délire de persécution censé conjurer le sentiment d'impuissance et de néant ressenti par Schreber qui veut être à la fois un homme et une femme). Son délire prend aussi la forme verbale du hurlement censé masquer et conjurer la « faille » ou « béance » ressentie dans son pouvoir être. À ce titre, Maldiney peut affirmer que ce cri est à la fois « événement et expression d'événement »⁴⁰⁰ en prenant appui sur la phrase de Straus mainte fois citée : « le sentir est au connaître ce que le cri est au mot »⁴⁰¹. Ce cri témoigne ainsi d'un événement qui met « fin à tous les autres »⁴⁰² et par lequel « dans la psychose il n'y a plus d'événement »⁴⁰³. C'est dire qu'à la suite de cet événement qu'est la psychose, il n'y a plus rien, « la mise en demeure de la présence se résout en déchirure : la transformation ne suit pas »⁴⁰⁴. Maldiney prend également l'exemple du cas de Binswanger, Suzanne Urban, où la patiente déclenche sa schizophrénie par un cri retenu (le médecin lui faisant comprendre que son mari avait un cancer et lui faisant signe de ne rien montrer à celui-ci). Ici, l'événement prend le caractère d'une expression (expression du visage du médecin) indépassable, inintégrable. Ne vivant que pour son mari et sa famille, l'expression du médecin qui annonce le cancer et la mort reconfigure le monde de Suzan Urban de telle sorte que celui-ci devient effrayant en lui-même, et annonciateur de tous les dangers (sa maladie prend ainsi la forme d'un délire de persécution où tout est perçu comme menaçant). Le monde ici cesse d'être ce qu'il est pour devenir tout autre. L'autre exemple que prend Maldiney pour montrer le rôle de l'expression dans l'événement bouleversant est celui d'une patiente de Roland Kuhn, une jeune infirmière. Son frère s'était suicidé alors que la famille était à table et le père assis en face de la jeune fille avait eu une expression du visage qui là aussi, vécue dans le silence, avait pris la forme et la valeur d'événement déclencheur.

Il y a donc ici deux idées. D'une part la valeur d'événement donnée à l'expression que prend la totalité du monde dans un visage : c'est cette expression qui reconfigure le monde en déstabilisant l'assise existentielle de la personne qui le vit, sans pour autant que cette reconfiguration soit positive (puisque'elle fait choir l'existence dans le terrifiant). D'autre part, il apparaît que ce soit le manque de parole (cri rentré) qui soit aussi engagé dans le caractère

³⁹⁹ Kunz, *Die Grenze der psycho-pathologischen Wahninterpretation*, p. 692. dans *Penser l'homme et la folie*, p. 200.

⁴⁰⁰ *Penser l'homme et la folie*, p. 202.

⁴⁰¹ Erwin Straus, *Vom Sinne der Sinne*, p. 329.

⁴⁰² *Penser l'homme et la folie*, p. 202.

⁴⁰³ *Ibid.*, p. 202.

⁴⁰⁴ *Ibid.*, p. 202.

bouleversant de la situation vécue : « un cri jeté dans le monde eût libéré Suzanne Urban de cette fixité rigide où elle était assujettie sur place à l'expression. Cette expression est devenue l'événement indépassable que la malade ne fait plus qu'infiniment reproduire et qui d'avance résorbe en lui la possibilité de tout autre événement. L'angoisse devant le cancer s'infinimente et ne laisse aucune place à des appels du monde. Le thème du cancer ne peut s'émanciper, ne peut, d'objet partiel, devenir partie totale d'un monde terrifiant qu'à la faveur d'une climatique universelle directement issue de l'expression terrifiante »⁴⁰⁵. Ceci amène la notion de « climatique » (*Stimmung*). Si Maldiney parle de climatique « universelle directement issue de l'expression terrifiante »⁴⁰⁶, on peut penser que c'est parce que précisément il y a pas eu de verbalisation de l'événement vécu, lequel n'a été précisément « que » vécu, « que » ressenti sans pouvoir être dit ni exprimé. En ce sens, la psychose (ici la schizophrénie) peut être comprise, dans son origine même, comme une sorte de déchirure dans le cours et l'assise (sol, fond) de l'existence, mais qui ne trouve pas son expression, qui reste vécue au niveau du pur sentir. On peut supposer aussi que cette pure réceptivité (tue, muette et rentrée) d'une expression terrifiante, soit vécue comme étant « le » sens (universel) de quelque chose de terrifiant en soi et pour soi-même, telle une révélation de sens.

Mais ce que Maldiney met également en avant, dans l'événement schizophrénique, c'est l'altérité du visage. C'est cette altérité du visage qui explique du même coup en quoi, lorsque cette altérité n'est pas assumée, l'existence défaille et ne devient pas cette transformation positive par laquelle le sujet advient à lui-même comme « personne ». Maldiney explique ainsi que dans la schizophrénie, le propre visage du schizophrène est perçu comme visage étranger (comme lorsqu'on se regarde dans le miroir et que l'on saisit son propre regard, lequel nous apparaît comme étant celui d'un autre). De même, dans l'expérience schizophrénique (dans l'événement qu'est la psychose elle-même), le sujet fait l'expérience de l'expression du visage d'autrui dans ce qu'il annonce de catastrophique : visage du médecin qui annonce à Suzanne Urban le cancer de son mari, visage du père de la patiente de R. Kuhn au moment du coup de fusil. Ici le visage d'autrui devient ce qui bouleverse de fond en comble l'édifice (monde) de la personne qui le voit. Car ici « l'événement qui a lieu, cette expression soudaine et soudainement ubiquitaire, n'a pas de lieu dans le monde clos de Suzanne Urban ou dans celui de la jeune infirmière. Il est le point d'émergence et d'éclatement d'un autre monde : celui de l'existence schizophrénique [...] l'expression a dévoré, englouti en elle le monde entier »⁴⁰⁷. Et Maldiney explique les deux phases (mises en

⁴⁰⁵ *Ibid.*, p. 204.

⁴⁰⁶ *Ibid.*, p. 204.

⁴⁰⁷ *Ibid.*, p.256.

évidence par Binswanger) qui suivent cet événement catastrophique : une première phase où « le cancer du mari n'est plus objet partiel mais partie totale de son monde », où « l'expression terrifiante ne se rattache plus aux circonstances » mais devient « le visage même du monde »⁴⁰⁸ et où le monde lui-même se thématise au point qu'il devient, « comme tout », « un étant » et non « ce d'où l'être-là se fait annoncer à quel étant il peut se comporter et comment il le peut »⁴⁰⁹. La deuxième phase est nommée par Maldiney « phase atmosphérique » (en référence à Binswanger) et elle est telle qu'« en elle le monde n'est plus que *Stimmung*. Toute expression est atmosphérique. Toute atmosphère est expressive »⁴¹⁰. C'est donc pouvoir affirmer, à partir de l'expérience schizophrénique, que l'expression est « l'événement qui [ouvre] un nouveau monde » et que « cela vaut de tout événement, en particulier de toute rencontre »⁴¹¹. Cet événement a lieu au niveau sensible, au niveau pathique, et est associé à une dimension « personnelle » : c'est notre personne qui, dans l'épreuve pathique (sensible) de l'événement, se révèle ; c'est elle qui a lieu dans la rencontre que constitue la rencontre par excellence que constitue la rencontre avec autrui : « la rencontre, y compris le moindre sentir (s'il n'est pas d'avance éventé par l'habitude) est à chaque fois surprenante et m'approprie à sa surprise. Je ne ressens l'événement comme tel qu'à même une transformation – et, là où il s'agit d'une rencontre avec un autre, à même une transformation en profondeur de ma personne qui la révèle à soi »⁴¹².

De même, Maldiney nous explique, dans *Psychose et présence*, que le sens même du délire schizophrénique nous échappe dans son fondement et dans ce qui conditionne sa possibilité si nous nous limitons à ce qu'il nous dit (sa perception). Ce n'est qu'en remontant aux « possibilités de l'existence humaine » que nous pouvons le saisir comme « formation substitutive à la métamorphose existentielle », substitution qui est « l'événement schizophrénique lui-même »⁴¹³. C'est dire que pour Maldiney comme pour Binswanger, la maladie est à relier à la manière dont l'homme « ex-siste », à la transcendance qui anime et parcourt sa dimension projective et intentionnelle. Le « non sens » apparent de la maladie (ici le délire) correspond en réalité à une manière pour l'homme qui tombe malade de « continuer » à se projeter dans une direction de sens, sauf que cette continuité exprime en réalité la rupture que constitue la maladie en tant que chute ou devenir. Ce lien posé entre maladie (ici la schizophrénie) et existence est, pour Maldiney, marqué (prouvé donc) par ce

⁴⁰⁸ *Ibid.*, p. 256.

⁴⁰⁹ Heidegger, *Vom Wesen der Grundes*

⁴¹⁰ *Penser l'homme et la folie*, p. 257.

⁴¹¹ *Ibid.*, p. 257.

⁴¹² *Ibid.*, p. 258.

⁴¹³ *Ibid.*, p. 10.

qu'il conçoit comme étant l'universalité du Sur-concept : la maladie, quelles que soient ses formes diverses, montre toujours la présence et l'œuvre de cette thématization que vient éclairer le Sur-concept. C'est cette universalité de la thématization qui peut donc laisser penser qu'elle n'est qu'une expression de l'universalité de l'intentionnalité existentielle elle-même (elle en est une forme). Ce que Maldiney nomme ici « transcendance dimensionnelle de l'existence »⁴¹⁴ n'est rien d'autre que cette manière dont l'homme « se transcende », dépasse sa dimension simplement vivante (rapport avec un milieu ambiant déterminé) pour devenir soi à partir de telle ou telle possibilité qu'il vise comme authentique. C'est cela qui désigne la « métamorphose existentielle », à savoir une mise en forme de soi-même dans le changement permanent impliqué par notre rencontre avec le monde et avec autrui (événements), et que Maldiney nomme « projet intérieur à tous les projets »⁴¹⁵, à savoir le projet de devenir soi (projet qui détermine tous les autres depuis notre « intériorité », notre conscience intentionnelle). Or lorsque cette métamorphose ne peut avoir lieu, elle est en quelque sorte « remplacée » par un projet de substitution, projet qu'est l'être-malade, projet qui correspond alors à une « déchéance de cette transcendance ». Dans le mode d'être et le délire schizophrénique, la déchéance de la transcendance prend la forme d'un « projet du monde-entant-que-menace »⁴¹⁶.

Pour Maldiney, cette menace qui caractérise le monde du schizophrène peut se comprendre à partir de ce qui rend possible également la compréhension de la folie comme « humaine ». Le fait que la folie puisse être comprise comme une possibilité humaine parmi d'autres, et non pas comme une expérience hors sens incompréhensible et inaccessible, nous renvoie quelque part à nous même, nous met face à nous-même en tant que fou possible ou en tant qu'animé aussi par ce qui anime le fou, mais à un degré moindre. Citant à ce titre l'*Ajax* de Sophocle où Ulysse répond à Athéna qui l'invite à rire de la folie d'Ajax : « Bien qu'Ajax me haïsse, j'aperçois en lui, dans sa folie même, quelque chose de mien », Maldiney poursuit : « c'est seulement sur le fond des structures humaines communes – et pour autant que l'essence de l'homme est existence, sortie à soi- que nous pouvons comprendre l'autre, malade ou sain »⁴¹⁷. Reprenant appui sur un passage d'*Antigone* où le chœur dit « multiple est l'inquiétant mais rien au-delà de l'homme de plus inquiétant ne se lève », Maldiney suggère que le schizophrène est ainsi inquiété par son propre double, qu'il voit comme son Autre et qui le menace de partout (dans le monde) : « il n'y a pas de pire en face que celui de l'Autre

⁴¹⁴ *Ibid.*, p. 10.

⁴¹⁵ *Ibid.*, p. 10.

⁴¹⁶ *Ibid.*, p. 11.

⁴¹⁷ *Ibid.*, p. 11.

de soi-même, par le regard duquel se fixant elle-même, la présence schizophrénique se fait projet du monde-en-tant-que-menace »⁴¹⁸. Ici deux idées semblent évoquées, d'une part le fait que l'on peut se voir dans la folie de l'autre et que c'est ce qui nous permet de le comprendre un tant soit peu, et d'autre part que ce qui rend fou est de se voir précisément en tant que non soi-même, comme quand on se reconnaît dans la folie de l'autre. Ulysse voyant quelque chose de sien dans la folie d'Ajax comprend Ajax, mais si Ajax était lui-même et qu'il se voyait lui-même « fou », cela serait sa folie. Ce que Maldiney appelle « l'Autre de soi-même » est ainsi comme notre « envers », comme l'inverse de soi en tant que soi (en tant qu'existence accomplie dans ses possibilités authentiques), comme notre échec à exister ou notre impossibilité à être. Prenant l'exemple d'une peinture réalisée par un schizophrène (masse rouge partant d'un bord pour envahir la feuille et esquisser quelques protubérances dont une ressemblant de loin à un arbre), Maldiney pose la question : « si c'était là mon monde, que serait mon être au monde ? »⁴¹⁹, en insistant sur le sens que prend, dans cette question, le mot « là » et en parlant alors (en s'appuyant sur Roland Kuhn) d'une « intentionnalité inversée »⁴²⁰ pour décrire la façon dont la masse rouge s'avance sur nous sans laisser possible l'éloignement qui permettrait de l'approcher et qui nous fixe et nous enferme en elle. Ici, les variations d'intensité de la couleur « traduisent les vicissitudes d'un geste qui ne trouve pas sa propre issue et ne peut se déprendre de sa trace qu'en variant ses appuis sans cesser de s'en remettre au fond [...] Ici, la forme émerge à peine des remous presque amorphes du fond. Elle *n'existe pas* le fond : elle est prise et comprise en lui »⁴²¹. Le schizophrène vit ainsi une existence où il se sent « menacé de résorption dans le fond indifférent » et où, en tant qu'existant, il « devient la possibilité, en acte dans l'angoisse, de sa propre impossibilité ». Il « *existe* encore à contre-sens de sa propre *involution* : il existe son là comme le lieu même où il est livré à l'angoisse de son non-lieu dans la compacité du fond »⁴²². Ici, dans la schizophrénie, mais plus largement dans la psychose, il faut ainsi voir l'expression de ce que Maldiney nomme une « transcendance enlisée ». Là encore la métaphore du « fond » suggère que la maladie ou la folie sont comme des retombées de l'existence dans le fond dont elle cherche à s'arracher par le sens, le projet, l'intention de monde, le devenir soi.

Ce qui apparaît ainsi, dans la schizophrénie, c'est qu'elle témoigne d'une part de cette existence en échec (transcendance déchue) commune à la psychose, avec toutefois et d'autre part la particularité du projet de monde apparaissant dans cette déchéance, ici un monde dont

⁴¹⁸ *Ibid.*, p. 11.

⁴¹⁹ *Ibid.*, p. 11.

⁴²⁰ *Ibid.*, p. 11.

⁴²¹ *Ibid.*, p. 12.

⁴²² *Ibid.*, p. 12.

le style, la teinte et l'ambiance sont ceux de la menace. L'événement peut apparaître comme central.

Dans la mélancolie et la manie, Maldiney met plutôt l'accent, dans *Événement et psychose*, sur l'absence d'événement qui les caractérise, et sur leur dimension temporelle : un seul événement a lieu pour le mélancolique (« un » événement passé), et qui, en étant vécu comme destin, empêche tous les autres et devient plainte infinie excluant tout présent, toute possibilisation. Aucun événement n'a lieu non plus pour le maniaque qui se perd dans des présents reliés à rien et qui n'ont aucune incidence sur le passé ni sur l'avenir.

C'est dans *Pulsion et présence* que Maldiney met en cause les pulsions, dans leur rapport défaillant et dans la manière dont cette défaillance peut prendre soit la forme maniaque, soit la forme mélancolique, avec au fond un noyau temporel perturbé.

Dans la manie, l'absence de tenue et d'arrêt censés permettre au sujet d'intégrer de façon active ce qu'il ressent passivement, fait que le sujet se détache de lui-même « sous la domination de la sensation ». Il est « hors de lui », « hors de son moi », « état dans lequel le moi est ravi à lui-même, dérobé »⁴²³. Temporellement, cela se traduit, pour le maniaque, par une « incapacité de constituer à chaque fois un vrai présent. Parce que lui fait défaut ce que Husserl nomme le moment rétentionnel »⁴²⁴. D'où la fuite des idées caractéristique du maniaque, et le fait que « l'existence maniaque est toute en protentions. Elle déborde toujours –d'avance– un présent que jamais elle n'aborde », « le moi est attiré, happé par un futur sans attente ni projet, forcé par lui »⁴²⁵. Et Maldiney précise (on ne peut que penser ici à l'analyse de Binswanger) que ce n'est pas seulement un aspect de la temporalisation ou de la temporalité qui défaille, mais l'ensemble du processus, si tant est qu'un seul élément défectueux du temps entraîne la défaillance de tous les éléments : « les trois extases du temps [...] sont chacune le lieu et le lien d'articulation des deux autres, de sorte que si l'une est en défaut, toutes défont : toute la temporalisation est en échec »⁴²⁶.

Dans la mélancolie, interrogeant le rapport défaillant des pulsions qui serait en cause, Maldiney demande : « laquelle des deux pulsions empiète sur l'autre ? » Sa réponse est que les deux pulsions sont en défaut : « d'une part la réceptivité sensible est en défaut », « d'autre part le pouvoir de détermination active n'est pas moins déficient »⁴²⁷. Le mélancolique se plaint ainsi et en effet de ne plus rien ressentir (les objets ne lui font plus aucun effet) et de ne plus rien vouloir. Ainsi, comme le souligne Schiller que reprend Maldiney, le mélancolique

⁴²³ *Ibid.*, p. 124.

⁴²⁴ *Ibid.*, p. 124.

⁴²⁵ *Ibid.*, pp. 124-125.

⁴²⁶ *Ibid.*, p. 125.

⁴²⁷ *Ibid.*, p. 125.

témoigne d'une rupture entre la « communauté » des deux pulsions. Incapable de vouloir « le mélancolique ne peut pas être soi et il ne peut pas être autre. Son compte est égal à zéro. Du moi il ne lui reste que la forme vide. Quand il s'appelle à lui-même : « Moi...Moi... » il échoue à se constituer en présence parce qu'il se convoque en représentation »⁴²⁸. Pour autant, souligne Maldiney, même s'il échoue à être présent aux choses, « il y tient encore, comme aussi à lui-même [...] son présent en effet, est tout en rétention »⁴²⁹. Par ailleurs, son inertie témoigne du manque de réceptivité sensible censée l'ouvrir aux choses et au monde, il reste « enlisé en lui-même »⁴³⁰. D'où le suicide du mélancolique qui concrétise en quelque sorte cette incapacité des deux pulsions à « pousser » l'homme à devenir ce qu'il est. Restant enlisé en lui-même dans une forme d'absence (de soi et du monde), le suicide permet de « choisir » cette absence et d'en faire un projet : « échapper par la mort à sa vie mourante »⁴³¹.

Par sa dimension « évidemment » temporelle et par son mouvement de retombée, la mélancolie est ainsi, pour Maldiney comme pour Binswanger, l'occasion d'interroger plus précisément ce temps en défaut.

Dans *Psychose et présence*, Maldiney applique plutôt, d'une certaine façon, ce qu'il a établi de la schizophrénie à la dépression mélancolique, elle aussi marquée par la métaphore du fond et de la descente, ainsi que de l'absorption : « la tonalité affective du mélancolique et la climatique de son monde sont vouées à l'assombrissement »⁴³². La mélancolie exprime ainsi, comme la schizophrénie, « une radicale difficulté d'être, et même une impossibilité d'être, du Moi ». La présence du mélancolique est en ce sens « une présence vouée à la chute, à l'enlèvement, à un enfoncement sur place, jusqu'au fond »⁴³³. Maldiney associe cette présence à une « unité sensible inter-modale de l'obscur et du lourd » semblable à un « voile d'accablement qui s'étend sur toute la nature »⁴³⁴. Cet accablement qui pèserait sur l'existence mélancolique serait une forme de retombée du désir, des « dimensions pulsionnelles », de la « force du sentir » qui, comme « instances activement exercées et ouvertes au dehors [retomberaient] sur elles-mêmes », « le cœur [allant] sans issue au fond, oppressé par son propre poids »⁴³⁵. Le fond ainsi « recherché », visé et vers lequel le mélancolique se laisse glisser ou couler symbolise toutefois « l'ultime et primordiale profondeur sur laquelle tout repose » et « aller au fond [...] est à la fois s'abîmer et se fonder (au sens de prendre fond), les

⁴²⁸ *Ibid.*, p. 125.

⁴²⁹ *Ibid.*, p. 126.

⁴³⁰ *Ibid.*, p. 126.

⁴³¹ *Ibid.*, p. 127.

⁴³² *Ibid.*, p. 13.

⁴³³ *Ibid.*, p. 13.

⁴³⁴ *Ibid.*, p. 13. (cf. Schelling dans *L'essence de la liberté humaine*)

⁴³⁵ *Ibid.*, p. 13.

deux en un »⁴³⁶. Maldiney explique alors que cette chute peut prendre soit la forme de l'engloutissement (cas de l'écrivain Reto Ross cité par Binswanger) soit la forme de la nostalgie du fond (aspiration au fond en cherchant « à s'y fonder en s'y « effondant » [...] par le suicide »). Maldiney résume ainsi ces deux possibilités d'existences mélancoliques : « dans les deux cas cités, l'existence n'est plus sortie à soi, n'est plus ex-tatique. Ou bien sa pesanteur la force à la stase. Ou bien elle est fascinée dans une instase »⁴³⁷.

Maldiney explique la différence entre ces deux cas en la rattachant aux phases de rémissions passagères de l'écrivain Reto Ross, phases ressenties comme des sortes de remontées vers le haut, en s'inspirant de la distinction binswangerienne entre les directions significatives de l'existence (mouvements vers le haut et vers le bas dans *Rêve et existence*) et en insistant sur l'idée que de leur équilibre dépend notre stabilité existentielle. Cela signifie donc que la psychose proviendrait d'une sorte de rupture d'équilibre entre ces deux directions (haut/bas) qui sinon permettraient une sortie de soi existentielle à la fois verticale et horizontale capable d'absorber les perturbations du monde sans vaciller (dégringoler) ni s'égarer (dans les airs). Ainsi « dès que la communauté de ces deux dimensions est rompue, la présence éprouve en elle-même, sur un monde agonique, leur antagonisme. Les oscillations qui scandent le drame de l'existence psychotique résultent d'une lutte inégale entre elles, dont la solution est à chaque fois une déchéance de la communauté (perdue) en contamination »⁴³⁸. C'est dire aussi que l'existence aurait besoin d'un point de suspension (où se suspendre, s'accrocher, et que l'on nomme également point d'appui) pour que l'ascension soit possible et équilibrée, point d'accroche sans lequel notre existence « tomberait ou retomberait vers le fond ou bas ». Ces deux points semblent ainsi constituer l'angle (sorte d'oblique ni trop ascendante ni trop descendante) par lequel notre existence se fait projective dans un mouvement en avant dans lequel nous sommes censés garder l'équilibre, comme c'est notamment le cas dans l'escalade. Il nous faut un point où se suspendre pour s'élever et progresser dans notre ascension, qui nous retient de ne pas tomber et qui nous évite de monter trop haut sans plus nous tenir à rien. Par ailleurs, si, comme le soulignent Binswanger et Maldiney, la « communauté » de ces deux points (« vers le haut », « vers le bas ») est perdue dans la « déchéance », cela signifie la « contamination » de l'une par l'autre : ce que les deux perdent en étant contaminée par l'autre, c'est leur communauté, c'est-à-dire leur mise en commun unitaire, donc en quelque sorte l'ascension équilibrée (existence authentique) qu'elles rendent possible. L'une devient ainsi exclusive (la chute ou l'ascension vertigineuse). Dans le cas de la manie, ce serait

⁴³⁶ *Ibid.*, pp. 13-14.

⁴³⁷ *Ibid.*, p. 14.

⁴³⁸ *Ibid.*, p. 14.

l'ascension qui prévaudrait sur la chute : « le vol imaginaire du maniaque (est) totalement détaché du sol de l'expérience [...] et incapable d'introjecter la mobilité du monde, qu'il remplace par sa propre volatilité »⁴³⁹. On peut penser que dans le cas du suicide mélancolique, le manque d'appui et la chute se voient compensés par ce que Maldiney nomme la « fascination de l'instase », le malade croyant retrouver la sensation de s'élever et de s'accrocher en décidant de se suicider (la mort étant conçue comme le point d'accroche empêchant l'engloutissement).

Dans les deux cas de la mélancolie (engloutissement ou suicide), il y a selon Maldiney une recherche qui équivaut à « l'envers d'une perte »⁴⁴⁰, envers signifiant ici recherche de ce qui est ou a été perdu. On peut donc comprendre que le mélancolique souffre d'un manque d'appui (« il a perdu la capacité de se tenir et de se maintenir. Il manque d'appui pour un arrêt ») d'où une « errance en cercle » où « les pensées courent à vide et toujours autour des mêmes choses » (paroles rapportées de l'écrivain Reto Ross)⁴⁴¹. Son manque d'appui le conduit soit à se laisser tomber et engloutir, soit à chercher, par le suicide, le fond conçu alors comme point d'accroche. Dans les deux cas, c'est le point où se suspendre qui manque et qui ainsi entraîne la chute. La relève (rémission) provient alors d'un sentiment d'espoir, de remontée vers le haut. S'inspirant de Schelling, Maldiney rattache ce point de relève à la sphère du sentiment : le manque d'élévation du mélancolique serait une fixation à un niveau inférieur de la structure existentielle, celui du désir nostalgique (désir du fond), les autres niveaux étant respectivement et dans l'ordre, « le désir des choses ou de l'étant » et le sentiment. Seul le « retour du sentiment » serait ainsi capable de relever le mélancolique.

Pour résumer, on peut comprendre que Maldiney s'attache à distinguer deux issues de la mélancolie (à partir d'une même problématique, le manque d'accroche et la recherche d'un fond conçu comme accroche) pour évoquer les deux types d'oscillations qui caractérisent l'existence psychotique quelle qu'elle soit, y compris la manie. En effet, la manie, comme le suicide mélancolique, témoigneraient du même mouvement ascensionnel (illusoire dans le suicide mélancolique, réel dans la manie). De même, la caractéristique de la mélancolie, quels que soient les deux types de cas envisagés (engloutissement ou suicide) montre sa différence avec la manie : autant les pensées des mélancoliques sont livrées à elles-mêmes faute d'appui (« carrousel de pensées négatives »⁴⁴²), autant, à la différence des pensées maniaques (fuite des idées), elles sont d'une « fixité rigide »⁴⁴³. Dans la mélancolie, il y a instabilité, dans la manie,

⁴³⁹ *Ibid.*, p. 14.

⁴⁴⁰ *Ibid.*, p. 15.

⁴⁴¹ *Ibid.*, p. 16.

⁴⁴² *Ibid.*, p. 18.

⁴⁴³ *Ibid.*, p. 16.

il y a volatilité. C'est là semble-t-il le paradoxe de la mélancolie que d'être à la fois marquée par le vide (faute d'appui, d'accroche) et d'être un mode de fixation à un thème (thématisation). De même, Maldiney interroge la manière dont le mélancolique se sent flotter dans le vide (vide provoqué par l'extinction du sentiment) et la manière dont il se sent lourd et pesant, attiré vers le bas. C'est que ce vide est compris comme une impossibilité même à se mouvoir justement, puisque dans ce vide, rien n'apparaît comme possible : « son incapacité à se mouvoir et à s'émouvoir vient de ce que dans ce vide tout chemin y est impossible. Le mouvement, dit Tellenbach, est l'acte de se faire un chemin, de se frayer une voie. Or « dans l'existence mélancolique la structure de la spatialité, qui peut aller jusqu'à empêcher complètement le mouvement de se déployer, est celle de l'éloignement de tout dans l'étendue vide »⁴⁴⁴.

Maldiney montre qu'entre ces deux issues (suicide mélancolique ou engloutissement) la plainte symbolise un « appel à soi », un « mode ultime d'existence », comme « dernière parole qui soit encore capable d'articuler la significabilité du monde »⁴⁴⁵. À ce titre, Maldiney la compare au jeu, puisqu'elle permet en effet au mélancolique de « rejouer » son passé en lui donnant la forme qu'il aurait eu « si lui, par sa faute « n'avait pas... ». En ce sens, on peut penser que la plainte a la même signification et la même valeur que le délire chez le schizophrène. Elle permet de maintenir une certaine forme d'existence en échec, et de « déjouer » (en les rejouant) les impasses existentielles qui bloquent ses possibilités et qui, plus radicalement, empêchent la temporalité de constituer un véritable « devenir soi ».

Cette plainte est toutefois associée, selon Maldiney, au « sentir », elle prend la forme d'un « cri », cri qui, selon Erwin Straus cité par Maldiney, doit être compris comme expression et substitut du mot dans l'ordre du sentir : « le connaître est au sentir ce que le mot est au cri ». Pour Maldiney, « l'acte de la plainte, sa profération exprime, comme le cri, le sentiment ou mieux le re(s)sentir d'une situation, c'est-à-dire d'un être avec le monde, à base ici de détachement et d'accrochage »⁴⁴⁶. Or le sentiment exprimé par la plainte est celui d'un commerce « avec » le monde qui est perdu, il a le sens « d'une animosité désespérante et désespérée, déterminée par la perte de l'*avec*, donc par un état approché de la dérélition. En exprimant le sentiment de la situation, la plainte qui le met au monde désétablit le mélancolique du monde, dans le délaissement »⁴⁴⁷. Ce que l'on peut comprendre ici, c'est que le mélancolique est donc à la fois livré à des pensées (pensées négatives, hypothèses sur la

⁴⁴⁴ *Ibid.*, p. 17.

⁴⁴⁵ *Ibid.*, p. 18.

⁴⁴⁶ *Ibid.*, p. 39.

⁴⁴⁷ *Ibid.*, p. 39.

possibilité que le passé fût autre et déterminât autrement le présent) et à des sensations (sensations ou sentiment de perte de contact avec les choses, perte de goût, délaissement etc). C'est donc sa personne tout entière qui subit le processus impliqué par la maladie et l'on peut penser que le pôle psychique (pensées négatives) et le pôle sensible (sentiment de perte) sont corrélatifs et se compènètrent au point de s'entretenir mutuellement dans un cercle vicieux.

Dans *Psychose et présence*, Maldiney s'attarde plus précisément sur la dimension temporelle de la « présence » mélancolique tout en amenant d'autres concepts, à la fois propres à la mélancolie et applicables à la psychose en général. C'est aussi l'occasion pour lui de prolonger la réflexion phénoménologique de Binswanger et de comparer la mélancolie (comme psychose) et la dépression (en tant que névrose). Cette comparaison permet notamment de poser que la dépression témoigne du « laisser-aller d'une lassitude »⁴⁴⁸ qui permet toutefois de « nier ses projections » et de continuer à vouloir s'adapter. La psychose mélancolique est quant à elle « délaissement », le mélancolique « introjecte [ses projections] dans une étroite image du monde exclusivement sienne où il s'est enfermé »⁴⁴⁹. C'est dire qu'il participe à l'enfermement qui est le sien, là où le dépressif s'y oppose et s'accroche tout de même à la vie. Maldiney explique cette différence par le rapport du dépressif à son objet: « la dépression suppose une liaison incertaine à l'objet primordial, auquel le sujet reste accroché alors même qu'il en a été détaché. Contraint, après sa perte, d'en chercher un autre, il est toujours, dans sa quête de l'objet nouveau, à la recherche de l'objet perdu »⁴⁵⁰.

La mélancolie se veut semble-t-il plus profonde dans la manière où elle affecte l'existence même, en privant le sujet de tout objet. Cette radicalité est interrogée à travers la plainte qui caractérise le sujet mélancolique.

Maldiney interroge ainsi la manière dont cette plainte (« si j'avais...je n'en serais pas là ») exprime une altération de la structure temporelle de l'existence mélancolique, en s'appuyant notamment sur le cas Cécile Münch de Binswanger. Il analyse pour cela la structure grammaticale de la plainte d'un point de vue linguistique, en s'appuyant sur Gustave Guillaume (*Leçons de linguistique*). Ainsi l'expression « en arriver à... » ou « en arriver là » suggère une arrivée sans véritable départ, et signale un temps hors temps, n'opérant plus : « en arriver à...c'est arriver sans être jamais parti »⁴⁵¹. C'est en réalité et en effet avoir été amené à un état (là) sans y avoir pris part, sans l'avoir voulu, au point qu'on ne peut que vouloir reprendre là où on en était resté avant, pour justement reprendre les choses en mains et

⁴⁴⁸ *Ibid.*, p. 25.

⁴⁴⁹ *Ibid.*, p. 26.

⁴⁵⁰ *Ibid.*, p. 27.

⁴⁵¹ *Ibid.*, p. 40.

faire en sorte qu'elles reprennent le cours qui eût été le leur si l'on avait gardé la maîtrise. En effet, l'expression « si je ... je n'en serais pas (arrivé(e)) là » suggère que le sujet (le mélancolique) se positionne à partir d'un maintenant « expliqué » par le passé mais dont le déroulement temporel a disparu (ce qui a fait évoluer la situation en drame est hors temps), le sujet se contente de relier causalement, de manière explicative, son présent à sa décision, en faisant abstraction de la durée réelle qui a rendu possible l'événement, par exemple l'accident du train. Ce temps dans lequel se maintient alors le sujet mélancolique est un temps déconnecté de la réalité temporelle : « ce temps est un présent sans passé », c'est un « présent surgissant d'un fond non temporel » qui du coup déploie, pour le sujet, un « maintenant (qui) ne se dépasse vers rien », qui « inaugure un temps objectif mais qui, comme il est sans passé, n'a pas de futur ». Le mélancolique « arrive sans être parti et du côté du futur [...] reste sur le seuil »⁴⁵². Ainsi le sujet est bel et bien parti d'une décision (dans le cas Cécile Münch, décision de faire une excursion, décision de faire changer de place à son mari) mais ce qui s'est écoulé ensuite temporellement entre cette décision et l'événement est occulté, seul le point de rupture ayant entraîné le seuil sur lequel se tient maintenant le sujet est retenu, le sujet se contentant d'associer ce présent-seuil au passé de sa décision mais de façon artificielle voire fautive : la décision constitue «le fond » sur lequel l'événement se produit, mais le mélancolique continue de penser que l'événement s'est produit « à sa suite ». C'est en ce sens que dans l'expression (et la plainte mélancolique en général) « si...je n'en serais pas là » témoigne que « le rapport de soi à soi n'est pas clair », qu'il est « trouble »⁴⁵³, car d'un côté le sujet s'attribue bien la faute de ce qui est arrivé (« si je... ») et en même temps il exprime l'idée que quelque chose s'est produit malgré lui (sens du « en arriver là »).

Analysant le sens du « en » dans l'expression « en arriver là », Maldiney montre alors en quoi il indique deux choses. D'une part il « renvoie à la proposition hypothétique » c'est-à-dire au « si » de « si je n'avais pas fait cela », « si » qui a donc une fonction explicative (causale). D'autre part, « il renvoie à l'être de celui qui parle pour signifier à quel point de lui-même et du monde correspond son état. En être là c'est être là de son être même »⁴⁵⁴. Maldiney explique ensuite en quoi le verbe « être » ici prend la forme d'un verbe « seulement actif » (comme « aller » ou « couler ») se passant d'agent et suggérant alors (paradoxalement) la possibilité pour le sujet (humain) d'être sans que ce soit lui qui « y » soit en quelque sorte. L'explication tient selon Maldiney à ce « que l'être *au* monde du sujet a lieu *dans* le monde ». Ainsi, « la mélancolie est fondamentalement l'épreuve unilatérale de cette déchéance. Le

⁴⁵² *Ibid.*, p. 41.

⁴⁵³ *Ibid.*, p. 40.

⁴⁵⁴ *Ibid.*, p. 41.

mélancolique psychotique existe un là auquel il est livré sans dépassement possible. Car c'est de tout son être qu'il est là ; il en est là de tout. Pas plus en effet que le temps du monde, en un point duquel il se trouve jeté là, le temps impliqué de son être n'est un temps dont il dispose, mais le temps d'un état de choses subi. Etre c'est subir l'être. Il est en passion sous le temps de sa propre existence et le là où elle se trouve exposée en est à la fois le comble et la chute. Sa situation n'est rien que position, il n'a d'autre échéance à soi que cet échouage »⁴⁵⁵.

Ainsi le paradoxe de la plainte mélancolique exprime la manière dont le sujet se sent « à la fois coupable et victime ». La malade (Cécile Münch) se plaint pour à la fois s'accuser et mettre en cause « une puissance étrangère et étrange qu'à proprement parler elle n'accuse pas »⁴⁵⁶. Selon Maldiney, elle ne peut accuser en effet ce qui « ne comporte pas de Soi » et qui prend ainsi la forme vide du destin, « pure négativité dans la forme de l'universalité » (Hegel cité par Maldiney). Pour Maldiney, la manière dont la plainte ne cesse de se répéter et de recommencer témoigne d'une circularité qui « exprime rigoureusement la structure temporelle de l'existence mélancolique »⁴⁵⁷. Pour Maldiney « la plainte cherche à remplir ce vide, à le peupler au moins de son appel, comme pour induire la possibilité d'une rencontre. Mais en vain »⁴⁵⁸. On peut donc comprendre que la circularité de la plainte mélancolique serait donc liée à la tentative sans cesse renouvelée de remplir le vide du destin par l'espoir de trouver quelque chose ou quelqu'un capable d'en rendre compte, en appelant (dans la forme du cri répété) comme on appelle « y a-t-il quelqu'un ? » lorsqu'on est face à l'absence (« il n'y a personne ? »).

Analysant cette structure temporelle mélancolique reposant sur la plainte « si je...je n'en serais pas là », Maldiney montre qu'il s'agit d'une structure qui « dénonce un état stationnaire du temps, qui ne se temporalise plus » où le présent « n'est ouvert qu'à sa propre répétition indéfinie »⁴⁵⁹, et dans laquelle « *le temps n'arrive plus* », ne pouvant en effet arriver que « par la perpétuité du temps jaillissant, remplacé ici par une permanence de mare ». Ainsi « le présent de la plainte est un présent fermé, nullement ouvert en direction de l'avenir ». Plus précisément, si ce présent est fermé c'est qu'il se projette vers des possibles passés qui n'ont pas eu lieu et qui ne pourront avoir lieu. Ce présent se projette donc vers des « protensions vides »⁴⁶⁰.

Toutefois, cette analyse linguistique de l'expression de la plainte devient aussi pour Maldiney

⁴⁵⁵ *Ibid.*, pp. 41-42.

⁴⁵⁶ *Ibid.*, p. 42.

⁴⁵⁷ *Ibid.*, p. 42.

⁴⁵⁸ *Ibid.*, p. 42.

⁴⁵⁹ *Ibid.*, p. 44

⁴⁶⁰ *Ibid.*, p. 44.

l'occasion d'interroger la décision (irréversible) qui a lieu dans la chute mélancolique. C'est pourquoi nous y consacrons ici une étude plus détaillée. Maldiney montre en effet que dans la plainte qu'il exprime, le sujet mélancolique se trouve face à une décision (la sienne, libre) qu'il se représente en même temps comme « destinale ». Analysant la notion même de décision, Maldiney explique en quoi elle « s'inaugure elle-même à partir d'un état critique où quelqu'un n'est pas quelqu'un, mais où il est mis en demeure d'être soi ou de n'être pas ». Ici Maldiney associe la décision à une crise (idée déjà abordée). En effet, « elle est, à franchir la faille où il défaut (?) à soi, un acte de transcendance infinie par lequel s'opère « le passage d'une discontinuité finie à la continuité d'une finitude » (V. von Weizsäcker, *Der Gestaltkreis*) »⁴⁶¹. On peut comprendre ici que la « discontinuité finie » renvoie à la manière pour le sujet de « n'être pas » quelqu'un, d'être libre de choisir parmi ses possibilités en rompant dans l'instant de la décision le cours continu des choses (« discontinuité ») et ce au sein d'« une » décision (« finie »). La « continuité d'une finitude » renverrait quant à elle à ce que le sujet « devient » dans la décision (il devient soi ou au contraire il échoue et alors il « n'est pas »). En devenant soi ou en ne parvenant pas à être, il passe bien à un état fini continu, où le temps (suspendu dans la décision) reprend son cours. Maldiney explique en effet la manière dont la décision entraîne une sorte d'arrêt du temps : « acte libre, elle (la décision) n'attend pas que l'avenir se réalise de lui-même. A l'instant de la décision rien n'advient de l'avenir ni rien du passé. Le présent de la décision est celui d'une présence qui *ne m'arrive pas*. Il n'est ni l'ultime incidence du temps qui vient ni le premier moment décadent du temps qui s'en va : il est extatique et inaugural [...] libre d'hypothèse comme de sédimentation, il est sans charge d'époque ; et pourtant il n'est pas inerte ou mû mais mouvant »⁴⁶².

On peut penser que c'est précisément cette mouvance du temps inauguré dans la décision qui fait que la décision bien que nôtre nous échappe en partie, car cette mouvance comprend la dimension irréversible du temps : « le moment de la décision est par essence paradoxal, il est à la fois inversif et versif – opposé et soumis au sens du temps, c'est-à-dire libre et destinal : la décision constitue en l'accomplissant le pas à partir duquel on ne revient pas en arrière »⁴⁶³. Ainsi et en effet la décision prend le sens et la valeur du « une fois pour toutes » où, dit Maldiney, « maître dans l'instant je ne suis pas maître de l'instant : il m'engage irréversiblement sans retour possible. Ainsi se fait le passage de la liberté au destin pour tout être dont l'essence n'est pas essence mais existence. Ce passage est celui de l'irréversibilité de

⁴⁶¹ *Ibid.*, p. 49.

⁴⁶² *Ibid.*, p. 49.

⁴⁶³ *Ibid.*, p. 49.

la décision en accomplissement à l'irréversibilité du fait accompli ». Ainsi « le présent de la décision est un présent-origine, fondateur du temps, qui se constitue lui-même en présent-limite, soumis au temps. Passer de la liberté au destin, c'est passer de l'ouverture et de la protension de l'être à ... à la détention de l'être là : une présence au monde s'accomplit dans le monde. Elle y passe à l'état d'accompli, à mesure qu'elle se réalise selon l'ordre du temps irréversible »⁴⁶⁴.

Toutefois, Maldiney explique en quoi la fixation à ce moment inaugural transformant une liberté en destin n'est pas pour autant inéluctable. Cette présence devenue destin « peut toujours faire un présent nouveau de tout moment donné », or le mélancolique justement « bloque son attention rétrospective sur ce seul moment critique, dont l'ombre portée ferait désormais la nuit où s'engloutiraient tous les autres »⁴⁶⁵. Selon Maldiney, ce blocage est le fait du mélancolique qui est ainsi « soustrait d'avance à toute mise en demeure par son enfermement préalable dans un acte pour la faute duquel il s'est lui-même arrêté »⁴⁶⁶. C'est donc affirmer que la décision en elle-même (du changement de place ou de l'excursion en train) n'est pas véritablement la cause de la mélancolie bien qu'en elle-même (par son cours fatal) elle fasse événement (événement regrettable en soi). C'est le mélancolique qui fait de sa décision (regrettable) un arrêt du temps, un acte dans lequel il s'enferme et qui ne lui permet plus la « mise en demeure » de devenir soi. Ici la décision ne joue plus comme décision inaugurale rendant possible le mouvement de l'existence (mise en demeure de sortir de soi pour devenir soi), elle constitue précisément un arrêt du mouvement existentiel. Ainsi « au toujours de la perpétuité du présent nouveau [...] s'est substitué le toujours de la répétition d'un présent tourné vers un passé clos [...] le présent du mélancolique va au passé et vient du passé. Mais sans devenir. Son présent est toujours passé, son passé toujours présent [...] son temps est un *aiôn*, sans chronothèse ». Le présent du mélancolique n'est plus « incident à lui-même », il n'ouvre plus aucune « opportunité », il ne propose plus rien au mélancolique « à qui tout est importun sauf [...] le « rien faire » ». Le présent du mélancolique est ainsi « l'image négative » de « l'énergie vitale jaillissant de soi-même en soi-même », il est « l'éternelle rétention du *jamais plus* »⁴⁶⁷.

Analysant alors le rôle de la plainte mélancolique par rapport à ce temps arrêté, Maldiney explique qu'elle est, pour le mélancolique, « une défense [...] contre l'état qu'en même temps elle consacre »⁴⁶⁸. L'état du mélancolique est celui d'un être échoué (là où il en est arrivé)

⁴⁶⁴ *Ibid.*, p. 49.

⁴⁶⁵ *Ibid.*, p. 49.

⁴⁶⁶ *Ibid.*, p. 50.

⁴⁶⁷ *Ibid.*, p. 50.

⁴⁶⁸ *Ibid.*, p. 50.

mais aussi coincé entre « ces deux murs »⁴⁶⁹ que sont la décision et son point d'aboutissement (là). Selon Maldiney, ces murs sont sans avant (plus rien de précède la décision) et sans après (aucun avenir ne rouvre ce qui est arrivé à la suite de la décision) et le mélancolique fait de sa plainte une manière ultime d'exister entre ces deux points limites et de nier ce qu'ils constituent : « elle nie ce qui ne saurait être nié : la réalité du passé et plus généralement la réalité du monde. Elle constitue un anti-passé en vue d'aboutir un anti-présent. Autrement dit le dépressif mélancolique instaure dans sa plainte un anti-monde » et par là la plainte devient « le moyen par lequel la pensée emmurée tente de se donner du champ »⁴⁷⁰. En effet, en se répétant sans cesse « si je...je n'en serais pas là... », le mélancolique tente en esprit d'annuler sa décision pour ainsi nier ce qui a pu en découler, il recrée en quelque sorte un temps par lequel son existence aurait encore du sens. Pour autant, comme le souligne Maldiney, en même temps qu'elle est une défense contre la réalité, (l'état du mélancolique), la plainte « consacre » cet état puisqu'elle affirme la réalité de ce qu'elle nie.

Par là même, la dimension représentative de la plainte (une manière pour la pensée de se donner un champ d'action illusoire, dans un possible déjà réalisé) fait qu'elle semble, selon Maldiney, correspondre à une impossibilité de ressentir quoi que ce soit : « comme elle est un substitut de l'action, la plainte du mélancolique est un moyen terme –tenté- entre la représentation objectivante et la présence communicative »⁴⁷¹. Le mélancolique ne peut plus se laisser « saisir » par les choses ni par les autres.

C'est visiblement la question du sens qui habite (comme dans les autres psychoses voire comme dans les névroses) le mélancolique, qui, selon Maldiney, ne se demande pas tant « pourquoi y a-t-il de l'étant plutôt que rien » (question métaphysique) que « pourquoi rien plutôt que quelque chose ou quelqu'un ? » et plus encore « pourquoi y a-t-il rien ? »⁴⁷². En effet, ce que suggère Maldiney, c'est que dans la situation mélancolique « son Rien n'est pas le Non de l'étant. Elle souffre d'une plus radicale indifférence ontologique »⁴⁷³. Ainsi « le mélancolique aspire à l'absence absolue mais l'échec de sa tentative se confond avec la raison de son projet : il tente d'échapper à cette positivité du néant qu'est le retour indéfini de son étance en soi-même »⁴⁷⁴. Pour Maldiney, c'est d'un certain rapport au néant que procède ainsi la mélancolie, néant pour ainsi dire visé en tant que « fond » d'où procèdent les choses mais où elles reposent dans leur indétermination. C'est dans ce fond visé que le mélancolique reste

⁴⁶⁹ *Ibid.*, p. 51.

⁴⁷⁰ *Ibid.*, p. 51.

⁴⁷¹ *Ibid.*, p. 54.

⁴⁷² *Ibid.*, p. 58.

⁴⁷³ *Ibid.*, p. 59.

⁴⁷⁴ *Ibid.*, p. 59.

« enlisé » et « incapable d'être son propre fondement », soumis au « vide du rien » et dans une « injustification totale ». Mais ce « vide du rien » et cette « injustification » sont pour Maldiney aussi bien le fait de la mélancolie que le fait de la schizophrénie, avec une différence toutefois. En effet, le rapport du schizophrène est davantage un rapport de « répulsion » mais qui, dans la répulsion même fait que s'opère une sorte de « glissement » de l'étant « en train de glisser dans tout son ensemble » et entraînant avec lui le sujet lui-même : « une telle expulsion constitue en effet l'essentiel du vertige. Celui qui est saisi par le vertige n'a plus de ici à partir duquel il puisse y être, parce que l'ensemble de l'étant qui l'investit et le traverse se trouve en même temps l'expulser et le désétablir de toute assise, en se creusant sous lui et autour de lui dans un mouvement tourbillonnaire qui est une dérobaie du fond »⁴⁷⁵. De ce fait, au lieu que l'injustification totale du schizophrène reste sans aucune justification en prenant la forme d'une aspiration au rien (comme dans la mélancolie ainsi que dans la manie), elle prend la forme inverse de « l'hyper-justification » « liée avec la surproximité de tout ». Dans la schizophrénie, le sens (tout sens, n'importe quel sens) devient une sorte d'« évidence numineuse » révélée par « l'expression » : « le caractère numineux, inhérent à l'expression en deça de tout signe, explique l'importance décisive de l'expression (par exemple du regard ou du visage) dans la genèse du délire schizophrénique – et il a sa résurgence dans la phase atmosphérique où il s'émancipe du thème originel pour devenir le sens du monde entier ». Selon Maldiney, dans la schizophrénie « à l'atrophie du sens se substitue l'hypertrophie »⁴⁷⁶. C'est dire que le « projet » du schizophrène se thématise de façon excessive à travers un projet « idéal » surdéterminé qui envahit tout son mode d'être et qui détermine tout le sens de ce qui lui arrive (au point que rien ne peut vraiment lui arriver justement). Pour Maldiney, c'est bien une défaillance dans ce rapport au fond et au fondement qui « explique » la psychose et ce fond est à comprendre comme fond indéterminé, fond qui renvoie à l'*apeiron* d'Anaximandre : « l'indéterminable d'où émerge et où s'abîme toute finitude », fond qui pose « la question de l'apparaître et du disparaître – et avec elle celle du rapport au temps, naissant de l'événement qui est à chaque fois avènement du monde »⁴⁷⁷. Pour Maldiney, cette question est « occultée » dans le délire schizophrénique. On peut donc comprendre qu'elle ne l'est pas dans la mélancolie (ainsi que dans la manie) qui confrontent le sujet explicitement au « rien ».

Pour répondre à la question de savoir comment fonder ce fond, Maldiney utilise les concepts de transpossibilité et de transpassibilité, à partir des notions de présence et d'existence. En

⁴⁷⁵ *Ibid.*, p. 60.

⁴⁷⁶ *Ibid.*, pp. 60-61.

⁴⁷⁷ *Ibid.*, p. 61.

effet, la présence suppose la capacité à «être à l'avant de soi », ce qui suppose une capacité à pouvoir être « par delà tous les possibles » (transpossibilité). Quant à l'existence, ce qui la caractérise selon Maldiney, c'est précisément d' « exister le fond » et « le fonder ». En cela « ex-sister c'est se tenir *hors et à partir de* [...] ce fond indéterminé. L'existence assume le fond, dont l'issue en elle dépend de son départ ; et c'est de ce départ que son rapport au fond se détermine, sans assignation préalable »⁴⁷⁸. Ce que Maldiney nomme alors transpassibilité, c'est alors ce rapport au fond « par delà toute forme possible de passivité »⁴⁷⁹. On comprend de ce fait que pour exister en étant présent à soi, pour devenir soi, il faut à la fois dépasser (dans la transcendance qui caractérise l'humain) tous les possibles déterminés et également se montrer capable avant cela même, de s'ouvrir à ces possibles dans une passivité dépassant la simple passivité simplement réceptive : il faut ouvrir le monde à des possibles qui nous transcendent.

Or ce que veut montrer Maldiney, c'est que la psychose mélancolique constitue une défaillance de la transpossibilité (plus rien de possible ne s'offre au sujet) : « l'existence mélancolique est un échec de la présence à fonder le fond. Elle le subit sous la forme d'un passé absolu qui n'est pas celui du présent d'une histoire », et ainsi elle « faute de transposable »⁴⁸⁰. Son enlèvement dans le fond et son aspiration au rien témoignerait en ce sens de cet échec à se possibiliser. A l'inverse, « la présence schizophrène est un échec de l'ex-istence à prendre fond », « une manière de ne pas prendre en charge le fond qui lui est à charge », et en cela elle « faute » de « transpassible »⁴⁸¹. Ici, le délire schizophrénique témoignerait de cet échec à s'en tenir à un fond sur lequel asseoir, faire reposer les possibilités qui alors se condensent selon un unique thème devenu idéal et imposant son sens à tout. Maldiney précise à ce niveau que « l'existence schizophrénique unit les deux moments opposés de la fuite des idées maniaque et de la pesanteur mélancolique, c'est-à-dire la productivité sans résistance et l'imposition sans échappatoire du numineux »⁴⁸². Comprendons par là que le schizophrène serait à la fois soumis au vertige des possibles visible dans la manie et au fait de subir le poids d'un seul possible donné (et irréalisable) visible dans la mélancolie : le délire témoignerait de cette ambivalence (ouverture à toutes les possibilités et fermeture à une seule non viable).

Pour résumer, Maldiney caractérise surtout la psychose mélancolique mais il la compare aux autres psychoses que sont la manie et la schizophrénie ainsi qu'à la « simple » dépression. Ce

⁴⁷⁸ *Ibid.*, p. 61.

⁴⁷⁹ *Ibid.*, p. 61.

⁴⁸⁰ *Ibid.*, p. 61.

⁴⁸¹ *Ibid.*, p. 61.

⁴⁸² *Ibid.*, p. 60.

qui semble apparaître ainsi, c'est donc une manière de comprendre phénoménologiquement la psychose mélancolique dans ce qu'elle a de caractéristique en tant que psychose : Maldiney semble faire de la mélancolie le type même de l'existence en échec caractéristique de la psychose en général, comme si l'on pouvait mieux comprendre cet échec (général) à travers le « modèle » (d'échec) que constituerait la mélancolie (notamment comme chute et comme perte du mouvement projectif existentiel). Mais en même temps, en comparant la mélancolie aux autres psychoses, on peut voir en quoi ces autres « maladies » de l'âme sont elles aussi des échecs de l'existence, quand bien même on pourrait ne pas le comprendre aussi bien qu'à travers la mélancolie. De même, en comparant la mélancolie et la dépression, Maldiney tente de montrer à quel point la mélancolie est un échec total de l'existence (en tant qu'impossibilité à « fonder le fond ») alors que la dépression témoignerait encore d'une manière positive d'exister. En ce sens, Maldiney souligne la différence radicale entre névrose et psychose, ce qui lui permet d'affirmer en quoi la folie (psychotique) permet de penser l'existence de l'homme à partir de son échec (ce que ne permet donc pas la névrose qui n'est pas en elle-même un tel échec).

La distinction entre mélancolie et dépression, abordée au début de *Psychose est présence*, est poursuivie dans l'étude suivante : *L'existence en question dans la dépression et dans la mélancolie*. Il nous semble intéressant de la reprendre pour tenter de déterminer si la chute dans la mélancolie est du même ordre que la chute dans la dépression, ou bien différente.

Soulignons d'abord la difficulté de cet article : on ne sait pas si Maldiney tient à distinguer dépression et mélancolie ou bien si au contraire il veut montrer en quoi elles témoignent toutes deux d'une défaillance existentielle. Cette difficulté tient à la manière dont Maldiney consacre ses paragraphes tantôt à la dépression tantôt à la mélancolie, sans qu'on sache exactement si l'enjeu de son analyse est la distinction entre ces deux maladies ou bien la mise en évidence de leur point commun (la notion d'existence, sa mise en échec). La même difficulté nous était apparue dans *Psychose et présence*, Maldiney employant parfois l'adjectif dépressif pour qualifier un état mélancolique. Son analyse du suicide témoigne selon nous de cette difficulté. On peut lire : « le suicide dépressif veut être une « Aufhebung » de l'existence. Et là est le véritable parallélisme avec Hegel : l'existence mélancolique est telle qu'elle veut à la fois se supprimer et se conserver dans cette suppression même »⁴⁸³. Ici on ne saisit plus la différence entre la dépression et la mélancolie.

Dans *L'existence en question dans la dépression et dans la mélancolie*, Maldiney part de l'analyse de Binswanger de la relation thérapeutique et de son but en tant que rencontre

⁴⁸³ *Ibid.*, p. 30.

censée permettre au sujet de retrouver la capacité à devenir soi dans la co-présence. Pour autant, il s'agit pour Maldiney de souligner les difficultés de la communication existentielle qui « peut être mise en échec aussi bien par la transcendance de l'autre que par l'absence de transcendance »⁴⁸⁴.

Il s'agit donc d'analyser ce qui rend possible cet échec de la transcendance et ce que cela implique dans la communication existentielle, en insistant sur la différence qui sépare la « simple » dépression et la mélancolie. Il semble que l'on doive retenir de cette étude que la dépression correspond davantage à des « troubles de l'humeur » qu'à une mise en échec de l'existence comme dans la mélancolie, même si l'on retrouve, dans la mélancolie aussi, une altération de l'humeur. Ce que veut suggérer Maldiney, c'est que dans la mélancolie, la communication existentielle (entre le malade et le thérapeute) est rompue, alors qu'elle ne l'est pas dans la dépression. C'est cette rupture radicale qui alors, lorsqu'elle est analysée, permet de comprendre les conditions mêmes d'une communication existentielle « normale » : « C'est la psychose mélancolique, bien plutôt que la dépression simple, qui révèle négativement les conditions de possibilité et de mise en œuvre de la communication existentielle »⁴⁸⁵, « ce « Je peux » ou ce « Je fais » est bien ce qui fait le plus expressément défaut au mélancolique, et ce manque indique par contraste ce qui rend possible la communication existentielle »⁴⁸⁶.

Ainsi, pour Maldiney la transcendance qui caractérise l'existence humaine passe notamment par autrui qui, en tant qu'altérité « me transcende de toute l'altérité par quoi s'exprime pour moi sa libre ipséité ». Evoquant et citant Lévinas, Maldiney explique en quoi « l'apparition d'autrui me frappe d'impouvoir »⁴⁸⁷. Ici est signifiée la difficulté même (en soi) de la rencontre avec autrui. On comprend déjà que la maladie est une façon de rester « coincé » dans cette difficulté, ou bien d'y revenir suite à un événement.

L'existence quant à elle désigne la capacité à se tenir hors de, à être à l'avant de soi, elle prend le sens de la « présence » selon Maldiney. En cela, elle renvoie bien à l'idée de transcendance. Citant Heidegger, Maldiney explique en quoi « en transcendant, la présence advient en tant que telle à soi-même » et demande ce qui, dans la transcendance, est ainsi « transcendé, dépassé » et vers où. Réponse : ce qui est dépassé, c'est « l'ensemble de l'étant, y compris l'étant que je suis au milieu des autres étants » et cela « vers le monde »⁴⁸⁸. C'est semble-t-il dans ce mouvement à la fois dans et vers le monde que se joue la relation existentielle à

⁴⁸⁴ *Ibid.*, p. 65.

⁴⁸⁵ *Ibid.*, p. 69.

⁴⁸⁶ *Ibid.*, p. 70.

⁴⁸⁷ *Ibid.*, p. 70.

⁴⁸⁸ *Ibid.*, p. 66.

autrui, le monde étant à comprendre ici comme « ce *dans le tout*, à partir de quoi de l'étant peut être, et ce « d'où la présence humaine se fait annoncer, quel étant elle peut rencontrer et comment elle le peut »⁴⁸⁹»⁴⁹⁰. C'est donc dans un « rapport à » que se fait le mouvement de l'existence par lequel « la présence a sens » et où « s'origine » « la notion de sens ». Or selon Maldiney, dans la mélancolie justement « la communication existentielle est interdite parce qu'il n'y a plus personne avec qui communiquer »⁴⁹¹. Il s'agit alors pour Maldiney de préciser en quoi consiste cette défaillance de la transcendance, en distinguant notamment ce qui caractérise les états « simplement » dépressifs et ceux de la psychose mélancolique. Il s'agit également de montrer en quoi la défaillance existentielle observable dans la mélancolie permet de comprendre les conditions d'une existence non défaillante.

Ainsi, les états dépressifs sont semble-t-il à comprendre à partir de l'analyse des troubles de l'humeur (*Stimmung*), humeur qui même en temps « normal » subit des variations et notamment peut subir une « chute de potentiel vital » et engendrer « fatigue, lassitude, grisaille, regret, résignation, indifférence... »⁴⁹² états qui témoignent selon Maldiney d'une manière particulière d'être « en rapport à » (nous-mêmes et au monde) et donc d'être « accordés ». En cela, dans ce type d'états ressentis que Maldiney nomme « tonalité pathique », notre rapport existentiel est marqué selon Maldiney (et Heidegger) par une certaine « tonalité », accord, ambiance teintant à la fois notre propre « humeur » et « le climat du monde », qui, dans ce type d'états, sont en « ton mineur ». Ce qui intéresse Maldiney ici, dans cette analyse, c'est de montrer que certains états « normaux » témoignent de cette « *Stimmung* », notamment lorsqu'elle n'est plus communicative. Pour autant, même si l'on ne comprend pas ces états qui font que notre humeur varie, ces états témoignent encore d'une capacité à communiquer : nous pouvons comprendre celui qui par exemple se plaint d'être accablé ou de n'avoir plus de goût à rien. Ainsi nous pouvons comprendre le dépressif.

C'est à partir de l'analyse que fait von Weizsäcker du « cercle de la forme » (*Der Gestaltkreis*) que Maldiney interroge cette manière d'être dans un rapport au monde engageant à la fois le monde et le sujet, chacun imposant une sorte de mise en forme à l'autre à partir d'une « zone de contact »⁴⁹³ rendant possible leur interaction. Ainsi comme le souligne Maldiney, l'expression « être en forme » s'applique à un corps (corps propre, corps vécu) qui « entretient sa cohérence avec l'*Umwelt* selon un schème dynamique capable d'articuler la

⁴⁸⁹ Heidegger, *Vom Wesen des Grundes*, 1955, Frankfurt a/M, Klostermann, p. 15

⁴⁹⁰ *Penser l'homme et la folie*, p. 67.

⁴⁹¹ *Ibid.*, p. 67.

⁴⁹² *Ibid.*, p. 67.

⁴⁹³ *Ibid.*, p. 71.

plénitude de son espace potentiel »⁴⁹⁴. Ainsi dans l'humeur ce n'est pas seulement le « monde intérieur » qui est en question car « dedans et dehors ne désignent pas des régions séparées dans l'espace objectif, mais les pôles d'un même espace de jeu », comme l'expriment les vers de Verlaine cités par Maldiney : « il pleure dans mon cœur, comme il pleut sur la ville »⁴⁹⁵. A ce point de l'analyse, Maldiney explique en quel sens il faut comprendre ce monde intérieur vécu (en interaction avec le milieu). Ainsi, dans les « simples » troubles de l'humeur, ce qui serait en question, ce serait le rapport intérieur au monde extérieur, où le contact avec le monde extérieur ne serait pas complètement rompu et avec au milieu une comparaison avec la mélancolie.

Comparant alors ces troubles de l'humeur (dépressifs) avec la mélancolie, Maldiney s'attache à distinguer ces « troubles de la *Stimmung* » avec « les perturbations du moi »⁴⁹⁶. En effet, dans et face à la psychose mélancolique, nous sommes face à une communication rendue impossible, où l'on se trouve face à une « imperméabilité » et ce parce que « c'est tout autre chose d'accéder à la compréhension de troubles affectant la structure intentionnelle de la temporalité »⁴⁹⁷. Pour Maldiney, ce qui caractérise la mélancolie est plus de l'ordre de « l'appréhension » et la psychose mélancolique témoigne d'un « manque d'appréhensions », caractérisée par une exclusion (totale) de l'environnement (« repli de l'*Umwelt* »⁴⁹⁸). Le mélancolique ne serait plus capable d'appréhender autrui (ni la réalité) c'est-à-dire d'accueillir cet existant sur « un fond de monde sur lequel [il serait] en prise de tout l'espace potentiel, animé, expressif, signifiant »⁴⁹⁹.

Pour expliquer cela, Maldiney montre que la rencontre avec autrui suppose que ces « deux existants ne communiquent pas face à face, fixés l'un à l'autre en attention centrale », car « ils communiquent dans et par le marginal, c'est-à-dire sur un fond de potentialités »⁵⁰⁰, lesquelles prennent la forme du « je peux » ou du « je fais », que Maldiney associe à des « pulsations individuelles »⁵⁰¹. Ce « rapport à » a alors le sens d'une « appréhension », laquelle est une manière d'accueillir les choses et le monde dans une ouverture faite à partir de soi.

Ainsi il semble bien que soit menacé, dans l'existence mélancolique, autre chose que « le mode de fonctionnement psychique (ou psycho-corporel) » et que ce soit « la série des contenus des vécus psychiques » qui soit en cause. Celle-ci ne se limite pas en effet au corps

⁴⁹⁴ *Ibid.*, p. 72.

⁴⁹⁵ *Ibid.*, p. 72.

⁴⁹⁶ *Ibid.*, p. 72.

⁴⁹⁷ *Ibid.*, p. 68.

⁴⁹⁸ *Ibid.*, p. 69.

⁴⁹⁹ *Ibid.*, p. 70.

⁵⁰⁰ *Ibid.* p. 70.

⁵⁰¹ *Ibid.*, p. 70.

organique (physique) mais à « la série des contenus des vécus psychiques » dont le « point source » est (en référence à Binswanger) « la personne spirituelle individuelle » et dont le « lien » est « son histoire intérieure de vie »⁵⁰². En ce sens, ce qui est engagé dans la rencontre existentielle (avec le monde et avec autrui), c'est donc bien la totalité de la personne, comprenant aussi bien son corps (« fonction vitale » psychophysique) que son histoire intérieure, porteuse de « contenus psychiques » à saisir comme « sens » (contenus intentionnels). Dans la mélancolie, ce serait ces contenus psychiques (sens) qui seraient en question et qui rendraient la communication (thérapeutique) quasi impossible.

Ainsi, la différence entre la dépression (états dépressifs liés à une variation d'humeur) et la mélancolie tiendrait à la différence entre une « simple » perturbation de la « fonction vitale », engageant notre corps vécu ou corps psychique sans pour autant engager notre histoire intérieure de vie (nos contenus psychiques, notre histoire personnelle) et une perturbation liée à la totalité de cet ensemble (fonction vitale/histoire intérieure de vie). Selon Maldiney, il y a à la fois une différence radicale entre fonction vitale et histoire intérieure de vie (dimension proprement existentielle de l'homme) et un point de passage légitimant la démarche thérapeutique (puisque celle-ci se doit d'intervenir à la fois sur le plan existentiel et sur le plan « bio-psychologique »).

Ce point de passage ou d'articulation (également point de passage entre dépression et mélancolie) semble apparaître sous le terme d'« *endon* » signifiant « le dedans » et désigne le « fond vital » constituant « l'être-de-l'homme en tant que tel » (Maldiney citant H. Kunz), ou des « manières d'être tout à fait primordiales de l'être humain : l'histoire vitale dans sa rythmicité et dans son mode d'écoulement, sa cinétique »⁵⁰³. Cette endogénéité serait également à comprendre comme échappant à la maîtrise du sujet puisqu'elle serait aussi le monde (environnement) se déployant en dedans de l'homme, constituant ainsi l'entrelacement entre l'homme et le monde dans leur interaction (instable). En tant que point d'articulation, l'*endon* n'est « ni le non-personnel du biologique, ni le personnel au sens de l'existence »⁵⁰⁴.

Ici, il semble que Maldiney convoque les deux sens possibles de la notion d'événement pour expliquer en quoi l'*endon* prend le sens et la valeur d'un point de passage (et de rupture possible) entre histoire et destin : soit ce qui arrive à l'homme est approprié par lui pour lui permettre d'assumer son pouvoir être (devenir soi) (*Ereignis* : événement/avènement), soit ce qui arrive à l'homme n'est pas approprié et « arrive » simplement (*Geschehnis*). Cette distinction faite par Binswanger est reprise par Maldiney pour affirmer en quel sens l'histoire

⁵⁰² *Ibid.* p. 73.

⁵⁰³ Tellenbach, *La mélancolie*, p. 70 sq, dans *Penser l'homme et la folie*, p. 75

⁵⁰⁴ Tellenbach, *La mélancolie*, p. 37, dans *Penser l'homme et la folie*, p. 76.

de l'homme (le « caractère historial interne de l'être-homme » selon Kunz) est destin : elle n'est pas sous le coup de l'*Ereignis* mais sous le coup du *Geschehnis*, ce n'est pas l'homme qui la fait. C'est dire que l'homme subit son fond vital, son *endon* (son histoire intérieure en laquelle se déploie le monde environnant), il ne le constitue pas (comme il constitue son existence proprement dite).

Cherchant le point de passage entre « le fond vital et l'existence » et en même temps le passage de la dépression à la mélancolie, Maldiney cherche les traits fondamentaux de la dépression. Ici on peut comprendre qu'en analysant la dépression comme point de passage entre une défaillance purement fonctionnelle et une défaillance existentielle, Maldiney s'attache à rassembler dépression et mélancolie dans cette forme là de défaillance engageant la totalité de l'existence (et pas seulement le corps, les fonctions vitales).

Ainsi il met d'abord l'accent sur la manière dont ce passage met en cause le vécu de temps, l'aspect (vécu) que prend le temps. Ainsi dans la dépression, le temps n'est plus vécu comme croissance du « moi » (temps immanent) permettant le développement de la personne (histoire) et il est vécu comme décalé par rapport au « temps transcendant » (temps des autres et des choses, temps commun) : le sujet n'arrive pas à se représenter son devenir dans le temps commun. Ici Maldiney s'inspire d'E. Straus, dans *Dépression et vécu de temps*. Ainsi dans la dépression « le temps immanent au vécu cesse de croître, le développement de l'histoire individuelle est bloqué »⁵⁰⁵. C'est dire que le sujet ressent son « pouvoir-agir propre » sans lui donner aucun contenu (dans le temps), ce qui crée le sentiment d'ennui propre au dépressif. La manière dont le temps (immanent) est vécue met en évidence un certain « aspect » du temps, aspect que Maldiney nomme « schème de temporalité », « façon de déployer et de structurer le temps indépendamment de toute considération d'époque ». Ici cet aspect prend la forme (exprimée) de la « décadence », de la « fermeture », de « l'état d'accompli »⁵⁰⁶ : le présent se présente comme déjà arrivé, comme n'arrivant plus.

Evoquant « le corollaire » de cette temporalité décadente, Maldiney souligne le fait pour l'existence du dépressif de devenir « retraits en soi », c'est-à-dire retraits en son corps. Le dépressif se retire en son corps mais son corps demeure « parlant » et témoigne d'une souffrance atteignant sa capacité à disposer de son corps (il se distingue de l'hypocondriaque qui se plaint uniquement de son corps, de ses organes) : « l'indisposition dont il souffre consiste avant tout dans la non disposition de son corps »⁵⁰⁷. Dans la mélancolie aussi c'est le corps qui continue de parler.

⁵⁰⁵ *Penser l'homme et la folie*, p. 78.

⁵⁰⁶ *Ibid.*, p. 78.

⁵⁰⁷ *Ibid.*, p. 78.

Maldiney souligne alors que dans ce corps qui parle, le « Je » qui s'exprime (depuis le corps) « dit comment je suis mon corps », en mettant en avant son « refus de prendre, d'accepter », sa révolte d'être seul confronté au « vide existentiel total » au « néant »⁵⁰⁸ (vide causé par l'impossibilité de « pouvoir » être soi). La question devient pour Maldiney celle de savoir à quoi renvoie ce « Je » qui s'exprime ainsi depuis le corps et c'est cette fois dans la mélancolie qu'il cherche la réponse (pour suivre « en sens inverse la suite discontinue des transformations qui marquent le passage d'une dépression simple à une dépression névrotique ou à une dépression psychotique »). S'appuyant sur Bin Kimura⁵⁰⁹ il explique en quoi le mélancolique a son « Je » déterminé par les attentes des autres (autres non individualisés) et en quoi « eux et lui s'identifient dans le « on » »⁵¹⁰, à travers un « jeu de rôle » que Tellenbach met au fondement de ce qui pour lui caractérise le type mélancolique, à savoir une « constellation d'includence » (obsession de la tâche à accomplir et de l'ordre auxquels s'oppose le désordre du rien). Comparant ce type mélancolique au dépressif, Maldiney souligne que le dépressif aussi se tient dans ce jeu de rôle mais sans espace de jeu, sans ouverture (ce qui signifierait donc que le mélancolique lui disposerait de plus d'espace de jeu où il se donnerait justement des « choses à faire »).

Analysant alors ce « on » dans lequel le dépressif et le mélancolique se tiendraient, Maldiney faisant référence à Heidegger souligne qu'il s'agit d'un « être-là qui au sein de son être-jeté n'a pas entendu l'appel à son pouvoir-être, parce qu'il n'y a pas répondu »⁵¹¹. A la question de savoir pourquoi (pourquoi il n'y a pas répondu) Maldiney répond en convoquant la notion de « sentir » : le dépressif (notons que Maldiney reprend l'exemple de la dépression...) ne ressent plus rien, il ne sent que son absence de sentiment : « ce qui fait défaut ici, c'est la dimension pathique [...] du ressentir, celle de la communication symbiotique avec les choses (Straus)...ou mieux de notre communication avec le monde entier à travers le moindre événement sensible »⁵¹². Ainsi le dépressif ne se sent plus se sentant avec le monde dans une rencontre, dans l'ouverture réceptive par laquelle on rend possible l'apparaître du monde : « sentir [...] c'est sentir soi et le monde, soi avec le monde », « cet avec signifie une rencontre », « le sentir est dans une contemporanéité d'origine avec l'apparaître, c'est-à-dire avec la manifestation de l'étant en tant que tel. Or il n'y a, il ne peut y avoir de manifestation que dans l'ouvert, dans l'ouverture duquel la présence a sa tenue en existant son là.

⁵⁰⁸ *Ibid.*, p. 79.

⁵⁰⁹ *Pathologie de l'immédiateté*, in *Ecrits de psychopathologie phénoménologique*, trad. J. Boudierlique, Paris, P.U.F., 1992

⁵¹⁰ *Penser l'homme et la folie*, p. 79.

⁵¹¹ *Ibid.*, p. 80.

⁵¹² *Ibid.*, p. 80.

Précisément le dépressif n'existe plus proprement son là. Le sentir est réceptivité [...] l'incapacité d'agir caractéristique du dépressif est sous la dépendance d'un défaut de réceptivité »⁵¹³.

Evoquant « en second lieu » (autre trait constitutif du point de passage entre défaillance de la fonction vitale et défaillance de l'existence caractéristique de la dépression et de la mélancolie) le « se mouvoir », Maldiney explique en quoi l'existence en échec dans la dépression et la mélancolie met en question la motricité du sujet qui ne peut plus « se mouvoir » et qui donc se plaint de la pesanteur des choses et de lui-même (fardeau), impliquant une forme d'inhibition. Reprenant le mot allemand pour dire la dépression (*Schwermut*) Maldiney explique en quoi ce mot veut dire « pesanteur du cœur (*Gemüt*) »⁵¹⁴ (Schelling), le *Gemüt* renvoyant à la notion de « fond ». L'idée de Maldiney, s'inspirant ici de Heidegger, semble être que le sujet (*Dasein*) ne peut se projeter (comme transcendance, comme ouvreur de monde et de soi) qu'à partir du fond de sa facticité (sa dimension d'être-jeté), qu'à partir du fond de l'étant où il se trouve lui-même pris en tant qu'étant. Le défaut de transcendance peut alors être compris comme une manière pour la « présence humaine » d'être « rejetée à sa pure facticité injustifiable, qui correspond en réalité à l'*endon* ». Ainsi « telle est la condition du dépressif incapable de se dépasser lui-même, c'est-à-dire d'ex-sister. Sa difficulté d'être selon son pouvoir-être propre, son impuissance à exister emprunte le langage du rien, du vide, du négatif. Quant le patient parle de pesanteur, son impuissance à se soulever ne se rapporte pas au monde extérieur mais à son propre ressentir. Il exprime par là l'effort qu'il doit faire pour surmonter le vide ».

La conclusion de Maldiney porte alors sur le rapport qu'entretient ce vide avec le « on » en tant qu'ils témoignent tous deux d'un échec du « pouvoir-être absolument propre »⁵¹⁵. Ainsi le dépressif endure le vide en sentant peser paradoxalement le poids de son incapacité à le surmonter dans un « pouvoir-être » en s'attachant notamment à répondre à l'appel d'« endettements » multiples (auto-reproches, dettes...) empêchant la réalisation de soi authentique comme c'est le cas lorsque nous sommes soumis au « on ». Cette incapacité est à comprendre comme un échec de l'appel de la conscience qui « provoque à la situation »⁵¹⁶, c'est-à-dire qui somme le sujet de devenir ce qu'il est à partir de lui.

Mais Maldiney se distingue de Heidegger en montrant qu'il ne s'agit pas tant de devenir sa facticité (deviens ce que tu es en le devenant en propre par toi-même) en partant de cette

⁵¹³ *Ibid.* p., 80.

⁵¹⁴ *Ibid.* p. 81.

⁵¹⁵ *Penser l'homme et la folie*, p. 84.

⁵¹⁶ Heidegger, *Sein Und Zeit* dans *Penser l'homme et la folie*, p. 82.

facticité (être-jeté) que de partir (référence à Bin Kimura) de « l'immédiateté » d'un soi originaire inconstruit, se tenant dans « l'Ouvert » (ouvrant le monde et soi avec le monde). Pour Maldiney, la notion heideggerienne de « projet » est « déjà une configuration postérieure à l'Ouvert, une première construction de nous-même »⁵¹⁷.

Or ce soi originaire est à resituer au niveau du sentir : « il nous faut revenir au sentir et au ressentir », là précisément où peut surgir l'événement dans son « apparition sans prémisses », dans la surprise que cause sa manifestation en tant qu'événement : « tout événement du sentir, tout surgissement soudain de « moi avec le monde » a lieu dans la *surprise*, c'est-à-dire qu'il excède la prise – comme toute rencontre. Il n'y a de réel que ce que l'on n'attendait pas et qui soudain est là depuis toujours »⁵¹⁸. S'inspirant de von Weizsäcker dans *Anonyma* pour évoquer l'événement, Maldiney cite : « pour un être capable de rencontre [...] est possible un vécu qu'on peut décrire en disant que quelque chose nous est donné, surgit, en sorte que soudain nous l'avons, expulsé de l'inconnu comme d'un cratère [...] Violence ou don reçu, nouveau et unique, a lieu un événement »⁵¹⁹. Pour Maldiney, c'est précisément du rien et du vide que surgit l'événement : « c'est à partir de l'in-étant, de ce qu'il faut appeler le néant, qu'apparaît quelque chose »⁵²⁰ et si ce rien est « encombré » (comme c'est le cas chez le dépressif) alors ce rien devient lourd et oppressant car rien ne peut plus surgir de lui comme événement.

Ainsi « c'est le point commun à la dépression et à la mélancolie en tant que psychose, que cette absence, cette obstruction du vide, ce voilement du rien. Par là s'explique aussi l'impression de pesanteur, une impression de poids et de fatalité. Ce qui est en défaut, c'est la réceptivité, laquelle n'est pas de l'ordre du projet mais de l'accueil, de l'ouverture », « c'est ce que je nomme la transpassibilité et c'est faute de transpassibilité que non seulement la schizophrénie mais la mélancolie s'installent, et que commence aussi la dépression »⁵²¹.

Et Maldiney de conclure sur « l'état dépressif de notre époque, dissimulé sous l'activisme du « on » » où la réceptivité est « préconstruite, ajustée à l'économie d'un système d'informations et d'actions » et où « y manque le Rien à partir de quoi seulement peut surgir l'événement-avènement, l' « *Ereignis* » qui s'approprie soi-même – comme l'existant »⁵²².

Ce que l'on peut retenir de cette analyse portant à la fois sur la dépression et sur la mélancolie, c'est peut-être surtout la manière dont on peut distinguer ces maladies. La difficulté (déjà évoquée) tient à ce que Maldiney parle parfois d'états dépressifs pour qualifier

⁵¹⁷ *Penser l'homme et la folie*, p. 84.

⁵¹⁸ *Ibid.*, p. 84.

⁵¹⁹ *Ibid.*, p. 84.

⁵²⁰ *Ibid.*, p. 84.

⁵²¹ *Ibid.*, p. 85.

⁵²² *Ibid.*, p. 85.

les symptômes présents dans la mélancolie. Ce n'est qu'à des occasions très précises qu'il distingue ce que l'on appelle aujourd'hui « dépression » de la psychose mélancolique. Cette distinction apparaît selon nous assez clairement dans la manière dont Maldiney évoque les troubles de l'humeur pour qualifier ce que l'on nomme dépression. Il suggère ainsi une différence entre la dépression névrotique, la « dépression », et la mélancolie. Nous comprenons que par « dépression » il faut entendre ces troubles de l'humeur, endogènes, provoqués par l'endon (manière dont notre corps rencontre le monde dans une ambiance ou tonalité teintée ici d'ennui). Ainsi « on parle de dépression végétative ou de dystonie neuro-végétative, dans la mesure où les patients qui en sont atteints ne se plaignent que de leur corps, sans même présenter parfois une humeur dépressive [...] le noyau essentiel de ces troubles simples de l'humeur ne tient ni de la psychose ni de la névrose. Autre chose y est en jeu, une problématique d'abord reconnue comme perturbation du corps vivant-vécu, corps thymique, corps végétatif »⁵²³. Cela rejoint l'idée actuelle selon laquelle la dépression peut avoir plusieurs formes et relever de différents facteurs (soit isolés, soit combinés) avec, au centre, la même impression de « vide », impression commune aux différentes formes de dépressions (mélancolie, névrose, troubles de l'humeur).

Si l'on veut tenter de faire un bilan sur les différentes maladies évoquées précédemment, en les rattachant à leur point commun qui est la psychose en elle-même, c'est dans *De la transpassibilité* que l'on trouve un résumé formulé ainsi : « Le mélancolique est incapable d'accueil et de rencontre », « le maniaque se soustrait sans cesse à l'accueil en devançant tout instant où quelque chose risque d'arriver », « quant au schizophrène, c'est lui qui nous conduit à la découverte de la béance où tout événement est d'avance englouti », où « il n'y a plus d'événement sauf celui unique et non transformé, dont son existence est un ressassement, et qui se démultiplie sans cesse en lui-même »⁵²⁴.

Là où au contraire la transformation a lieu, positive, « la béance disparaît à travers elle-même dans la patence de l'ouvert », « l'être-là s'expose à lui-même sous un autre horizon [...] il est l'horizon du hors d'attente, d'où tout arrive, et tel qu'à l'exister nous nous arrivons à nous-même »⁵²⁵.

E – Aspects thérapeutiques (image alpiniste coincé, rencontre/événement/présence/rôle de l'œuvre d'art)

⁵²³ *Ibid.*, p. 71.

⁵²⁴ *Ibid.*, p. 308.

⁵²⁵ *Ibid.*, p. 308.

La question de la thérapie est moins abordée, cela semble aller de soi, chez Maldiney que chez Binswanger. Pour autant, on trouve chez Maldiney des passages consacrés à cette question. Là encore, malgré les influences de Binswanger, les concepts maldineysiens sont bien présents et donnent un sens particulier au problème que pose la thérapie existentielle.

On trouve ainsi l'idée du rôle que jouent l'événement et la rencontre : si le sujet « tombe » malade suite à un événement ou à une rencontre problématiques, il peut, à l'inverse, être soigné voire guéri de la même façon. Chez Maldiney, la rencontre avec l'œuvre d'art est ainsi interrogée dans ce rôle thérapeutique. La danse (comme rythme remettant en forme et en mouvement le temps vécu) est aussi évoquée. L'image du malade comparé à un alpiniste coincé en haut d'une montagne où il se serait aventuré au point de ne plus pouvoir ni avancer ni reculer est très présente (et empruntée à Binswanger). Le rôle du thérapeute est alors à comprendre comme consistant à aller chercher le malade « là » où il est, pour le faire redescendre dans le monde commun.

La guérison est à comprendre en ce sens comme la possibilité de retrouver l'événement inaugural capable d'ouvrir le rien dévoilé sur quelque chose qui transforme notre existence en nous faisant advenir à nous-même : « il faut savoir retrouver dans la perception le sentir, dans le monde l'*Umwelt*, dans le projet l'accueil, dans le Rien l'Oouvert, dans la présence le soi »⁵²⁶. C'est dire qu'il faut qu'un événement puisse nous « rouvrir » au rien d'où advenir et cet événement prend le sens de la rencontre et de la surprise, comme la rencontre avec un chamois que nous avons déjà évoquée ou la rencontre avec une belette (déjà évoquée aussi comme exemple chez Binswanger). Ici, il ne s'agit pas tant pour le malade de se rouvrir (lui-même) de nouveau à l'événement, puisqu'il est malade de ne pouvoir le faire justement, que d'être rouvert par « un » événement surprenant (capable de contrer en quelque sorte sa constitution défaillante).

Attachons-nous à l'analyse de ces idées pour préciser la manière dont Maldiney conçoit la thérapie, à travers quelques extraits de *Penser l'homme et la folie*.

Dans *Psychose et présence* (première étude), Maldiney prend l'exemple d'une malade mélancolique de R. Kuhn, dont les symptômes typiques sont la « fixité rigide », la « fixité inerte », la « rigidité dans le vide », l'« exclusion du se mouvoir »⁵²⁷. Or, nous dit Maldiney, « cette malade est libérée par la danse ». Car « l'espace de la danse, articulé par le rythme, ignore toute zone arrière, donc d'insécurité du côté d'où l'on vient, c'est-à-dire du passé, dans lequel justement le mélancolique est retenu [...] elle éprouve notamment un sentiment de liberté dans les entrechats et les sauts, parce que, suspendue en l'air, elle est affranchie de la

⁵²⁶ *Ibid.*, p. 213.

⁵²⁷ *Ibid.*, p. 16.

pesanteur du sol »⁵²⁸. Ici, on voit en quel sens l'existence malade, déséquilibrée, doit, pour se rééquilibrer, trouver de quoi en quelque sorte inverser la tendance. Ici, c'est le mouvement et le rythme qui contrebalancent l'inertie et le sentiment de poids. C'est le mouvement en hauteur qui contrecarre la tendance à s'enliser.

On comprend que l'action thérapeutique a pour cible le noyau temporel, d'où émane la capacité du sujet à transcender son existence (pour devenir soi). S'appuyant sur Binswanger (dans *De la psychothérapie*), Maldiney reprend deux grands principes de sa théorie de la communication existentielle. Rappelons ces principes : la communication entre le médecin et le malade doit relever d'un « être-avec » (et non pas d'un face à face) comme dans l'amitié ou l'amour, et le médecin apporte, par son savoir et sa pratique, quelque chose de « nouveau » à cette rencontre. Il résume ces principes ainsi : « communication dans l'existence et action visant à la libération et à la direction des « forces » bio-psychologiques, tels sont les deux pôles de la psychothérapie médicale »⁵²⁹, en précisant que ces deux pôles sont dans un rapport « dialectique », à savoir « d'appartenance mutuelle », pour empêcher que l'un puisse fonctionner sans l'autre. Ainsi il ne faut, en tant que médecin thérapeute, ni être « seulement l'ami ou l'amoureux du malade », ni être « seulement au service d'une affaire »⁵³⁰ (c'est-à-dire seulement médecin). Or il s'agit pour Maldiney de souligner la difficulté, pour le thérapeute précisément, de communiquer avec le malade, dont la transcendance est en échec : « La communication existentielle, toutefois, n'a pas cette transparence immédiate que l'aisance de l'exposé de L. Binswanger pourrait donner à croire. Elle se heurte, en effet, à deux obstacles contraires qui tiennent à la dimension même de l'existence. Elle peut être mise en échec aussi bien par la transcendance de l'autre que par l'absence de transcendance »⁵³¹. On devine ici que l'action thérapeutique devra ainsi passer par « autre chose » qu'une communication « normale », d'où le rôle par exemple de la danse pour la malade citée précédemment.

Ce peut être également la rencontre avec l'oeuvre d'art. On comprend en effet que la rencontre thérapeutique a une dimension pathique, sensible, vitale, au point de pouvoir prendre le sens d'une rencontre avec « de quoi » retrouver un point d'appui, avec quelque chose pouvant inspirer de nouveau une « tenue » ainsi qu'une mise en forme, un « exister ». Ce quelque chose peut de ce fait aussi bien prendre la forme d'un animal (« se tenant dans l'ouvert ») que de la danse (rythmant et portant notre corps), que de l'oeuvre d'art plus généralement. Ainsi,

⁵²⁸ *Ibid.*, p. 16.

⁵²⁹ *Ibid.*, p. 65.

⁵³⁰ *Ibid.*, p. 65.

⁵³¹ *Ibid.*, p. 65.

« la forme esthétique, écrit Maldiney dans *L'Art, l'éclair de l'être*, dans la mesure même où elle est forme en formation, *Gestaltung*, par le rythme diastolique-systolique, empêche avant tout le retour des énergies ouvrantes et fermantes à la masse, leur « retour au fond, à la matière première vers laquelle se retirent toutes les matières de l'oeuvre »⁵³². Seule cette forme ouvre l'Ouvert, seule elle fait à proprement parler exister le fond : lui donne sa valeur d'être le fond (le *Grund*) d'une existence, et non le sans-fond (*Undgrund*) où s'abîme tout exister »⁵³³. Ici, c'est bien sûr la rencontre avec une œuvre d'art qui peut avoir une valeur et une portée thérapeutiques, mais il est clair que cette rencontre avec l'art peut prendre une forme plus « accessible » pour les malades, comme lorsqu'il s'agit de permettre à la malade de Kuhn de danser ou de sautiller. L'art-thérapie se veut en cela une thérapie « par l'art » dans un sens modeste, tout comme l'ergo-thérapie certainement. Il ne s'agit pas tant de faire des malades des artistes ou des travailleurs économiques que de tenter de restaurer en eux la possibilité de se tenir de nouveau dans l'existence, dans un rythme et un mouvement capables de réintroduire une dynamique temporelle de mise en forme de soi.

Pour conclure sur l'approche maldineysienne de la maladie et de la chute, dans leur rapport avec la notion d'irréversibilité, il apparaît donc que là aussi l'hypothèse d'une constitution particulière prédisposant à « tomber malade » ou à devenir fou est formulée et c'est cette prédisposition qui nous intéresse. Le rôle de l'événement dans son rapport à cette constitution est également posé et il convient de l'éclaircir tant il est posé comme central.

Manque toutefois pour nous une autre approche encore, venant compléter les deux précédentes, et portant plus précisément sur la notion même de temps convoquée par l'approche phénoménologique et permettant de comprendre la perte de capacité projective du sujet tombant malade (cette perte étant l'irréversibilité même de la chute).

C'est pourquoi nous nous appuyons maintenant sur les analyses de Minkowski pour justement mieux comprendre l'essence temporelle impliquée dans la notion d'existence. Le concept de « temps vécu » apparaît en ce sens comme central pour nourrir et préciser notre travail. Tout autant, l'analyse que fait Minkowski de l'idée de « perte » (perte d'élan vital) ne peut que nous interpeller puisque cette notion semble contenir une dimension temporelle d'irréversibilité. Enfin, on retrouve chez Minkowski l'idée de constitution ou de structure permettant de rendre compte du rapport au monde caractéristique du sujet humain.

⁵³² *L'Art, l'éclair de l'être*, éditions Comp'Act, 1993, pp. 19-20.

⁵³³ Jean-Christophe Goddard, *Henri Maldiney et Gilles Deleuze. La station rythmique de l'oeuvre d'art*, Université de Poitiers et Toulouse le Mirail, <https://www.henri-maldiney.org>

III – Minkowski : la maladie comme perte d'élan vital

Les analyses de Minkowski dans *La schizophrénie* (1927) et *Le temps vécu* (1928) offrent ainsi l'intérêt de porter plus directement peut-être (que celles de Binswanger et de Maldiney) sur les « causes » ou « mécanismes » de la maladie mentale, en cherchant à décrire la maladie « en amont », c'est-à-dire avant sa manifestation, même si sa démarche reste inspirée par la phénoménologie et donc essentiellement compréhensive. Un certain nombre de passages des analyses de Minkowski mentionnent très clairement des termes suggérant qu'il s'attache précisément à cette question des « causes efficientes » de la maladie, et à celle de savoir comment l'homme passe de l'état normal à l'état malade.

Ainsi, dans l'introduction de *La schizophrénie*, en partant des analyses de Bleuler (sur la schizophrénie ou « démence précoce"), Minkowski précise assez rapidement qu'il ne s'agit pas tant pour lui de développer une conception « psychoanalytique » de la schizophrénie (description des symptômes, classification et mise en évidence de « complexes » à l'œuvre dans la maladie) que de mettre en évidence les « problèmes psychologiques » contenus dans la notion de schizophrénie (idée de structure, de lois, de constitution). Minkowski évoque en ce sens ce qui chez Bleuler s'apparente à ce souci, à savoir la mise en évidence de « deux côtés », à savoir « le côté psychoclinique ou structural » et « le côté psychoanalytique » de l'individu, le premier renvoyant à « la structure de la personnalité vivante », aux « phénomènes essentiels dont elle se compose », à la manière dont « ces phénomènes se regroupent quand l'un deux fait défaut, comment ils font face à l'atteinte portée dans ce cas à la synthèse de la personnalité, et quelles sont les attitudes morbides qui en résultent »⁵³⁴, et le second renvoyant au contenu psychique du passé de l'histoire individuelle. Minkowski écrit clairement : « C'est le côté structural que je cherche à mettre en relief, car c'est lui qui, à mon avis, constitue la clé de voûte du problème de la schizophrénie, et même peut-être au-delà, d'une psychopathologie générale d'avenir »⁵³⁵, puis il explique en quoi les trois chapitres centraux de son ouvrage, consacrés à exposer « les données concernant la structure intime du psychisme schizophrénique » sont « la partie la plus importante de (son) étude »⁵³⁶. Toutefois, pour expliquer en quoi à la fois il s'inspire et se distingue de la théorie de Bleuler, il explique : « sur bien des points, je m'écarte de Bleuler, et plus particulièrement, sous l'influence de Bergson, je vois le trouble initial de la schizophrénie non pas dans un relâchement des

⁵³⁴ *La schizophrénie*, p. 30.

⁵³⁵ *Ibid.*, p. 30.

⁵³⁶ *Ibid.*, p. 30.

associations, mais dans la perte de contact vital avec la réalité »⁵³⁷ (il nous appartient de préciser cette différence).

Par ailleurs, ce qui nous est apparu comme central et en rapport avec notre étude, est bien, chez Minkowski, l'intérêt qu'il accorde à la temporalité dans son étude des maladies et de la manière dont l'on tombe malade. Cette temporalité qu'il nomme « temps vécu » permet selon nous de mieux saisir ce que Binswanger et Maldiney entendent précisément par structure temporelle ou noyau temporel. Comprendons toutefois que l'approche de Minkowski fait dériver les significations (pensées, sens, projet) du sujet malade du temps vécu (altéré) alors que pour Binswanger le processus est peut-être à comprendre comme inverse (les significations étant premières) : « Dans *La Fuite des Idées*, Binswanger reproche amicalement à Minkowski d'avoir par trop privilégié le phénomène du temps au détriment de la signification des expériences. Pour Minkowski, en effet, toute signification est intimement liée au temps et à l'espace vécus »⁵³⁸.

A – L'existence normale (équilibre syntonie/schizoïdie, harmonie avec l'ambiance, contact vital, temps vécu ouvert sur des possibilités à venir)

L'analyse de l'existence « normale » et de ce qui la conditionne est faite chez Minkowski comme chez Binswanger et Maldiney, à partir surtout de l'analyse de ce qui met cette existence en échec. Là encore, il est difficile de séparer les deux approches tant l'une est faite à partir de l'autre (et inversement). Nous nous limiterons donc ici dans cette partie à présenter les concepts en jeu dans ce qui pourrait caractériser une existence équilibrée pour les reprendre plus précisément ensuite dans l'analyse de la maladie. Nous le ferons à partir de *La schizophrénie* d'abord puis à partir du *Temps vécu*.

Ce que Minkowski met ainsi en premier plan dans *La schizophrénie* sont les concepts de syntonie et de schizoïdie, qu'il qualifie de principes vitaux et qui donc, puisqu'ils expliquent la maladie lorsqu'ils sont en défaut, peuvent à l'inverse rendre compte de l'existence normale lorsqu'ils ne le sont pas, sans pourtant pouvoir à eux seuls en rendre compte. Si Minkowski a en vue la schizophrénie d'un point de vue psychiatrique, sa démarche se veut également et plus largement phénoménologique : il veut savoir ce qui dysfonctionne dans la schizophrénie pour rendre compte de ce qui, dans le « monde » du schizophrène, le sépare du « nôtre ». C'est pourquoi il est possible de trouver dans cet ouvrage des éléments permettant de comprendre aussi la manière dont « normalement » le monde nous apparaît, avec, au centre, le

⁵³⁷ *Ibid.*, p. 31.

⁵³⁸ *Le temps vécu*, Introduction par Yves Pélicier, p. IX.

concept de « contact vital ».

Minkowski part tout d'abord des concepts de schizothymie et de cyclothymie pour amener ensuite la schizoïdie et la cycloïdie. Ces concepts permettent de rendre compte de la « constitution » du sujet et de son rapport à l' « ambiance ». Minkowski remplace toutefois le concept de cycloïdie par celui de syntonie (être accordé à l'ambiance), en empruntant cette démarche à Bleuler. Pour Minkowski, le sujet normal est tel que son rapport à l'ambiance témoigne d'un certain accord et d'une certaine harmonie, mais tel aussi que cet accord soit équilibré par une certaine distance. Il faut que l'on soit à la fois « dans » l'ambiance, mais pas confondu avec elle, pas absorbé totalement par celle-ci.

Citons pour illustrer cela ce passage de *La schizophrénie* où Minkowski peut affirmer : « La schizoïdie et la syntonie deviennent maintenant deux fonctions ou, comme dit Bleuler, deux *principes vitaux*, dont le jeu réciproque règle notre attitude à l'égard des événements, des personnes et des objets ambiants. Elles peuvent s'unir dans des proportions variables et déterminent ainsi l'aspect particulier de chaque individu »⁵³⁹. Pour illustrer cela, Minkowski prend l'exemple de deux jeunes gens ayant décidé d'aller en randonnée en montagne et qui voient leur excursion contrariée par l'annonce du mauvais temps : l'un des deux renonce dépité tandis que l'autre maintient son projet et rentre content. Pour Minkowski : « le fond psychologique est tout différent : l'un des deux jeunes gens désire se confondre avec la nature et avec l'ambiance, l'autre garde précieusement la décision prise et écarte toute influence étrangère [...] chez le premier prévalent les éléments de syntonie, la conduite du deuxième correspond bien davantage à la schizoïdie »⁵⁴⁰. Précisant que dans la vie syntonie et schizoïdie s'équilibrent (la première servant à « arrondir les angles » et la seconde à approfondir les choses et à donner du relief aux événements), Minkowski montre ensuite les défauts de chacun de ces états : « le conflit du syntone, c'est la recherche du moi qui semble lui échapper à chaque instant ; il vit trop dans les choses ambiantes. Le conflit du schizoïde, c'est la recherche des voies d'accès à la réalité, vers laquelle il n'arrive pas toujours à se frayer passage »⁵⁴¹.

Minkowski cherche toutefois à voir les avantages et les limites de ces notions que sont la schizoïdie et la syntonie : elles ont ainsi l'avantage de mieux rendre compte du « devenir biologique » que les travaux réalisés sur la personnalité (par Delmas et Boll) qui s'en tiennent uniquement à l'idée d'adaptation pour expliquer les modifications (pathologiques) de la personnalité. Selon Minkowski, « les notions de schizoïdie et de syntonie, par contre, tiennent

⁵³⁹ *Ibid.*, p. 58.

⁵⁴⁰ *Ibid.*, p. 59.

⁵⁴¹ *Ibid.*, p. 62.

compte de ce côté de la vie de l'individu »⁵⁴². Mais selon Minkowski elles ne s'appliquent qu'à « certains côtés de la vie » et ne rendent pas suffisamment compte de la vie « normale » : en servant la psychiatrie, elles permettent d'expliquer la vie « anormale » à partir de facteurs normaux mais elles n'expliquent pas plus largement ce qui détermine et oriente la vie normale. Or c'est cela que semble rechercher Minkowski d'une manière plus « philosophique » ou « phénoménologique » que psychiatrique (d'où son intérêt pour la philosophie de Bergson) : « la vie normale n'est pas uniquement la source de troubles mentaux »⁵⁴³. Comprenons par là ce que nous verrons plus loin dans l'analyse de la maladie, à savoir que la vie normale, comme la maladie, ne repose pas seulement sur l'équilibre des principes vitaux, elle suppose aussi que n'intervienne pas un autre facteur venant perturber cet équilibre (voir partie B). C'est dire que ces deux facteurs peuvent ne pas être en équilibre sans pour autant déclencher la maladie. Pour autant, leur équilibre témoigne d'une vie normale.

L'autre élément caractéristique de la vie normale, dérivé de ces deux principes vitaux, est la notion d'ambiance. La vie normale est censée garantir une certaine harmonie avec l'ambiance. Or, demande Minkowski, « en vertu de quels facteurs s'établit donc, à l'état normal, la concordance de ces mêmes facultés ? »⁵⁴⁴. Réponse de Minkowski : « c'est ici que surgit la notion de contact vital avec la réalité »⁵⁴⁵, contact qui « vise le fond même, l'essence de la personnalité vivante, dans ses rapports avec l'ambiance »⁵⁴⁶. Le contact vital avec la réalité est ce qui permet d'intégrer les éléments et événements extérieurs à notre vie intérieure sans pour autant être sans distance vis-à-vis d'eux, dans un rapport à la fois de proximité et de retenue, que suggère la notion de « contact ». L'adjectif « vital » renvoie quant à lui à l'idée que cette distance et ce rapprochement sont effectués par des « facteurs irrationnels », vitaux, liés à notre dimension biologique. Nous sommes, comme les êtres vivants, en rapport avec un milieu ambiant à intégrer plus ou moins et à absorber comme le vivant intègre des aliments.

Cette harmonie avec le monde ambiant est décrite comme étant « ce flot mouvant qui nous enveloppe de toutes parts et qui constitue le milieu sans lequel nous ne saurions vivre », d'où « émergent » les événements « comme des îlots ». Ceux-ci « viennent ébranler les fibres les plus intimes de notre personnalité, la pénètrent. Et celle-ci de nouveau les fait siens, vibre, comme une corde tendue, à l'unisson avec eux, s'en pénètre à son tour et, en y joignant les facteurs dont se compose sa vie intime, réagit d'une façon personnelle [...] par des actes, par des sentiments, par des rires ou des larmes, qui viennent se poser sur les flots du devenir

⁵⁴² *Ibid.*, p. 71.

⁵⁴³ *Ibid.*, p. 74.

⁵⁴⁴ *Ibid.*, p. 104.

⁵⁴⁵ *Ibid.*, p. 105.

⁵⁴⁶ *Ibid.*, p. 106.

ambient, s'y perdent comme une goutte d'eau, s'en vont vers l'infini qui nous échappe. C'est ainsi que s'établit cette harmonie merveilleuse entre nous et la réalité, harmonie qui nous permet de suivre la marche du monde, tout en sauvegardant la notion de notre propre vie »⁵⁴⁷. Remarquons ici que Minkowski fait intervenir la notion d'événement pour souligner l'interaction entre le sujet (malade ou normal) et le monde ambient via sa capacité à être relié précisément au monde extérieur « ambient » : c'est ce « milieu » symbole de contact avec la réalité, qui semble le point central de l'équilibre, en garantissant une bonne « intégration » des événements qui nous « arrivent ».

Le « contact avec la vie » est aussi ce que Minkowski nomme « sentiment d'être d'accord avec la vie et avec soi-même »⁵⁴⁸ et il qualifie ce « facteur » d'irrationnel, en le rattachant à ce qu'il appelle aussi « facteurs affectifs », en l'opposant, comme chez Bergson, à l'intelligence. Par ailleurs, Minkowski explique le rôle que joue ce facteur irrationnel dans la conduite de notre existence, en montrant que c'est grâce à lui que (paradoxalement) nous prenons des décisions « graves », en puisant en lui « des limites et de la mesure ». Ainsi, paradoxalement, c'est un facteur d'ordre irrationnel (affectif, vital) qui disciplinerait notre intelligence (notre rationalité) afin qu'elle « s'intègre à la réalité »⁵⁴⁹ et qu'elle nous maintienne en contact avec elle.

Dans nos actions, cet accord avec la réalité prend une forme cyclique. Minkowski l'analyse dans son chapitre consacré à l'autisme, pour justement la distinguer de l'activité autistique. Il met en évidence l'idée de « cycle de l'activité personnelle »⁵⁵⁰. Il s'agit de montrer que l'homme « normal » se doit, pour maintenir son activité en accord avec la réalité, soit être dans l'ambiance, soit au contraire s'en détacher, et ce, de façon cyclique. Notre « syntonie » (accord avec le monde ambient) doit laisser place parfois à « un facteur de schizoïdie », facteur imposé par ce que Minkowski nomme « l'élan personnel » et qui est une tendance à vouloir nous imposer face au monde pour « laisser une empreinte personnelle au devenir »⁵⁵¹, comme c'est le cas lorsque l'on a une « œuvre » à créer.

Mais c'est peut-être dans *Le temps vécu* que Minkowski, tout en s'attachant malgré tout et avant tout sans doute à la psychose, analyse les éléments constitutifs de l'existence « normale ».

Publié en 1928 (après *La schizophrénie*), il s'agit de l'ouvrage majeur de Minkowski dans lequel il s'attache à la notion de temps en s'inspirant de la philosophie de Bergson. L'enjeu est

⁵⁴⁷ *Ibid.*, pp. 106-107.

⁵⁴⁸ *Ibid.*, p. 130.

⁵⁴⁹ *Ibid.*, p. 130.

⁵⁵⁰ *Ibid.*, pp. 180-181.

⁵⁵¹ *Ibid.*, p. 181.

de distinguer le temps tel qu'il peut être pensé ou conçu du temps tel qu'on le vit depuis l'intériorité de sa conscience. Il s'agit donc en ce sens d'une approche phénoménologique du temps (même si la philosophie de Bergson n'est pas en soi à proprement parler « phénoménologique ») car il s'agit de décrire la manière dont la conscience vit le phénomène du temps ou vit le temps, comme phénomène, comme manifestation vécue. En s'intéressant au phénomène du temps, Minkowski s'attache à saisir ce qui semble être la structure (vivante) du sujet, tant normal que malade, au sens où ce serait le temps vécu lui-même qui déterminerait notre existence même, dans sa tenue et sa visée, dans son équilibre même. Ainsi selon notre manière de vivre le temps, nous serions plus ou moins équilibrés ou plus ou moins malades, la rupture se faisant avec la « perte de l'élan vital » (catégorie mise en évidence dans *La schizophrénie* et reprise ici sous l'angle du temps vécu). Cherchant à expliquer le sous-titre « Temps vécu, études phénoménologiques et psychopathologiques », la préface cherche ainsi à mettre en valeur la philosophie (issue de la phénoménologie) qui permet de s'attacher, autant que les sciences proprement dites, aux « faits » que sont les phénomènes morbides (pathologiques) tout en rendant possible leur compréhension: « Les données mises en évidence en psychopathologie par ce courant dit philosophique, ne relèvent point de l'abstraction mais sont également des « faits » [...] constituant [...] une voie d'approche importante pour la compréhension des mondes, énigmatiques et inaccessibles parfois au premier abord, dans lequel vivent les malades, les délirants en premier lieu »⁵⁵². Puis Minkowski explique en quoi cette inspiration philosophique (plus précisément pour lui phénoménologique) s'inscrit dans ce qu'il appelle le « courant anthropologique » permettant de faire de l'homme et de l'humain (dans des domaines différents mais étudiant tous l'homme d'une manière ou d'une autre) un objet de « science » (et pas seulement une abstraction théorique) et ayant en vue non pas « uniquement l'homme dans sa condition humaine mais l'être humain dans sa destinée et sa vocation »⁵⁵³.

La réflexion de Minkowski sur le temps, interrompue par la guerre et par son retour à la médecine, fut reprise lors des ses travaux en psychopathologie, comme l'explique l'avant-propos. Ainsi dit-il que ses pensées sur le temps « s'agitaient comme des fantômes [...] et [que] les notions psychopathologiques [qu'il essayait] de mettre en relief, comme celle du contact vital avec la réalité, trahissaient d'emblée une grande affinité avec les conceptions bergsoniennes, de même que l'étude des modifications que pouvait subir la notion du temps dans les diverses psychoses ne cessait de retenir [son] attention »⁵⁵⁴. L'avant-propos est déjà

⁵⁵² *Le temps vécu*, préface, pp. XIV-XV.

⁵⁵³ *Ibid.*, p. XV.

⁵⁵⁴ *Ibid.*, Avant-propos, p. 5

l'occasion pour Minkowski d'affirmer le lien entre la psychose et le phénomène du temps : « toute une série de manifestations psychopathologiques se laissent comprendre et approfondir sous l'angle du phénomène du temps et [...] la confrontation constante du normal et du pathologique considérés de ce point de vue est la voie principale, pour ne pas dire l'unique voie par où élargir suffisamment nos études relatives à ce phénomène [...] le phénomène du temps et probablement aussi celui de l'espace se situent et s'organisent dans la conscience morbide *autrement* que nous ne les concevons d'habitude »⁵⁵⁵ et Minkowski explique (comme Canguilhem) que ces phénomènes qui, normaux, passeraient inaperçus, deviennent, en devenant anormaux, centraux, essentiels à la compréhension de la vie normale. On retrouve ici effectivement la même idée que celle de Canguilhem lorsqu'il affirme, dans *Le normal et le pathologique*, en quel sens l'étude de la vie normale doit s'inspirer de la psychiatrie, puisque celle-ci montre, à partir des anomalies psychiques, ce que peut être le normal psychique, en conservant les mêmes éléments essentiels qui, dans le pathologique, ne constituent pas tant une différence quantitative (excès ou défaut de tel ou tel élément) qu'une différence qualitative, l'existence malade n'étant qu'une autre manière d'exister.

S'inspirant ainsi de Bergson, Minkowski s'attache à caractériser le temps vécu en le distinguant du temps « assimilé à l'espace » (temps mesurable, temps quantitatif, temps succession), et en mettant en avant son « dynamisme », sa parenté avec la notion de durée et de stabilité. Ainsi Minkowski en appelle à la notion de « devenir » pour caractériser le temps vécu, en passant par la notion de « vie » : « il est tout proche de nous, si proche qu'il constitue la base même de notre vie . Pour un peu nous dirions qu'il est le synonyme de vie, dans le sens le plus large du mot [...] le temps se présente à nous comme phénomène *primitif*, toujours là, vivant et tout proche de nous, infiniment plus proche que tous les changements concrets que nous arrivons à discerner dans le temps [...] il est perçu dans sa pureté, quand il n'y a aucune pensée, aucun sentiment précis dans la conscience ; il la remplit alors entièrement, il efface les limites entre le moi et le non-moi, il embrasse aussi bien mon propre devenir que le devenir de l'univers ou le devenir tout court »⁵⁵⁶. Se confondre avec lui revient selon Minkowski à « renoncer à son moi sans faire acte de renonciation à proprement parler »⁵⁵⁷. Il s'agit de mettre en évidence la continuité dans le devenir, qui se trouve induite par ce temps vécu : sentiment que les choses se maintiennent dans leur unité tout en s'écoulant dans le temps. Pour autant, cette continuité n'est pas à comprendre comme fixité et immobilité (ennui de la répétition monotone) mais comme création ou réitération : « c'est

⁵⁵⁵ *Ibid.*, p. 6.

⁵⁵⁶ *Ibid.*, pp. 16-17.

⁵⁵⁷ *Ibid.*, p. 17.

ainsi que naît l'image de la répétition continue, de la continuité mouvante du temps », continuité qu'il faut comprendre comme dynamique « se faisant devant nos yeux [...] temps qui se perpétue et se renoue continuellement dans ses éléments »⁵⁵⁸. [ce passage est aussi une manière d'expliquer pourquoi naturellement nous associons et identifions le temps à l'espace, identification à la fois juste en termes d'images associées mais fautive en termes d'identification pure et simple]. Minkowski résume ce qu'il nomme ainsi « le lien » des « deux échelons entre le temps et l'espace » par l'idée de « déploiement » : il s'agit de « partir de la durée et de la succession pour les laisser se déployer dans la continuité »⁵⁵⁹.

Aussi convient-il de distinguer le « maintenant » du « présent » pour montrer en quoi le présent (vécu) contient en lui aussi bien le présent que le passé et l'avenir, selon un principe d'homogénéisation relevant du déploiement mis en évidence auparavant.

Ceci amène Minkowski à la notion d'élan vital, à partir de l'idée de direction induite par le déploiement, élan vital que Minkowski place vraiment au centre du phénomène du temps vécu puisque « l'élan vital crée l'avenir devant nous et ce n'est que lui qui le fait »⁵⁶⁰. Cet élan est comparé à une force irrésistible, à une tension spontanée. Mais Minkowski précise que cet élan ne se limite pas à nous sentir (nous seulement) poussés vers l'avant : « dans mon sentiment d'aller vers l'avenir, m'est donnée en même temps, de façon immédiate, la progression dans la même direction de tout ce qui, autour de moi, a un rapport quelconque avec le temps, [...] de l'univers entier » élan vital en quelque sorte universel (« submergeant tout sur [son] passage ») et tel que « par lui [...] le devenir tout entier devient irréversible et commence à avoir un sens »⁵⁶¹, et Minkowski précise qu'il s'agit de saisir ce devenir (le sien et celui de l'univers tout entier) en un seul acte, car le temps ici est vécu comme « [donnant] la même direction au devenir tout entier »⁵⁶². Le lien entre ce devenir et l'avenir ici devient clair et évident : « l'élan vital crée devant nous l'avenir », « l'avenir et l'élan vital sont si intimement liés l'un à l'autre qu'ils ne font qu'un. C'est l'élan vital qui nous dévoile l'existence de l'avenir, qui lui donne un sens, qui l'ouvre en le créant devant nous »⁵⁶³.

De cette manière et par ailleurs, cet élan vital, selon Minkowski, ne crée pas l'avenir en lui-même dans son contenu, mais dans sa forme même : « il est *général et indéfini* [...] il crée la forme, le cadre indispensable [...], l'atmosphère [...] »⁵⁶⁴. De même, « c'est l'élan qui,

⁵⁵⁸ *Ibid.*, p. 27.

⁵⁵⁹ *Ibid.*, p. 28.

⁵⁶⁰ *Ibid.*, p. 34.

⁵⁶¹ *Ibid.*, p. 34.

⁵⁶² *Ibid.*, p. 35.

⁵⁶³ *Ibid.*, p. 35.

⁵⁶⁴ *Ibid.*, p. 35.

illimité de par sa nature, crée et ouvre toute grande la perspective de l'avenir devant nous »⁵⁶⁵. Minkowski s'attache également au caractère « irrationnel » de l'élan vital (l'avenir ouvert devant nous par lui demeure inaccessible à la raison, imprévisible, non représentable) pour souligner aussi à quel point ce temps vécu, dans sa capacité à ouvrir sans cesse devant nous un avenir indéfini est « l'expression de la force, de la vigueur, de l'affirmation de la vie elle-même » il « nous emporte, sur ses ailes puissantes, toujours droit devant nous, par delà la mort même » et « ce n'est qu'exceptionnellement qu'un sentiment de détresse se dégage de cette nécessité »⁵⁶⁶ (Minkowski évoque des « conditions anormales » à ce sujet).

Mais pour mieux comprendre le concept d'élan vital, il faut saisir son lien avec ce que Minkowski nomme « l'élan personnel », au sens où l'avenir ouvert par l'élan vital est vécu comme ouverture de « mon » champ de possibilité, occasion pour « moi » de « réaliser » quelque chose. Cet élan personnel est considéré par Minkowski comme quelque chose de plus « primitif » que le « développement concret de ma vie individuelle » (réalisation de tel ou tel projet particulier) : « Le phénomène : je tends en avant et réalise ainsi quelque chose, est plus primitif [...] »⁵⁶⁷ il s'agit d'un élan par lequel « j'affirme [...] mon moi et je réalise quelque chose », il est « la tendance du moi tout entier vers la réalisation d'un but »⁵⁶⁸ et c'est cet élan primitif ou fondamental (essentiel) que Minkowski s'attache à « décomposer » en tant que phénomène (c'est-à-dire en tant que vécu par la conscience, donné comme objet par la conscience).

Cette analyse montre que le lien entre le moi et la chose à réaliser (l'élan allant de l'un à l'autre) s'inscrit dans un devenir qui déborde le simple cadre du moi et qui englobe le devenir « ambiant » ou devenir de la vie en général, du monde. La question est celle de savoir comment le moi parvient à s'affirmer, dans son élan, face à l'élan du monde (et de la vie) qui ne peut que le dépasser : quel sens y a-t-il à s'affirmer, à avoir un but à réaliser, dans un devenir qui fait de ce but à réaliser une moindre chose ? Selon Minkowski, il apparaît clairement que le « à quoi bon ? » qui peut effectivement se dégager de cette situation n'est au fond qu'exceptionnel : « personne de nous n'est indispensable et chacun de nous n'est qu'un incident ici-bas ; n'est-il pas vrai ? Oui, dirions-nous, mais seulement à certains moments de la vie, et à la réflexion seulement ». Pour Minkowski, ces possibles réflexions sur la vanité de l'existence ne sont pas au fond celles qui sont « vécues ». Ce que nous vivons (normalement) c'est au contraire la puissance d'affirmation de notre moi dans le monde. En ce sens, « sur le

⁵⁶⁵ *Ibid.*, p. 36.

⁵⁶⁶ *Ibid.*, p. 38.

⁵⁶⁷ *Ibid.*, p. 39.

⁵⁶⁸ *Ibid.*, p. 40.

plan phénoménologique, voyons-nous le moi s'affirmer puissamment dans le monde. Il le fait par son élan personnel. Il le fait du reste de façon particulière, car tout autour il y a le devenir [...] mon élan personnel ne se borne point au moi [...] il me dit que j'ai un rôle à remplir, que j'occupe une place [...], que je suis l'expression de quelque chose qui me *dépasse* de beaucoup »⁵⁶⁹. Ainsi cet élan « est personnel, c'est entendu, mais il l'est autant seulement qu'il dépasse ma propre personne, autant seulement qu'il contient un facteur *superindividuel* [...] » qui « malgré sa puissance, non seulement ne détruit, n'anéantit pas ma propre personne, mais se révèle comme sa véritable raison d'être »⁵⁷⁰. Pour résumer cette dimension de « communion spirituelle » avec quelque chose nous poussant et nous dépassant en nous transmettant de façon positive (créatrice) sa force, Minkowski utilise l'image suivante : « je ne me sens pas uniquement l'enfant de mon temps, de mon époque [...] mais je me sens encore et même avant tout l'enfant du temps, du devenir en général »⁵⁷¹. Le sentiment éprouvé alors est celui que Minkowski relie au « non-moi ». Il s'agit de quelque chose qui dépasse le moi individuel, quelque chose de « superindividuel », « côté irrationnel du devenir »⁵⁷² dépassant mon propre devenir.

A ce non-moi, Minkowski ajoute la dimension de profondeur et d'inconscience : l'élan personnel semble s'enraciner dans « quelque chose d'infiniment mouvant et vivant, quelque chose qui palpète au fond de notre être », « nous sentons notre élan venir du fond de notre être », « nous désignerions volontiers le fond mouvant [...] d'inconscient »⁵⁷³. Toutefois Minkowski précise ici ce qu'il entend par inconscient, sachant que ce fond est « au fond, aussi présent, sinon plus présent, à la conscience que tout ce que d'habitude on décrit sous le nom de conscient », le sens négatif impliqué dans le « in » de « inconscient » signifiant pour Minkowski que ce fond ne peut être « ni étalé, ni décomposé, ni exprimé d'une façon aussi précise, au sens rationnel du mot, que les éléments conscients de nature statique ». Ainsi « c'est l'inconscient, imprécis et obscur à première vue, qui semble être le vrai support, le *premier mobile* de notre élan personnel »⁵⁷⁴ et Minkowski appelle cet élan fondamental « motivation ». Minkowski explique ensuite en quoi, à partir de là, le « connais-toi toi-même » (l'introspection) prend toute sa valeur : il s'agit, à travers cet acte, de saisir justement ce fond inconscient qui nous anime et qui est censé alimenter tous nos projets : « ce qu'il cherche uniquement, c'est de nous remettre en contact avec l'inconscient, avec la source

⁵⁶⁹ *Ibid.*, p. 43.

⁵⁷⁰ *Ibid.*, pp. 43-44.

⁵⁷¹ *Ibid.*, p. 45.

⁵⁷² *Ibid.*, p. 46.

⁵⁷³ *Ibid.*, p. 46.

⁵⁷⁴ *Ibid.*, p. 47.

même de notre vie, dont ne peut pas ne pas jaillir notre « vrai » élan, c'est-à-dire notre tendance vers le bien ». De même, « diriger le regard vers son for intérieur ne veut point dire découvrir et affirmer ce qui y est déposé, mais en faire jaillir notre élan dans toute sa pureté »⁵⁷⁵. Ici on peut se demander si justement ce regard introspectif n'est pas perverti chez le malade ou le fou : au lieu de chercher à retrouver l'élan fondateur, ne chercherait-il pas à découvrir un sens déjà constitué et ne serait-ce pas la trouvaille (illusoire) de ce sens qui ferait « basculer » le sujet dans une décision d'adhérer à ce sens en s'y motivant tout entier, en s'y engageant corps et âme ?

Par « bien » Minkowski entend qu'il s'agirait d'une tendance fondamentale (tendance au bien, tendance à la réalisation et à la recherche de valeurs positives) que n'épuiserait pas le point de vue biologique, qui réduit cette tendance au bien à des critères sociaux : agir bien contre ses instincts pour préserver le groupe social. Seul le point de vue phénoménologique permet, selon Minkowski, de saisir cette tendance au bien comme coextensive au devenir lui-même, comme expressive du phénomène du devenir.

Mais il faut alors caractériser de façon plus précise la « chose réalisée » constitutive de ce vers quoi nous porte notre élan personnel. Pour Minkowski, le sentiment du but atteint ne suffit pas à rendre compte de cet élan et de sa visée, il s'agit plus encore de ressentir que la chose réalisée prend la forme et la valeur d'une « œuvre » dépassant l'idée que c'est « mon » œuvre, en s'intégrant au monde de façon plus large : « ce à quoi elle s'intègre est quelque chose d'infiniment mouvant et vivant. Elle s'intègre au *monde en marche* »⁵⁷⁶, monde en marche qui continue sans mon œuvre mais qui en même temps serait « marqué » par elle. Minkowski semble évoquer de manière appuyée la notion « d'intégration » (que l'on pourrait relier aussi à l'idée d'intégration sociale, l'homme ayant besoin au fond de se sentir intégré à quelque chose). Ainsi « le devenir ambiant ne devient ce qu'il est que parce que mon élan personnel vient s'y intégrer, que parce qu'il y *prend corps*. C'est cette intégration qui lui confère à mes yeux le caractère de quelque chose de *réel*, d'*effectif*, de *consistant*, de *palpable* ; c'est parce que l'élan personnel contient le facteur de réalisation que le devenir dans lequel il plonge, me paraît réel, c'est parce que je l'*atteins*, c'est parce que je le touche d'une façon immédiate par cet élan, qu'il me donne l'impression d'être *effectif* et palpable, en se déployant tout autour de l'œuvre réalisée ». Toute cette analyse de l'élan personnel censé animer de cette manière notre existence ne peut que nous renvoyer à l'idée que cet élan semble précisément manquer ou se perdre dans l'existence névrotique ou psychotique, comme si cet élan visait autre chose ou ne visait plus rien. Minkowski précise à ce niveau que cette visée n'a de sens que parce qu'elle

⁵⁷⁵ *Ibid.*, p. 49.

⁵⁷⁶ *Ibid.*, p. 52.

intègre l'idée d'imprévisibilité et d'imperfection : « cet élan a toujours des effets *imprévus*, *inattendus*, auxquels il tient essentiellement », ou encore « un élément d'imprévu lui est indispensable »⁵⁷⁷. Autre élément important pour que l'œuvre visée par l'élan vital soit porteuse et reste vivante : il faut qu'elle soit, dans son fondement même, imparfaite : « cette imperfection [...] est fondée dans la nature même de notre élan personnel »⁵⁷⁸.

Autre caractère essentiel de l'élan personnel : ce que Minkowski appelle le « facteur de limitation et de perte »⁵⁷⁹, consistant à nous faire sentir, alors même que nous sommes portés (vers l'œuvre à réaliser), par notre élan personnel, un sentiment « négatif », « sentiment de limites, « d'incomplétude », de nostalgie »⁵⁸⁰. C'est que l'élan personnel, pour s'accomplir, met de côté d'autres possibilités en nous obligeant à renoncer à certaines d'entre elles, que nous sentons disparaître au fur et à mesure que notre élan personnel nous porte en avant. Pour autant, ce que veut souligner Minkowski ici, c'est que le propre de l'élan personnel est justement de « recouvrir » ces possibilités en quelque sorte perdues, de telle sorte qu'il nous protège contre les « heurts » qu'elles pourraient (par ailleurs) nous faire subir. Nous pourrions dire que l'élan personnel, tout en nous faisant renoncer à certaines possibilités, nous en console en même temps en nous en mettant à l'abri, d'où ce que Minkowski appelle sa « propriété de recouverture »⁵⁸¹.

Pour amener l'idée de « contact vital avec la réalité », notion centrale quand on sait que Minkowski attribue la schizophrénie à une perte de contact avec la réalité, Minkowski par de ce qu'il nomme « le synchronisme vécu ». Minkowski a en vue ici la description de notre capacité (« normale » ?) « d'avancer harmonieusement avec le devenir ambiant, tout en nous pénétrant de lui et en nous sentant un avec lui »⁵⁸². Il s'agit de comparer l'élan personnel dont un des moteurs est le facteur de limitation (et de perte) avec un autre « phénomène » qui est au contraire une capacité à se sentir en harmonie avec l'ambiance. Pour autant, Minkowski ne sépare ni n'oppose l'élan vital au contact avec la réalité, puisqu'il pose que « le phénomène du contact vital reste subordonné à l'élan personnel »⁵⁸³.

Pour résumer, Minkowski parle de « principe de pénétration », complétant ainsi ce qu'il a évoqué comme étant « principe de déploiement » et « principe de l'union au delà du moi »⁵⁸⁴ (à propos de l'élan personnel). Et Minkowski s'attache ainsi à évoquer tous les phénomènes

⁵⁷⁷ *Ibid.*, p. 54.

⁵⁷⁸ *Ibid.*, p. 54.

⁵⁷⁹ *Ibid.*, p. 55.

⁵⁸⁰ *Ibid.*, p. 56.

⁵⁸¹ *Ibid.*, p. 57.

⁵⁸² *Ibid.*, p. 59.

⁵⁸³ *Ibid.*, p. 58.

⁵⁸⁴ *Ibid.*, pp. 59-60.

courants de la vie qui témoignent de ce principe : contemplation, sympathie, (marquée par la notion de durée et par celle de participation), comme « réponse adéquate et toute naturelle à la situation ambiante »⁵⁸⁵.

Mais il faut comprendre le lien entre ce principe et la notion de rythme, pour suggérer que l'élan vital (ou synchronisme vécu) est le sentiment que l'on a de « marcher avec le temps et d'accord avec lui », sentiment « qui nous accompagne invariablement », ou « progression générale que nous sentons aussi bien en nous qu'en dehors de nous », ou « *rythme* unique, commun à nous et au devenir ambiant », rythme tel qu'en toutes circonstances (quelles que soient nos « attitudes à l'égard de la réalité ») on se sent « avancer [...] simultanément *avec* le temps »⁵⁸⁶. Et Minkowski évoque l'image de « deux corps qui se meuvent dans la même direction avec la même vitesse »⁵⁸⁷.

Ces deux facteurs (limitation et contact avec la réalité) sont également rattachés aux notions mises en avant par Bleuler en psychiatrie (et reprises dans *La schizophrénie*) : schizoïdie et syntonie. Ici on peut noter que Minkowski utilise en quelque sorte des données psychiatriques pour « revenir » à une analyse de la vie « normale », comme pour suggérer que c'est à partir des dysfonctionnements de l'existence que l'on peut saisir les conditions mêmes de la vie « normale ». Il emprunte toutefois ici à Bleuler (comme dans son ouvrage sur la schizophrénie) les notions de schizoïdie et de syntonie, pour expliquer comment Bleuler opposait la folie maniaco-dépressive à la schizophrénie, non pas par une comparaison des symptômes, mais par une prise en compte de la manière dont le malade était plus ou moins en contact avec la réalité : à ce titre, le schizophrène semble marqué par une rupture de ce contact, alors que le maniaco-dépressif non. Pour Minkowski, il s'agit de relier ce facteur de schizoïdie au facteur de limitation (ou de perte) contenu dans l'élan personnel, pour suggérer que dans l'activité personnelle qui nous anime et nous fait tendre vers la réalisation d'une œuvre, nous avons besoin de nous retirer provisoirement de la vie ambiante pour nous concentrer davantage sur l'activité à réaliser. Mais pour le coup, « nous voyons maintenant aussi où se trouve la porte d'entrée par laquelle pénétreront, dans les cas anormaux, les facteurs pathologiques dans la personnalité humaine en transformant la fente naturelle de la schizoïdie normale en plaie béante, en abîme qui ne pourra plus être franchi ; et l'homme atteint dans son élan personnel, c'est-à-dire dans ce qui avant tout conditionne sa progression dans la vie, sombrera de plus en plus dans le vide de sa vie autistique. Le caractère *évolutif*

⁵⁸⁵ *Ibid.*, p. 61.

⁵⁸⁶ *Ibid.* p. 63.

⁵⁸⁷ *Ibid.* p. 63.

des troubles schizophréniques s'expliquerait ainsi »⁵⁸⁸. Minkowski explique ainsi le fond de la différence entre l'élan personnel « normal » et l'élan personnel « malade » (dans le paragraphe sur « le cycle de l'élan personnel ») par le caractère limitatif de l'élan personnel qui a tendance à se réguler de lui-même. En effet, il apparaît que la limitation introduite par l'élan personnel pour nous permettre de réaliser notre « œuvre » ou « activité » (porteuse, vivante) se réduit d'elle-même parce que l'œuvre précisément « s'adresse à quelqu'un et tend à s'intégrer à la réalité » et en ce sens « il existe là des *limites* que l'élan personnel ne dépasse jamais »⁵⁸⁹.

Dans l'élan personnel « normal », le cycle est tel qu'une fois l'œuvre réalisée, le sujet aspire au repos et à l'harmonie (retrouvée) avec l'ambiance. Minkowski précise toutefois en quoi ce cycle n'oppose pas vraiment deux périodes distinctes (création/activité et repos) mais au contraire combine par « enchevêtrement » et « interpénétration » ces « deux principes essentiels de notre vie »⁵⁹⁰. Ce que suggère également Minkowski, c'est que nous cherchons le repos par l'activité, et que nous cherchons le contact vital avec l'ambiance par l'élan personnel (lequel précisément nous impose une rupture avec celle-ci).

D'où un certain paradoxe qui ainsi semble conditionner la vie « normale », qui pour autant, semble « naturellement » équilibrée. Dans une remarque finale sur la vie moderne qui nous désapprend le repos, Minkowski suggère que c'est la vie sociale (artificielle) qui dérèglerait le cycle naturellement équilibré de notre élan vital.

Quant à l'avenir, ouvert devant nous par l'élan vital, la question est de savoir comment nous « vivons » l'avenir, comment nous pourrions « décrire » et « grouper » les « phénomènes » qui, comme « figures temporelles » de l'avenir, nous feraient accéder à son mode vécu. Une première remarque de Minkowski (chapitre IV) consiste à poser que le vécu de l'avenir est plus immédiat que le vécu du passé, car on fait « revivre » le passé alors qu'on vit plus directement l'avenir. Minkowski énumère ainsi six « phénomènes vitaux » permettant de répondre à la question : « l'activité et l'attente, le désir et l'espoir, la prière et l'acte éthique », phénomènes « venant comme s'étager sur trois échelons » et « semblant constituer le fondement de l'avenir vécu et participer, chacun à sa façon, à sa texture générale »⁵⁹¹. Deux idées ensuite apparaissent, d'une part l'idée que l'avenir vécu peut être représenté sous les figures spatiales de l'horizon, de la perspective ou d'étendue, sans que cela remette en question sa dimension vécue et vivante, au contraire, puisqu'il s'agit de montrer une

⁵⁸⁸ *Ibid.* p. 68.

⁵⁸⁹ *Ibid.*, p. 70.

⁵⁹⁰ *Ibid.*, p. 70.

⁵⁹¹ *Ibid.* p. 73.

« solidarité spatio-temporelle » et de révéler « cet espace [...] que le temps porte en lui, en le vivifiant au plus haut degré, en le remplissant de tout ce qu'il y a de mobile et de dynamique en lui »⁵⁹² ; d'autre part il s'agit de mettre en évidence l'idée que l'avenir peut paraître « le point le plus stable des points cardinaux du temps »⁵⁹³, au sens où l'avenir « ne bouge pas »⁵⁹⁴ quand bien même un de ses points se rapproche : au-delà de ce point, l'avenir reste toujours entier. Ces six phénomènes vécus de l'avenir sont toutefois étagés selon leur niveau d'horizon, la prière étant une manière de prolonger au plus haut point l'horizon ouvert par l'avenir vécu.

Quant à la mort et à son phénomène vécu, Minkowski montre en quoi l'homme, bien qu'habité par la perspective de la mort, contrebalance cette perspective par une puissance d'occultation qui ne le détourne pas de ses activités consacrées à la vie. Ainsi « c'est ainsi que dans la vie nous marchons vers l'avenir et nous marchons vers la mort, et ces deux marches, tout en paraissant superposables, sont en réalité toutes différentes l'une de l'autre. L'une, c'est ce qu'il y a de grand, d'infini, de positif dans l'avenir, l'autre c'est ce qu'il y a de barré, de limité, de négatif en elle (lui) »⁵⁹⁵. Ou encore « *la vie en moi* va vers l'avenir, et *moi*, je vais vers la mort ». Ainsi et par conséquent « la vie courante peut, certes, être dominée tantôt par une attitude, tantôt par l'autre »⁵⁹⁶ (indépendamment de l'âge) et Minkowski note que ces deux types d'attitudes peuvent varier d'un individu à un autre, certains étant capables de s'engager dans des projets sur des dizaines d'années voire sur des générations, d'autres peinant à s'engager sur une ou deux années. Enfin, « chez les anxieux, chez les déprimés, chez les mélancoliques cette prédominance des facteurs de la mort s'accroît encore davantage »⁵⁹⁷. Pour autant, il apparaît que pour Minkowski, « normalement » c'est le facteur vie qui prédomine : « du point de vue phénoménologique, la mort vient s'incruster secondairement dans notre avenir qui primitivement est donné par l'élan vital »⁵⁹⁸.

S'attachant également au passé (vécu), Minkowski critique l'association faite entre le passé et la mémoire (conservation de souvenirs, fonction utilitaire, pragmatique) : « la façon dont nous vivons le passé ne semble point se ramener ni au souvenir ni à une somme de souvenirs. L'idée d'une intuition primitive du passé, tout à fait indépendante des souvenirs concrets qui viendraient garnir ce passé par la suite commence à se faire jour »⁵⁹⁹. Cette intuition se précise

⁵⁹² *Ibid.*, pp. 74-75.

⁵⁹³ *Ibid.*, p. 75.

⁵⁹⁴ *Ibid.*, p. 75.

⁵⁹⁵ *Ibid.* p. 128.

⁵⁹⁶ *Ibid.* p. 128.

⁵⁹⁷ *Ibid.* p. 129.

⁵⁹⁸ *Ibid.*, p. 129.

⁵⁹⁹ *Ibid.*, pp. 141-142.

où Minkowski veut montrer la fonction/valeur vitale du passé vécu : « le passé ne se déploie pas devant nos yeux sous forme d'étapes successives [...] il se replie au contraire, sur lui-même, se condense au maximum [...] c'est un passé concentré, ramassé que nous avons devant nous, passé dont jaillit à nouveau notre élan, pour nous emporter vers l'avenir. C'est là le rôle de ce passé, et il n'en a point d'autre. On pourrait presque parler, dans ce sens, de mémoire prospective, mémoire dans laquelle le passé, ramassé en un seul bloc, intervient surtout sous forme du dépassé ou du « à dépasser », et non pas du passé au sens courant du mot »⁶⁰⁰. Minkowski confirme cette idée que le passé ne saurait entraver la marche en avant, vers l'avenir, dans laquelle nous propulse l'élan vital, en suggérant aussi que même le remords et le regret sont au service de l'avenir. Ils contiennent en eux une dimension prospective. Parler de « rétrospection » pour parler du passé vécu est donc pour Minkowski une manière adéquate de décrire la manière dont le passé est vécu comme étant regardé « derrière nous », il est bien ce que l'élan vital fait voir comme dépassé ou à dépasser, à laisser derrière (tout en restant visible par les traces qu'il laisse mais qui ne peuvent pas agir directement en tant qu'entraves). Quant à la manière dont nous vivons le lien entre passé, présent et avenir, Minkowski explique que ce lien est assuré par le passé justement car « le passé vient mordre sur le présent, comme il le fait d'ailleurs à l'égard de l'avenir » et ainsi « si en général nous arrivons à réunir les trois formes de temps, c'est parce que nous introduisons du passé dans le présent et dans l'avenir »⁶⁰¹.

Toutes ces considérations nous permettent de comprendre que l'existence « normale » se voit, là encore, comprise à partir de ce qui conditionne un certain rapport (vital) au temps (vécu). La mise en question de ce rapport ne peut que conditionner alors, en mode inverse, un type d'existence « malade ».

B – L'existence pathologique (perte d'élan vital/contact avec la réalité, défaillance du temps vécu)

Nous retrouvons chez Minkowski, dans l'analyse de ce qui rend malade, les concepts précédemment évoqués, principalement les notions de constitution et de contact vital.

Le premier chapitre de *La schizophrénie* met ainsi en avant, à partir de différentes théories psychiatriques, l'idée d'une « constitution » (morbidité), venant remplacer la notion de « tempérament », pour expliquer l'apparition et l'évolution des psychoses. Minkowski montre en effet notamment que l'idée de tempérament (thèse de Morel dans son *Traité des maladies*

⁶⁰⁰ *Ibid.*, p. 147.

⁶⁰¹ *Ibid.*, p. 156.

mentales) ne peut expliquer les caractéristiques quasi universelles des psychoses (caractéristiques de la schizophrénie par exemple), car le tempérament est une manière de caractériser un individu dans ses caractéristiques personnelles. De même, comme le remarque Morel lui-même, « si dans beaucoup de circonstances l'état nervo-pathique (tempérament nerveux) peut être considéré comme la période d'incubation de la folie, il est incontestable qu'un grand nombre de personnes souffrent toute leur vie d'un état pareil, sans jamais franchir la ligne de démarcation, si difficile parfois à préciser, qui sépare la raison de la folie »⁶⁰². La notion de « constitution » est donc présentée comme plus pertinente. En effet, l'idée même de constitution suggère une structure plus profonde que ce à quoi renvoie l'idée de tempérament voire de caractère : elle définit la personne dans sa totalité, dans sa manière d'être globale, et elle suggère également la possibilité d'une évolution autonome (ce qui nous constitue obéit à certaines lois ou à certains mécanismes échappant à notre maîtrise, nous ne contrôlons pas notre « constitution »). C'est en soulignant le rôle de plus en plus important accordé en psychiatrie aux recherches sur l'hérédité (pour attribuer aux maladies mentales des causes biologiques ou organiques constitutives), que Minkowski s'attache à décrire et à analyser ainsi deux types de constitution. Par constitution, il faut comprendre manière d'être en contact avec la réalité, rapport avec le monde ambiant, rapport engageant l'existence totale. En s'attachant notamment à la comparaison entre la maniaco-dépression et la schizophrénie, Minkowski suggère qu'il s'agit de deux types de constitution, l'une restant en accord avec le monde ambiant (marquée par la synthonie), l'autre non (marquée par la schizoïdie).

Dans *Le temps vécu*, des perturbations de « l'élan personnel » sont également évoquées comme étant à l'origine de l'état pathologique, lorsque des limites sont justement dépassées dans le rapport entre l'œuvre et l'ambiance (voir partie A) : « là où la voix de l'élan personnel devient trop puissante et est prise à la lettre, là, en un mot, où l'on veut créer quelque chose d'*absolument* personnel et où l'on ne veut que cela, l'œuvre ne devient pas de plus en plus révolutionnaire ou de plus en plus originale ; non, elle se dégrade et n'est alors que le geste d'un pauvre détraqué ou d'un malade »⁶⁰³.

Ces troubles sont toutefois à relier à « la structure temporelle des troubles mentaux »⁶⁰⁴, étudiée tout au long du Livre II du *Temps vécu*, où il s'agit pour Minkowski de montrer en quoi la défaillance du temps vécu (décrite tout au long du livre I) est à l'origine des maladies psychiques. La composition du livre II est assez simple : le chapitre I est consacré à « l'orientation générale des recherches », le chapitre II est consacré à la mise en évidence d'un

⁶⁰² *La schizophrénie*, p. 36.

⁶⁰³ *Le temps vécu*, p. 70.

⁶⁰⁴ *Le temps vécu*, Livre II, p. 159.

« trouble générateur » au fondement de la « structure des troubles », puis les chapitres suivants appliquent ces concepts aux différentes maladies (schizophrénie, maniaco-dépression, états dépressifs et autres cas). Le dernier chapitre est consacré à « une psychopathologie de l'espace vécu » (référence faite à Binswanger). Nous reprenons ici l'essentiel des analyses faites dans le Livre II.

Partant du lien entre phénoménologie et psychiatrie, pour souligner l'importance de l'approche phénoménologique dans l'étude des phénomènes psychopathologiques (avec l'idée centrale selon laquelle la maladie mentale, du point de vue de cette approche, n'est qu'une « autre » manière d'exister), Minkowski part d'un exemple de patient atteint d'idées délirantes. Il s'agit de montrer d'abord en quoi l'approche phénoménologique, en partant du point de vue du médecin, permet à celui-ci d'établir ses recherches (le titre du paragraphe est d'ailleurs : « nos propres réactions en présence du malade en tant que moyen d'investigation des troubles mentaux »⁶⁰⁵) : c'est dire qu'en partant de ce que « ressent » le médecin, on peut comprendre les troubles étudiés. Le premier cas permet ainsi de mettre en évidence le sentiment qui se présente au médecin sous la forme d'une évidence « je sais tout de lui » : Minkowski explique en effet en quoi après avoir écouté longuement parler son patient, et avant même de le réécouter de nouveau, la même pensée le traverse, à savoir que ce que dira le patient ne changera pas ce qu'il connaît déjà de lui, comme si rien de nouveau ne pouvait lui arriver. C'est une manière déjà de suggérer à quel point l'élan vital censé ouvrir et déployer devant nous un avenir imprévisible n'apparaît plus comme tel chez ce patient. « Aussi ne sont-ce point des idées prétendues saines que nous pourrions opposer aux idées délirantes de notre malade [...] c'est tout autre chose : c'est cet élan qui, dans sa grandeur, nous pousse en avant, en harmonie parfaite avec le devenir ambiant. Tout ce qu'il y a de grand dans le fait de tracer dans le monde sa propre ligne vitale sur le fond mouvant que constitue la vie en général semble s'être concrétisé et immobilisé ici sous forme d'idées de grandeur, précises, communicables et devenues délirantes », et « les données profondes de notre être [...] ont été détruites par des facteurs rationnels sous forme d'idées immobiles et fixées à tout jamais ». Ainsi, « notre malade affirme qu'il est un génie méconnu, un grand homme [...] mais il l'est déjà, il l'est par les actions exceptionnelles qu'il situe dans le passé [...] et ces idées, en se substituant à ce qui n'est que mouvement et vie restent confinées dans le passé, sont « sans avenir » ». Ainsi et plus généralement, Minkowski peut résumer cet état de fait par le constat suivant : « c'est que partout il remplace le vivant par l'immobile, l'irrationnel par le rationnel, l'intuition de l'infini par la connaissance du fini »⁶⁰⁶. L'autre cas évoqué est celui

⁶⁰⁵ *Ibid.*, p. 163.

⁶⁰⁶ *Ibid.*, pp. 167-168.

d'un patient atteint de mélancolie schizophrénique avec idées de ruine et de culpabilité. Ici ce que note Minkowski c'est un champ très large (infini) d'interprétation (tout objet tombant sous la main ou sous les yeux du malade étant utilisé pour nourrir ses idées) ainsi qu'une attitude changeante, alternant idées dépressives et interprétation délirante, comme si la seconde, par son activité, cherchait à compenser la première : « cette activité apporte un semblant de vie dans les ténèbres de son psychisme morbide »⁶⁰⁷ Telles sont ce que Minkowski appelle les « données psychologiques », que les « données d'ordre phénoménologique » doivent permettre de questionner plus avant en posant la question suivante : « où se produit le décalage de son psychisme par rapport au nôtre ? », question permettant de « pénétrer plus avant dans la nature d'un phénomène morbide, comme l'idée délirante par exemple », et de remettre en question l'idée que l'idée délirante ne serait qu'un « trouble des représentations et du jugement »⁶⁰⁸ pour amener l'idée que le trouble se situerait au niveau de la temporalité. Les observations faites par Minkowski sur son malade lui font en effet sentir que chez celui-ci « le temps se fractionne en éléments isolés, que tout naturellement, dans la vie normale, nous intégrons les uns aux autres »⁶⁰⁹. Ce sentiment est notamment donné par le constat que le malade, persuadé de la survenue de « l'exécution finale » le lendemain, ne modifie en rien sa croyance une fois le lendemain arrivé, au point de répéter sa crainte infiniment comme si le temps n'avait eu aucun effet sur lui, en disant notamment au psychiatre que ce n'est pas parce qu'il a eu raison jusqu'alors que sa crainte ne se vérifiera pas le lendemain. Pour Minkowski, le temps de ce malade se distingue ainsi du nôtre en ce que « le déjà fait, le déjà vécu, le déjà dit, n'interviennent plus de la même façon que chez nous, cela parce que le désir d'aller plus loin ne semble plus exister ; tous les jours ce sont les mêmes plaintes, les mêmes dires, dans leur monotonie exaspérante ; on dirait que l'être humain a perdu entièrement la notion d'une progression nécessaire ». Minkowski complète ce « tableau » par ce qui lui semble être « l'élément essentiel » : chez ce malade « *l'avenir se trouve barré* par la certitude d'un événement d'ordre destructif et terrifiant. Cette certitude domine entièrement son attitude. Toute son énergie est venue se fixer à cet événement inévitable [...] il ne vibre plus avec les événements qui se présentent au hasard de la vie »⁶¹⁰. Ainsi, « le tableau synthétique du temps se désagrège, se transforme en une succession de jours semblables appelés à s'écouler dans une monotonie et dans une tristesse sans bornes »⁶¹¹. Pour Minkowski cet état peut nous arriver à « nous » également, mais « ce ne

⁶⁰⁷ *Ibid.*, p. 172.

⁶⁰⁸ *Ibid.*, p. 173.

⁶⁰⁹ *Ibid.*, p. 174.

⁶¹⁰ *Ibid.*, p. 175.

⁶¹¹ *Ibid.*, p. 175.

sont que des états passagers chez nous. La vie, l'élan personnel reprennent le dessus, s'en vont par-dessus la succession de journées semblables, vers l'avenir qui ouvre maintenant toutes grandes ses portes devant nous ; nous pensons, nous agissons, nous désirons par-delà la mort que nous ne saurions pourtant éviter », « c'est cette propulsion vers l'avenir qui semble manquer totalement à notre malade »⁶¹². Plus précisément pour Minkowski, le « fléchissement » de cet élan personnel qui nous affecte tous par moments (« nous sommes tous, par moments, des condamnés à mort ») est chez le malade un fléchissement « plus durable » : « la notion complexe du temps et de la vie se désagrège et descend sur un échelon inférieur, que nous portons tous virtuellement en nous »⁶¹³. Ce que veut montrer ici Minkowski est que l'idée délirante n'est pas en elle-même défectueuse, elle n'exprime pas un défaut, une défaillance de la pensée, elle ne fait qu'exprimer (répondre à ?) une défaillance plus structurelle : « l'idée délirante [...] vient se greffer sur un phénomène qui fait partie de notre vie et qui entre fatalement en jeu là où la synthèse de celle-ci commence à fléchir. La forme spéciale de l'idée délirante, l'idée du supplice, n'est en somme que l'essai de la pensée qui, elle reste intacte, d'établir un lien logique entre les diverses pierres de l'édifice qui s'écroule »⁶¹⁴. Minkowski se demande toutefois et aussi s'il peut appliquer ce principe d'explication aux autres idées délirantes (persécution, pensées à l'égard des autres et des objets...). Il associe alors l'élan vital (comme il l'a associé à l'ouverture sur l'avenir) à la sensation de plaisir (car l'élan vital « règle aussi nos rapports avec l'ambiance »), pour expliquer que là où cet élan fléchit, ce sont des phénomènes liés à la « douleur sensorielle » qui du coup prennent le dessus : « passagère, instantanée même, par sa nature, elle s'installe et devient durable là où elle n'est plus contrebalancée par l'élément antagoniste, par l'élan personnel. Là où celui-ci fléchit, le devenir semble se précipiter en entier sur nous, en force hostile qui ne peut que nous faire souffrir »⁶¹⁵. Ce phénomène s'exprime aussi dans la contamination faite à toute l'ambiance par ce sentiment, au point que tous les éléments du monde ambiant (autrui, objets...) donnent l'impression de se liguer contre le malade, annulant ce qui normalement est rangé sous la catégorie du hasard ou de la coïncidence. Ainsi « c'est sur ce fond hostile que viennent se profiler les silhouettes des êtres vivants, les événements et les choses », « tout parle « le même langage clair et précis » », « son attitude détermine un tableau précis de l'univers qui vient ensuite se refléter dans toute l'ambiance »⁶¹⁶. Minkowski résume ce processus de fléchissement de l'élan vital (détéignant sur toute notre perception)

⁶¹² *Ibid.*, p. 175.

⁶¹³ *Ibid.*, p. 176.

⁶¹⁴ *Ibid.*, p. 176.

⁶¹⁵ *Ibid.*, p. 177.

⁶¹⁶ *Ibid.*, p. 177.

ainsi : « l'élan personnel fléchit, la synthèse de la personnalité humaine se désagrège ; les éléments dont elle se compose acquièrent plus d'indépendance et entrent comme tels en jeu ; la notion du temps se fractionne et se réduit à la notion de succession de journées semblables ; l'attitude à l'égard de l'ambiance est déterminée par le phénomène de la douleur sensorielle... » de ce fait, « les idées délirantes [...] représenteraient [...] un essai de traduire dans le langage du psychisme d'antan la situation inaccoutumée en présence de laquelle se trouve la personnalité qui se désagrège »⁶¹⁷. Ici, ce que veut souligner Minkowski, c'est que les idées délirantes ne sont pas en quelque sorte « nouvelles », comme empruntées à un jugement défaillant présent, elles sont au contraire empruntées au passé par une personnalité dont la défaillance « vitale » la ferme à l'avenir et à ce qu'il a de créateur et dynamisant. Ceci explique notamment les idées de ruine ou de culpabilité qui nourrissent les idées délirantes. Ce que la pensée retrouve du passé est ce qu'il a laissé comme traces facilement récupérables, à savoir « la notion statique du mal » (les fautes ou erreurs commises) et non pas « les valeurs positives [...] du bien accompli » lesquelles « ne sont, au fond, que des étapes que nous franchissons, pour faire mieux »⁶¹⁸.

Autre manifestation du fléchissement de l'élan vital : dans le paragraphe « insertion flottante de l'élan personnel et attitude de « vol plané » à l'égard de la réalité », Minkowski montre à travers un cas de prophylaxie mentale (manie des voyages, idées d'influence, colères anormales) comment l'élan personnel « perdu » réinvestit la vie du sujet en le détachant de la réalité, au moyen d'idées donnant le sentiment de « planer » au-dessus des choses et d'être influencé par des puissances supérieures. Tout se passe comme si l'élan personnel investissait de plus en plus et au final uniquement des idées détachées de la réalité (projets irréalisables, impossibles). Là encore pour Minkowski c'est la notion de « synthèse » qui est mise en évidence : « la synthèse, l'unité de l'univers, est compromise ; une brèche s'est produite ; il croit vivre dans des sphères élevées, mais sent, en même temps, qu'il plane au-dessus de la réalité et qu'il ne parvient ni à l'atteindre, ni à s'y fixer. Un trou béant semble ainsi exister pour lui entre la « surface » et la « profondeur » des choses »⁶¹⁹. Le malade se reproche de toujours vouloir approfondir les choses et ne pouvoir se maintenir à leur surface. Là encore également, mais de façon différente peut-être, le sujet malade emprunte au passé la plupart de ses idées (« idées d'ordre mystique, idées de grandeur, déplacements inutiles »), lesquelles selon Minkowski sont « préformées, depuis des années, dans le passé psychologique du

⁶¹⁷ *Ibid.*, p. 180.

⁶¹⁸ *Ibid.*, p. 181.

⁶¹⁹ *Ibid.*, p. 186.

malade, sous forme d'une attitude particulière »⁶²⁰. Ce que Minkowski suggère n'est pas tant que le malade nourrit ses pensées actuelles, bloquées, par des contenus passés (fautes ancrées, indélébiles), que l'idée que le malade a toujours été plus ou moins « malade », que son attitude au fond n'a guère changé (tant le malade raconte qu'au fond il a toujours été comme ça, il dit : « je planais toujours »⁶²¹, « j'ai toujours été trop malléable »⁶²²...). Là encore Minkowski résume ses observations à l'idée selon laquelle la maladie obéit à un processus, il se produit une « dislocation particulière que subit la personnalité [...] dans sa structure générale », dislocation ayant pour « axe » « les phénomènes d'élévation et de profondeur qui, en devenant prévalents, se détachent plus qu'il ne faut de leur domaine propre et, en pénétrant dans la vie quotidienne, troublent la marche régulière de celle-ci »⁶²³. Par contre, on ne peut que se demander « où » se produit la dislocation, « où » se produit le fléchissement de l'élan vital, Minkowski suggérant à la fois qu'il se produit « depuis toujours » et qu'il arrive à un certain moment dans la vie du sujet. L'idée de structure défaillante n'est pas vraiment mise en évidence, à moins que l'on donne un sens statique à « défaillante » (idée de défaut, de manque), tant les concepts de « fléchissement » ou de « dislocation », lorsqu'ils sont évoqués, suggèrent plutôt un sens actif (comme si progressivement la personnalité se mettait à défaillir, entraînant la maladie). Notre question reste donc ici de savoir ce qu'il faut entendre par « fléchissement », « perte », « dislocation » : comment expliquer qu'une personnalité se mette d'un coup (même si progressivement) à perdre son élan vital, à se disloquer, à fléchir ? N'est-elle pas plutôt déjà en manque, en défaut (d'élan vital, d'élan personnel) ?

C – Le passage du normal au pathologique dans les maladies (perte, processus morbide, trouble générateur, compensation phénoménologique, perte de l'évidence naturelle)

Il s'agit maintenant de mettre en évidence ce qui signalerait plus précisément chez Minkowski le passage même de l'état normal à l'état pathologique, à partir des éléments précédents. La vie normale semble reposer sur l'équilibre entre deux principes vitaux garantissant une harmonie avec le monde ambiant, et l'état pathologique semble témoigner d'un déséquilibre entre ces facteurs. Le passage d'un état à un autre est à comprendre comme étant le fait d'un facteur venant perturber la proportion entre les deux principes vitaux, que Minkowski associe à l'idée d'un trouble générateur, responsable d'un processus morbide. C'est du moins ce qui

⁶²⁰ *Ibid.*, p. 187.

⁶²¹ *Ibid.* p. 185.

⁶²² *Ibid.*, p. 187.

⁶²³ *Ibid.*, p. 188.

se produit dans la schizophrénie (voir partie suivante). Ce facteur est ce qui génère la « perte de contact avec la réalité » ou le « fléchissement de l'élan vital ».

Ici il nous faut voir en quel sens Minkowski mobilise la notion de contact avec la réalité : il en fait le noyau essentiel de la « vie normale », pour montrer que la maladie (en l'occurrence la schizophrénie) n'est rien moins qu'une perte de ce qui rend notre vie normale. En perdant ce qui nous relie au monde ambiant, nous perdons notre équilibre, nous perdons ce qui nous maintient « vivant » au sens d'existant, d'agissant, nous perdons notre aptitude à nous créer nous-même au contact du monde et des autres. Reste à comprendre ce qu'il faut entendre alors par « perte » : cette perte se fait-elle d'elle-même tel un processus « maladif » (pathologique) « classique » purement « endogène » (intérieur, sans causalité extérieure) ou bien y a-t-il des facteurs (environnementaux, événementiels) qui génèrent cette perte ?

Par ailleurs, s'il s'agit d'un processus morbide comme semble le suggérer Minkowski, il apparaît que ce processus se double d'un phénomène de compensation ne pouvant que le rendre de plus en plus efficient et visible, en le renforçant. Ce que Minkowski nomme « compensation phénoménologique » et qui nous intéresse ici, à savoir la manière dont des symptômes apparaissent en témoignant d'un état malade devenant de plus en plus malade, cette compensation témoigne en fait d'une manière pour le sujet de continuer à exister « normalement » au sein même de son état malade : le schizophrène notamment, cherche à compenser sa perte de contact vital avec la réalité par une rumination excessive censée le maintenir encore vivant (voir partie suivante).

Ce qui semble toutefois plus rendre compte du fléchissement de l'élan vital est la notion de « trouble générateur », étudié certes dans *La schizophrénie* (sous la forme d'un « trouble essentiel », voir partie D) mais plus spécifiquement dans *Le temps vécu*, dans le chapitre II du Livre II.

Il s'agit en quelque sorte pour Minkowski de dégager son propre concept à partir de la démarche de Clérambault mettant déjà en évidence l'idée d'un « syndrome fondamental » et l'idée d'un « trouble initial », mais de nature organique.

Ainsi, dans *Le temps vécu*, Minkowski consacre tout d'abord un long paragraphe à « l'automatisme mental de M. de Clérambault »⁶²⁴ pour progressivement amener l'idée d'un « trouble générateur » développée ensuite (au chapitre II). Ici il s'agit d'emprunter à Clérambault une certaine conception « totalitaire » de la maladie ainsi que l'idée d'un syndrome originaire totalisant à lui seul tous les symptômes et toutes les manifestations psychiques dont elles ne seraient au final que l'expression, tout en se distinguant sur un

⁶²⁴ *Ibid.* pp. 198-206.

certain point (Clérambault attribuant une origine organique à la maladie). Ainsi Minkowski retient tout d'abord de Clérambault ses travaux sur l'automatisme mental, travaux qui portaient sur certaines formes de psychoses « systématisées hallucinatoires chroniques »⁶²⁵. Minkowski montre en quel sens Clérambault se distingue de l'explication classique. Selon ce type d'explication (Magnan, Seglas), le délire hallucinatoire procède en différentes périodes (idées délirantes puis hallucinations) et on peut ramener les hallucinations de la dernière période à un « besoin causal » d'explication émanant de la « réflexion du sujet » qui tenterait d'expliquer les idées délirantes. Minkowski reprend ensuite en détail la théorie de Clérambault qui admet qu'une partie de la personnalité demeure intacte et puisse subsister « à côté » de la personnalité délirante, mais selon lui les idées hallucinatoires ne proviennent pas de cette personnalité restée intacte. Elles proviennent de la personnalité morbide atteinte par le processus morbide lui-même (attaquant de plus en plus une partie de la personnalité). Ce processus morbide (la maladie elle-même) est associée à l'idée d'automatisme mental et constitue le « trouble initial »⁶²⁶. Ainsi « il règne à côté du sujet pensant [personnalité première intacte] une idéation autonome et cohérente, en outre progressive, qu'on pourrait appeler *néoplastique* ». Cette idéation relève entièrement de la « personnalité seconde », créée, pour ainsi dire, de toutes pièces par le processus morbide de nature neurologique ». Il y aurait donc deux personnalités, une restée intacte (première), « personnelle, réactionnelle et non morbide », « l'autre morbide et souvent antagoniste ». « La première est une réaction à des automatismes divers, la deuxième est *intégralement automatique* »⁶²⁷ (Minkowski citant Clérambault). Minkowski explique alors en quoi (pour Clérambault) la formation de l'idée de persécution par exemple ne résulte pas nécessairement d'une « constitution paranoïaque » mais qu'elle « peut avoir cette origine purement mécanique et automatique dont il vient d'être question » (l'automatisme mental), et ajoute qu'elle « paraît même, si on se place uniquement sur le terrain de l'évolution progressive du processus organique, inévitable »⁶²⁸. Minkowski précise toutefois que pour qu'une idée délirante atteigne son degré maximum, il faut que « le caractère paranoïaque [ait] devancé l'automatisme mental »⁶²⁹ pour que ce dernier élève au maximum l'idée délirante (au rang d'hallucination) en formant une sorte « d'osmose ». Ensuite, Minkowski discute l'origine organique que Clérambault attribue à l'automatisme mental, son idée étant que ni la thèse organiciste ni la thèse psychogénétique ne sont satisfaisantes (la psychogenèse tentant par exemple et notamment de matérialiser les causes

⁶²⁵ *Ibid.*, p. 198.

⁶²⁶ *Ibid.*, p. 200.

⁶²⁷ *Ibid.*, p. 200.

⁶²⁸ *Ibid.*, p. 200.

⁶²⁹ *Ibid.*, p. 201.

psycho-affectives tels les chocs, traumatismes ou conflits). Minkowski veut ainsi retenir de la thèse (pourtant organiciste) de Clérambault l'idée d'un « trouble initial » ou « syndrome générateur » (l'automatisme mental à relier à l'idée de besoin causal) permettant d'expliquer la totalité des idées (symptômes), faisant en sorte que « l'idée qui domine la psychose n'en est pas la génératrice » (souligné dans le texte) et faisant que « c'est l'ensemble des symptômes qui, réunis, forment le symptôme de l'automatisme mental » et qui « constituent le trouble initial »⁶³⁰ (syndrome dit de Clérambault). Ainsi Minkowski se dit « séduit » par la thèse de Clérambault qui, contre la conception classique, « limite » « le rôle » du « besoin causal au strict minimum »⁶³¹, pour privilégier la thèse de l'automatisme mental. Toutefois Minkowski avoue ne pas suivre Clérambault sur le terrain de la conception organiciste et il l'explique en plusieurs points : tout d'abord il distingue sa conception de celle de Clérambault en rappelant que ce qui l'intéresse est la manière dont la conscience se modifie dans sa totalité (dans ses « traits essentiels ») alors que la conception organiciste suppose une évolution « lente et progressive » partant de troubles organiques faisant « surgir » les idées délirantes dans la conscience. Pour Minkowski, il ne s'agit pas de nier le caractère évolutif de la maladie mentale, mais en supposant que chaque « palier » « étant suffisamment distinct du précédent pour qu'on puisse admettre qu'il repose sur une contexture particulière, différente de la précédente, de la vie mentale ». Il s'agit ainsi et aussi de poser que « la déformation morbide peut, sans changer de caractère, atteindre de nouveaux phénomènes vitaux »⁶³² de telle sorte qu'il s'agit au fond toujours de la même structure mentale (ou conscience morbide) subissant des déformations que la malade ne fait en réalité « qu'exprimer » par ses différents symptômes. De sorte que tout le contenu mental (psychique), à savoir les idées délirantes, mais aussi les complexes affectifs ne seraient que ce que Minkowski nomme des « inclusions » (idée que Minkowski emprunte à Clérambault mais qu'il présente de manière différente, non organiciste). Par inclusions, il faut entendre que ce contenu n'est pas à l'origine de la maladie et il n'en est pas l'essence, il ne fait que s'introduire dans le processus comme si ce processus s'en nourrissait, absorbait ces éléments qui permettent au sujet d'exprimer quelque chose qui sinon resterait en quelque sorte sans substance. Ainsi et pour résumer, même si Minkowski ne rejoint pas Clérambault sur l'idée d'une origine organique de la maladie, il retient de façon significative et centrale son concept de « syndrome fondamental » qui permet de penser que le malade est bel est bien « malade », atteint par une seule et même maladie, un seul processus dont les symptômes ne sont que la seule et même

⁶³⁰ *Ibid.*, p. 202.

⁶³¹ *Ibid.*, p. 203.

⁶³² *Ibid.*, p. 204.

expression. De cette manière tous les symptômes (« écho, la prise ou le vol de la pensée, l'énonciation des actes, les dialogues intérieurs, les hallucinations psycho-motrices, l'influence à distance... »), « semblent bien former un tout, n'être que les diverses manifestations d'une seule modification sous-jacente de la personnalité humaine »⁶³³.

Pour mieux comprendre et accepter cette idée de trouble, Minkowski montre en effet en quoi la « médecine mentale » se distingue de la « médecine somatique » tout en suggérant qu'elles ne s'excluent pas pour autant. Ainsi, il est possible voire nécessaire de supposer, en plus d'un possible trouble organique de base, un trouble psychique venant comme s'intercaler entre la base organique et les symptômes (ou contenus idéo-affectifs), trouble correspondant à la totalité de la personne psychique. Il nomme cela « échelon » : « mais même [les] tendances organicistes ne pourront négliger à la longue un échelon important qui viendra s'intercaler entre le syndrome mental et le trouble organique du fait qu'on se trouve ici en présence de phénomènes psychiques »⁶³⁴. Minkowski ramène cet échelon à la notion de « personnalité vivante » : « le besoin de pénétrer, au travers des symptômes, jusqu'à cette personnalité vivante, de saisir en un seul effort de connaissance toute sa façon d'être, est si impérieux que nous ne saurions nous y soustraire »⁶³⁵. Ceci renvoie à l'idée (déjà suggérée) que « chaque état psychologique, du fait qu'il appartient à une personne, reflète et exprime l'ensemble de sa personnalité », ou encore que « du dedans, les faits psychiques apparaissent comme autant d'expressions d'une énergie une et indivisible »⁶³⁶. Pour Minkowski, saisir cette personnalité totale correspond d'une part à « l'intuition bergsonienne » et d'autre part au « diagnostic par sentiment » ou « diagnostic par pénétration ». Cette précision sur la possibilité d'un tel diagnostic permet en réalité de poser l'idée d'une unité/totalité du psychisme qui serait en quelque sorte accessible, intuitionnable et dont l'intuition même, lorsqu'elle a lieu (en temps « normal » avec un individu « normal ») prouve l'unité/totalité même.

Pour illustrer cela, Minkowski prend l'exemple d'un homme en qui on aurait confiance en connaissant son passé (exemplaire) et un homme dont on aurait l'intuition de sa sincérité présente malgré la connaissance qu'on aurait de son passé douteux, et il distingue ainsi une « connaissance inductive » (premier cas) et « connaissance intuitive, par pénétration » (second cas). C'est à partir de ce « mode de connaissance » ou « critère » que Minkowski s'attache ainsi à préciser ce qu'il entend par « trouble générateur », lequel serait justement à saisir (et saisi comme de lui-même) intuitivement dans la présence du malade, comme s'il s'agissait de

⁶³³ *Ibid.*, p. 205.

⁶³⁴ *Ibid.*, p. 209.

⁶³⁵ *Ibid.*, p. 209.

⁶³⁶ citation de A. Ceillier, *Recherches sur l'automatisme psychique*, Soc. de psych., 17 mars 1927, *Encéphale*, 4, 1927

saisir d'un seul coup toute son âme. Ainsi Minkowski affirme : « derrière la confusion, il y a toujours le confus, derrière la mélancolie, le déprimé, derrière le syndrome d'influence, l'influencé »⁶³⁷. Pour Minkowski, cela est confirmé par le fait que derrière des symptômes combinés qui parfois laissent penser qu'il existe des « psychoses associées » (mélange de schizophrénie et de folie maniaco-dépressive par exemple), existent bel et bien des « cas purs » que l'on saisit justement « par sentiment » : « cette « pureté » n'est au fond autre chose que l'expression du sentiment que nous avons en présence de certains malades quand nous essayons de saisir sur le vif leur personnalité, que tous les symptômes qu'ils présentent « se tiennent », qu'ils reposent tous sur un seul trouble initial, qu'ils sont une unité organisée, qu'ils représentent un véritable syndrome psychologique »⁶³⁸. Minkowski peut donc affirmer clairement que « c'est ainsi que naît en psychopathologie l'idée de *troubles générateurs*. Le syndrome mental n'est plus pour nous une simple association de symptômes, mais *l'expression d'une modification profonde et caractéristique de la personnalité humaine tout entière* »⁶³⁹.

Pour Minkowski cette « personnalité vivante, une et indivisible » qu'il s'agit de saisir et de comprendre « correspond, au fond, sur le plan psychologique, à la base anatomo-physiologique des syndromes somatiques », avec l'idée que « nous n'aurons plus affaire ici ni à des organes, ni à des fonctions, mais à la personnalité vivante, une et indivisible »⁶⁴⁰. Minkowski parle à ce propos de « fond mental ». Ce fond mental (ou personnalité vivante) peut ainsi faire que les mêmes idées développées ne correspondent pas au même fond mental, comme le suggère Minkowski en prenant l'exemple des idées hypocondriaques (celles d'un anxieux et celles d'un schizophrène) : ce sont les « mêmes idées », relatives à une préoccupation excessive à l'égard de sa santé, mais ces idées deviennent en quelque sorte « dissemblables » tant « le fond mental, dans les deux cas, est tout différent ». Cela s'explique par Minkowski par le fait que « le nombre de concepts dont disposent les malades pour exprimer leurs états d'âme est forcément limité »⁶⁴¹. Pour Minkowski, il s'agit de montrer en quoi les idées mobilisées (idées de ruine, culpabilité, indignité etc par exemple dans le délire mélancolique) ne relèvent pas (comme il l'a déjà suggéré en s'inspirant de Clérambault) d'un besoin causal (besoin explicatif) mais plutôt d'une seule et même façon de voir les choses, d'un même fond émotionnel (tristesse). Il explique en quoi ces idées, dans leur « régularité » relèvent d'un « choix », et que « ce choix obéit à une loi précise, préformée dans la

⁶³⁷ *Le temps vécu*, p. 210.

⁶³⁸ *Ibid.*, p. 210.

⁶³⁹ *Ibid.*, p. 211.

⁶⁴⁰ *Ibid.*, p. 211.

⁶⁴¹ *Ibid.*, p. 211.

personnalité normale », évoquant pour cela l'idée d'une « structure intime ». Ainsi il s'agit pour Minkowski de « pénétrer par delà les éléments idéiques et même les facteurs émotionnels d'un syndrome jusqu'à la structure intime de la personnalité morbide qui leur sert de charpente et aux uns et aux autres »⁶⁴². Ici Minkowski dit partir des « déviations constatées [...] par rapport à la structure de la personnalité normale » pour « établir, en dernier lieu, les modalités de troubles générateurs se trouvant à la base des divers tableaux psychopathologiques »⁶⁴³.

Minkowski confirme ces idées par les recherches de Bleuler sur la schizophrénie et plus particulièrement sur l'autisme qui « nous fait pressentir ainsi l'existence d'une forme particulière de la vie psychique chez les schizophrènes, forme qui sert de cadre, pour ainsi dire, et à l'intelligence, et à l'affectivité, et à l'activité, leur imprime son cachet et détermine la façon d'être caractéristique du schizophrène ». Ici, il faut souligner l'utilisation des termes : « forme », « cadre », « détermine », « cachet »⁶⁴⁴. De même Minkowski évoque les recherches « modernes » sur les « constitutions » (souligné dans le texte) (constitutions préexistantes) et évoque également la « différence d'attitude des malades par rapport à l'ambiance », « opposition » qui « mène aux notions de syntonie et de schizoïdie », « deux grands « principes vitaux » (Bleuler) « capables de conférer une teinte particulière à toutes les manifestations de l'individu »⁶⁴⁵.

Ces rappels permettent à Minkowski de chercher « des troubles générateurs d'un autre ordre »⁶⁴⁶, qu'il ramène à « la faculté d'affirmer notre moi, et cela aussi bien par rapport à l'espace qu'au temps ». Ainsi « c'est donc dans le domaine de l'affirmation du moi que nous aurons à rechercher les troubles générateurs particuliers dont nous parlons maintenant » et il rappelle ici qu'il « paraît tout indiquer d'opposer le syndrome de Clérambault au délire mélancolique ». Il précise ainsi que « dans les deux cas l'affirmation du moi est touchée, mais de façon différente. Dégradation en bloc de la personnalité dans l'espace dans le premier cas, dégradation dans le temps dans l'autre »⁶⁴⁷ pour ainsi mettre en évidence l'idée que ce qui est atteint, dans les deux cas (atteint au sens pathologique et atteint au sens où l'on peut le mettre en évidence dans une intuition), c'est la « structure intime » du sujet, laquelle conditionne un « fond mental ». Minkowski présente alors un tableau récapitulatif ce qu'il a mis en évidence, à savoir d'une part les « processus psychopathologiques » et d'autre part les « troubles

⁶⁴² *Ibid.*, p. 212.

⁶⁴³ *Ibid.*, p. 213.

⁶⁴⁴ *Ibid.*, p. 214.

⁶⁴⁵ *Ibid.*, p. 215.

⁶⁴⁶ *Ibid.*, p. 216.

⁶⁴⁷ *Ibid.*, p. 216.

générateurs ». On peut comprendre ici qu'il veut distinguer, d'une part ce qui apparaît de façon claire dans le déroulement des symptômes, et qui correspond aux différentes maladies possibles telles qu'elles sont répertoriées de façon classique en fonction de leurs symptômes (« affaiblissement intellectuel », « processus schizophrénique », « processus épileptique »), et d'autre part ce qui pour lui semble pouvoir expliquer toutes les maladies ou d'autres maladies, à savoir ce qu'il nomme « subduction mentale morbide », et qui pour lui correspond aux deux troubles générateurs mis en évidence (subduction mentale dans le temps et subduction mentale dans l'espace). Ces deux troubles générateurs permettent selon lui d'expliquer d'une part la mélancolie et d'autre part le syndrome de Clérambault.

Si l'on comprend bien, cela signifie que pour Minkowski, ce qu'il nommes ici les processus psychopathologiques sont des troubles générateurs eux aussi, mais qui ne permettent pas d'expliquer⁶⁴⁸ les phénomènes de délire et d'hallucination, d'où son besoin de rechercher en fait d'autres troubles générateurs. Son tableau résumerait donc en quelque sorte les différents troubles générateurs que l'on peut répertorier et qui correspondent à l'idée que ce sont ces troubles qui sont à la base de la manière totale et une dont la personnalité malade est atteinte.

Par ailleurs, Minkowski précise bien les limites de l'explication « anatomo-physiologique » qui, même si elle met en évidence des lésions organiques présentes dans les psychoses, nous laisse « embarrassés » pour « établir un rapport plausible entre ces modifications et toutes les manifestations psychopathologiques dont se compose la psychose donnée »⁶⁴⁹. En effet, il semble bien difficile d'associer par exemple à « une » lésion particulière tout un ensemble de troubles psychiques, sachant que certaines idées (délirantes par exemple) se retrouvent dans différentes maladies. Pour Minkowski, il s'agit donc de poser que « les troubles générateurs représentent, pour ainsi dire, les lésions primitives du psychisme » et « devront servir de point de départ pour nos hypothèses organo-psychiques »⁶⁵⁰. S'inspirant de Mignard⁶⁵¹, Minkowski le cite pour distinguer ce qui caractérise un individu normal d'un individu malade : « l'organisme normal ne fait que servir la maîtrise de la pensée, tandis qu'au contraire, l'organisme malade conditionne une emprise morbide qui, sur le plan psychologique, se traduit par un sentiment ou des idées d'influence, si fréquentes chez les malades »⁶⁵². Minkowski reprend cette citation en la simplifiant ainsi : « tandis que l'individu bien portant se sent maître de sa pensée, le fonctionnement normal de son organisme étant lié chez lui à ce sentiment d'aisance qui accompagne tous nos actes et qui est si habituel que nous n'y prenons

⁶⁴⁸ *Ibid.*, p. 215.

⁶⁴⁹ *Ibid.*, p. 219.

⁶⁵⁰ *Ibid.*, p. 219.

⁶⁵¹ « L'emprise organo-psychique et les états d'aliénation mentale », *Encéphale*, mai 1922

⁶⁵² *Le temps vécu*, p. 219.

même plus garde, le dérèglement de ce fonctionnement entraîne une gêne particulière qui donne naissance aux idées d'influence »⁶⁵³. Pour Mignard, il s'agit d'une « excessive prépondérance que prennent certaines fonctions neuro-cérébrales particulières, normalement soumises à l'action des fonctions mentales proprement dites »⁶⁵⁴.

Toutefois, il s'agit pour Minkowski de dépasser cette théorie de Mignard, laquelle selon lui est « trop générale » (elle ramène « tous les troubles mentaux à un trouble organo-psychique unique (l'emprise et le sentiment d'influence) »), pour supposer que derrière des idées délirantes par exemple « se trouve un phénomène de la vie normale, déformé seulement quant à la place qu'il occupe dans le psychisme et quant à la façon dont il s'exprime »⁶⁵⁵.

Il s'agit d'abord de mettre en évidence ce que Minkowski appelle le « double aspect » des phénomènes psychopathologiques, à savoir d'une part « l'aspect idéo-émotionnel » ou « idéo-affectif », et d'autre part « l'aspect structural [...] qui constitue la charpente intime du syndrome, qui conditionne l'agencement de ses éléments et qui nous explique enfin pourquoi notre raisonnement n'a plus aucune prise sur les idées délirantes de notre malade, ces idées n'étant autre chose que l'*expression secondaire* d'une forme particulière de vie mentale »⁶⁵⁶. Chez le mélancolique, cette structure (charpente, forme) particulière est « réalisée par la subduction morbide de la personnalité dans le temps »⁶⁵⁷. Ce double aspect permet notamment de poser que derrière des symptômes en apparence semblables (hypocondrie par exemple chez un schizophrène et chez un déprimé anxieux) « peut se cacher une structure différente »⁶⁵⁸. Minkowski précise ensuite en quel sens certaines théories s'arrêtent en quelque sorte à la mise en évidence d'une certaine « structure » « affective » (Ceilier, Hesnard par exemple), qui expliquerait la façon dont le malade « pense » (idée de « discordance affective » chez Ceilier). Mais pour Minkowski, cette structure affective n'est encore qu'un aspect secondaire, cachant une structure plus fondamentale. S'appuyant sur Bouyer⁶⁵⁹, Minkowski montre en quoi on peut superposer sa théorie du double aspect à celle de Bouhier. Celui-ci distingue en effet chez les hallucinés, d'une part une « attitude psychique préalable » et d'autre part « un trouble d'origine physiologique global »⁶⁶⁰, la première attitude représentant une « disposition » (disposition hallucinatoire) et le second représentant « l'état hallucinatoire proprement dit ». Pour Minkowski, ces deux ordres sont « nécessaires » pour

⁶⁵³ *Ibid.*, pp. 219-220.

⁶⁵⁴ *Ibid.*, p. 220.

⁶⁵⁵ *Ibid.*, p. 220.

⁶⁵⁶ *Ibid.*, p. 220.

⁶⁵⁷ *Ibid.*, p. 221.

⁶⁵⁸ *Ibid.*, p. 222.

⁶⁵⁹ *L'état mental des hallucinés et ses deux facteurs*, Encéphale, juin 1927.

⁶⁶⁰ *Le temps vécu*, p. 226.

rendre possible une hallucination : « sans état hallucinatoire pas d'hallucinations vraies » et « sans une disposition hallucinatoire prête à fournir certaines images privilégiées quand la perception vient à défaillir, l'hallucination ne saurait être qu'un chaos » (citations de Bouhier). Minkowski explique en quoi cette « distinction de ces deux facteurs dans l'état mental » lui « paraît superposable » à sa théorie : « la disposition hallucinatoire correspondrait à l'aspect idéo-affectif du trouble, et l'état hallucinatoire proprement dit à l'aspect structural »⁶⁶¹. Ici on peut comprendre déjà que pour Minkowski, les complexes idéo-affectifs (ce que le malade pense, le contenu de ses pensées) ne font en réalité que nourrir ou alimenter une tendance plus structurale, plus fondamentale impliquant notamment une dimension temporelle (ou spatiale), plus largement « vitale », structure constituant et déterminant la base psychique de l'individu (intercalée entre un support organo-physiologique pouvant lui-même défaillir et un ensemble de complexes idéo-affectifs comprenant l'histoire personnelle de l'individu).

Ces précisions permettent ainsi d'amener et de développer l'idée de « compensation phénoménologique », notion dont Minkowski veut montrer la complexité après avoir simplement constaté son existence. On comprend qu'il veut montrer, à la suite de ce qui précède, en quoi « la notion de compensation s'enrichira d'une nouvelle signification »⁶⁶². En gros, il s'agit pour Minkowski de montrer en quoi il existe ce qu'il veut nommer une compensation « phénoménologique » distincte de la compensation affective mise en évidence par Freud (idée que le malade réalise dans le délire ou dans le rêve ce qui lui a été refusé dans la vie). Pour Minkowski, cette « psychopathologie affective » « a trop négligé la spécificité formelle » des symptômes ainsi que « la structure particulière de la vie mentale qui les conditionne, dans leur ensemble ». De même, « elle subordonne l'être humain entièrement à un quelconque côté de sa vie. Elle en fait un *homo libidinonus* qui [...] barre [...] la route menant vers la compréhension de l'homme en entier ou de l'homme tout court ». Il s'agit alors pour Minkowski, à partir de la notion de « constitution », de « restreindre le rôle des complexes dans la genèse des troubles mentaux » pour avoir en vue la manière dont cette constitution « conditionne » à la fois « la façon dont l'individu réagit en présence de chocs affectifs, et la façon dont il emmagasine et liquide les complexes, de même qu'elle devra prendre à son compte le caractère particulier des troubles mentaux, là où ceux-ci se produisent »⁶⁶³. Ainsi la notion même de compensation prend un sens plus large, puisqu'elle se dégage à partir de la notion de structure : ce que l'individu compenserait, en étant malade

⁶⁶¹ *Ibid.*, p. 226.

⁶⁶² *Ibid.*, p. 227.

⁶⁶³ *Ibid.*, p. 228.

de par une structure totale, ce serait cette structure totale, dans sa défaillance même. Or si cette structure est « phénoménologique », si elle engage la manière totale dont l'individu « vit », « existe », se « projette » dans le temps et dans l'espace, alors on comprend qu'il faille l'appeler « compensation phénoménologique », puisqu'elle « fait appel avant tout aux caractères essentiels des phénomènes dont se compose la vie »⁶⁶⁴. Minkowski applique ensuite cette idée à la schizophrénie, rappelant que pour lui, elle s'explique par une « perte de contact avec la réalité », perte qui « conditionne les manifestations autistiques du malade »⁶⁶⁵. Ainsi les « réactions de retrait par rapport à la réalité, tels la rêverie, la bouderie ou les regrets » ou encore « l'attitude interrogative » du sujet seraient des phénomènes permettant au schizophrène de « combler le vide que creuse en lui le processus schizophrénique, pour redonner un peu de couleurs vives, en vertu d'une tendance compensatrice, au paysage aride de la vie autistique »⁶⁶⁶. Pour Minkowski, il s'agit bien là du « prototype d'une compensation phénoménologique, venant se mouler sur le cadre particulier de la conscience morbide » et il explique avoir « groupé les diverses modalités de cette compensation phénoménologique dans la schizophrénie sous le nom d'*attitudes schizophréniques* »⁶⁶⁷. Ainsi la rêverie qui caractérise le schizophrène constitue une manière pour lui de maintenir une certaine vie « qui s'accorde on ne peut mieux avec le fond même du psychisme schizophrénique » et « le schizophrène s'y raccroche donc naturellement. Il rêve, il rêve tout court avant de rêver à quelque chose de précis »⁶⁶⁸. Car « il vaut encore mieux se livrer à une rêverie stérile ou adopter une attitude de regrets ou une attitude interrogative que sombrer dans le vide » au point que « parfois le contenu s'efface ; le malade rêve sans pouvoir dire à quoi il rêve, ou encore pose des questions d'une façon incohérente, indifféremment au sujet de tous les objets qui se présentent à l'esprit »⁶⁶⁹ et c'est en ce sens que pour Minkowski, il s'agit là « bien davantage de compensation phénoménologique que de compensation affective »⁶⁷⁰. Pour Minkowski, « cela paraît d'autant plus plausible que ces mécanismes participent du fond mental sur lequel ils viennent éclore », fond caractérisé par la « rigidité », et de telle sorte qu'avec le temps et selon « le processus schizophrénique », ils « s'appauvrissent, quant à leur contenu, s'effritent et se désagrègent dans la même mesure où se désagrège la personnalité du schizophrène »⁶⁷¹. Minkowski explique ensuite en quoi cette attitude pathologique a son équivalent, à un degré

⁶⁶⁴ *Ibid.*, p. 228.

⁶⁶⁵ *Ibid.*, p. 229.

⁶⁶⁶ *Ibid.*, p. 229.

⁶⁶⁷ *Ibid.*, p. 229.

⁶⁶⁸ *Ibid.*, p. 229.

⁶⁶⁹ *Ibid.*, p. 230.

⁶⁷⁰ *Ibid.*, p. 230.

⁶⁷¹ *Ibid.*, p. 230.

moindre, dans la vie « normale ». Il explique ainsi que « en présence d'une déception, nous pouvons chercher à réaliser nos désirs dans nos rêves » mais qu'il « vaut mieux cependant rechercher, tôt ou tard, au prix d'un nouvel effort, une compensation dans la vie réelle »⁶⁷². C'est donc dire que l'individu normal arrive à retrouver un rapport avec la réalité et que s'il perd ce rapport suite à un événement qui l'en détourne, il saura y revenir de lui-même. Pour le « malade », Minkowski suggère que ce « retour » est compromis (impossible) par le processus schizophrénique justement, lequel est une « perte de contact avec la réalité » et ainsi « la situation sera encore bien plus compromise lorsqu'à la suite d'une défaillance du contact vital avec la réalité, qu'elle qu'en soit d'ailleurs la cause, l'individu s'immobilisera, même sans déception préalable, dans une attitude de rêverie, et ne cherchera plus du tout d'issue vers le monde ambiant. Cette rêverie deviendra alors but en elle-même, et si dans certains cas elle a une teinte affective, elle se perdra, dans d'autres, entièrement dans le vague »⁶⁷³. Ce que veut montrer ici Minkowski, c'est toujours l'idée selon laquelle les attitudes ou phénomènes schizophréniques sont « secondaires » et notamment les phénomènes idéo-affectifs. Ils ne sont que les effets (compensatoires) d'un trouble générateur primaire touchant l'ensemble de la personnalité psychique, son « fond mental ». Par ailleurs, il s'agit pour Minkowski de limiter le rôle des complexes affectifs, et ce à deux niveaux : non seulement ils ne sont pas la cause de la maladie, mais d'autre part, en tant qu'effets secondaires compensatoires, ils ne sont pas non plus primordiaux ou centraux, ils n'occupent qu'une partie (non nécessairement présente) de la compensation phénoménologique. Ainsi et pour résumer encore, la dimension affective (complexes, frustrations, désirs...) n'est plus du tout au centre de la maladie (même si le rôle que lui attribue Freud en tant que compensation est conservé).

Mais Minkowski précise encore davantage le rôle à attribuer à ce contenu affectif, pour en même temps expliquer à quel point sa présence, dans les phénomènes psychopathologiques, peut prêter à confusion en nous faisant attribuer à ce contenu un plus grand rôle, une plus grande portée que ce qu'il contient réellement. Minkowski résume cette explication par l'expression de « tendance à l'expression idéo-affective » : c'est parce que l'individu (normal et malade) a tendance à traduire son intériorité globale en langage idéo-affectif (dire ou montrer ce qu'il pense ou ressent ou désire) qu'on trouve autant de phénomènes idéo-affectifs dans les phénomènes psychopathologiques, c'est-à-dire dans les symptômes morbides, mais qui pour autant n'occupent pas selon lui la première place.

Pour cela, Minkowski rappelle d'abord en quoi il se distingue de Bleuler (dont il admire pourtant la théorie et dont il s'inspire), pour insister sur l'idée que la schizophrénie n'est pas

⁶⁷² *Ibid.*, p. 230.

⁶⁷³ *Ibid.*, p. 230.

tant une « maladie » au sens de Bleuler (trouble organique initial atteignant la fonction associative) qu'une « manière d'être différent », différence permettant de penser la totalité du sujet atteinte dans sa « maladie » et permettant d'amener l'idée de structure (plutôt que la notion de fonction). Minkowski qualifie cette « être différemment » d'« attitude phénoméno-psychopathologique » en prenant l'exemple de l'autisme (analysé par Bleuler). Pour lui, il s'agit de montrer que cet autisme est une « forme de vie mentale » large pouvant témoigner de la manière dont la maladie modifie et traduit l'ensemble de la personnalité (et pas seulement un de ses aspects, idéo-affectif). Minkowski montre ainsi en quoi « l'autisme ne doit en aucun cas être assimilé à un dépôt de complexes, ni encore moins à un narcissisme ou à un auto-érotisme plus que problématiques ; il ne désigne qu'une forme particulière de vie psychique » servant « à effectuer une sorte de remplissage phénoménologique du vide creusé dans la vie psychique par le trouble initial ». En ce sens donc, « le contenu idéo-affectif n'interviendrait, dans ce cas, qu'en deuxième ou même plus exactement, en troisième lieu (le premier échelon étant constitué par le trouble générateur) »⁶⁷⁴. Précisant le rôle de ce contenu idéo-affectif, Minkowski explique en quoi il « ne consisterait pas tant à expliquer la genèse des troubles mentaux qu'à *limiter* les attitudes générales à quelques événements, soit de la vie passée, soit de la vie présente du sujet, dans le but de donner à ces attitudes un semblant de vitalité »⁶⁷⁵. Elargissant cette idée à la maniaque-dépression, Minkowski peut affirmer également que « ni l'état dépressif, ni l'état euphorique, ni la fuite des idées, ni le délire mélancolique ne sont point les manifestations primitives, sur le plan psychologique, de cette affection, mais que tous ils représentent une sorte de développement secondaire, de nature émotionnelle, affective et idéique, de la forme particulière de vie mentale, caractéristique justement de la folie maniaque-dépressive »⁶⁷⁶.

Minkowski ramène ainsi le processus de développement secondaire (compensatoire) large (phénoménologique mais souvent idéo-affectif) à son idée de « *tendance à l'expression idéo-affective* », le mot « tendance » lui permettant de répondre « aux questions de savoir pourquoi chez certains schizophrènes nous trouvons des stéréotypies psychiques, tandis que chez d'autres nous n'en trouvons point : le malade peut chercher, d'une façon plus ou moins intense, à exprimer, dans le langage habituel des idées, des émotions, des sentiments, la situation particulière dans laquelle il se trouve », tendance qui pour Minkowski représente un « facteur bien plus vivant, plus souple et humain et, de ce fait, plus plausible que le besoin causal dont on ne trouve d'habitude nulle trace dans l'enchaînement réel des troubles

⁶⁷⁴ *Ibid.*, p. 234.

⁶⁷⁵ *Ibid.*, p. 234.

⁶⁷⁶ *Ibid.*, pp. 234-235.

mentaux »⁶⁷⁷.

Toutefois, Minkowski explique également en quoi cette idée d'expression idéo-affective peut paraître problématique. En effet, la notion d'expression suggère que ce qui est exprimé, ce sont précisément des idées, sentiments, émotions, désirs, ceux-ci étant donc premiers par rapport à leur expression (et derniers si l'on voulait chercher en nous ce qu'il y aurait de plus fondamental). Or ce que veut montrer justement Minkowski, c'est que le contenu même idéo-affectif de cette expression exprime autre chose que des idées et affections, quelque chose qu'il y aurait « derrière » elles. C'est qu'il veut précisément mettre à jour la « structure » évoquée précédemment, laquelle serait précisément atteinte par le trouble générateur. On peut penser que sa recherche vise à mettre en évidence ce qui serait en nous le plus « large » en termes de phénomènes psychiques, ce qui pourrait englober le plus de phénomènes psychiques (aussi bien des émotions, des hallucinations, des paroles incohérentes, des sensations...), de plus large et de plus « total », le mot structure permettant de suggérer cette exigence (parce qu'elle renvoie à l'idée de « forme »). Ainsi, Minkowski peut affirmer : « D'habitude nous parlons d'expression lorsqu'il s'agit de traduire par des paroles, par des gestes, par la mimique, nos idées, nos émotions, nos sentiments, nos volitions, ces facteurs de notre vie intérieure constituant pour nous quelque chose de « dernier », des « éléments » derrière lesquels il n'y aurait plus rien. Mais pareille conception de la vie psychique correspond-elle vraiment à la réalité ? Après tout ce qui a été dit dans ce livre, nous serions plutôt enclin à croire que la vie psychique de chacun de nous est portée par tout autre chose que par l'ensemble de ses idées, de ses émotions, de ses affections, de ses désirs, de ses conflits. Ces manifestations, en raison même de leur caractère précis et positif, ne semblent point pouvoir épuiser le « tout » de la vie. On dirait que derrière il y a l'ensemble des facteurs profonds, irrationnels, mystérieux, insaisissables, si proches pourtant de nous que nous y verrions volontiers la vraie source de la vie, source profonde et intarissable, laissant à peine surnager à sa surface les éléments précis et rationalisés dont il vient d'être question. Appelons cette source la forme ou le cadre de la vie »⁶⁷⁸. Ce passage semble central par rapport à tout ce que Minkowski a pu mettre en place dans son analyse, puisqu'il s'agit de toucher du doigt ce qu'il a d'abord présenté sous l'idée de syndrome fondamental, trouble initial (Clérambault), puis trouble générateur, puis double aspect des troubles mentaux, puis cette idée d'expression idéo-affective. Disons que cette progression a permis aussi à Minkowski de rendre hommage aux théories qui l'ont aidé à mettre en place sa propre théorie tout en montrant en quoi il s'en distingue et sur quels points précis. Minkowski précise toutefois à titre de remarque que tous

⁶⁷⁷ *Ibid.*, p. 235.

⁶⁷⁸ *Ibid.*, p. 235.

les individus n'ont pas la même tendance à l'expression idéo-affective, certains ayant plus tendance que d'autres à s'exprimer de manière idéo-affective. Minkowski explique à ce niveau en quoi cette tendance n'enrichit pas pour autant leur vie, ce qui est significatif puisque cela montre encore en quoi notre vie intérieure ne se réduit pas à une vie idéo-affective. Ainsi pour certains « tout leur sert de prétexte à cela » (« cela » renvoyant au fait de s'exprimer de manière idéo-affective), et « ils courent intérieurement l'aventure ». Minkowski précise : « Pourtant, leur vie ne nous paraît ni plus riche, ni plus profonde que celle des autres ». Ces autres sont pour Minkowski des individus qui « s'accommodent bien mieux de la forme même de la vie, ils y vivent sans même être tentés de l'exprimer constamment dans le langage idéo-affectif. Ils vivent ainsi sans qu'il puisse être question pour eux, ni de froideur, ni d'impassibilité, ni de réserve, ni de timidité, ni encore moins de refoulement ; on ne saurait point parler de déficience, quelle qu'elle soit, chez eux. Ils vivent ainsi sans fuir la vie, sans en médire, sans pencher vers des états mystiques, sans se réfugier dans l'ascétisme, sans prétention non plus d'être des sages, ces attitudes se trouvant elles-mêmes déjà dans la couche de l'expression idéo-affective et non ailleurs. Simplement on dirait qu'ils cherchent à se laisser porter par les phénomènes vitaux essentiels, à se rapprocher du sens même de la vie et qu'ils le font dans le silence, sans paroles, même sans « paroles intérieures », peut-être parce qu'il leur répugne de traduire dans le langage courant de la vie quotidienne les grands faits de la vie tout court »⁶⁷⁹.

Minkowski remarque toutefois, à ce titre, que cette « tendance » qui s'observe dans les phénomènes pathologiques peut aussi s'observer dans la « vie normale ». Mais Minkowski note que « dans la conscience morbide [...] elle sert toujours à lui rendre un peu de vitalité, tandis qu'au contraire, dans la conscience normale, là où elle cherche à envahir le psychisme, elle risque de dessécher les mêmes sources »⁶⁸⁰. Ici la remarque est importante car elle pose plusieurs questions : d'une part la question de savoir où exactement se distingue la conscience morbide de la conscience normale (un individu anxieux ou névrosé par exemple est-il marqué par une conscience normale ou par une conscience morbide et chez lui la tendance à l'expression idéo-affective est-elle plutôt bénéfique ou plutôt néfaste ?), et d'autre part la question de savoir si cette « tendance » est créée par la conscience morbide, pour suppléer au défaut de vitalité engendré par la maladie, ou bien encore si c'est une tendance naturelle observable et présente chez tout individu mais à des degrés divers. Minkowski, en s'attardant sur la manière dont les « autres individus » semblent dépourvus de cette tendance et semblent retirer des bénéfices de ce « manque » puisqu'ils « se laissent porter par les phénomènes

⁶⁷⁹ *Ibid.*, p. 236.

⁶⁸⁰ *Ibid.*, p. 237.

vitaux essentiels »⁶⁸¹ semble plutôt suggérer qu'elle n'est pas présente en tout individu.

Ainsi, il faut plutôt comprendre que pour Minkowski, la tendance à l'expression idéo-affective cache une structure plus fondamentale qui serait en elle-même plus à l'origine de la maladie, structure qui serait « troublée » par le trouble générateur. Cette structure qu'il appelle « structure particulière de la vie mentale », serait donc « primaire » comparée aux phénomènes idéo-affectifs qui ne seraient que « secondaires ». Le rapport qui unit ici le primaire au secondaire est précisément un rapport d'expression, le secondaire étant l'expression du primaire : « les diverses idées, les divers sentiments, les diverses émotions, les diverses manifestations volitionnelles [...] semblent constituer maintenant comme un bloc *invariable*, destiné à remplir et à exprimer, selon les circonstances, la structure particulière de la vie mentale, créée par la maladie. C'est de cette façon que naissent les manifestations secondaires de celle-ci »⁶⁸². Quant à la structure fondamentale, Minkowski reconnaît la difficulté qu'il y a à la rechercher « derrière » ce qui semble être premier (dernier) : « reste-t-il en général encore quelque chose du psychisme si nous en retranchons les une après les autres, les idées, les sentiments, les volitions », « la structure dont nous parlons ici n'est-elle pas un simple mythe ? »⁶⁸³. Et à cette question, Minkowski répond : « oui, il reste quelque chose, il reste même quelque chose d'essentiel, il reste la façon dont le *moi vivant se situe par rapport au temps et à l'espace*, non pas évidemment par rapport au temps mesurable et à l'espace géométrique, mais au temps et à l'espace qui, même privés de leur contenu concret et matériel, ne sont rien moins que des formes mortes, mais se montrent, au contraire, comme nous le savons, pleins de vie »⁶⁸⁴. Et Minkowski peut préciser ainsi encore le but de sa recherche : « c'est dans l'analyse phénoménologique de ces rapports spatio-temporels du moi vivant que nous devons rechercher la base de l'aspect structural des troubles mentaux ». Cette base vivante, Minkowski la compare non pas à la notion de « forme » (même s'il emploie le terme de « cadre »), mais à l'image de la « corde » : « nous touchons [...] aux cordes les plus profondes, les plus vibrantes de notre être »⁶⁸⁵.

Prenant l'exemple d'une patiente montrant un délire de jalousie, la question qui occupe ainsi Minkowski est celle de savoir comment la jalousie vient s'articuler sur ce fond mental. Il résume ainsi ce qui semble pour lui constituer des sortes d'étages successifs des phénomènes qui occupent son esprit et qu'il compare à « trois échelons » : impression de mystère, puis automatisme mental et transitivity, enfin jalousie. Les « liens » qui unissent ces échelons

⁶⁸¹ *Ibid.*, p. 236.

⁶⁸² *Ibid.*, p. 237.

⁶⁸³ *Ibid.*, p. 237.

⁶⁸⁴ *Ibid.*, p. 237.

⁶⁸⁵ *Ibid.*, p. 238.

sont interrogés par Minkowski car ils constituent pour lui « le point qui [l']intéresse le plus »⁶⁸⁶. Ces liens sont résumés ainsi : « nous essayerons de considérer l'ordre dans lequel nous les avons classés comme un ordre naturel et de voir s'ils peuvent être déduits successivement les uns des autres »⁶⁸⁷. Il s'agit ici pour Minkowski d'expliquer comment la jalousie vient s'inscrire naturellement dans le cadre imposé par le fond mental de la malade : « la vie idéo-affective ne peut pas ne pas faire irruption dans ce cadre vide »⁶⁸⁸, cadre fait de mystère tel une « nuit sombre et inconnue »⁶⁸⁹ qui caractérise le fait que la « *suite naturelle* »⁶⁹⁰ des choses (faits, événements) soit « étrangère » à la malade. Dans ce cadre, « le moi essaie de s'affirmer, mais il est « ici et ailleurs », il est deux, il est mis à la place d'un autre, de même que d'autres personnes pénètrent en lui, des ressemblances sont découvertes, partout et servent à identifier des faits dissemblables, la vie intime se reflète au dehors, les pensées vont et reviennent etc. C'est là une tentative d'apporter de la lumière dans les ténèbres, mais cette tentative se réduit à une élaboration idéique qui, au lieu de se détourner résolument de la charpente, reste sous son emprise et respecte ses caractères essentiels. Mais ce tableau déformé vaut tout de même mieux que le vide »⁶⁹¹. Ce que veut montrer Minkowski, c'est que dans ce cadre flottant, les idées bizarres viennent donner un peu de vie, même si cela n'est qu'illusion et ne fait qu'entretenir le cadre initial déformé. La jalousie vient alors jouer exactement le même rôle, à un échelon supérieur (le troisième). Elle vient apporter au moi une illusion de vie (même si indirectement elle contribue à accentuer les sensations de dépersonnalisation) : « pour peu que la malade cherche à animer encore un peu plus ce fond mental par l'introduction de facteurs affectifs, elle sera amenée fatalement, semble-t-il, au sentiment de jalousie. Ce sentiment cadre, en effet, on ne peut mieux, avec les traits essentiels qui régissent son activité mentale »⁶⁹². De ce fait, la jalousie dérive du transitivity puisque celui-ci consiste à s'identifier à quelqu'un d'autre et que la jalousie consiste à désirer être quelqu'un d'autre. Minkowski précise toutefois qu'à la différence de l'orgueil ou de l'amour-propre (qui nous met au centre et nous fait rivaliser avec l'autre dans un sentiment de conquête), la jalousie nous fait nous sentir au-dessous de l'autre, dans un sentiment de vengeance et de destruction. Ainsi « la jalousie s'accorde on ne peut mieux, par ce qu'elle contient de négatif par rapport à l'affirmation du moi, avec les principes qui caractérisent le fond mental de notre malade. Dominé par les principes de similitude et

⁶⁸⁶ *Ibid.*, p. 248.

⁶⁸⁷ *Ibid.*, p. 250.

⁶⁸⁸ *Ibid.*, p. 251.

⁶⁸⁹ *Ibid.*, p. 251.

⁶⁹⁰ *Ibid.*, p. 251.

⁶⁹¹ *Ibid.*, p. 251.

⁶⁹² *Ibid.*, p. 251.

d'identité, le psychisme étudié trouve, quand il s'adresse à la sphère affective, la jalousie sur son chemin » et « la jalousie est ainsi comme une réaction de défense, tendant à remplir de facteurs affectifs la forme de la vie mentale déterminée par le trouble générateur de l'affection » (et ici Minkowski parle de « jalousie bizarre », « n'ayant pas du tout la tonalité de la jalousie habituelle », il parle de « jalousie sans amour »⁶⁹³). Là encore, nous constatons que le passage de l'état normal à l'état malade « s'explique » principalement par un trouble générateur modifiant la totalité de la personnalité en utilisant ses complexes affectifs pour compenser les dommages subis au niveau de la structure spatio-temporelle.

Dans la schizophrénie, ce trouble générateur est associé à la perte de contact vital et à un défaut de « syntonie ». Nous développerons plus précisément ce thème dans la partie suivante consacrée à cette maladie, à partir des analyses dans *Le temps vécu* mais aussi et plus encore à partir de *La schizophrénie*.

Dans les autres maladies, le « passage » de l'état « normal » à l'état « malade » est également analysé et décliné selon les manières dont le trouble générateur atteint la structure spatio-temporelle.

Notons ainsi que Minkowski compare la psychose maniaco-dépressive à la schizophrénie, en tenant compte des troubles générateurs mis en cause et de leur impact sur l'intuition (et le temps vécu) et sur l'intelligence (et l'espace vécu). Il reprend à ce niveau la distinction établie par Kretschmer et Bleuler entre syntonie et schizoïdie pour tenter d'appliquer ces « deux principes vitaux » à la schizophrénie d'une part et à la maniaco-dépression d'autre part. La réponse de Minkowski à cette tentative consiste à montrer que la schizophrénie s'explique par un excès de schizoïdie (et défaut de syntonie) et que la maniaco-dépression s'explique par une syntonie déformée, dégradée (et non pas excessive en termes de quantité). Ici on comprend (et Minkowski reprend les analyses qu'il a faites dans son ouvrage sur la schizophrénie) que la syntonie renvoie à la durée vécue (elle est ce qui permet d'être en contact avec l'ambiance, de vibrer à l'unisson avec elle, d'être en « sympathie »...) alors que la schizoïdie introduit une rupture (venant équilibrer la syntonie) avec l'ambiance, faisant en sorte que le sujet se retire en lui-même. Ainsi « la syntonie contient un élément d'harmonie, de rythme égal, pour ainsi dire, entre mon propre devenir et une tranche du devenir ambiant. Il y a dans la syntonie du synchronisme vécu »⁶⁹⁴. Lorsqu'il s'agit d'étudier le maniaco-dépressif (dans la phase maniaque), il apparaît que celui-ci « reste en contact avec la réalité, il l'absorbe même avec une telle avidité qu'il ne s'en pénètre plus du tout », « son activité psychique n'est pas une activité plus rapide que la nôtre, mais bel et bien une activité dégradée. Le contact existe, c'est

⁶⁹³ *Ibid.*, p. 252.

⁶⁹⁴ *Ibid.*, p. 273.

entendu, mais c'est uniquement un contact instantané »⁶⁹⁵. Ainsi le maniaque vit dans un « maintenant » mais qui n'est plus un réel présent (même idée que chez Binswanger). Il se laisse ainsi facilement distraire par tout ce qui se présente (objets, bruits, paroles...). Le contact avec l'ambiance est ainsi « rétréci », et « le libre jeu du présent, avec ses frontières extensibles, fait défaut au maniaque »⁶⁹⁶. Minkowski prend l'exemple d'une maniaque à qui l'on demande « est-il content » à propos de son mari parti s'installer dans une nouvelle région depuis dix ans. Elle répond « Quand ? *A cette heure-ci* ? Je n'en sais rien »⁶⁹⁷, réponse pouvant passer pour un jeu de mots mais signalant plutôt « une fin de non-recevoir » au présent proposé par son interlocuteur dans la question qu'il lui pose. D'où la remarque de Minkowski sur le fait qu'en réussissant à rendre les maniaques attentifs au passé, on arrive « parfois à calmer pour un temps » leur accès et « à obtenir d'eux des réponses pertinentes » : « en faisant intervenir le passé, nous libérons le maniaque de l'emprise du maintenant sous laquelle il se trouve et dont il est incapable de faire un présent »⁶⁹⁸. Minkowski conclut son analyse de la manie en en faisant la manifestation d'une « subduction mentale dans le temps » et en la rattachant à une certaine « structure » mentale également présente dans la mélancolie (donc aussi dans la phase dépressive de la maniaco-dépression). Ainsi il pose qu'il y a « identité structurale des états d'excitation maniaque et de dépression mélancolique, identité qui se cache derrière la différence idéo-émotionnelle, secondaire maintenant, de ces syndromes »⁶⁹⁹. Pour Minkowski, ces deux états reposent tous deux sur ce qu'il appelle une « identique subduction dans le domaine de la syntonie normale ». La manie et la mélancolie ne sont pas, dans la maniaco-dépression, « deux pôles d'une même série », mais elles « font un tout »⁷⁰⁰ en obéissant à une seule et même structure.

Quant à la mélancolie proprement dite, en s'appuyant sur les travaux de Straus et de von Gebattel, Minkowski montre en quoi, là encore, la maladie est déterminée par une structure temporelle défaillante. Il s'appuie notamment sur Straus qui distingue « temps du moi » (temps « immanent ») et « temps du monde »⁷⁰¹ en montrant que dans la vie normale, une accélération du temps du moi par rapport au temps du monde produit un sentiment joyeux là où au contraire un ralentissement du temps du moi par rapport au temps du monde produit spontanément un sentiment d'ennui. Dans la mélancolie, « le temps immanent semble ralentir singulièrement sa marche, s'arrêter même et cette modification de la structure temporelle

⁶⁹⁵ *Ibid.*, p. 275.

⁶⁹⁶ *Ibid.*, p. 276.

⁶⁹⁷ *Ibid.*, p. 276.

⁶⁹⁸ *Ibid.*, p. 277.

⁶⁹⁹ *Ibid.*, p. 277.

⁷⁰⁰ *Ibid.*, p. 277.

⁷⁰¹ E. Straus, *Das Zeiterlebnis in der endogenen Depression und in der psychopathischer*

vient s'intercaler entre le trouble biologique sous-jacent et les symptômes cliniques courants, de l'autre »⁷⁰². Alors, ce ralentissement produit une incapacité à « liquider le présent »⁷⁰³, le temps semblant comme arrêté (une malade de Straus dit par exemple qu'elle ne sent le temps avancer que si elle tricote). Minkowski explique alors que selon que le temps ralentit ou s'arrête complètement, les idées obsédantes portent soit sur le présent (dans le cas d'un simple ralentissement), soit sur le passé (dans le cas d'un arrêt). Les phénomènes de rumination, de comptage, de contrôle également découlent de ce processus (à propos des événements extérieurs ou intérieurs).

A préciser : Minkowski s'attache à des dépressions (mélancolies) qu'il qualifie d'endogènes. Ce sont elles qui sont comme déterminées de l'intérieur par une défaillance de la structure temporelle. Il précise que dans les cas de mélancolie ou dépression réactionnelle, « la modification du temps n'existe pas ; le malade ne se sent pas comme détaché de l'avenir, il se sent seulement menacé dans son avenir et [...] cherche protection »⁷⁰⁴.

Minkowski prend également l'exemple d'une malade de von Gebsattel, une jeune femme de 20 ans terrifiée par la fuite du temps et comptant, pour chaque événement insignifiant, la ou les secondes écoulées la rapprochant de la mort. Minkowski explique en quoi la méthode de von Gebsattel se rapproche de la sienne au sens où il s'agit pour von Gebsattel d'appliquer à ce cas la méthode « constructive-génétique » (et non pas la méthode historique-génétique) laquelle vise justement, comme la méthode structurale de Minkowski, à expliquer « l'aspect particulier que prend le temps » dans la pensée de la malade, ainsi que la manière dont « la pensée se fixe de manière obsédante au temps »⁷⁰⁵. Là encore, il s'agit de viser la forme globale de la pensée, sa forme temporelle (comment elle pense « en termes de temps »), et non pas son contenu (« ce qu'elle pense »). Ainsi pour cette malade, « le temps ne fait que passer »⁷⁰⁶ et c'est cet « aspect du temps » qui détermine en elle tout le reste, quel que soit le contenu de ce sur quoi ses pensées se fixent : toutes les choses « ne font que passer », « ce qui compte uniquement, c'est de les regarder sous l'angle de la fuite du temps ». A remarquer : la pensée « normale » peut être de cette « forme », dans certaines situations, comme le note Minkowski en citant Dostoïevski à propos d'un condamné à mort proche de l'exécution : « là où nous ne sommes pas en état de saisir le monde ambiant d'une façon active et le former ainsi, il s'impose à nous, et il le fait sous l'aspect atomistique de contenus isolés »⁷⁰⁷.

⁷⁰² *Le temps vécu*, p. 278.

⁷⁰³ *Ibid.*, p. 279.

⁷⁰⁴ *Ibid.*, p. 280.

⁷⁰⁵ *Ibid.*, p. 282.

⁷⁰⁶ *Ibid.*, p. 283.

⁷⁰⁷ *Ibid.*, p. 283.

Autre conséquence de cet arrêt du temps et de la fixation de la pensée sur les détails du monde pour les voir passer : l'idée d'une « harmonie parfaite entre cet enregistrement particulier et son propre état d'âme », et « de là l'impression de vérité, de logique, de connaissances acquises » par le sujet malade et qui « échapperaient aux autres »⁷⁰⁸. De même, Minkowski souligne en quel sens le fait même de penser ainsi de manière obsédante donne à la malade le sentiment de « faire quelque chose », donc de rester « actif », et en quoi les symptômes deviennent, là encore, des expressions de la façon dont le malade cherche à « lutter contre la maladie »⁷⁰⁹. C'est dire encore une fois que la maladie ne peut que s'entretenir d'elle-même voire s'accroître, dès lors que la défaillance entraîne une réaction de compensation faisant elle-même partie du processus morbide : l'arrêt du temps fait que la malade pense sans arrêt, pensée ne pouvant que maintenir le temps déjà arrêté et entretenir son arrêt. Dans cette analyse, Minkowski rappelle en quoi les travaux de von Gebsattel sont proches des siens, et cite également Binswanger dans *La fuite des idées* pour montrer que ses travaux sur la maniaco-dépression « confirment les données déjà acquises » et « ouvrent des voies nouvelles à l'étude de la structure des états d'excitation maniaque »⁷¹⁰. Là encore, on ne peut que noter la récurrence du terme de « structure ».

Dans son analyse de la dépression, Minkowski s'attache à montrer comment, dans certaines formes de dépressions, les troubles (générateurs) peuvent se combiner pour former ce qu'il appelle des « tableaux cliniques particuliers »⁷¹¹. En cherchant à analyser ces « tableaux », on comprend que Minkowski dégage en quelque sorte de « nouvelles » formes ou structures pathologiques, comme dans le cas d'une femme obsédée par le sentiment de vieillir (accompagné d'idées délirantes de persécution et d'un sentiment de décalage par rapport à l'ambiance). Pour Minkowski, les symptômes peuvent être ramenés à trois éléments structurels identifiables : décalage du moi par rapport à l'ambiance, sentiment d'impuissance, sentiment de ne pouvoir agir sur l'ambiance. Minkowski explique notamment en quoi ces troubles sont en quelque sorte « préformés » dans la vie normale à travers le sentiment de vieillir (ce sentiment d'avancer vers la mort est « normalement » « contrebalancé » par l'élan vital). Pour Minkowski, il peut arriver que se constitue un « syndrome centrifuge »⁷¹² donnant le sentiment que la vie nous « échappe ». Ici, il faut comprendre que le sentiment de vieillir qui apparaît de façon récurrente dans le cas de cette malade constitue un syndrome plus large (vie qui semble nous échapper, décalage par rapport à l'ambiance) et qui trouve dans le

⁷⁰⁸ *Ibid.*, p. 283.

⁷⁰⁹ *Ibid.*, p. 284.

⁷¹⁰ *Ibid.*, p. 285 note (1).

⁷¹¹ *Ibid.*, p. 286.

⁷¹² *Ibid.*, p. 292.

sentiment de vieillir « normal » comme un modèle (« prototype »⁷¹³). Pour Minkowski, il y a, chez cette malade qui est envahie par ce sentiment, un « véritable affaissement de la structure de la personnalité humaine qui se traduit, entre autres, par la pénétration, par effraction pour ainsi dire, d'un phénomène (du sentiment de vieillir) dans une sphère qui lui est étrangère (dans la sphère de l'ambiance, concrète et immédiate) »⁷¹⁴.

Autre cas évoqué : une malade combinant automatisme mental et mélancolie (malade de 52 ans atteinte de mélancolie anxieuse et d'idées d'influence), combinant donc deux troubles générateurs, un de nature temporelle (affectant notre rapport au temps vécu) et l'autre de nature spatial (affectant notre rapport au monde ambiant, matériel, concret). Ainsi la malade est à la fois dominée par le passé et prise dans des sensations présentes ayant tendance à la spatialisation. Elle « se sent responsable du malheur des autres malades qu'elle voit *maintenant* devant elle. Elle crée ainsi, dans le présent, de véritables interprétations mélancoliques »⁷¹⁵.

Un autre cas encore concerne une malade souffrant d'automatisme mental mais qui, affectant « normalement » la vie psychique (vol d'idées, influence...), vient ici affecter le moi corporel, en remettant en question là aussi le sentiment (confiance) d'impénétrabilité que l'on a habituellement (nos pensées et notre corps nous appartiennent, personne ne peut « entrer » à l'intérieur). Le cas évoqué est celui d'une femme manifestant des phénomènes de cénesthopathie (sensations que son corps se déforme et lui échappe, que par exemple ses fesses sont au-dessus de sa tête).

Enfin, Minkowski évoque un jeune homme dont la totalité des symptômes énumérés se rapportent au temps vécu et au dynamisme (élan) vital. Minkowski le présente comme un « malade du temps »⁷¹⁶, temps dont le fléchissement ici atteint en profondeur toutes les couches de la personnalité et toutes ses dimensions (rapport avec l'ambiance, pensées, perception, sensations corporelles, affirmation de soi...). Pour Minkowski, ce fléchissement peut porter sur ce qu'il appelle la « fonction dynamique d'intégration » (du passé dans le présent et de l'avenir dans le présent, sous la forme d'un « raccord » entre passé, présent, avenir). Il s'agit d'un « trouble du synchronisme vécu »⁷¹⁷.

Ici, Minkowski remonte alors à ce qui lui semble être plus fondamental encore : la présence en nous de « deux éléments distincts, l'un de nature dynamique, l'autre de nature statique,

⁷¹³ *Ibid.*, p. 292.

⁷¹⁴ *Ibid.*, p. 293.

⁷¹⁵ *Ibid.*, p. 297.

⁷¹⁶ *Ibid.*, p. 311.

⁷¹⁷ *Ibid.*, p. 314.

intimement liés dans la vie normale »⁷¹⁸ mais pouvant subir, dans des « conditions pathologiques », une « fissure ». Ainsi, « notre malade n'arrive pas à *réunir ce qui, au fond, ne peut qu'être uni*, où, si l'on aime mieux, *ne peut pas être désuni*. Il y a, chez notre malade, désintégration non pas de ce qui s'intègre à l'autre, mais de ce qui constitue, dans la vie, une unité insoluble ». Minkowski précise en quoi « c'est peut-être là le facteur essentiel qui conditionne la structure particulière de la vie mentale de notre malade et qui constitue ainsi le vrai trouble générateur [...] se trouvant à la base des manifestations psychopathologiques qu'il présente »⁷¹⁹. Minkowski montre ainsi comment ce fléchissement atteint la « solidarité »⁷²⁰ qui « normalement » unit les différentes composantes du « moi » (du « j'existe »), à savoir sa composante organique (corporelle, matérielle) et sa composante psychique, ainsi que sa composante dynamique et sa composante statique (le moi, pour s'affirmer ayant besoin à la fois d'élan et d'arrêt). Pour Minkowski, le malade évoqué perd cette solidarité (du fait du fléchissement en lui du temps vécu) et son moi se désunit (il se plaint ainsi de ne jamais avoir été « dans l'action » ou d'être aspiré par ce qu'il fait). Il donne le nom de « dualisme morbide »⁷²¹ à ce trouble, précisant que le terme de « morbide » est inapproprié, puisqu'il n'y a pas de dualisme « normal » (la normalité étant la solidarité du moi). Minkowski explique pourquoi il appelle ce type de dépression « dépression ambivalente », le sujet malade se trouvant en effet dans l'état consistant à « ne pas arriver à réunir ce qui, sur le plan vital, n'est qu'un et ne se laisse point désunir entièrement »⁷²².

Minkowski s'attache également, dans son analyse, aux hypophrénies (débilité mentale, états démentiels – démence sénile, paralysie générale) pour montrer là encore un trouble générateur d'ordre structurel et temporel. Là encore le symptôme (ici l'idée délirante) « n'est que l'expression d'une modification profonde de la structure même de la vie mentale »⁷²³.

Précisons toutefois que Minkowski consacre une analyse à la psychopathologie de l'espace (espace vécu) pour montrer qu' « il existe un *espace vécu, comme il existe un temps vécu* », que « nous vivons et agissons dans l'espace » et que « l'espace est aussi indispensable à l'épanouissement de la vie que le temps »⁷²⁴. La pathologie de l'espace vécu atteint quant à elle la notion (vécue) de « distance ». Ainsi « mon contact avec le devenir ambiant s'effectue par-dessus ou plutôt à l'aide d'une « distance » qui nous unit l'un à l'autre »⁷²⁵. Minkowski

⁷¹⁸ *Ibid.*, p. 315.

⁷¹⁹ *Ibid.*, p. 315.

⁷²⁰ *Ibid.*, p. 318.

⁷²¹ *Ibid.*, p. 319.

⁷²² *Ibid.*, p. 321.

⁷²³ *Ibid.*, p. 365.

⁷²⁴ *Ibid.*, p. 367.

⁷²⁵ *Ibid.*, p. 370.

qualifie cette distance de « « sphère de l'aisance » dans laquelle peut s'épanouir ma vie »⁷²⁶. Minkowski appelle ce phénomène « ampleur de la vie », « liée à la richesse et à la variété des manifestations vitales individuelles qui se jouent dans l'espace que nous avons devant nous et qui embrasse les distances vécues individuelles »⁷²⁷. Pour Minkowski, cette ampleur intervient dans notre activité (prise de décision) en engageant notre être tout entier dans sa « solidarité organo-psychique » (faisant que nous sommes capables par exemple de nous dissocier du monde ambiant tout en nous sentant « un »). Pour illustrer cela, Minkowski prend le cas d'un schizophrène marqué par « une incapacité croissante de s'adapter à la réalité et de se livrer à un travail suivi ». Minkowski note chez lui « à un moment donné, l'apparition de la tendance à rapporter les événements du dehors à sa propre personne »⁷²⁸ (par exemple il est persuadé que son médecin a forcément vu le curé qui s'occupe de lui pour parler de son cas, alors que ce rapprochement est improbable/irrationnel). Pour Minkowski, là encore, c'est que son psychisme a dû subir une modification profonde et ainsi « les quelques événements qui subsistent dans son psychisme, munis encore d'une tonalité affective, ne sont plus projetés et ne viennent plus se situer sur la distance vécue ou sur l'ampleur de la vie mais sont comme rapprochés, comme condensés, comme conglomérés dans l'espace »⁷²⁹. Minkowski parle également de « déficience de la distance vécue »⁷³⁰.

Dans toutes ces descriptions et analyses de cas, il s'agit de montrer que les troubles visibles sont à comprendre comme « l'expression idéique d'une atteinte profonde portée au moi dans ses forces vives »⁷³¹. Ici il s'agit de l'espace vécu (et non plus le temps vécu). Minkowski répète à quel point cette atteinte profonde des forces vives (espace/temps) constitue « la base indispensable, le soubassement »⁷³² (dont les symptômes, comme par exemple le délire de persécution ou les hallucinations) ne sont que les effets (secondaires, dérivés).

Minkowski note également que ce qui atteint l'espace vécu, de manière pathologique, c'est la notion de hasard (imprévu), tout devenant prévisible en quelque sorte pour le malade (avec comme un court-circuit) dans l'enchaînement causal classique ayant pour effet de donner aux événements un caractère d'immédiateté (et de coïncidence). Ainsi la déficience de la distance vécue peut avoir pour effet « le sentiment que les événements ambiants touchent l'individu et l'influencent d'une façon bien plus immédiate que cela n'a lieu d'habitude »⁷³³.

⁷²⁶ *Ibid.*, p. 370.

⁷²⁷ *Ibid.*, p. 373.

⁷²⁸ *Ibid.*, p. 375.

⁷²⁹ *Ibid.*, pp. 376-377.

⁷³⁰ *Ibid.*, p. 377.

⁷³¹ *Ibid.*, p. 379.

⁷³² *Ibid.*, p. 379.

⁷³³ *Ibid.*, p. 381.

Un dernier cas évoqué (un cas d'halluciné) montre une déficience d'ordre sensoriel qui là aussi atteint la distance vécue ainsi que la notion de hasard. Mais Minkowski précise que cette déficience chez lui atteint aussi ce qui structure nos deux manières habituelles de vivre l'espace en termes de clair/obscur (idée que l'on a deux façons de vivre l'espace, en espace clair et en espace obscur, avec des impressions différentes). Chez ce malade, sa déficience fait qu'il se dégage de ses perceptions (hallucinées) une impression de mystère et de brouillard (d'enveloppement). Ainsi « le monde morbide de notre malade est constitué sur le mode de l'espace noir »⁷³⁴. Minkowski termine par quelques cas empruntés à F. Fischer sur les schizophrènes, pour suggérer que cette déficience de l'espace vécu conduit notamment au un « *chevauchement* des deux espaces »⁷³⁵.

Pour terminer cette partie, disons que ce qui ressort ici de cette analyse centrée sur la notion de trouble générateur est donc bien l'idée que la maladie est produite dans ses différentes manifestations à partir d'une défaillance fondamentale atteignant principalement notre temps vécu. Par ailleurs, la notion de trouble générateur suggère qu'il s'agit d'un processus agissant de manière progressive et irréversible, se renforçant de lui-même, n'étant rééquilibré ni empêché ni ralenti par rien. Ce phénomène se décline en différentes maladies et peut être illustré par de nombreux cas.

L'exemple qui suit (de la schizophrénie) vient illustrer et confirmer ces analyses.

D – Exemple de la schizophrénie

L'ouvrage *La schizophrénie* a essentiellement pour but de caractériser le trouble à l'œuvre dans cette maladie, tout en le distinguant des autres troubles à l'œuvre dans les autres psychoses. C'est dans cet ouvrage que Minkowski met en avant l'idée que la schizophrénie provient essentiellement d'une perte de contact avec la réalité, ou perte de contact vital.

Il s'agit pour Minkowski de partir de la mise en évidence, chez certains psychiatres (Kretschmer et Bleuler), de la notion d'« ambiance », pour progressivement amener la notion de « contact vital », en comparant la schizophrénie à une autre maladie, la maniaque-dépression.

Ces deux maladies en effet montrent deux « ambiances » opposées, deux façons bien différentes, pour le malade, d'être accordé avec le monde et avec autrui (le psychiatre). C'est donc en quelque sorte à partir de la manière dont on peut « rencontrer », « atteindre » le malade (dans son monde ambiant) que l'on peut interroger ce qui au fond serait en cause dans

⁷³⁴ *Ibid.*, p. 395.

⁷³⁵ *Ibid.*, p. 397.

son dysfonctionnement. Ainsi, en posant que « *l'attitude du malade à l'égard de l'ambiance* devient de plus en plus un des traits essentiels du diagnostic différentiel entre les deux grandes entités nosographiques »⁷³⁶ que sont la maniaque-dépression et la schizophrénie, Minkowski, tout en réaménageant l'idée d'ambiance, admet ce point de départ qui est celui de Kraepelin, Bleuler et Kretschmer : c'est en observant le comportement du malade dans sa structure ou constitution que l'on peut saisir cette constitution même comme étant une constitution « morbide ». Ainsi, ce qui caractérise le maniaque, c'est qu'il « reste en *contact permanent avec l'entourage* »⁷³⁷, malgré ses troubles, alors qu'au contraire « tout autre est l'attitude des schizophrènes. L'ambiance ne semble plus les toucher »⁷³⁸. De même, « le comportement à l'égard de l'ambiance devient ainsi un des principaux, pour ne pas dire le signe distinctif entre la schizophrénie et la folie maniaque-dépressive. La notion de contact vital avec la réalité tend à mettre encore davantage en évidence, dans la psychiatrie moderne, cet état de choses »⁷³⁹. Tout en amenant la notion de « contact vital », Minkowski garde le terme d'ambiance pour amener ce qui, chez Kretschmer, en dérive, à savoir la distinction entre « deux rangées décroissantes et parallèles : folie maniaque-dépressive, cycloïdie, cyclothymie d'une part, schizophrénie, schizoïdie et schizothymie de l'autre »⁷⁴⁰. S'attachant à expliquer ces deux groupes d'états, Minkowski suggère l'idée que malgré les oscillations ou variations que subissent ces états (l'état cycloïde passant facilement par exemple de la gaieté à la tristesse et l'état schizoïde de l'hyperesthésie à l'anesthésie), ce qui caractérise le cycloïde est qu'il ne perd jamais le contact avec l'ambiance. De même, « le cycloïde reste au fond toujours sociable » alors que le schizoïde « est presque toujours insociable »⁷⁴¹.

De même, Minkowski remplace petit à petit la notion de cycloïdie par celle de syntonie en suivant Bleuler (voir partie A) en précisant le rôle de ces deux facteurs (schizoïdie et syntonie) dans la maladie (ici la schizophrénie). En effet, s'ils sont bien des facteurs constitutifs, ils n'expliquent pas le caractère évolutif et morbide de la maladie mentale. D'où l'idée qu'à ces facteurs doit se joindre un autre facteur évolutif à l'origine de la maladie (voir partie C) : « la notion de schizophrénie, en tant que maladie mentale, tend maintenant à se décomposer en deux facteurs d'ordre différent : c'est premièrement la schizoïdie, facteur constitutionnel, spécifique par excellence, plus ou moins invariable par lui-même au cours de la vie individuelle ; c'est, deuxièmement, un facteur nocif, de nature évolutive, susceptible de

⁷³⁶ *La schizophrénie*, p. 47.

⁷³⁷ *Ibid.*, p. 48.

⁷³⁸ *Ibid.*, p. 48.

⁷³⁹ *Ibid.*, p. 49.

⁷⁴⁰ *Ibid.*, p. 49.

⁷⁴¹ *Ibid.*, p. 54.

déterminer un processus morbide mental [...] Joint à la schizoïdie, il la transformera en *processus morbide spécifique*, en *schizophrénie* qui évoluera et mènera, en fin de compte, à un état déficitaire, caractéristique de cette affection »⁷⁴². Minkowski mentionne aussi les travaux d'Eugène Kahn qui tendent à mettre en évidence le rôle de ces deux facteurs. De même, les observations réalisées sur des malades montrent que la constitution schizoïde ne peut pas expliquer à elle seule toutes les formes de schizophrénie, et, à l'inverse, qu'elle peut se retrouver dans d'autres pathologies.

Pour autant, Minkowski tient à conserver les notions de schizoïdie et de syntonie pour expliquer les psychoses et les considérer comme « fondements de la schizophrénie et de la folie maniaco-dépressive »⁷⁴³ au sens où lorsque l'on cherche à caractériser et à distinguer ces deux formes de psychose, ce sont ces notions qui se révèlent être les plus pertinentes : ni le mode d'évolution, ni les symptômes en eux-mêmes ne semblent permettre de saisir « l'essentiel, l'âme de l'aliéné » (Binet et Simon) en mettant « au second plan les attitudes, les gestes, les paroles, l'infini détail »⁷⁴⁴. Se référant de nouveau à Bleuler, Minkowski remet en avant la notion d'ambiance, « l'idée d'un comportement particulier du malade par rapport à l'ambiance ». Il arrive ainsi à poser ce qui lui semble fondamental : « l'aliéné atteint de folie maniaco-dépressive reste syntone, malgré ses troubles mentaux, tandis que le schizophrène ne l'est plus ». Ainsi le « point central » est situé ailleurs (que dans la forme de l'évolution ou dans les symptômes) : « la schizoïdie et la syntonie se placent entre les traits particuliers du caractère » et « entre les symptômes », « elles ne sont pas un symptôme de plus, mais constituent le « côté essentiel » des symptômes et déterminent « l'état mental qui les conditionne » »⁷⁴⁵. D'autre part, ce que veut souligner Minkowski, c'est que ces deux facteurs « ne sont pas des caractères spécifiquement morbides. Nous les retrouvons chez les individus normaux. Elles sont, comme dit Bleuler, deux principes vitaux ». Ce point important (présence d'éléments communs et centraux aussi bien chez l'homme normal que chez le malade) permet à Minkowski d'apporter ainsi une « modification profonde à [sa] méthode de recherche » en ne se « [contentant] plus de préciser uniquement le côté déficitaire des psychoses, de décrire en quoi les fous sont fous », et en « [faisant] ressortir en outre ce qui les rapproche des réactions et du comportement des individus normaux »⁷⁴⁶. D'où la « *voie nouvelle* » à laquelle fait allusion Minkowski en posant que « la délimitation de deux concepts nosographiques, ceux de la folie maniaco-dépressive et de la schizophrénie, est basée

⁷⁴² *Ibid.*, p. 75.

⁷⁴³ *Ibid.*, p. 81.

⁷⁴⁴ *Ibid.*, p. 84.

⁷⁴⁵ *Ibid.*, p. 85.

⁷⁴⁶ *Ibid.*, p. 85.

maintenant sur les notions de syntonie et de schizoïdie qui, elles, s'étendent jusqu'au comportement de l'individu normal »⁷⁴⁷.

Ceci constitue pour Minkowski ce qu'il considère comme un « point de départ » à sa pensée puisque cette constatation faite, il s'agit alors de « ramener les manifestations morbides observées dans la schizophrénie d'une part, et dans la folie maniaco-dépressive de l'autre, aux modifications que peuvent subir la schizoïdie et la syntonie » en créant « une psychopathologie de ces deux affections »⁷⁴⁸. Cette question des modifications (et de la proportion) de la schizoïdie et de la syntonie fait toutefois surgir des difficultés, comme le souligne Minkowski, mais ce qui apparaît et qui semble pouvoir être admis comme central et fondamental, c'est l'absence de syntonie dans la schizophrénie : la syntonie est le « signe ne pouvant dans aucun cas appartenir au processus schizophrénique et permettant ainsi de l'exclure » ou encore « là où les facteurs syntones prévalent, il ne saurait sensément être question de schizophrénie »⁷⁴⁹. Ainsi, même si certains cas « mixtes » existent et s'il convient toujours de demander « jusqu'à quel point » le schizophrène est schizophrène (et jusqu'à quel point le maniaco-dépressif est maniaco-dépressif), « tout revient, au fond, à la proportion des facteurs ayant trait à la schizoïdie, d'une part, et à la syntonie, de l'autre »⁷⁵⁰. Minkowski montre également comment le diagnostic « par sentiment » (inspiré notamment de Binswanger) permet de ressentir et de mesurer cette proportion en voyant comment le malade est ou non encore relié à « l'ambiance ».

Mais il s'agit pour Minkowski de préciser ce centrage sur la schizoïdie et sur la syntonie en mettant en évidence la notion bergsonienne de « contact vital avec la réalité » qui vient en quelque sorte remplacer les notions de syntonie et de schizoïdie. Le but affirmé de Minkowski est de « ramener toute la richesse des symptômes » à « un processus morbide sous-jacent, toujours le même », ou encore à « un trouble fondamental » en « [précisant] sa nature »⁷⁵¹. En utilisant les notions ou expressions empruntées à différents psychiatres (« discordance » chez Chaslin, « ataxie intrapsychique » chez Stransky, « desharmonie intrapsychique chez Urstein, « perte de l'unité intérieure » chez Kraepelin, « schizophrénie » chez Bleuler), Minkowski veut retenir l'idée que le trouble recherché n'atteint pas tant telle ou telle fonction que « l'espace interstitiel » qui les relie « entre » elles, à ce qui préside à leur « cohésion » ou à leur « jeu harmonieux »⁷⁵², à savoir le « *contact vital* » avec la réalité. Ainsi, « les

⁷⁴⁷ *Ibid.*, pp. 85-86.

⁷⁴⁸ *Ibid.*, p. 86.

⁷⁴⁹ *Ibid.*, p. 88-89.

⁷⁵⁰ *Ibid.*, p. 90.

⁷⁵¹ *Ibid.*, pp. 101-102.

⁷⁵² *Ibid.*, p. 103.

schizophrènes perdent ce contact »⁷⁵³.

Minkowski à ce titre semble adopter une position assez claire, qui lui permet, comme il l'affirme de « pouvoir revendiquer, pour une part tout au moins, la paternité de la notion du contact *vital* avec la réalité, *en tant que point central de la schizophrénie* »⁷⁵⁴. Il s'explique ainsi : il a été influencé par Bergson et Bleuler certes mais Bleuler « ne fait pas [de la perte du contact vital avec la réalité] le trouble générateur dont découleraient tous les autres. Le contact vital avec la réalité n'est pas pour lui un facteur régulateur essentiel de la vie auquel on pourrait subordonner les autres fonctions psychiques »⁷⁵⁵.

Précisons que Minkowski, dans son analyse de la schizophrénie, rentre plus en détails dans la philosophie de Bergson pour distinguer avec lui (et les opposer) deux grands « facteurs de notre psychisme », l'intelligence et l'instinct, qui, dans la maladie, peuvent être « lésés » lors de deux formes bien distinctes de processus morbides : « l'affaiblissement intellectuel » et la schizophrénie. Il s'agit pour Minkowski de comparer les « degrés ultimes de déchéance »⁷⁵⁶ auxquels aboutissent ces deux processus morbides afin de caractériser au mieux la schizophrénie (comme perte de contact vital avec la réalité). Les éléments mis en évidence dans le tableau comparatif (entre les paralytiques généraux qui représentent les cas de déficit ou « démence » intellectuelle et les schizophrènes) font ressortir plusieurs choses : d'une part le fait que le schizophrène accuse un phénomène de « dépersonnalisation » (il répond difficilement à la question « qui êtes-vous ? ») et d'autre part une perte de ce que Minkowski appelle le « sens des suppléances »⁷⁵⁷ (il ne peut plus relier une date à un événement par exemple). Pour autant, ce qui semble plus fondamental pour Minkowski, c'est que le schizophrène montre un fléchissement du « dynamisme mental », à relier à ce que Minkowski nomme le « dynamisme vrai, en tant qu'ensemble de facteurs se rapportant à la durée vécue », formule qui est l'occasion d'annoncer la « création » d'une « psychopathologie du temps vécu »⁷⁵⁸. Afin d'illustrer ce point central, Minkowski compare la manière dont les paralytiques généraux et les schizophrènes témoignent de ce dynamisme (mouvement) : chez le paralytique « tout est mouvement (...) rien que mouvement »⁷⁵⁹, chez le schizophrène au contraire tout est statique, tout devient immobile, « le pouvoir créateur est aboli »⁷⁶⁰ en lui.

L'autre point qu'aborde Minkowski est consacré aux conséquences occasionnées par la perte

⁷⁵³ *Ibid.*, p. 106.

⁷⁵⁴ *Ibid.*, p. 106.

⁷⁵⁵ *Ibid.*, p. 109.

⁷⁵⁶ *Ibid.*, p. 115.

⁷⁵⁷ *Ibid.*, p. 118.

⁷⁵⁸ *Ibid.*, p. 119.

⁷⁵⁹ *Ibid.*, p. 121.

⁷⁶⁰ *Ibid.*, p. 122.

de cette « faculté d'assimiler toute ce qui est mouvement et durée »⁷⁶¹ et qui met en évidence un autre point central de sa théorie, à savoir la notion de « rationalisme morbide » caractéristique de la pensée schizophrénique. Ce rationalisme morbide peut en effet être compris comme une manière, pour le sujet « malade », de compenser son défaut d'instinct vital. Ceci est expliqué par Minkowski au début de son analyse bergsonienne avant qu'il ne passe à son tableau comparatif (paralyse générale ou démence intellectuelle et schizophrénie) : à propos de l'intelligence et de l'instinct, Minkowski affirme qu'« insuffisant à lui seul à assurer l'existence de l'individu, chacun de ces deux groupes de facteurs vient compléter l'autre, en limitant en même temps, d'une façon naturelle et appropriée, son champ d'action »⁷⁶². Puis Minkowski annonce ce qui sera caractéristique de la schizophrénie, sous forme d'hypothèse : « mais cette harmonie ne peut-elle pas subir sous l'influence de modifications pathologiques des perturbations notables ? L'instinct, par exemple, ne peut-il être lésé en première ligne ? L'intelligence dans ce cas, privée de son frein naturel, ne cherchera-t-elle pas à suppléer tant bien que mal l'instinct défaillant et n'aboutira-t-elle pas à des formes monstrueuses ? »⁷⁶³. L'autre possibilité sera caractéristique de la démence intellectuelle (paralyse générale) : « inversement, les éléments de l'intelligence ne peuvent-ils pas être le siège de la lésion première, avec conservation ou déformation secondaire des facteurs se rapportant à la durée ? »⁷⁶⁴. Evoquons l'exemple d'un instituteur de trente-deux ans venu consulter au Dispensaire de prophylaxie mentale, se plaignant notamment de « décomposition physiologique », de « vide dans sa tête », de voix le suggestionnant, de « régression »⁷⁶⁵ (impression de revenir quinze ans en arrière) : surtout, il montre un intérêt particulier pour les « problèmes philosophiques », au point de ne vouloir se laisser distraire de ses pensées par rien. Prenant ce « détail » comme « point de départ »⁷⁶⁶, Minkowski analyse ce qui peut ainsi caractériser le rationalisme morbide comme mécanisme de l'intelligence cherchant à compenser le manque d'instinct (vital) ou qui, non régulé par cet instinct, serait alors comme livré à lui-même. Il compare ainsi ce malade à l'homme normal qui, tout en cherchant parfois à s'isoler, reste en harmonie avec le monde ambiant : « nous éprouvons tous de temps en temps le besoin de nous isoler de l'ambiance et de rester en tête à tête avec nous-même » mais « cherchons-nous, par ce fait même, à écarter de nous soigneusement toute influence étrangère ? Certes non. Au contraire, nous laissons agir sur nous l'ambiance »,

⁷⁶¹ *Ibid.*, p. 127.

⁷⁶² *Ibid.*, p. 113.

⁷⁶³ *Ibid.*, p. 113.

⁷⁶⁴ *Ibid.*, p. 113.

⁷⁶⁵ *Ibid.*, p. 127.

⁷⁶⁶ *Ibid.*, p. 128.

« nous restons en contact avec l'ambiance ». Pour autant, « nous ne la subissons pas simplement, car nous risquerions dans ce cas de devenir de simples imitateurs »⁷⁶⁷. La question devient alors celle de savoir jusqu'où nous restons en contact avec l'ambiance et jusqu'où nous pouvons relâcher ce contact. Pour Minkowski, il semble ne pas y avoir de « réponse catégorique » à cette question, mais il suggère une sorte de point limite ou de seuil qui pourrait être compris peut-être comme le point de rupture entre l'homme normal et l'homme malade (ici schizophrène). En évoquant « le sentiment d'harmonie avec la vie » et qui prend la forme d'un « élément essentiel qui sert de régulateur en l'espèce », d'un « des éléments irrationnels de la vie »⁷⁶⁸, on peut en effet comprendre que chez l'homme normal, « rien » ne saurait au fond (radicalement) le déconnecter de la vie ambiante, sinon de façon ponctuelle peut-être, ou mesurée (on peut penser à des situations comme la rêverie, la concentration, voire certains événements qui sur le coup nous détachent du monde ambiant). Le schizophrène apparaît ici comme un être dont le rapport à la vie a été rompu et qui finit par s'isoler du monde ambiant en « vivant » dans ses pensées, comme coupé du monde. C'est ainsi que Minkowski décrit ce malade comme quelqu'un qui, « privé de son point d'appui naturel, se perd, comme on dit, dans les nuages. Sans être philosophe, ni même philosophe manqué, notre instituteur se noie dans ses réflexions philosophiques. En même temps, il *rationalise*, jusqu'à l'extrême limite, le facteur de l'isolement qui se trouve intimement lié à tout élan personnel »⁷⁶⁹ au point que « la richesse, la mobilité de la vie disparaissent ainsi »⁷⁷⁰. Minkowski amène toutefois un autre trait caractéristique de l'attitude schizophrénique et du rationalisme morbide (conséquence de ce rationalisme morbide), à savoir un processus d'idéalisation (on peut penser aux analyses de Binswanger) : « l'individu régit sa vie uniquement d'après ses idées et devient doctrinaire à outrance »⁷⁷¹. À ce niveau, le sujet malade ne supporte plus ce qui, dans la réalité (et chez autrui) vient menacer son idéal : « toute force étrangère venant du dehors et voulant exercer son influence sur l'individu est enregistrée par celui-ci comme atteinte portée à sa personnalité ; là où il la subit, il se sent entraîné et y voit une catastrophe »⁷⁷². Ce qu'analyse Minkowski ici, c'est aussi et encore la différence entre l'homme normal et le schizophrène, tout en pointant ce qui pour nous est aussi une manière de « basculer » dans la folie (c'est en tout cas de cette manière que l'instituteur pris en exemple par Minkowski le ressent). Minkowski explique en effet que pour

⁷⁶⁷ *Ibid.*, p. 129.

⁷⁶⁸ *Ibid.*, p. 129.

⁷⁶⁹ *Ibid.*, p. 130.

⁷⁷⁰ *Ibid.*, p. 130.

⁷⁷¹ *Ibid.*, p. 131.

⁷⁷² *Ibid.*, pp. 133-134.

ce malade « le point de départ de sa maladie a été pour lui « la violence faite à son élocution », « il a succombé aux suggestions de ses parents et s'est cru contraint de violenter sa voix et d'émettre des idées qui n'étaient pas conformes à ses principes ; il a perdu ainsi le contrôle de soi-même et obéit comme à une autre personnalité »⁷⁷³. « Avant » il avait le contrôle de sa voix et de son regard, « maintenant » il a l'impression d'être « entraîné par le son de sa voix »⁷⁷⁴. Pour Minkowski ce début de maladie est en réalité illusoire car il précise que si le malade se sent malade depuis deux mois « pour nous il l'est déjà depuis longtemps »⁷⁷⁵. C'est cette expression « déjà depuis longtemps » que nous aurons à interroger par la suite pour comprendre ce qu'elle signifie au juste et pour savoir non seulement depuis « quand » mais aussi depuis « quoi » le malade « tombe » malade et s'il « tombe » vraiment. Ainsi, pour Minkowski « on a l'impression de serrer de plus près la vérité en admettant, comme nous l'avons fait ailleurs, qu'un facteur régulateur de la vie vient à manquer ; les éléments qui restent se regroupent alors et s'unissent entre eux ; le malade le traduit par une sorte de système qui semble se tenir, tout au moins au point de vue *intellectuel*, mais qui au fond déforme toute son activité et qui en fait un « étranger », nous allions presque dire un « aliéné » par rapport à l'ambiance et à nous-mêmes »⁷⁷⁶. Là encore, à ce niveau de l'analyse de Minkowski, nous ne pouvons que nous demander ce que signifie exactement l'expression « vient à manquer » et si elle équivaut à la notion de « perte ». Nous supposons qu'elle suggère l'intervention progressive, au sein d'une personnalité « normale », d'un processus dérégulateur, « faisant perdre » ainsi le contact vital auparavant maintenu. Dans ce cas, la perte en elle-même du contact (correspondant à la chute visible dans la maladie), proviendrait de ce que viendrait d'abord à manquer, de manière invisible, le principe régulateur assurant le contact.

S'attachant à préciser les autres traits caractéristiques liés au rationalisme morbide du schizophrène, Minkowski détaille également la manière dont le malade s'isole dans ses pensées au point de perdre ce contact avec la réalité vivante environnante et avec la continuité de la durée : les pensées ne sont plus reliées les unes aux autres mais constituent des principes de vie rigides, en étant uniquement régies par des lois logiques. Ainsi restitue-t-il le discours d'un malade « le plan c'est tout pour moi dans la vie », « je ne veux à aucun prix déranger mon plan, je déränge plutôt la vie que le plan », « la vie ne montre ni régularité, ni symétrie et c'est pour ça que je *fabrique* la réalité. C'est au cerveau que j'attribue toutes mes forces »⁷⁷⁷.

⁷⁷³ *Ibid.*, p. 134.

⁷⁷⁴ *Ibid.*, p. 134.

⁷⁷⁵ *Ibid.*, p. 134.

⁷⁷⁶ *Ibid.*, p. 135.

⁷⁷⁷ *Ibid.*, p. 141.

À ce niveau de l'analyse, nous pouvons noter que toutes ces descriptions ont tendance à montrer que le malade est « partie prenante » dans son déséquilibre, et qu'en ce sens il tend à l'entretenir voire à l'accentuer (car sinon ce serait renoncer à ce qui pour lui a valeur d'idéal), il « s'enferme » donc en quelque sorte dans son trouble. Ainsi, Minkowski note qu'« il est clair également qu'il [le malade] ne cherche en aucune façon à combattre son attitude vicieuse ; non seulement il l'accepte, mais encore cherche-t-il, à l'aide d'arguments supralogiques et suprarationnels, à démontrer leur bien-fondé. Il vient dans le service, non pas pour être débarrassé de ses « obsessions », mais uniquement pour « se reposer », comme il dit, afin de pouvoir revenir à ses targettes et, autres objets du même ordre qui constituent tout le contenu de sa vie »⁷⁷⁸. Concernant la question de savoir si le malade a conscience de ses troubles, Minkowski emprunte à Dide et Guiraud des remarques dans leur travail sur la démence précoce, il les cite : « dans un assez grand nombre de cas, le malade a conscience des modifications profondes intervenues dans son psychisme par suite de l'affaiblissement des tendances instinctivo-affectives »⁷⁷⁹. Ici encore, l'affaiblissement mentionné semble premier et causal, il équivaut à la maladie en elle-même. Les termes (chute, perte, affaiblissement...) semblent impliquer l'idée d'un processus constitutif de la maladie elle-même, ils apparaissent comme étant à la fois la cause et la conséquence de la maladie. Autre exemple, Minkowski cite des passages du travail de Divry (lequel s'inspire également de Bergson) : « la perte du sens du réel résulte de la chute fonctionnelle du moi pratique ; c'est un trouble de cette partie du moi qui a conservé quelque chose d'instinctif dans son activité » et « par abaissement de la fonction pratique du moi, d'une part, hyperactivité de sa fonction spéculative d'autre part, il s'établit un déséquilibre marqué dans leur [celle des malades] activité psychique » ou « la conscience a en quelque sorte perdu son instinct ; par contre, le malade ergote d'une façon intarissable au sujet de son affection ; réaction stérile du moi intellectuel »⁷⁸⁰. Ici le vocabulaire de la perte est présent à plusieurs reprises (dans les passages cités par Minkowski) : « perte de cette activité intuitive de notre moi », « c'est la logique de l'instinct conscient [...] que ces malades ont perdue ; ils n'ont plus l'instinct de vivre, dans toutes sa promptitude ; secondairement ils introduisent trop de réflexion stérile dans leur vie consciente ; leur moi spéculatif agit d'une façon exagérée et erronée et la poussée instinctive qui fait vivre et va droit au but se ralentit et « s'efface » »⁷⁸¹. Là encore, on ne peut que se demander « par où cela a-t-il commencé ? » car ce qui est décrit ici apparaît comme une sorte

⁷⁷⁸ *Ibid.*, p. 147.

⁷⁷⁹ *Ibid.*, p. 147.

⁷⁸⁰ *Ibid.*, p. 151.

⁷⁸¹ *Ibid.*, p. 152.

de cercle vicieux dont on ne retrouve pas le commencement, le point de départ.

C'est dans le chapitre sur « l'autisme » que Minkowski associe clairement cette idée de perte de contact vital à un symptôme classiquement associé à la schizophrénie : l'autisme. Minkowski commence par l'examen du rapport entre « le contenu de la psychose et l'autisme » et par une analyse (à partir de Freud) de ce qu'il faut entendre par « contenu de la psychose ». Il s'agit pour Minkowski de distinguer ce contenu (qui apparaît de manière manifeste dans les symptômes psychotiques) de la cause elle-même de la psychose (cause associée pour lui à la perte de contact avec la réalité, idée mise en évidence dans le chapitre II). Partant des travaux de Freud sur les rêves (et de ceux de Jung), Minkowski explique, en prenant plusieurs exemples de cas, que les symptômes sont souvent, comme les rêves, des symboles de complexes affectifs (refoulés) ou, comme le pense Jung, des manières de témoigner des « tendances » créatrices, vivantes et essentielles de la personnalité affective du malade subissant un changement qu'elle ne peut exprimer autrement que par les rêves. Il résume cela ainsi : « les manifestations incohérentes devant lesquelles nous nous trouvons » peuvent être ramenées, comme les rêves, à « des événements à lourde charge affective du passé du malade »⁷⁸² (événements appelés « complexes »). Pour autant, pour Minkowski, ce contenu doit en quelque sorte être relativisé (dans son importance), et ce en deux sens : premièrement au sens où le contenu (complexe affectif) ne peut s'identifier à telle ou telle maladie (un même complexe pouvant se retrouver dans des maladies différentes) et deuxièmement au sens où il ne doit pas être compris comme étant la cause de la maladie. Ainsi d'une part « le contenu de la psychose ne constitue pas la propriété exclusive d'une seule maladie mentale »⁷⁸³ et « aucun événement, aucun phénomène de la vie normale n'est suffisant à lui seul pour élaborer la notion d'une *maladie*. Celle-ci ne peut reposer que sur des troubles et sur des anomalies, et non sur le contenu psychologique de la psychose » et d'autre part « la notion du contenu de la psychose n'implique pas nécessairement l'idée que ce contenu soit la cause de la psychose, ni même celle de la *psychogenèse* des troubles, auxquels elle s'applique, ni, encore moins, de l'affection qui les conditionne »⁷⁸⁴, au sens où ce n'est pas parce que les complexes se « reflètent » dans les conduites du malade qu'ils sont pour autant « la cause efficiente » de ces conduites. Pour Minkowski en effet, il faut revenir à ce qu'il a mis en évidence dans le chapitre précédent et que nous avons déjà évoqué, à savoir l'idée d'un « trouble générateur » : « nous pouvons fort bien admettre [sous-entendu, malgré le symbolisme affectif présent dans les symptômes et conduites du malade] qu'un trouble

⁷⁸² *Ibid.*, p. 163.

⁷⁸³ *Ibid.*, p. 162.

⁷⁸⁴ *Ibid.*, pp. 163-164.

générateur mène à des manifestations anormales telles que le sont les mouvements stéréotypés. Rien ne nous empêche [...] d'interpréter ces mouvements comme expression d'un fléchissement de l'élan vital, comme apparition d'un rythme élémentaire qui n'est qu'un piétinement sur place, qu'un éternel recommencement sans progression aucune »⁷⁸⁵ puis il explique en quoi ces deux « interprétations » (maladie causée par un trouble générateur et « recours aux complexes pour essayer de comprendre la signification symbolique » des conduites du malade) sont compatibles : « aucune de ces interprétations n'exclut ni ne contredit l'autre. Aucune d'elle ne réclame pour elle une exclusivité absolue »⁷⁸⁶. Précisant l'importance (relative) à attribuer aux complexes, Minkowski explique en quoi ils permettent de « comprendre » le sens des conduites (bizarres, absurdes) des malades. Ainsi, pour résumer clairement sa position et sa théorie, Minkowski peut affirmer : « les complexes, eux, ne servent qu'à nous faire comprendre le sens des manifestations et des réactions secondaires s'étant installées chez le schizophrène à la faveur du trouble initial et conférant à chaque cas son cachet individuel ; par contre ils ne créent pas la psychose »⁷⁸⁷. Minkowski rappelle ainsi combien il reste fidèle à son maître Bleuler en rapportant ainsi la schizophrénie à un trouble initial entraînant, de manière secondaire, un « relâchement de la tension des associations »⁷⁸⁸. Pour autant, ce trouble est pensé comme étant de nature « organique » par Bleuler, alors que pour Minkowski, il est à rattacher à des concepts bergsoniens. Il nous incombe ici d'essayer de préciser la différence entre ces deux approches : suggérons simplement que l'idée de trouble organique est plus réducteur que la notion de contact vital, il implique une fixité et une localisation matérielle alors que la notion de contact vital comprend plus largement ce que la personnalité a de dynamique et de plastique, dans son interaction avec l'environnement et dans son évolution.

Dans le même but, Minkowski en vient à montrer l'analogie entre les contenus des rêves et les contenus des symptômes schizophréniques, pour affirmer d'une part que « le schizophrène, lui, ne dort pas et pourtant sa vie intime s'exprime parfois de la même façon » que le rêve, et pour demander d'autre part (et par conséquent) : « quel est donc le mécanisme qui, semblable au sommeil pour les songes, détermine la forme particulière des troubles schizophréniques, forme dans laquelle nous présumons maintenant une certaine analogie avec le rêve ? »⁷⁸⁹. La réponse de Minkowski amène en ce sens la notion d'autisme, détachement de la réalité qui caractérise l'attitude schizophrénique (le schizophrène fuit le monde ambiant pour échapper

⁷⁸⁵ *Ibid.*, p. 164.

⁷⁸⁶ *Ibid.*, p. 164.

⁷⁸⁷ *Ibid.*, p. 164.

⁷⁸⁸ *Ibid.*, p. 164.

⁷⁸⁹ *Ibid.*, p. 165.

aux souffrances qu'il produit ou pour s'y adonner seul) et qui permet le même contenu onirique (ou délirant) que ce que rend possible le sommeil. Ici, Minkowski cite Bleuler. L'autisme serait en quelque sorte l'équivalent du sommeil, rendant possible une certaine « perte du sens de la réalité »⁷⁹⁰ (Janet cité par Bleuler, cité par Minkowski), sachant que cette perte porte essentiellement sur les aspects de la réalité qui « sont en contradiction avec les complexes du malade »⁷⁹¹, elle n'est pas totale et peut même ne pas se remarquer de prime abord. Pour Bleuler, plusieurs motifs peuvent expliquer ce détachement : soit le monde est perçu comme hostile aux désirs (fantasmes) du malade, soit il est fui de manière plus globale car perçu comme source d'émotions (que la charge affective du malade ne saurait contenir). L'autisme dans tous les cas est à comprendre ici comme l'opposé du réalisme (pensée « toujours déterminée par les exigences de la réalité » et cherchant « à atteindre [...] le maximum de valeur pragmatique »⁷⁹²).

Pour résumer sa conception de l'autisme et son rapport avec la perte de contact vital caractéristique de la schizophrénie, Minkowski rattache celui-ci à un phénomène d'« intériorisation » (« les phénomènes de rêve et de rêverie servent de prototype, pris dans la vie normale, pour rendre plus claire la façon d'être des schizophrènes »⁷⁹³) ou à ce que Jung nomme « introversion » (pour Jung les schizophrènes sont en ce sens des introvertis, et les maniaco-dépressifs des « extrovertis »). Pareillement, Minkowski suggère (idées de sa première étude) que les schizophrènes ont dans leur psychisme « un noyau profond », « fait de désirs et de craintes », et une « couche superficielle qui, située entre celui-ci et la réalité » devient « le siège des manifestations schizophréniques, instables, discordantes et décevantes dans leur irrégularité, mais se laissant ramener aux éléments du noyau profond »⁷⁹⁴. Il précise également que pour Kretschmer aussi « les schizophrènes ont une *surface* et un *fond* »⁷⁹⁵. De la même manière, on peut croire que l'intériorisation qui caractérise l'attitude schizophrénique est déterminée par les complexes affectifs qui en formeraient le contenu.

Pour autant, après avoir ainsi associé l'attitude schizophrénique au mécanisme du rêve, Minkowski précise qu'il ne s'agit pas pour autant de comprendre le schizophrène comme un être passif. Il témoigne en effet d'une forme particulière d'activité (morbidité) qui permet, si on s'y attache, de faire évoluer la conception de la schizophrénie selon Minkowski. C'est cette activité que Minkowski analyse à partir d'exemples (achat incongru par une mère de famille

⁷⁹⁰ *Ibid.*, p. 166.

⁷⁹¹ *Ibid.*, p. 166.

⁷⁹² *Ibid.*, p. 167.

⁷⁹³ *Ibid.*, p. 172.

⁷⁹⁴ *Ibid.*, pp. 172-173.

⁷⁹⁵ *Ibid.*, p. 173.

d'un piano hors de prix, protestation démesurée d'un instituteur contre la condamnation à mort en Amérique de deux anarchistes et où le malade se présente directement à l'Ambassade pour voir lui-même l'ambassadeur, ingénieur dépité par ses pertes d'emploi parcourant une centaine de kilomètres à pieds pour chercher du travail...). A chaque fois le malade témoigne d'une « activité autiste » que Minkowski veut qualifier d' « activité primitivement autiste » pour suggérer que « l'affectivité et la pensée autistes ne peuvent épuiser à elles seules la notion de l'autisme » ou que « l'union des notions du complexe et de l'autisme, déterminée par leur origine commune, paraît plus ou moins contingente »⁷⁹⁶. Cela signifie que ce ne sont pas les complexes affectifs qui expliquent l'activité autiste, cette activité autiste est déterminée par la maladie elle-même (comme le sont les complexes).

Pour préciser son analyse de l'activité autistique, Minkowski explique également que l'autisme comme repli ou retrait par rapport à l'ambiance ou à la réalité n'est pas un retrait « physiologique », ou corporel, impliquant l'inactivité. Il s'agit plutôt d'un retrait ou repli de l'attention, n'impliquant pas que le corps soit inactif. L'autiste peut en ce sens s'absorber dans son action. Minkowski appelle « cycle de l'élan personnel » l'alternance d'activité (productrice de soi et schizoïde) et de repos (syntonie) qui « normalement » s'observe dans nos actions « normales » (voir partie A), et suggère que c'est dans la phase de repos (dans le mouvement ambiant au sein duquel « baigne » l'élan personnel) que peut se produire une « rupture » : « c'est dans ce contact intime avec le devenir ambiant que peut se produire une rupture. Les facteurs de syntonie peuvent venir à manquer. Ceci aura pour conséquence la dégradation schizophrénique de l'activité du sujet, dans ses diverses formes »⁷⁹⁷. Ou encore « le monde ambiant, avec la nécessité qu'il implique de hiérarchiser constamment les faits nouveaux qu'il apporte a disparu ». D'où des « actes à court-circuit (Kretschmer) ou des actes à côté »⁷⁹⁸. Pour appuyer cette idée, Minkowski explique que l'autre trait caractéristique du comportement schizophrénique est une incapacité à goûter au repos, repos qui pour lui témoignerait justement de la « syntonie pure »⁷⁹⁹. Le lien au temps apparaît également, au sens où cette incapacité à se reposer revient à ne pas être capable « d'apprécier la valeur positive d'un intervalle libre de temps » : le schizophrène « cherchera à remplir tout le temps par son activité, sans s'accorder le moindre instant de répit, sans laisser le moindre espace libre »⁸⁰⁰. Autre possibilité liée à ce manque de syntonie : la possibilité, pour le schizophrène, de « sombrer dans le vide », en se désintéressant de tout par exemple ou en utilisant le passé

⁷⁹⁶ *Ibid.*, p. 177.

⁷⁹⁷ *Ibid.*, p. 183.

⁷⁹⁸ *Ibid.*, p. 185.

⁷⁹⁹ *Ibid.*, p. 186.

⁸⁰⁰ *Ibid.*, p. 187.

(raté) pour justifier ce désintérêt. Ici « son élan vital est brisé et ce trouble vient se refléter fidèlement dans sa pensée »⁸⁰¹.

Minkowski fait le lien entre ce trouble de l'activité (mis en évidence à travers l'étude de l'autisme) et un cas de schizophrène se désintéressant de tout pour « sombrer dans le vide », pour suggérer que ce trouble est premier : « le trouble de l'activité ressort ici avec toute la netteté voulue. Il domine tout le tableau clinique et semble constituer le trouble premier et essentiel de l'affection. L'élan personnel est paralysé, comme brisé pour toujours »⁸⁰².

Ainsi, pour faire le point sur ce qui « peut servir de point de départ pour l'étude de la perte du contact avec la réalité » souvent associée à la notion d'autisme, Minkowski rappelle qu'il y a le rêve et la rêverie, mais aussi « le cycle de l'élan personnel »⁸⁰³ (mis en évidence par l'analyse de l'activité paradoxale comprise dans l'autisme). D'où la distinction opérée par Minkowski entre « autisme riche » (rêve et rêverie) et « autisme pauvre » (activité incessante complètement coupée de la réalité et supposant les liens entre notre élan personnel et le monde ambiant brisés, et pouvant aller jusqu'à l'extinction même de l'élan personnel). Cette distinction entre autisme riche et autisme pauvre permet à Minkowski de se concentrer sur l'autisme pauvre pour y voir le trouble schizophrénique à l'état pur, pour y trouver ce qu'il appelle « l'état déficitaire de la personnalité atteinte »⁸⁰⁴ dans la maladie car selon lui c'est cela qu'il faut avoir en vue : c'est dire que la clinique doit permettre de déterminer précisément ce qui au fond défaille dans l'état dit malade, ce qui serait comme le point central à partir duquel toute la personnalité malade s'organiserait. En effet, il s'agit en quelque sorte de remonter au plus haut, de ne pas confondre ce qui ne serait que de l'ordre des symptômes, ou des effets secondaires, avec ce qui serait le point de « départ ». À ce titre, Minkowski parle toujours de « trouble primitif ». La fin du chapitre sur l'autisme est l'occasion de faire le point sur ce qui a été dit avant et qui semble central dans *La schizophrénie* (la suite s'attachant davantage aux troubles maintenant qualifiés de secondaires, ainsi qu'à la thérapie) : on peut comprendre la schizophrénie comme étant le résultat d'un trouble primitif, la perte ou le manque de contact avec la réalité ambiante, perte causant ce que Minkowski nomme un « trou » (« trou creusé par le trouble primitif »⁸⁰⁵). Ce trou peut être compris comme une incapacité à intégrer son élan personnel à l'ambiance, et l'idée de Minkowski est que le sujet malade chercherait à « combler » ou à « compenser » ce trou par des réactions secondaires pouvant témoigner encore de ce qui demeure vivant (en lien avec la vie ambiante) en lui. Il

⁸⁰¹ *Ibid.*, p. 189.

⁸⁰² *Ibid.*, p. 190.

⁸⁰³ *Ibid.*, p. 191.

⁸⁰⁴ *Ibid.*, p. 193.

⁸⁰⁵ *Ibid.*, p. 193.

résume ainsi son analyse : « c'est pour cette raison que nous lui donnons la préférence [à l'autisme dit pauvre], quitte à rechercher ensuite les forces vives qu'il épargne dans le psychisme atteint et qui, mues par des mécanismes de compensation, s'hypertrophient même outre mesure, en cherchant à combler le trou causé par le trouble primitif »⁸⁰⁶. Minkowski ajoute que « c'est par le trou que nous devons commencer, si nous voulons parler de maladie » et il peut aussi affirmer que « le schizophrène rêveur n'est pas, lui non plus [comparaison avec l'autisme pauvre], schizophrène parce qu'il est rêveur, mais il est schizophrène avant tout et rêveur ensuite. Car il n'y a pas de rêverie morbide à proprement parler, il ne peut pas y en avoir ; il n'y a que des éléments de rêverie plus ou moins modifiée, plus ou moins altérée, qui persistent dans une personnalité morbide »⁸⁰⁷.

Ce constat est appuyé dans le chapitre consacré aux attitudes schizophréniques. À partir de l'attitude rêveuse souvent marquée chez certains schizophrènes (autisme riche), il s'agit, à partir d'un cas, de montrer que cette attitude rêveuse n'est que la conséquence de la maladie, même si le schizophrène rêveur semble avoir « toujours été » rêveur. Pour Minkowski, cette attitude rêveuse (différente de la rêverie normale en ce qu'elle devient quasi permanente et oublie totalement la réalité) est une manière, pour le schizophrène déjà schizophrène (nous interrogerons ce « déjà » par la suite) de compenser sa perte (ou son manque) de contact avec la réalité justement : il s'invente une vie imaginaire à défaut de pouvoir vivre la réalité : « il faut que quelque chose d'essentiel vienne à manquer dans le psychisme de l'individu pour que la rêverie prenne cet aspect particulier et devienne fin en elle-même. Nous ne saurions incriminer ici autre chose que *l'absence du contact vital avec la réalité* »⁸⁰⁸. Notons ici que Minkowski dit « absence » et non pas « perte ». La suite appuie ce constat : « c'est elle [cette absence] au fond qui détermine le comportement caractéristique de l'individu par rapport à l'ambiance et conditionne ensuite tous les symptômes cliniques d'ordre schizophrénique, observés chez l'individu au cours de son développement psychotique. La rêverie, elle, ne paraît être qu'une manifestation secondaire. En tant que « rêverie », elle présente un phénomène normal épargné par la désagrégation schizophrénique et auquel se raccroche dans un suprême effort le malade pour ne pas sombrer dans le néant. Étant dans la vie normale déjà une réaction de retrait par rapport à l'ambiance, elle se prête, on ne peut mieux, à ce rôle dans le psychisme du schizophrène. Mais, en même temps, elle ne reste plus une rêverie simplement exagérée, mais devient une rêverie « morbide », en participant par son immobilité, sa rigidité et sa stérilité des caractères essentiels de toute manifestation

⁸⁰⁶ *Ibid.*, p. 193.

⁸⁰⁷ *Ibid.*, p. 193.

⁸⁰⁸ *Ibid.*, p. 212.

schizophrénique »⁸⁰⁹. Ici, on ne peut que s'interroger sur la manière dont le malade cherche à compenser sa maladie en accentuant en quelque sorte son défaut ou manque initial. Ce que Minkowski semble poser comme « logique » semble en même temps contradictoire : il semble associer le mécanisme de rêverie à un sursaut « vital » (témoin des forces vives restées intactes) tout en notant bien que la rêverie est un retrait hors de la réalité (facteur schizoïde donc et non syntone). Comment alors parler de compensation lorsque cette compensation, au lieu de permettre une forme de rééquilibrage, débouche au contraire sur une accentuation ? Cette question selon nous s'applique également au délire.

Minkowski soutient la même idée (le schizophrène est « d'abord » schizophrène, d'abord malade, et ensuite caractérisé par tel ou tel comportement) à propos de la « bouderie » qu'il qualifie donc également de « bouderie morbide ». Il parle de « terrain », en s'appuyant sur A. Borel : « ici aussi dès le jeune âge du sujet, on constate des particularités de caractère, formant un terrain propice pour l'apparition de réactions psychopathiques de nature schizophrénique. Seulement, à la place de la tendance innée à la rêverie et à l'intériorisation, nous trouvons chez eux les traits suivants : égoïsme, particularisme plutôt, orgueil, mauvaise humeur... »⁸¹⁰. Plus loin, Minkowski précise, toujours à partir de la théorie de Borel (dans « Rêveurs et boudeurs morbides »⁸¹¹) et de l'analyse d'un cas : « pour peu que, sous une influence quelconque, sous l'influence d'un choc émotionnel par exemple, ces tendances innées s'exagèrent, elles donneront naissance à des troubles psychotiques, à la base desquels il sera aisé de retrouver [...] le mécanisme de la bouderie morbide »⁸¹². Mais là encore, Minkowski remet en question cette idée de terrain qui confère à la bouderie le rôle de « *primum movens* » car pour lui « comme avant pour la rêverie, nous éprouvons quelque hésitation à faire de la bouderie [...] le mécanisme psychologique essentiel se trouvant à la base de tous les troubles constatés »⁸¹³. Cette hésitation tient selon lui au fait de devoir ainsi ramener la maladie à une cause « volontaire » (la mauvaise humeur ou la bouderie semblant relever de ce qu'on appelle en effet mauvaise volonté). Or pour Minkowski le malade subit avant tout sa maladie : « il paraît difficile d'admettre que des manifestations « volontaires » de cet ordre puissent se produire, sans que la personnalité tout entière ait subi, au préalable, une déformation profonde ». Puis il poursuit en réitérant sa « thèse » : « pour moi, la perte de contact avec la réalité est non pas un « résultat » de bouderie ou de rêverie morbide, mais « le point de départ », le trouble essentiel de la schizophrénie. Cette perte vise d'emblée un déficit, une

⁸⁰⁹ *Ibid.*, p. 212.

⁸¹⁰ *Ibid.*, p. 213.

⁸¹¹ Borel « Rêveurs et boudeurs morbides », *Journal de psychologie*, juin 1925

⁸¹² *La schizophrénie*, p. 214.

⁸¹³ *Ibid.*, p. 214.

défaillance de la personnalité humaine et peut ainsi fort bien servir de fondement pour le concept d'une affection mentale particulière. Quant aux phénomènes tels que la rêverie et la bouderie morbides, tout en participant du processus schizophrénique, en se fixant et s'immobilisant outre mesure, ils présentent pour moi des mécanismes auxquels se raccroche la personnalité morbide et grâce auxquels elle garde un semblant d'aspect humain »⁸¹⁴. Pour Minkowski, rêverie et bouderie ne sont encore une fois pas ce qu'il appelle des éléments « pathognomoniques » mais « ils ne sont, tous les deux, que des manifestations accessoires, plus ou moins accidentelles, venant se surajouter au processus morbide fondamental. Dans ces conditions, aucun d'eux ne paraît nécessaire pour que celui-ci se produise » et « le trouble générateur de la schizophrénie doit être recherché ailleurs »⁸¹⁵ à savoir dans la perte ou absence de contact avec la réalité. Pour remarque, Minkowski précise du même coup que la distinction faite par Bleuler entre différents types de schizophrénies (ainsi que la distinction faite entre schizophrénie et schizomanie) ne retiennent pas toute son attention, tant pour lui toutes ces formes sont issues d'un même trouble générateur initial et tant certaines formes peuvent se convertir en d'autres formes.

Autre élément « caractéristique » (qui du coup n'est qu'accessoire aussi si l'on suit la thèse de Minkowski) de la schizophrénie : les regrets morbides ou l'attitude interrogative. Prenant deux exemples de cas, Minkowski montre, pour le premier d'abord que « l'absence de prospection vers l'avenir, la défaillance de l'élan vital viennent confirmer ce diagnostic. L'avenir n'existe plus »⁸¹⁶ pour la malade, elle « *vit dans le passé seulement* »⁸¹⁷ et elle regrette tout, au sens où ce sont ces regrets qui lui servent en quelque sorte de pensée (lorsqu'on lui demande à quoi elle pense, elle dit qu'elle regrette). Autre détail : « ces regrets ne tendent au fond vers aucun but réel » au sens où, déconnectés de toute activité, ils « deviennent une fin en eux-mêmes et se trouvent ainsi situés en dehors de la vie »⁸¹⁸. Là encore, Minkowski évoque la perte de contact avec la réalité pour expliquer ce maintien morbide dans le passé et dans le regret. Question cependant que l'on ne peut que se poser : comment expliquer le lien entre ce trouble générateur qu'est la perte (absence) de contact avec la réalité et les formes variées que sont la rêverie, la bouderie, le regret ? Qu'est-ce qui détermine la forme particulière que prend le trouble initial ? S'agit-il d'une « combinaison » entre le trouble initial et la tendance innée issue du caractère ? Dans ce cas, un schizophrène rêveur deviendrait d'autant plus rêveur qu'il est schizophrène, un boudeur deviendrait

⁸¹⁴ *Ibid.*, pp. 217-218.

⁸¹⁵ *Ibid.*, p. 218.

⁸¹⁶ *Ibid.*, p. 234.

⁸¹⁷ *Ibid.*, p. 235

⁸¹⁸ *Ibid.*, p. 237.

d'autant plus boudeur qu'il serait schizophrène etc. Si la rêverie et les autres éléments secondaires et accessoires sont des manières de compenser l'état morbide et le progrès de la maladie, en maintenant quelques « forces vives », alors on peut comprendre que ce processus aille croissant, mais on ne comprend toujours pas en quoi ces comportements témoignent d'une sorte de sursaut vital sauf si l'on prend en compte l'analyse faite par Minkowski de l'activité schizophrénique : rêverie, bouderie et regrets seraient au fond une manière pour le schizophrène de compenser son manque de contact avec la vie par une activité intérieure d'autant plus intense. Mais le terme de compensation semble alors pour le moins paradoxal car en compensant ainsi, de cette manière, le malade accentue son retrait au lieu de le compenser par un rééquilibrage. Il nous faudra donc interroger plus précisément cette notion de compensation (que l'on trouve aussi dans le délire), ce que nous ferons dans notre deuxième grande partie.

S'attachant à préciser la temporalité particulière dans laquelle se meut la malade, Minkowski évoque des thèmes binswangeriens : « la perspective qui nous fait toujours envisager le passé du point de vue du présent semble faire défaut à notre malade et elle se comporte comme si le temps ne s'écoulait point »⁸¹⁹. Puis il établit le lien (semble-t-il causal) entre la perte de contact avec la réalité et cette attitude temporelle figée : « ne serrons-nous pas de plus près la vérité en supposant que la malade, ayant perdu le contact avec la réalité, incapable d'unir le passé au présent, s'accroche au passé et y vit comme si ce passé avait toute la valeur du présent ? Ne serait-ce pas là en même temps la raison de l'hypermnésie présentée par certains schizophrènes ? »⁸²⁰. Nous verrons plus loin ce que cette affirmation suggère quant à la différence entre Minkowski et Binswanger.

Autre remarque de Minkowski pour appuyer le caractère pathologique de cette attitude de regret, l'idée que ces regrets ne sont pas motivés objectivement par des événements du passé. On peut ici penser au cas Cécile Münch de Binswanger dont la mélancolie semblait résulter d'un événement en soi « regrettable », à savoir sa décision d'échanger la place de son mari avec celle de l'ami qui les accompagnait dans l'excursion en train qui devait « entraîner » la mort de son mari, « mort à la place de l'ami ». Plus généralement, Minkowski précise ce qui distingue les regrets morbides des regrets « normaux » : « absence de gradation et de nuance, en raison de l'absence de propulsion vers l'avenir, en raison de leur fixité, de leur immobilité et de leur stérilité »⁸²¹.

Toujours dans la même perspective, Minkowski procède à l'analyse d'un second cas,

⁸¹⁹ *Ibid.*, pp. 237-238.

⁸²⁰ *Ibid.*, p. 238.

⁸²¹ *Ibid.*, p. 238.

caractéristique de l'attitude interrogative : Paul C. (lycéen 17 ans). Minkowski distingue ici assez clairement ce cas d'une névrose obsessionnelle ou phobie, par l'absence de facteur émotif, par l'absence d'angoisse (ses parents couvrent les pendules qui obsèdent Paul et il ne réagit pas) et une forte inertie avec tendance à parler de lui-même comme s'il s'agissait d'un autre. Pour Minkowski, le point central semble être le fait que « l'*élément personnel* s'efface presque entièrement ; les questions qu'il pose concernent avant tout l'*ordre objectif* des choses, comme l'exactitude de la pendule, la hauteur du plumeau, la largeur du liséré etc »⁸²². Par ailleurs, cette attitude interrogative ne se limite pas à certains objets mais « se manifeste invariablement à propos de n'importe quel événement ». Minkowski explique encore en quoi cette attitude interrogative se distingue de l'attitude « normale » : « un phénomène normal, celui de la question, semble ainsi se libérer des liens qui, en le rattachant dans la vie à d'autres facteurs, lui permettent de remplir son véritable rôle ; il acquiert une autonomie pathologique et détermine l'attitude morbide que nous venons de décrire »⁸²³. Le rôle de la question semble ici être d'éloigner le sujet de l'ambiance, de l'action et de la réalité. Là encore, Minkowski suggère que cette attitude interrogative sert paradoxalement à compenser le manque d'élan vital supporté par le sujet malade : « nous nous demandons si l'attitude interrogative ne sert pas à combler la lacune que creuse dans la notion de l'avenir le fléchissement de l'élan vital ; ne sert-elle pas de planche de salut à la personnalité qui commence à sombrer ? »⁸²⁴. En s'attachant par exemple aux conséquences possibles qu'aurait eu pour lui un accident de voiture évité, un malade (Paul) compenserait son manque de « propulsion vitale » par une « prospection autiste »⁸²⁵.

Tout ceci tend à montrer que pour Minkowski, la maladie obéit en fait et au fond à un processus continu que le malade subit en tentant de compenser la désagrégation à laquelle le progrès de la maladie aboutit : « indépendamment de lui, la maladie continue de progresser », « la charpente de tous les troubles observés [...] est ainsi incontestablement constituée par la désagrégation schizophrénique. C'est sur elle que viennent se greffer, d'une façon plus ou moins accidentelle, d'autres manifestations morbides [...] ces manifestations sont de nature passagère tandis que la désagrégation schizophrénique progresse [...] d'une façon continue et aboutit à un cas de déchéance *complète* »⁸²⁶.

Minkowski réaffirme : « le trouble essentiel de la schizophrénie est constitué par la perte de contact vital avec la réalité. Ce trouble se traduit par une défaillance des facteurs dynamiques

⁸²² *Ibid.*, p. 243.

⁸²³ *Ibid.*, p. 245.

⁸²⁴ *Ibid.*, p. 249.

⁸²⁵ *Ibid.*, p. 249.

⁸²⁶ *Ibid.*, p. 255.

de la vie psychique et porte avant tout sur le cycle de l'activité personnelle ou sur l'épanouissement de la personnalité »⁸²⁷. C'est donc à partir de la mise en évidence de ce trouble initial que les symptômes peuvent être compris comme étant des « manifestations d'ordre réactionnel », des « mécanismes de défense », un phénomène de « compensation ». Minkowski parle de compensation affective (rêverie, délire... qui viennent satisfaire des désirs insatisfaits) mais aussi de compensation « phénoménologique » (ou mécanique) : « quand un des facteurs de la vie psychique vient à manquer, ceux qui restent intacts tendent à se regrouper pour établir, dans la mesure du possible, une sorte de nouvel équilibre. Celui-ci, tout en présentant des caractères profondément morbides, constitue néanmoins comme une planche de salut pour la personnalité défaillante. L'individu cherche à combler la lacune qui se forme en lui en se raccrochant à des phénomènes dont il dispose encore. Il essaye de sauvegarder ainsi son aspect humain »⁸²⁸. Mais Minkowski explique en quoi cette compensation se révèle au fond inefficace voire contre-productive (il la compare à la fièvre dans les maladies infectieuses) : « les attitudes schizophréniques, tout en cherchant à sauvegarder l'aspect humain de la personnalité qui se désagrège, et tout en permettant d'établir un trait d'union entre son psychisme et le nôtre, participent, pour ainsi dire, du processus schizophrénique »⁸²⁹ (elles sont elles-mêmes et en elles-mêmes coupées de la réalité, marquées par « leur caractère abstrait et apragmatique, par leur stérilité, leur fixité et leur immobilité »⁸³⁰. « Elles sont profondément morbides par elles-mêmes ». Elles « n'arrivent jamais à remplacer ce qui manque et ce qui, au fond, n'est pas de leur ressort ». Ainsi « il s'agit de combler un vide, mais l'individu ne peut le faire que de la façon dont le permettent les circonstances, c'est-à-dire en conférant aux mécanismes qu'il met en jeu un caractère anormal et pathologique »⁸³¹. Ici, on peut se demander si par conséquent la progression de la maladie n'est pas tant due à la maladie qu'à ces réactions qui semblent accentuer d'autant plus la perte de contact avec la réalité qu'elles en émanent elles-mêmes, créant ainsi en quelque sorte un cercle vicieux.

Concluant sur les différentes attitudes schizophréniques, Minkowski rappelle qu'elles n'intègrent les complexes de nature affective que de manière secondaire, comme contenus d'expression dérivant d'une attitude plus fondamentale à relier à la perte de contact avec la réalité. Ainsi, les regrets exprimés par exemple par la malade regrettant son mariage et son amant ne sont que des « effets » du processus schizophrénique en lui-même, au point qu'ils ne

⁸²⁷ *Ibid.*, p. 255.

⁸²⁸ *Ibid.*, p. 257.

⁸²⁹ *Ibid.*, p. 259.

⁸³⁰ *Ibid.*, p. 258.

⁸³¹ *Ibid.*, p. 258.

se manifesteraient pas chez un individu « normal », ayant eu le même passé par exemple, donc ayant vécu les mêmes événements à charge affective plus ou moins lourde, ce qui du coup suggère que la lourdeur affective que l'on peut parfois attribuer à ce qui est exprimé par le malade n'est que relative, elle n'est lourde que parce qu'elle est alourdie, investie par le processus morbide. De fait, à ces regrets par exemple « grands et petits », « nous ne saurions attribuer un rôle pathogène plus grand qu'aux seconds. Tous ces regrets, grands et petits, sont les mêmes au fond. Ils sont comme des feuilles mortes. La vie s'en est envolée »⁸³². Ici, l'idée de Minkowski est que la recherche des complexes inconscients n'est donc que peu pertinente pour soigner et comprendre le schizophrène, puisqu'il ne s'agit pas d'eux au fond, ce ne sont pas eux qui sont « en cause » dans la maladie. De façon générale, les attitudes schizophréniques (différentes selon les malades, selon qu'ils rêvent, boude, rationalisent etc) ne peuvent qu'aider à établir un certain type de « contact affectif » avec le malade mais ne « constituent aucunement un attribut indispensable de tout cas de schizophrénie. Elles font parfois entièrement défaut »⁸³³. Elles peuvent également n'être que passagères et de peu d'importance. Mais ce que Minkowski a l'air de souligner, c'est que dans certains cas, ces attitudes peuvent permettre au sujet malade de conserver un certain équilibre et « une nuance de plasticité » alors que s'il n'y a pas de telles attitudes cette plasticité disparaît. A cet égard, Minkowski distingue deux groupes différents, témoignant d'une différence dans le processus de désagrégation de la personnalité, les attitudes de rêverie, bouderie et regrets, où le sujet garde à l'esprit un « thème idéique revêtu d'une teinte affective particulière »⁸³⁴ et l'attitude interrogative (où la désagrégation serait plus profonde).

Pour conclure sur ce travail de recherche que Minkowski consacre à la schizophrénie, nous pouvons retenir que cette maladie témoigne de la perte de ce qui, à l'inverse, nous rend « normaux », le contact vital avec la réalité. Cette perte provient d'un trouble générateur engendrant, par effet de compensation, des symptômes tels que le rationalisme morbide et le retrait autistique. Ces symptômes ne seraient qu'une manière, pour le malade, de rester vivant au sein même de la maladie et sous l'effet de la maladie. Les causes de ce trouble générateur et de cette perte de contact vital ne sont pas précisées.

Toutefois, dans le chapitre III de son ouvrage *Le temps vécu*, Minkowski reprend cette conception de la schizophrénie en apportant certains points. Il renvoie d'ailleurs le lecteur à *La schizophrénie* en soulignant que les recherches faites dans *La schizophrénie* « s'intègrent entièrement » dans *Le temps vécu* et peuvent servir d'introduction. Il le fait en résumant

⁸³² *Ibid.*, p. 259.

⁸³³ *Ibid.*, p. 260.

⁸³⁴ *Ibid.*, p. 261.

d'abord cette conception dans le premier paragraphe.

Le chapitre consacré à la schizophrénie est l'occasion pour Minkowski de reprendre, en les résumant, les éléments qu'il a développés dans *La schizophrénie*, tout en tenant compte des éléments apportés dans *Le temps vécu*. Il repart donc de la philosophie de Bergson et de la distinction entre les deux principes vitaux que sont l'intuition et l'intelligence et rappelle que « chacun d'eux, incapable d'assurer à lui seul l'existence de l'individu, vient compléter l'autre, en limitant en même temps, d'une façon naturelle et appropriée, son champ d'action ». Ainsi, dans la vie « normale », « l'intelligence rejoint l'intuition à la poursuite d'un but commun, le devenir se déploie sans heurts dans l'être, et l'être supporte, sans être réduit en cendres, le contact du devenir »⁸³⁵. Minkowski pose alors la question : « mais en est-il de même encore en pathologie ? ». Sa réponse vient ensuite : « là il se pourrait fort bien que des facteurs morbides viennent frapper d'une façon élective les deux principes dont nous parlons ». En disant « d'une façon élective », on peut supposer que les facteurs morbides évoqués viendraient frapper l'un ou l'autre des principes vitaux que sont l'intuition et l'intelligence, et c'est pourquoi Minkowski parle de distinguer « deux grands groupes mentaux », « l'un caractérisé par une déficience de l'intuition et du temps vécu et par une hypertrophie consécutive de l'intelligence et des facteurs d'ordre spatial, l'autre, par un état de choses diamétralement opposé au premier »⁸³⁶. C'est annoncer que la schizophrénie correspond au premier groupe mentionné (et que la folie maniaco-dépressive correspond au second groupe). Dans son analyse du premier groupe, Minkowski reprend donc le « résultat de ses recherches sur la schizophrénie ». Il rappelle ainsi que c'est en s'appuyant sur l'autisme qu'il faisait ainsi « de la *perte de contact avec la réalité* le trouble essentiel de la schizophrénie »⁸³⁷. Il explique que ses comparaisons avec les états dits de démence (correspondant aux démences organiques observables chez les paralytiques généraux) lui ont montré que chez le schizophrène, le « facteur du « moi-ici-maintenant » semble atteint alors qu'il ne l'est pas chez le paralytique. Celui-ci est notamment capable de répondre à la question « où êtes-vous ? » en disant « ici » et en tapant du pied pour le montrer, alors que le schizophrène « par contre, nous dira qu'il sait très bien où il est, mais qu'il ne se sent pas à l'endroit où il se trouve ou encore que le mot « j'existe » n'a pas de sens précis pour lui »⁸³⁸. De même, les réponses aux questions « depuis quand êtes-vous là ? » ou « où étiez-vous avant ? » ou « que faites-vous ? » montrent selon Minkowski que le schizophrène « touché

⁸³⁵ *Le temps vécu*, p. 255.

⁸³⁶ *Ibid.*, p. 255.

⁸³⁷ *Ibid.*, p. 255.

⁸³⁸ *Ibid.*, p. 257.

dans son dynamisme vital, semble s'immobiliser de plus en plus et emprisonner son psychisme dans des relations d'ordre purement spatial »⁸³⁹. De même, chez le schizophrène « la pensée temporelle « se montrait de plus en plus saturée de spatialité interne »⁸⁴⁰ »⁸⁴¹. Ou encore (de plus) « touché dans son dynamisme vital, le schizophrène non seulement sent tout s'immobiliser en lui, mais est encore comme privé de l'organe nécessaire pour assimiler ce qui est dynamisme et vit au dehors »⁸⁴². Ainsi, « en dedans comme au dehors, il ne sait plus que juxtaposer ». Puis Minkowski reprend les concepts de « rationalisme morbide », ou de « géométrisme morbide », ou encore de « pensée spatiale » qui selon lui, lui ont permis de « mettre en relief l'imprégnation que subit le psychisme au cours de la schizophrénie, à la suite de la défaillance du dynamisme vital, par des facteurs statiques, spatiaux et temporels »⁸⁴³. Là encore, il s'agit pour Minkowski de montrer que cette imprégnation ou déformation de la pensée n'est pas à rattacher à des complexes affectifs (lesquels ne viennent que nourrir la pensée, et ce pas nécessairement) mais qu'elle est le fait d'une compensation phénoménologique, destinée à compenser le manque de vitalité par un semblant de vie (vie intérieure, pensées incessantes et excessives), lequel pour autant ne fait que renforcer le trouble initial (le rationalisme morbide contribuant à immobiliser davantage les pensées et à les couper de la vie extérieure, de l'ambiance). Minkowski note à ce propos que le repli autistique n'est pas toujours observé, certains schizophrènes se montrant capables de se lancer dans des projets et d'agir pour des buts sociaux, mais leurs projets étant toujours au fond déconnectés de la réalité (projets délirants, actions déplacées).

Minkowski rappelle également que le but de ses recherches (référence à Fischer) est de dépasser l'observation de ce que le malade « exprime *directement* » dans ses symptômes quant à une « déficience quelconque relative au temps et à l'espace ». Ainsi « le but que poursuit l'analyse de la structure spatio-temporelle des troubles mentaux » est de rechercher « le substratum spatio-temporel [...] de tout syndrome psychopathologique »⁸⁴⁴. Minkowski rappelle les distinctions faites entre les différents troubles générateurs, et notamment sa distinction entre les processus psychopathologiques (où figurent la schizophrénie, l'affaiblissement intellectuel et l'épilepsie) et les subductions mentales morbides (où figurent la mélancolie, la maniaque-dépression et le syndrome de Clérambault). Ainsi, il précise que dans la schizophrénie, le trouble initial (perte de contact vital) fait que chez lui « le temps

⁸³⁹ *Ibid.*, p. 258.

⁸⁴⁰ F. Fischer, Weitere Mitteilung über das schizophrene Zeiterleben. *Südwest-deutscher Neurologen und Psychiatertag*, 1930

⁸⁴¹ *Le temps vécu*, p. 258.

⁸⁴² *Ibid.*, p. 259.

⁸⁴³ *Ibid.*, p. 259.

⁸⁴⁴ *Ibid.*, p. 265.

s'effondre en entier », « contrairement à ce qui a lieu dans d'autres troubles mentaux, où une modification se produit dans *le domaine du temps lui-même* (subduction mentale dans le temps) »⁸⁴⁵. Ici, Minkowski veut parler de la mélancolie, le syndrome de Clérambault correspondant quant à lui à une subduction dans l'espace. De ce fait, le chapitre consacré à la schizophrénie se termine sur une analyse de cas (cas de Fischer) témoignant d'une « *dislocation très profonde du phénomène du temps avec une prévalence du passé*, qui représente [...] l'aspect le plus statique du temps vécu »⁸⁴⁶.

On comprend ainsi, au terme de ces considérations, que l'élan vital perdu dans la schizophrénie (et mis à mal aussi dans les autres maladies, à travers des perturbations du temps vécu) est ce qui est central et fondateur dans toute existence (humaine). L'intérêt de cette approche phénoménologique est là encore de nous permettre de viser ce qui serait « central », « constitutif » en termes d'équilibre ou de déséquilibre existentiel. En ce sens, la schizophrénie serait le prototype même de l'existence mise en échec, « La » maladie même (puisque correspondant à la « perte » du point central de l'existence normale). Les autres maladies seraient des dérivations ou déclinaisons de cette perte.

Au niveau thérapeutique maintenant, il est clair qu'en comprenant « par où » se tient ou s'effondre notre existence (psychique mais aussi tout entière), nous comprenons « par où » restaurer son point d'appui.

E – Aspects thérapeutiques (restaurer élan vital)

Pour Minkowski, il s'agit donc de restaurer l'élan vital perdu ou mis en question.

Il nous faut toutefois et encore justifier (avec Minkowski) la possibilité et la valeur d'une thérapie fondée sur l'approche phénoménologique de la maladie.

Le dernier chapitre de *La schizophrénie* est ainsi consacré à « la portée thérapeutique de la notion de schizophrénie » où Minkowski essaye de montrer en quoi « sa » théorie, bien loin de rendre toute thérapie impossible, lui permet au contraire d'ouvrir de nouveaux horizons. Il s'emploie tout d'abord à défendre son maître Bleuler à qui l'on reproche d'avoir créé une conception de la schizophrénie n'ayant qu'une portée « nosologique ». Ce reproche est combattu par Minkowski pour qui la psychiatrie se doit justement d'avoir une portée « philosophique » : « du moment que notre profession nous fait étudier des phénomènes ayant trait à l'activité psychique et spirituelle de l'homme, n'est-il pas de notre devoir de chercher à y puiser tout ce qu'ils peuvent contenir de précieux pour le savoir humain en général [...] la

⁸⁴⁵ *Ibid.*, p. 266.

⁸⁴⁶ *Ibid.*, p. 267.

science ne peut pas viser uniquement un but pratique [...] c'est justement en s'élevant au-dessus de la sphère des intérêts pratiques qu'elle arrive à trouver, dans une envolée puissante vers les cieux, ses idées nouvelles et « abstraites », ses grandes vérités »⁸⁴⁷. Le second point consiste à montrer que par ailleurs, cette portée théorique (et philosophique) peut justement avoir une portée thérapeutique. C'est en n'ayant pas forcément en vue que la pratique et la thérapie, mais en ayant aussi en vue une portée purement théorique, que la psychiatrie peut avoir la portée pratique et thérapeutique qu'elle vise au départ. Or pour Minkowski, ce que montre sa théorie (inspirée notamment par la théorie de Bleuler) ce n'est pas que la schizophrénie est un processus irréversible et destructeur (donc incurable) mais plutôt « un dérèglement » dont les symptômes « loin d'être des signes d'une destruction irréparable des facultés psychiques, consistent bien davantage dans une déviation, dans un dérèglement de celles-ci, déterminé par une perte de contact avec la réalité »⁸⁴⁸. En concevant la schizophrénie comme « une maladie de direction »⁸⁴⁹, on suggère qu'elle peut donc se soigner, qu'une « rétrocession des troubles » est possible. Il suffirait en quelque sorte de rediriger le malade. La curabilité peut ainsi et alors être comprise comme une manière de faire retrouver au malade un certain contact avec la réalité. Par ailleurs, l'idée même (conviction) que le malade est curable est, selon Minkowski, un facteur de curabilité : en pensant que le malade peut guérir, l'ensemble du personnel, la famille et le malade lui-même participent à la guérison. Cela « tend ainsi à diminuer cette force hostile qu'est pour le malade la réalité, dont il s'écarte de plus en plus »⁸⁵⁰. Cette attitude face à la maladie qu'est la schizophrénie est, selon Minkowski, celle de l'ensemble de sa psychiatrie à l'égard de l'ensemble des maladies : il s'agit de concevoir le malade (comme l'homme normal) comme un « individu que nous pouvons comprendre, secourir et diriger »⁸⁵¹. De même, les « deux grands groupes » que représentent d'une part les « troubles de nature syntone » (folie maniaco-dépressive) et les « troubles de nature schizoïde » (schizophrénie) permettent d'indiquer, selon Minkowski, « une porte d'entrée par laquelle nous pouvons pénétrer dans le psychisme du malade » en montrant « l'effort de la psychiatrie contemporaine à devenir d'emblée, c'est-à-dire par la nature même de ces notions fondamentales, une psychiatrie psychothérapeutique »⁸⁵². Minkowski souligne ainsi le rôle joué par la conception de Bleuler dans le traitement des malades schizophrènes, notamment à travers la création d'un dispensaire à l'attention des

⁸⁴⁷ *La schizophrénie*, p. 267.

⁸⁴⁸ *Ibid.*, p. 269.

⁸⁴⁹ *Ibid.*, p. 269.

⁸⁵⁰ *Ibid.*, p. 270.

⁸⁵¹ *Ibid.*, p. 272.

⁸⁵² *Ibid.*, p. 273.

schizophrènes à Zurich, « un des premiers en Europe »⁸⁵³. L'idée soulignée ici est qu'en remplaçant la notion de « démence » par la notion de schizophrénie, en opérant un « remaniement des notions psychiatriques », cela ouvre des « perspectives thérapeutiques ». Minkowski explique qu'en France aussi, les initiatives de Toulouse et de Mignard permirent de créer des centres de soins (Ligue d'hygiène mentale, Service de prophylaxie mentale), grâce à l'idée d'une « réversibilité des troubles mentaux » contenue dans leurs travaux (théoriques).

Les différents moyens permettant le retour d'un contact avec la réalité sont les médicaments certes (pour éventuellement transformer le malade psychique en malade somatique et ainsi l'entourer de « soins particuliers » et permettre un « changement de milieu »), conversations, travail, retour dans la famille etc, le tout en s'appuyant sur « les tendances à la guérison encore agissantes »⁸⁵⁴ dans le malade. Ce qui ressort également de cette analyse est l'idée que le malade seul « se fige, s'immobilise dans ses réactions, dans ses attitudes, dans sa façon d'être. Il a peine à les abandonner, il ne peut en sortir » et « il paraît oiseux d'attendre qu'il les modifie spontanément ». Comme le souligne Minkowski, il faut une intervention extérieure, passant en l'occurrence par le médecin, intervention pouvant donner « parfois des résultats surprenants » tant le schizophrène « possède plus qu'aucun autre, la faculté de passer d'une façon inattendue d'un état à un autre, de transformer ses réactions morbides en comportement presque normal »⁸⁵⁵. Minkowski prend l'exemple d'une malade à qui l'on propose d'assurer le rôle d'infirmière de nuit (parce que le service en a besoin) et qui, dès lors, se métamorphose en prenant très au sérieux son rôle et qui, par la suite, retrouve ses symptômes une fois son service terminé.

La fin du chapitre II dans *Le temps vécu* (paragraphe 6 consacré au cas de la malade jalouse) insiste également sur la possibilité d'une amélioration de l'état de la malade. Il s'agit pour Minkowski de souligner que la malade, sans être pour autant « guérie », montre des signes d'amélioration (« modification favorable qui s'est produite dans l'état de notre malade depuis que nous la suivons »). Pour Minkowski, c'est l'influence des soins qui explique cette amélioration mais qui n'a été selon lui possible que par « l'absence du facteur paranoïaque ». Pour Minkowski, cette amélioration a été réalisée « à l'aide de conversations répétées, de réconfort, d'une analyse apaisante de ses conflits actuels et de conseils appropriés »⁸⁵⁶.

Ce qui ressort également des analyses de Minkowski, c'est l'idée selon laquelle la maladie

⁸⁵³ *Ibid.*, p. 275.

⁸⁵⁴ *Ibid.*, p. 279.

⁸⁵⁵ *Ibid.*, p. 277.

⁸⁵⁶ *Le temps vécu*, p. 254.

participe d'une certaine façon à la guérison, de manière paradoxale certes, mais pouvant être parfois efficace. C'est ce que suggère l'idée de compensation phénoménologique déjà évoquée. Par cette idée, Minkowski suggère que les symptômes obéissent à un mécanisme (au fond vital) de tentative de rééquilibrage, le malade cherchant par ses symptômes à restaurer ce que la maladie lui fait perdre. Il trouve ainsi en lui de quoi compenser sa maladie, tout en se rendant visiblement plus malade. Pour autant, certains symptômes peuvent avoir une vertu thérapeutique, limitée certes, mais tout de même réelle. On le voit par exemple dans le cas évoqué par Minkowski de la malade mélancolique de Straus qui éprouve le besoin de tricoter pour ressentir (de nouveau) l'avancée ou la progression du temps. Pour Minkowski « on peut se demander si ces symptômes n'ont pas un caractère compensateur, puisque tous, comme compter par exemple, ou enregistrer sans discontinuer les événements, ils peuvent faire naître l'idée d'une progression, d'une progression mécanique, du temps ». Ainsi « cette progression ou plutôt cette illusion de progression vient peut-être suppléer le dynamisme défaillant »⁸⁵⁷.

IV – Comparaisons et différences entre ces approches

Après étude de ces trois approches phénoménologiques (à dominante psychiatrique chez Binswanger et Minkowski et à dominante philosophique chez Maldiney), nous ne pouvons que constater leurs points communs, tout en nous interrogeant sur ce qui les distingue malgré tout.

Commençons par les points communs.

Binswanger semble occuper une place centrale dans la phénoménologie psychiatrique, en tant que précurseur. Il est régulièrement cité par Maldiney qui prend souvent ses cas de malades en exemple. Il est également cité par Minkowski (dans *La schizophrénie* dans le passage sur le diagnostic par sentiment et dans *Le temps vécu* dans un chapitre sur la manie). Notons également que Binswanger cite Minkowski (dans la 2^{ème} section de « sur la direction de recherche analytico-existentielle en psychiatrie » dans *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne*, à propos de la différence entre l'homme et l'animal et lorsque Binswanger critique le concept trop vague de « vie » de Minkowski).

Ce qui apparaît également chez ces auteurs, c'est qu'ils sont reliés par des références communes, surtout dans le domaine psychiatrique, mais également dans le domaine philosophique. Ainsi, les références à Uexküll, von Weizsäcker, Gebstatel, E. Straus, Bleuler,

⁸⁵⁷ *Ibid.*, p. 279.

Blankenburg sont récurrentes, la référence à Heidegger est quasi constante chez Binswanger et Maldiney et la référence à Bergson l'est chez Minkowski.

Il est clair que ces théories ont en commun leur approche phénoménologique, en insistant sur le caractère total et compréhensif des différentes maladies étudiées, et en mettant en avant l'idée d'un être-au-monde dont la maladie serait l'expression et la manifestation. Dans tous les cas, la maladie devient la manière pour l'existence de prendre telle ou telle forme et de faire apparaître tel ou tel monde. Le caractère « malade » signale également non pas tant une déviation par rapport à des normes, mais une existence en échec et en souffrance, ne parvenant pas à s'ouvrir aux possibilités permettant à un sujet de « devenir soi » et l'enfermant dans un monde particulier en rupture avec le monde commun. Il est important ici de souligner qu'aucune de ces approches phénoménologiques ne suggère que la maladie ou la folie seraient dues à des facteurs socio-politiques. La « normalité » évoquée n'a jamais de lien avec l'idée d'une existence « normée » ou « normalisée ». La « norme » dont il est question est d'ordre existentiel ou vital, c'est une condition rendant possible l'existence même comme projection de soi dans une temporalité ouverte.

Autre point commun : dans ces trois approches, ce qui fait problème est la structure ou constitution du sujet dans son rapport à la réalité, c'est la manière dont le sujet se rapporte au monde en le faisant apparaître de telle ou telle façon, avec tel ou tel sens (effrayant, triste ou au contraire excitant ou exaspérant selon les différentes maladies). Ce sens donné au monde est d'ordre intentionnel (il projette telle ou telle possibilité) mais il a une dimension émotionnelle forte, il a une « tonalité affective ». La maladie est à chaque fois associée à la façon dont le monde se « teinte » ou dont le monde est vécu (dans sa totalité) en termes d'ambiance ou d'atmosphère.

Ce sens est également, chez nos trois auteurs, de nature temporelle. C'est d'ailleurs l'insistance sur la dimension temporelle de l'existence qui nous a amené à convoquer ces trois auteurs dans notre travail de recherche, en partant de Binswanger pour parvenir à Maldiney (citant Binswanger) et pour en arriver ensuite et au final à Minkowski (pour son analyse de la notion de « temps vécu »). L'ordre aurait pu être inverse mais il aurait conduit aux mêmes auteurs, dont le lien nous semble de plus en plus évident, comme si l'on ne pouvait lire l'un sans lire les deux autres (quel que soit l'ordre de nos lectures). Le temps est par chacun compris comme moteur et fondement de l'existence, puissance d'affirmation dont le rôle est déterminant dans la distinction entre une existence normale et une existence malade, et dans le passage de l'une à l'autre, toute défaillance au niveau temporel entraînant la maladie et toute restauration de la dimension temporelle étant facteur de guérison. Il a ainsi un rôle à la fois

déterminant (fondamental, condition de) et régulateur. C'est ce facteur temporel qui semble également sensible aux événements (à la réalité), il a une valeur d'interface entre soi et le monde, il renvoie à une capacité d'absorption (réceptivité) de la réalité, en pouvant être accéléré, suspendu, ralenti ou arrêté selon ce qui nous arrive.

Par ailleurs, est central chez chacun le rôle que jouent certains événements dans le « déclenchement » de la maladie (ou son aggravation). Ce rôle est sans cesse interrogé, tant par Binswanger et Minkowski, qui citent souvent l'histoire de leurs malades, que par Maldiney qui interroge tout particulièrement la notion d'événement.

Les différences entre les trois approches portent sur plusieurs points.

Selon nous, ce qui peut être mis en avant, c'est la place un peu à part que semble occuper Minkowski avec le concept d'élan vital emprunté à Bergson, ainsi que la manière dont Maldiney conceptualise la notion d'événement. Ces deux aspects permettent une certaine distinction entre les trois approches, impliquant la possibilité de les caractériser chacune.

Par ailleurs, il est clair que Minkowski ne se réfère pas à Heidegger dans ses analyses, et que son approche, tout en étant phénoménologique, n'est pas pour autant existentielle. La notion d'être-au-monde n'est pas convoquée, ni l'idée d'un temps projectif et ex-tatique permettant un devenir soi ouvert à ses possibilités. Ce qui est convoqué dans la notion de temps vécu est l'idée d'un temps animé par un élan vital suffisamment dynamique pour être capable d'absorber aussi bien la perspective de la mort que l'intellectualisme (tout ce qui fige la réalité par la pensée). La pensée de Minkowski est arrimée à la notion essentielle de vie et a un sens quasi biologique, appliqué certes à l'homme mais dans ce qui le rattache au vivant. Le sens « humain » donné à l'élan vital est ainsi conceptualisé comme « élan personnel » (« tendance du moi tout entier vers la réalisation d'un but »).

Cette différence dans le sens attribué à la notion de temps est précisée par Binswanger dans *Mélancolie et Manie*. Binswanger explique que le sens donné notamment à « constitutif » n'est pas le même pour lui et pour Minkowski : pour lui il s'agit de « moments structuraux constitutifs intentionnels », des « actes intentionnels protentifs », il s'agit « de « l'avenir » constitué par ces actes-là, en tant qu'ils sont ses moments structuraux constitutifs »⁸⁵⁸. Il précise également que « Minkowski interprète comme « phénomènes constitutifs » *l'activité et l'attente, le désir et l'espoir, la prière et la recherche de l'action éthique* ». Pour autant, Binswanger retient de Minkowski la même conception totalitaire de la maladie, permettant de comprendre qu'il suffit que la structure temporelle (élan vital pour Minkowski ou actes intentionnels protentifs pour Binswanger) « qui maintient tout l'édifice de la personnalité

⁸⁵⁸ *Mélancolie et manie*, pp. 242-243.

humaine commence à chanceler ou à vaciller pour que tout l'édifice devienne branlant, s'effondre à vue d'œil » et explique les « différentes étapes de la désagrégation de la personnalité »⁸⁵⁹.

V – Comparaisons avec d'autres approches (l'approche freudienne, l'approche lacanienne dans le cas Aimée)

Comparons maintenant la phénoménologie et les autres approches de la maladie.

Les différents reproches faits à la psychanalyse par la psychiatrie phénoménologique (qui reconnaît toutefois sa valeur et en conserve certains traits) ont été évoqués précédemment et nous en rappelons juste les aspects essentiels. La psychanalyse a le mérite de donner un sens aux symptômes en les reliant à des complexes affectifs refoulés qui les s'exprimeraient, mais elle ne voit pas que ces complexes s'enracinent plus largement dans une structure « totale », existentielle et phénoménologique (intentionnelle et temporelle) qui les déborde.

Relativement à la conception lacanienne de la maladie psychique (dans son mécanisme de chute), nous nous limiterons à évoquer certains passages du *Cas Aimée*, où Lacan propose une analyse à la fois différente de l'analyse phénoménologique et proche de Freud, mais où il convoque de manière intéressante la notion de structure. Il suggère selon nous indirectement que la maladie d'Aimée (dont nous savons qu'elle souffrait de paranoïa) est une maladie de la « personnalité ». Nous retrouvons cette idée dans ce qui aujourd'hui est rattaché aux « personnalités pathologiques ». Nous citerons ici ce qui, dans la thèse de Lacan, nous paraît aller dans le sens de notre travail et qui suggère que la chute dans la maladie s'inscrit dans une « structure » ou « constitution » déjà menacée.

Lacan écrit ceci, dans le passage consacré à la psychogenèse de la paranoïa, à propos des persécutrices supposées de la malade : « Leur multiplicité, l'absence de toute relation réelle entre elles et la malade, mettent bien en relief leur signification purement symbolique. Elles sont, nous l'avons dit, les doublets, triplets et successifs « tirages » d'un prototype. Ce prototype a une valeur double, affective et représentative. La puissance affective du prototype est donnée par son existence réelle dans la vie de la malade. Nous avons montré plus haut qu'il était représenté par cette sœur aînée, par laquelle Aimée a subi tous les degrés de l'humiliation morale et des reproches de sa conscience. A un moindre degré l'amie intime, Mlle C. de la N., qui pour Aimée représentait si éminemment l'adaptation et la supériorité envers son milieu, objets de son intime envie, a joué un rôle analogue;

⁸⁵⁹ *Ibid.*, p. 243.

mais selon le rapport ambivalent, précisément propre à l'envie, sentiment qui comporte une part d'identification; et ceci nous amène à la deuxième signification du prototype délirant. Quelle est en effet pour Aimée la valeur représentative de ses persécutrices? Femmes de lettres, actrices, femmes du monde, elles représentent l'image que se fait Aimée de la femme qui, à un degré quelconque, jouit de la liberté et du pouvoir sociaux. Mais là éclate l'identité imaginaire des thèmes de grandeur et des thèmes de persécution : ce type de femme, c'est exactement ce qu'elle-même rêve de devenir. La même image qui représente son idéal est aussi l'objet de sa haine. Aimée frappe donc en sa victime son idéal extériorisé, comme la passionnelle frappe l'objet unique de sa haine et de son amour. Mais l'objet qu'atteint Aimée n'a qu'une valeur de pur symbole, et elle n'éprouve de son geste aucun soulagement. Cependant, par le même coup qui la rend coupable devant la loi, Aimée s'est frappée elle-même, et, quand elle le comprend, elle éprouve alors la satisfaction du désir accompli : le délire, devenu inutile, s'évanouit. La nature de la guérison démontre, nous semble-t-il, la nature de la maladie. Or ne nous apparaît-il pas qu'il y ait identité entre le mécanisme fondamental du délire et les traits saillants de la personnalité de la malade? Ces types cliniques avec lesquels le caractère de notre sujet nous a révélé sa congruence précise, le psychasthénique, le sensitif, ne se révèlent-ils pas eux-mêmes par leurs réactions les plus saillantes, leurs scrupules obsessionnels, l'inquiétude de leur éthique, leur conflits moraux tout intérieurs, comme d'assez beaux types d'«*Heautontimoroumenoi*⁸⁶⁰ » : toute leur structure semble pouvoir se déduire de la prévalence des mécanismes d'auto-punition. Dès lors, tandis que, dans la personnalité normale, processus organiques légers et événements communs de la vie laissent seulement la trace d'une oscillation plus ou moins rapidement compensée, on conçoit qu'ils aient dans la personnalité autopunitive une portée toute différente. *Dans les effets de dégradation affective et intellectuelle qu'ils comportent momentanément, tout ce qui favorise les mécanismes autopunitifs sera par eux fixé et retenu : ces effets, fussent-ils menus, semblent ici subir une véritable sommation. Le déséquilibre primitif s'accroît ainsi toujours dans le même sens, et l'on comprend le passage de l'anomalie, traduite dans le caractère, à la psychose* [souligné par nous]. Si en effet troubles organiques et événements de l'histoire ne nous livrent que le déclenchement du processus morbide, *la fixation et la structure de la psychose ne sont explicables qu'en fonction d'une anomalie psychique antérieure à ces instances* [souligné par nous]. Cette anomalie nous avons tenté de la préciser sans parti pris. Or ce que nous a donné notre recherche, c'est, nous y insistons, un

⁸⁶⁰ « bourreau de soi-même »

trouble qui n'a de sens qu'en fonction de la personnalité ou, si l'on préfère, un trouble psychogénique.

C'est ici que nous allons démontrer la portée scientifique de la doctrine freudienne, en tant qu'elle rapporte une part importante des troubles mentaux au métabolisme d'une énergie psychique appelée libido. L'évolution de la libido dans la doctrine freudienne nous semble correspondre très précisément, dans nos formules, à cette part, considérable à l'expérience, des phénomènes de la personnalité dont le fondement organique est donné par le désir sexuel.

Que nous apportent en effet les doctrines psychologiques, étrangères aux doctrines freudiennes, dans l'investigation des maladies mentales? Sans doute des descriptions cliniques dont certaines sont des synthèses d'observations d'une haute valeur, mais par contre des vues théoriques dont l'hésitation sur la nature même du morbide ne peut manquer de frapper le profane lui-même. Dans un cas comme le nôtre, certaines de ces doctrines indiqueront le trouble morbide dans la perte du sentiment du réel; mais ce qui sera entendu sous ce terme, ce sera seulement le niveau inférieur du rendement social du sujet, de son efficacité dans l'action pratique (Janet). D'autres invoqueront encore la notion *d'un contact avec la réalité* [souligné par nous], mais cette fois il s'agira d'un contact de nature vitale : tout opposé à cette prise sur le réel qu'impose l'action ou qui la commande, ce *contact vital* [souligné par nous] ineffable est fait d'un échange d'effusions et d'infusions affectives avec un état du réel que l'on peut qualifier de primordial. Ce réel, en effet, pour nos théoriciens, répond à l'expérience, telle qu'elle s'offrirait dans sa complétude, avant que ces cadres inférieurs de la pensée, que conditionne le langage, ne l'aient encore réduite aux formes appauvries du réel commun, qui n'est que le reflet de nécessités sociales. On reconnaît la phalange des bergsonisants. Mais, fait curieux, alors que les uns verraient dans notre cas une régression de la conscience à cet état d'indifférenciation primordiale (Blondel), les autres rapporteraient sans hésiter le trouble initial à une déficience de ce contact vital avec la réalité, qui est pour eux la source première de toute activité humaine; *ceux-ci parleraient de rationalisme morbide (Minkowski)* [souligné par nous] et notre maître et ami le docteur Pichon, citant Chesterton, nous dirait : « Le fou n'est point l'homme qui a perdu la raison; le fou est celui qui a tout perdu, excepté sa raison. » Nous ne pousserons pas plus loin l'exposé de ces contradictions suggestives.

L'innovation de Freud nous paraît capitale en ceci qu'elle apporte en psychologie une notion énergétique, qui sert de commune mesure à des phénomènes très divers. C'est la libido,

dont la base biologique est donnée par le métabolisme de l'instinct sexuel. L'importance théorique donnée à cet instinct doit être confirmée par l'étude des faits ; elle entraîne, en tout cas, ce bénéfice immédiat d'imposer la recherche systématique des troubles du comportement sexuel jusque dans des états psychopathologiques, tels que nos psychoses, où on l'a longtemps négligée. C'est en effet un point bien remarquable que ces troubles, pourtant évidents, soient restés longtemps, dans les domaines que nous étudions, confinés dans une sorte d'arrière-plan théorique et même clinique, fait où l'on est tenté de reconnaître l'intrusion d'« interdictions » d'une nature peu scientifique.

En fait, dans la doctrine de Freud, la notion de libido se révèle comme une entité théorique extrêmement large, qui déborde largement le désir sexuel spécialisé de l'adulte. Elle tend à s'identifier bien plutôt avec le désir, l'érôs antique pris dans un sens très étendu, à savoir comme l'ensemble des appétits de l'être humain qui dépassent ses stricts besoins de conservation. La prépondérance énorme de ces instincts érotiques dans le déterminisme d'un ordre important de troubles et de réactions psychiques est l'un des faits globaux les mieux démontrés par l'expérience psychanalytique.

Divers faits de l'observation biologique avaient permis dès longtemps d'entrevoir cette prépondérance comme une propriété fondamentale de toute vie. Pour l'imprécision relative du concept de la libido, elle nous semble faire sa valeur. Il a en effet la même portée générale que les concepts d'énergie ou de matière en physique, et à ce titre représente la première notion qui permette d'entrevoir l'introduction en psychologie de lois de constance énergétique, bases de toute science. C'est bien aussi vers de telles lois énergétiques que convergent les suggestions que des faits chaque jour nouveaux apportent »⁸⁶¹.

Ce qui ressort de cette analyse nous semble très intéressant à plusieurs niveaux. D'une part, il y apparaît bien, comme nous l'avons suggéré, l'idée d'une constitution (ici personnalité) défaillante et dont la défaillance ferait découler la maladie (par une incapacité à se rééquilibrer et à compenser sa défaillance au contact d'événements par ailleurs déstabilisants). D'autre part, la référence à Minkowski et au concept bergsonien d'élan vital, que Lacan critique, permet bien de comparer les différentes approches de la maladie psychique : soit on rattache les symptômes à des facteurs affectifs (complexes non résolus de nature sexuelle) et à l'énergie qui détermine leur équilibre ou leur défaillance (libido), et on explique par eux la perte de contact avec la réalité (délire), soit on part de cette perte de contact avec la réalité (perte ou manque d'élan vital) et on explique par elle les complexes affectifs et les délires. La

⁸⁶¹ *Le cas Aimée*, pp. 184-253.

question devient ici celle de savoir en quelque sorte par où on « commence », et par quoi notre existence ou notre personnalité « commence ». Mais dans tous les cas on suggère que quelque chose commence avant même la maladie.

DEUXIEME PARTIE : problèmes soulevés

Dans cette partie, il s'agit pour nous de soulever les difficultés rencontrées dans notre analyse et de montrer en quoi l'approche phénoménologique laisse en suspens la question de la chute dans la maladie, même si par ailleurs bien sûr elle donne des éléments de réponse. Ces difficultés portent principalement sur la notion de constitution (ou de structure), souvent convoquée pour décrire la maladie, sur le rôle attribué à l'événement et sur la manière dont on peut comprendre la rencontre entre les deux (structure et événement). On abordera aussi la question du soin et de la guérison, ainsi que celle de l'apport possible des neurosciences à la psychiatrie phénoménologique. Cette deuxième partie contiendra de fait plus de questions que de réponses.

I – La question de l'origine : où s'enracine la maladie à partir de l'idée de structure ?

Tout d'abord, il s'agit de mettre en évidence certains problèmes posés par l'approche phénoménologique en elle-même, et qui rendent difficile la question de l'origine de la maladie. Ces problèmes tiennent à plusieurs principes sur lesquels repose la phénoménologie psychiatrique : les notions de structure et de processus, la démarche compréhensive et l'exigence de totalité. Par ailleurs, la notion même de maladie pose problème car si elle est plutôt associée à la psychose de manière générale et implicite (manie, mélancolie, schizophrénie, paranoïa), elle peut aussi renvoyer à la névrose (dépression, névrose obsessionnelle, hystérie) et plus largement encore à tout ce qui vient perturber l'équilibre qui fonde une existence « normale ». Le phénomène de bascule qui nous intéresse semble donc pouvoir s'appliquer aussi bien à la maladie et à différents types de maladies qu'à des phénomènes « normaux » de l'existence « normale », ce qui revient à poser la question : le phénomène de bascule proprement dit varie-t-il vraiment et si oui à quel niveau selon ces différences ? Qu'est-ce qui distingue ainsi un basculement dans la manie d'un basculement dans la schizophrénie et d'un basculement dans la dépression ? Et qu'est-ce qui distingue ces basculements d'un basculement « normal », comme par exemple dans l'état amoureux ou

dans une prise de décision ou encore dans un phénomène de radicalisation (religieux ou politique) ?

A - Structure ou processus

Ainsi, d'après les différentes approches étudiées dans la partie précédente, et si l'on a en vue de manière plus générale la démarche même de la psychiatrie phénoménologique, il apparaît que soit l'on parle de processus, soit l'on parle de structure. Or ces deux « termes » semblent renvoyer à des approches différentes de la maladie, le terme de structure suggérant un état « déjà constitué », avec certaines caractéristiques fixes, le terme de « processus » renvoyant davantage à un mouvement qui « ferait changer ». Faut-il alors comprendre que la maladie n'est pas conçue de la même façon par tous les psychiatres phénoménologues ou bien que derrière ces deux termes se cache en fait une seule et même conception ? Laquelle ? Ainsi Jaspers met en avant un processus pathologique désorganisant la personnalité, comme le fait Minkowski, là où Binswanger et Maldiney utilisent plutôt le terme de structure.

Il convient donc d'exposer les difficultés que contient la notion même de structure ou de constitution.

Ainsi, Binswanger suggère que la maladie est en quelque sorte déterminée par une structure intentionnelle et temporelle défaillante, impliquant que la maladie est en quelque sorte « déjà là » (nous étudierons le sens de ce « déjà là » dans notre troisième partie) avant de se déclencher, et qu'au fond, peu importe l'événement, puisqu'il est « interchangeable » voire inutile. En invoquant l'idée d'un « style » pour qualifier la structure intentionnelle et temporelle du sujet, Binswanger suggère que le sujet est soumis à son « style », ici, dans la mélancolie, celui de la perte : « au mode d'expérience mélancolique s'applique aussi naturellement le propos de la présomption prescrite selon laquelle l'expérience continuera de se dérouler selon le même style, à savoir le *style de perte*, précisément en tant qu'« expérience mélancolique » ou expérience de la réalité des mélancolique »⁸⁶².

En même temps, il suggère la possibilité d'une guérison (à travers le cas Bruno Brandt, capable de renoncer à son intention suicidaire). Mais par ailleurs, il précise que ce renoncement est le signe qu'une guérison est déjà en cours ! (« là-dessus il se dit : tu n'as encore jamais vu de belette, donne-toi le temps (un signe que la dépression n'était déjà plus très profonde) »⁸⁶³). Le malade semble donc tomber malade parce que déjà malade et il semble guérir parce que déjà guéri. On ne voit pas bien ce qui fait que la maladie croît ou décroît sauf

⁸⁶² *Mélancolie et Manie*, p. 51

⁸⁶³ *Ibid.*, p. 60.

si l'on suppose qu'elle le fait d'elle-même. Mais dans ce cas, quelle différence avec une conception mécaniste ou organiciste ou naturaliste de la maladie ?

De la sorte, peut-on vraiment parler de « chute » si le malade est déjà potentiellement malade avant de « tomber » vraiment malade ? En effet, le malade devient malade parce que sa structure temporelle fragile défaille d'elle-même, donc il est déjà plus ou moins malade avant de le devenir vraiment.

Ainsi, l'équilibre de départ n'est-il pas fictif si la structure intentionnelle du sujet est « déjà » altérée ? En même temps, le sujet semble bien passer d'un état relativement équilibré à un état déséquilibré et il faudrait donc supposer un tel équilibre. Par ailleurs, la maladie n'est-elle pas une manière de rechercher un équilibre au sein du déséquilibre imposé par une structure défaillante ? Ne faut-il pas inverser la manière de comprendre la maladie en supposant que l'état de départ n'est pas tant l'équilibre que le déséquilibre, et que la maladie est une tentative faite pour rééquilibrer ce qui est déséquilibré tout en maintenant voire précipitant le déséquilibre ? En physique, l'entropie est bien en ce sens une désorganisation en recherche d'équilibre. Son but est d'atteindre un état d'équilibre, lequel se comporte en « attracteur »⁸⁶⁴. Pour reprendre l'image de la chute, il semble clair que si l'on est en équilibre sur une seule jambe, on est d'un certain point de vue « en équilibre » (on ne tombe pas) mais d'un autre point de vue « moins en équilibre » que celui qui est sur deux jambes, donc on est mal équilibré. Le moindre événement extérieur voire même intérieur peut faire chuter et toute tentative pour se rattraper (jeu de bras et de jambes) bien que vaine voire aggravante est une réaction positive et « normale ». Tendre ses bras pour se rééquilibrer dans la chute tout en accentuant celle-ci peut être associé à ce que Binswanger entend par « la nature humaine qui se porte secours » et à l'autoreproche mélancolique : la plainte vaine du mélancolique qui s'accable pour mieux supporter sa chute dans la rétention, montre qu'il cherche à se « rattraper » ou à se raccrocher à quelque chose alors même que sa chute est engagée irréversiblement et que ce qu'il fait le maintient dans la chute voire la précipite. On comprend que celui qui n'est que faiblement accroché au sol soit tenté, face aux événements déstabilisants, de se raccrocher à son point d'appui, mais, lequel étant faible, ne peut que le faire tomber davantage s'il s'y raccroche. Pour se rattraper, un sujet faiblement accroché doit en effet bénéficier d'une aide extérieure capable de compenser son déséquilibre de départ, autant pour lui redonner les chances « normales » de se rééquilibrer que pour lui en donner des supplémentaires (celles qu'il n'avait pas et que les autres ont, ou bien d'autres encore plus solides, pour résister au déséquilibre engendré).

⁸⁶⁴ P. Wiener « vues thermodynamiques sur la psychopathologie de la psychose », dans *l'Évolution psychiatrique* oct.déc. 1986

La guérison n'est-elle pas également fictive ou incertaine si la structure de départ est altérée ? Le cas Bruno Brandt ne suggère-t-il pas que s'il renonce à son suicide, c'est déjà parce que la guérison est en cours, et donc que c'est la guérison de sa structure qui rend possible « sa » guérison ? Dans ce cas, tout ne serait-il pas déterminé ? Dans ce cas, quel rôle donner à la psychiatrie et à la psychothérapie si ce n'est de soigner la structure défaillante originaire pour assurer au sujet un équilibre qu'il n'aurait pas au départ et qui pourrait lui permettre de mieux supporter les événements du monde ? Ne faut-il pas « soigner » le malade avant qu'il ne tombe malade, sachant qu'une fois la maladie entamée, plus rien ne peut empêcher son déroulement ? En ce sens, ne faut-il pas rééquilibrer le malade avant qu'il ne tombe malade et pour qu'il ne tombe pas malade ?

N'est-ce pas ainsi la maladie qui rend possible la maladie et la guérison qui rend possible la guérison ? Le sujet ne ferait que subir les aléas de sa structure intentionnelle fragile et défaillante.

Par ailleurs, si Binswanger situe la défaillance constitutive du sujet (rendant possible et compréhensible la chute dans la maladie) dans la structure intentionnelle et temporelle (manière dont le sujet projette ses possibilités dans une continuité d'expérience temporelle où les moments protentifs, rétentifs et présentatifs sont intriqués), ne faut-il pas plutôt situer cette défaillance dans la structure émotionnelle du sujet (ce qu'il réfute justement) ? Par exemple, ne le suggère-t-il pas lui-même lorsqu'il affirme que l'altération de l'apprésentation chez le maniaque « libère le maniaque vers son insouciance, son manque d'égards, son hyperactivité, son excitabilité... »⁸⁶⁵ ?

La question devient celle de savoir ce qui au fond est en jeu dans le manque d'équilibre ou le peu d'équilibre du sujet potentiellement malade, pour situer le « lieu » (structurel, constitutif) de la défaillance évoquée. Dans le premier chapitre de son *Introduction à l'analyse existentielle*, Binswanger fait ainsi la différence entre les phénomènes hystériques et les phénomènes psychogènes fonctionnels, en s'appuyant sur les analyses de Bonhoeffer, pour évoquer l'idée selon laquelle la maladie pourrait se comprendre comme étant l'expression du désir ou de la volonté (d'être malade). Pour Bonhoeffer, doivent être dits psychogènes des phénomènes (troubles physiques et psychiques) générés par une réaction émotionnelle et physique à un événement et hystériques les phénomènes qui seraient générés par le désir ou la volonté. Binswanger utilise et corrige cette distinction pour poser que « aussi bien dans les états appelés psychogènes par Bonhoeffer que dans les états hystériques, il s'agit de réactions de l'être humain à des situations ou à des événements *extérieurs*, c'est-à-dire des événements

⁸⁶⁵ *Melancolie et manie* p. 101.

venant de l'histoire de la vie extérieure comme, par exemple, la mort d'un parent, la perte d'une fortune, une contrainte venue du dehors l'obligeant à prendre des décisions pénibles, une incarcération [...] mais tandis que le malade hystérique reprend sur le plan psychique ces événements extérieurs et les repétrit et que c'est par le truchement de ce repétrissage que naît et que se laisse expliquer l'état morbide, cette réorganisation spécifiquement intérieure semble manquer chez le malade qui réagit de façon psychogène et on voit s'installer directement une altération cérébrale physiologique plus ou moins sévère, plus ou moins durable ; directement, c'est-à-dire en liaison avec les phénomènes physiologiques qui accompagnent et suivent l'émotion. Dans une telle « altération cérébrale », nous devons voir une altération fonctionnelle de l'organisme – qui, nous le savons aujourd'hui, embrasse bien plus que le cortex et le cerveau entier -, et peut représenter une altération, un trouble ou une modification de l'humeur de la personne profonde tout entière [...] à laquelle il faut naturellement ajouter le trouble des fonctions *psychiques* de l'organisme »⁸⁶⁶. Binswanger ajoute que « le *désir* d'être malade n'est jamais *en soi et pour soi* l'expression d'un trouble de la fonction psychique, mais quelque chose de tout à fait différent, c'est-à-dire le contenu intentionnel ou *spirituel*, ou bien encore la teneur d'une expérience vécue psychique ou d'une attitude psychique vis-à-vis de cette expérience »⁸⁶⁷. Ce « noyau originaire », centre de ces expériences vécues, Binswanger le nomme « personne individuelle (spirituelle) » et il nomme le rapport spirituel de ces contenus vécus « histoire intérieure de vie ». D'où l'idée que « hystérique veut dire formes morbides psychiques conditionnées par l'histoire intérieure de la vie, psychogène veut dire conditionné par la fonction »⁸⁶⁸.

Binswanger explique que cela ne signifie pas pour autant une séparation entre le psychique et le corporel, au sens où les troubles des fonctions organiques sont toujours liés à un trouble de la trajectoire historique de la vie et que la différence entre troubles hystériques (causés par l'histoire personnelle) et troubles fonctionnels n'est donc jamais bien définie, sauf si l'on peut mettre bien en évidence l'influence du « désir » dans la maladie. Mais il élargit la notion de désir : « l'histoire intérieure de la vie de l'être humain n'est pas seulement constituée de contenus de désirs -, mais aussi de toute la plénitude des composantes spirituelles possibles de notre vie d'expérience »⁸⁶⁹.

Dans ce cas, on comprendrait que le processus soit irréversible comme il l'est dans les phénomènes physiques ou organiques : il ne s'agirait que de répondre à un déséquilibre initial

⁸⁶⁶ *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 51.

⁸⁶⁷ *Ibid.*, p. 52.

⁸⁶⁸ *Ibid.*, p. 53.

⁸⁶⁹ *Ibid.*, p. 54.

en cherchant à rétablir un certain équilibre. L'apparence suggérerait le contraire (passage d'un équilibre à un déséquilibre) mais au fond la désorganisation apparente et grandissante ne ferait que « suivre » son cours (depuis le début). Le point de passage entre l'apparent équilibre de départ (ce qui serait antérieur à la maladie) et le déclenchement de la maladie ne serait-il pas l'événement, qui, bien que fortuit, ne pourrait que précipiter la désorganisation déjà entamée ou sinon le déséquilibre stabilisé (ou l'équilibre précaire) ? Le caractère irréversible de la maladie ne serait-il pas lié à la nécessité (vitale, corporelle, psychique) de répondre au déséquilibre par le déséquilibre en vue d'un retour à l'équilibre ? La guérison n'implique-t-elle pas alors la possibilité de faire passer le malade de son déséquilibre accru (chute) à une forme d'équilibre qu'il n'avait pas au départ (puisqu'au départ il était justement en manque d'équilibre) ? Mais alors, faut-il voir dans la maladie l'œuvre d'un déterminisme ou bien d'une liberté ?

Binswanger souligne à ce titre le rôle « positif » de ce déséquilibre en tant qu' « expérience de la Nature », à comprendre comme manière de créer quelque chose de nouveau. On peut lire ainsi dans *Mélancolie et manie* : « la Nature se vient en aide à elle-même quand le « cours normal des processus naturels est altéré » », « « la Nature humaine » se porte secours », « au milieu de ce relâchement des liens constitutifs « normaux », elle essaie d'engager de nouveaux liens – sous la forme de l'auto-reproche mélancolique, de la faute mélancolique et de la perte mélancolique en général –, elle essaie de jeter encore quelques matériaux de combustion dans le brasier de la souffrance mélancolique »⁸⁷⁰.

Ainsi, le mélancolique semble contraint par sa structure défaillante, laquelle limite son projet de monde en rétrécissant son champ (ouverture) de possibilités, mais à l'intérieur de cette structure et de ce projet rétréci, il met en œuvre sa liberté : il tente de maintenir son projet à tout prix, allant jusqu'à l'idée (ou décision) de suicide pour témoigner de ce qu'il reste accroché à quelque chose, à savoir son unique projet de monde (notamment la plainte, la perte d'objet). Il s'agirait donc d'une liberté au sein de la contrainte, d'une forme de résistance face à ce qui viendrait contrarier le projet de monde initial et structurant. La question reste de savoir jusqu'où c'est le seul projet initial (structure défaillante) qui est en cause, et si ce n'est pas aussi voire plutôt la réalité (monde extérieur, autrui, événements) qui vient rétrécir ce projet de monde déjà faiblement constitué au départ.

La même question peut être posée à partir de l'analyse que Minkowski fait de la schizophrénie, en posant que le retrait autistique est une manière pour le malade de chercher à compenser sa perte de contact avec la réalité. En se réfugiant dans le rationalisme morbide,

⁸⁷⁰ *Mélancolie et Manie*, p. 61.

dans le rêve ou le délire, le malade chercherait au fond à compenser sa défaillance pour se maintenir « existant » (ou vivant). Pour autant, qu'est-ce qui crée la perte de contact avec la réalité qui semble originaire (constitutive) ?

B – L'exigence de totalité

Par ailleurs, l'exigence de totalité (comprendre l'existence comme totale et l'existence malade comme totalité malade) semble empêcher la recherche des liens et interactions entre les différents « pans » de l'existence, tout étant pris dans tout, tout étant intriqué, rien n'étant au fond déterminant, seul comptant la structure constitutive. Par conséquent plusieurs questions ne manquent pas de surgir, qui portent soit sur ce qui diffère dans les différentes maladies, soit sur les interactions en elles-mêmes qui ne semblent pas interrogées. Ainsi on ne sait pas comment distinguer la sphère intentionnelle (manière par exemple de projeter son existence selon un « idéal » comme par exemple celui d'être mince ou de vivre pour son mari ou de se fiancer) de la sphère sensible (capacité d'accueillir les événements) ou de la sphère « vitale » (capacité d'être en contact avec la réalité). On voit bien le rapport que ces sphères ont avec le temps (toutes « ouvrent » le sujet au temps projectif) mais on ne voit pas exactement comment ces dimensions fonctionnent entre elles ni à quoi elles renvoient exactement ni comment elles interagissent entre elles.

Binswanger suggère bien qu'il n'y a pas à distinguer le psychique du somatique, et que c'est « le style de l'existence tout entière » qui est engagé, à travers « l'histoire intérieure de vie », mais on ne peut que se questionner sur l'interaction entre ces différents pôles, tant il nous semble bien qu'ils interagissent par des effets mutuels et réciproques, comme lorsque l'on perçoit le choc physique d'une pensée ou d'une parole (son effet sur notre corps) et inversement quand on sent que l'état de notre corps (malade, fatigué) influence nos pensées. Se peut-il que certaines maladies soient tout de même d'origine organique ou physiologique (comme on le voit dans certaines dépressions) même si cette origine ne suffit pas à elle seule à expliquer la maladie ?

Remarque : cette exigence de totalité ne vaut peut-être que pour la psychose car dans ce type de maladie c'est bien l'existence tout entière qui est modifiée (notion de « style ») chez Binswanger. On peut se demander si la névrose engage également la totalité de l'existence et si les reproches faits à Freud de ne pas avoir en vue l'existence totale sont du coup valables. Freud n'a-t-il pas raison de voir dans la névrose une altération d'une partie seulement de l'existence ou de la personnalité, en mettant l'accent sur les complexes et sur l'affectivité ?

C- Problème posé par la notion de compréhension

Ces questions semblent tenir à l'exigence même de la psychiatrie phénoménologique de ne pas tant chercher à expliquer la maladie qu'à chercher à la comprendre (de manière totale).

En témoigne le vocabulaire utilisé par Binswanger pour « décrire » la maladie et son évolution, et qui montre son souci d'envisager la maladie d'un point de vue compréhensif. Ce refus d'expliquer pour mieux décrire et comprendre est clairement exposé. Dans *Le Cas Ellen West*, on peut lire ainsi : « l'analyse existentielle [...] doit se tourner résolument contre l'essai d'explication [...] elle se tourne contre tout essai d'explication en tant que tel »⁸⁷¹. De même, « la psychopathologie se trouve diamétralement opposée à la *Daseinsanalyse* [...] il s'agit d'une incroyable simplification, d'une réinterprétation et d'une réduction du *Dasein* humain aux catégories de sciences naturelles [...] pour atteindre la fusion avec la biologie qui garantit seule le concept de maladie au sens médical et la possibilité d'une diagnose médicale et d'une thérapie causale [...] A leur place, émergent le problème de l'intentionnalité ou mondanisation (Husserl) et, derrière lui, celui du *Dasein* ou de l'être-au-monde : le problème phénoménologique de la subjectivité se creuse en problème ontologique de l'existence »⁸⁷².

Georges Charbonneau, dans sa présentation de la psychopathologie phénoménologique explique également que « face à un objet (les troubles mentaux ou psychiques), le point de vue phénoménologique ne propose pas une explication causale. Il considère que, préalablement à une explication de ce que sont ces troubles, il faut déjà expliciter les événements qui s'y rapportent : mettre à jour les différentes composantes du phénomène. Expliciter, c'est déjà faire un premier *rendu compte*, une modélisation informationnelle macroscopique (macrostructurelle) de ce qu'est le phénomène de la psychose. Ensuite pourra éventuellement se donner une explication proprement dite. Cette première étape est plus de l'ordre du *comment*, de la *configuration élémentaire* que du *pourquoi*. Le *pourquoi* est suspendu ; la phénoménologie se garde de tout discours sur les causes »⁸⁷³.

Ainsi, l'analyse existentielle fondée sur l'étude phénoménologique de l'existence « malade » refuse de chercher à expliquer la maladie par des causes et donc par un quelconque mécanisme, et ce parce que cela reviendrait à considérer le sujet humain malade comme un objet soumis à des déterminismes biologiques (naturels) ; d'où la critique en partie de la

⁸⁷¹ *Le Cas Ellen West*, p. 155.

⁸⁷² *Ibid.*, p. 177.

⁸⁷³ *Introduction à la psychopathologie phénoménologique II*, Paris, MJW Féditons, 2010 p.15.

psychanalyse qui réduit ainsi le sujet à un mécanisme pulsionnel. Il faut ainsi « comprendre » la maladie comme étant l'expression d'un « projet de monde » total ou global engageant tous les aspects de l'existence.

Or, ce qui selon nous apparaît par ailleurs et qui perturbe cette dimension est le fait qu'une certaine causalité est également suggérée.

En effet, la description phénoménologique, dans son vocabulaire de la chute et de la perte, signale bien un mécanisme d'ordre temporel et causal par lequel le sujet est soumis à un processus qu'il ne fait que subir. À ce titre, il nous faut donc interroger ce mécanisme causal qui n'est pas posé comme tel et qui pourtant se dessine dans l'évolution même de la chute : qu'est-ce qui agit sur le malade et pourquoi y a-t-il un processus allant dans le sens d'une progression voire d'une accélération comme c'est le cas dans les phénomènes physiques ?

Ainsi, lorsque Binswanger parle d'« altération » ou de « défaillance », on peut croire qu'il s'agit de l'altération ou de la défaillance produites par la maladie, et on lit donc les analyses et descriptions de Binswanger comme des façons de décrire la maladie dans son déroulement, à partir de son commencement. On cherche donc dans ce cas ce qui a pu « causer » cette altération ou cette défaillance, en supposant au départ que le sujet était relativement équilibré. On cherche également à comprendre en quoi l'événement joue un rôle majeur en tant qu'il déterminerait (causerait) la chute, le basculement dans la maladie. Cependant, on doit rapidement comprendre que l'altération dont parle Binswanger est à la fois celle qui est au départ (dans la constitution originale du sujet) et celle qui se maintient et se renforce au fur et à mesure de la progression de la maladie. Ceci contraint donc la lecture en nous imposant de considérer le sujet comme étant à la fois « déjà » malade et comme « tombant » réellement malade.

De ce fait, il n'y a pas effectivement et en réalité une recherche d'explication causale visant à trouver « la » ou « les » causes de la maladie, puisqu'il s'agit bel et bien de comprendre la maladie dans sa totalité, comme une expression totale et unitaire de la défaillance constitutive du sujet : « là où l'unité de la synthèse des actes constitutifs de l'objectivité temporelle est « relâchée » [...] là se modifie le « style » tout entier de l'expérience et partant aussi le « style » de la réalité du monde », et « cette privation du *Dasein* en possibilités transcendantales [perte de possibilité de la poursuite de l'expérience naturelle] ne *fait* pas la dysthymie mélancolique mais *est* déjà *humeur-de-perte-mélancolique* »⁸⁷⁴. Ainsi « nous marquons notre distance par rapport aux tentatives de nommer, de classer et d'« expliquer » les dépressions selon leurs circonstances, selon leurs relations avec la personnalité prémorbide

⁸⁷⁴ *Mélancolie et Manie* pp. 51-52.

et selon leurs contenus délirants »⁸⁷⁵. L'idée de Binswanger est en effet qu'il n'y a pas à proprement parler interaction entre le sujet par exemple et le monde extérieur, entre le sujet et l'événement, puisque sujet et monde forment une totalité, qu'il appelle « expérience ».

Par ailleurs, les termes utilisés pour décrire l'évolution de la maladie sont souvent des images qui, phénoménologiquement, sont susceptibles de représenter des vécus de conscience, des états d'âme en train de se modifier et de « basculer ». Or ce qui se joue dans le mouvement même de la bascule n'est pas donné par l'emploi de ce style imagé. Même si Binswanger utilise bien des termes précis capables de suggérer une dégradation et un phénomène d'amplification (« là où... là se modifie », « plus...plus », « d'autant plus...d'autant plus... »), la causalité qui pourtant est suggérée dans la description n'est pas interrogée, puisqu'elle n'est pas vraiment l'enjeu des analyses de Binswanger ni des analyses phénoménologiques en général. Il y a donc un paradoxe entre une analyse de la maladie comme à comprendre elle-même depuis elle-même et une analyse de la maladie comme processus évolutif semblant bien impliquer des causes et une démarche explicative.

De même, la notion de cause étant de fait mise de côté au profit de l'exigence de compréhension totale, il devient difficile de distinguer les états morbides entre eux (différences entre les psychoses, entre névrose et psychose) selon leurs causes éventuelles, de même qu'il est difficile de distinguer les phénomènes morbides (tomber malade) et les phénomènes « normaux » (tomber amoureux, tomber dans l'addiction, tomber de haut etc). Car il semblerait bien que ce soit en cherchant justement sinon les causes, du moins les facteurs en jeu dans le processus de basculement, que l'on puisse faire ces distinctions.

C'est donc à nous de chercher ce qui, tout en étant de l'ordre de la compréhension de la maladie comme totalité, est de l'ordre de la causalité.

II – La question du rôle de l'événement (et du sens de la réalité)

« Ainsi retrouvait-elle son équilibre après le choc causé par cet événement et, de manière plutôt inconsciente et incongrue, elle se servit des branches des ormes au-dehors pour stabiliser sa position. Son monde changeait : les branches étaient immobiles. L'événement lui avait donné une sensation de mouvement. Tout devait être en ordre. » (Virginia Woolf, *Au Phare*, Paris, Stock, 1927, p. 154)

Dans cette partie, il s'agit pour nous de souligner les difficultés que nous avons rencontrées lorsque nous nous sommes intéressés à la notion d'événement et à son rôle dans le phénomène de chute ou de bascule (dans la maladie). Il nous est apparu en effet, à la lecture des auteurs

⁸⁷⁵ *Ibid.*, p. 52.

étudiés, que l'événement était soit relativisé en tant que prétexte, soit mis au centre, ce qui pose la question de savoir ce qui exactement « déclenche » la maladie : « tout » semble pouvoir faire événement.

A – Relativité de l'événement chez Binswanger

Nous trouvons chez Binswanger cette difficulté relative au rôle joué par l'événement dans plusieurs analyses de cas et dans les différentes maladies étudiées. Il semble qu'à chaque fois (dans chaque cas évoqué), il y a bien présence d'un événement ou d'événements jouant un rôle important, que pour autant on ne saurait qualifier de « déterminants ».

Dans *Le cas Lola Voss*, ce qui est décrit phénoménologiquement, c'est la maladie elle-même (voir notre partie sur la schizophrénie en I, D, 3), lorsqu'elle est déjà en cours. Le point de passage entre l'état relativement équilibré de Lola et son état déséquilibré n'est pas vraiment interrogé dans son mécanisme et dans son accélération (chute). Il est davantage décrit. On ne sait pas comment est rendue possible la mise en place du projet de monde rétréci, ni comment celui-ci devient capable de remplacer le projet de monde authentique.

Les tentatives faites par Lola pour maintenir un certain équilibre au sein de la maladie font partie de la maladie. Le délire de persécution, par exemple, est une manière de lutter contre « la menace de l'*Effroyable* », mais ce procédé est la manière dont la maladie elle-même crée des ressources (comme la fièvre dans la grippe) sans que cela contribue à la guérison pour autant puisque cela accentue plutôt le phénomène de chute.

Binswanger attribue à la psychopathologie cette tâche de déterminer la genèse de la maladie : « tandis que la psychopathologie s'intéresse à la « genèse » de cette phobie (phobie du vêtement), la *Daseinsanalyse* s'intéresse au projet de monde d'un tel *Dasein*, ce qui signifie toujours aussi : à la manière dont il existe. Nous envisageons dès lors aussitôt le « monde » dans lequel Lola se montre à notre vue comme déjà gravement malade (...) »⁸⁷⁶.

Ce qui apparaît également, c'est l'idée d'une fragilité constitutive du malade (avant qu'il « tombe » malade). Binswanger décrit en effet l'équilibre de Lola Voss en le comparant à l'équilibre de l'homme « normal » et en utilisant pour cela l'image de l'homme sur une couche de glace : autant l'homme « normal » (Binswanger dit « la plupart des hommes ») serait en équilibre sur ses deux jambes avec , « de temps en temps », une marche « à pas comptés » sur « une fine couche de glace » ; autant Lola est comparable à quelqu'un qui serait en permanence sur une fine couche de glace, et qui aurait toujours peur de tomber au point de

⁸⁷⁶ *Le cas Lola Voss* , p. 47.

se raccrocher sans cesse « à chaque brin de paille qui se présente à elle »⁸⁷⁷. La superstition de Lola serait pour elle une manière de se raccrocher à de tels brins de paille (signes éventuels du destin).

Binswanger rattache donc ce qui arrive à Lola à ce qui arrive à l'homme normal : tout homme normal est confronté à des menaces, mais il est mieux armé contre elles que le sujet potentiellement malade : « avoir les pieds sur terre signifie une protection incontestable vis-à-vis des chutes, des naufrages, des effondrements du *Dasein* dans son abîme ; aller sur une mince croûte de glace signifie planer dans l'angoisse permanente de cette chute, de cette culbute, de ce naufrage »⁸⁷⁸.

Mais Binswanger précise que ce naufrage dépend de l'histoire du sujet. Selon les cas évoqués, il ne s'agit pas des mêmes angoisses et la maladie, comme manière d'échapper à ce naufrage (de soi) prend donc différentes formes : pour Lola, le naufrage consiste à être jetée dans la méchanceté du destin, pour Ellen West, le naufrage consiste à manger (se goinfrer), pour Jürg Zünd, c'est ne pas être reconnu socialement, pour Nadia, c'est devenir grosse et laide. Ainsi « chez Ellen West la marche sur la croûte de glace se montrerait dans l'angoisse du naufrage dans la bestialité de la goinfrerie, chez Nadia dans la difformité et la laideur, chez Jürg Zünd dans l'angoisse du naufrage dans le statut de prolétaire et le mépris social. Chez Lola, il s'agit de l'angoisse du naufrage dans l'*Effroyable* tout simplement ou, comme nous l'avons appelée, dans la *cruauté nue*. Celui qui se tient solidement les pieds sur terre n'a nul besoin de béquilles ni d'aucun soutien extérieur, celui qui évolue sur une fine croûte de glace n'existe encore que dans la recherche d'une protection »⁸⁷⁹.

De ce fait, la « chute » dans maladie correspondrait donc à une manière au contraire de ne pas chuter, en cherchant à se raccrocher à quelque chose. Le point de départ temporel de ce qui dessine et oriente la forme du naufrage sans cesse craint n'est pas vraiment interrogé nous semble-t-il.

La temporalité interrogée n'est en effet pas la temporalité par laquelle le sujet devient malade, mais la temporalité du sujet déjà malade, et soumis à la maladie. Cette temporalité malade ne nous dit rien de ce qui temporellement rend le sujet malade. On comprend donc que, comme dans la mélancolie et dans la maniaque-dépression, le temps du sujet de Lola soit altéré et n'opère plus comme ouverture projective, mais on ne sait pas ce qui fait que ce temps ne parvient plus à être porteur. Ainsi on comprend la description faite de la temporalité malade : « Etre-livré-à », « être-saisi-par », « être-échu-dans », « déréluction ». Toutes ces expressions

⁸⁷⁷ *Ibid.*, pp. 47-48.

⁸⁷⁸ *Ibid.*, p. 49.

⁸⁷⁹ *Ibid.*, p. 49.

ont le sens temporel du simple présent (inauthentique), « simple » dans la mesure où le présent, ici, n'est nullement temporalisé, ni par le futur, ni par le passé, en un présent authentique, mais l'est à partir du pur présentifier qui, au contraire de l'instant authentique, peut signifier « une non-résidence, une absence de séjour »⁸⁸⁰.

La gradation du naufrage est ainsi décrite : « d'autant plus simple et misérable devient l'existence, d'autant plus simplement se configure le monde, d'autant plus surpuissant il devient, aussi, dans cette simplification ; car derrière lui se tient -ouvrant même, à travers lui, de grands yeux- , la tête de Méduse du « néant de l'angoisse »⁸⁸¹, et l'on comprend que le monde n'est plus vécu que comme angoissant, le sujet se focalisant sur tout ce qui vient menacer son projet initial et confirmer son impossible réalisation. Mais l'on pourrait donc dire que la temporalité du sujet se rétrécit du fait d'une temporalité initiale déjà « fermée ». C'est parce que Lola est attachée et réduite à « un seul projet » (se marier) qu'elle ne peut que se rendre insupportable par tous les moyens (y compris et jusqu'au bout par le délire de persécution) tout ce qui menace ce projet. Le temps se ferme alors et se réduit à tout ce qui vient confirmer la menace de la réalisation de ce projet. Le sujet ne peut parvenir à s'ouvrir à de nouvelles possibilités tant il est « occupé » à défendre son unique horizon de sens vacillant (projet de mariage avorté) et tant il ne peut plus se projeter que dans des « signes » venant témoigner de ce vacillement.

Ici, on voit que tout ce qui vient perturber son projet de monde ne peut qu'être vécu comme événement, c'est-à-dire comme une menace imposant au sujet de se défendre en se raccrochant à des mécanismes ne pouvant que le rendre de plus en plus fragile (et donc malade). On le voit dans le cas Lola Voss, mais on le voit aussi dans les autres cas mentionnés (Ellen West, Nadia, Jürg Zünd) et également chez Cécile Münch et dans le cas Susan Urban : Cécile Münch « tombe » malade après l'accident ferroviaire ayant causé la mort de son mari ; Susan Urban « tombe » malade après avoir vu l'expression effrayée du médecin lui faisant comprendre la maladie de son mari. Les événements ici sont plus notables que dans les autres cas (on peut les dater et ils sont « uniques ») mais ils s'inscrivent aussi dans un contexte de fragilité pouvant évoquer la « fine croûte de glace » (projets réduits et centrés sur le mari).

On peut toutefois remarquer que dans le cas de la manie, l'événement ne semble pas présent. Il ne l'est certes pas vraiment dans le cas Lola Voss mais on le devine derrière le contexte du mariage contrarié et de l'amour que Lola porte à son fiancé, on le devine également chez Ellen West et chez Jürg Zünd, pour qui la vie (tendance à grossir, désir de manger, chute sociale) constitue en soi un événement venant contrarier le projet existentiel. Dans le cas d'Elsa

⁸⁸⁰ *Ibid.*, p. 54.

⁸⁸¹ *Ibid.*, p. 59.

Strauss (qui entre dans l'Eglise pour interrompre la cérémonie), l'événement n'est pas mentionné comme tel ni sous la forme d'un contexte venant menacer un idéal. Par ailleurs, la manie n'évoque pas en elle-même l'image (descendante) de la chute (comme c'est le cas dans la mélancolie et la schizophrénie) mais plutôt l'image d'une ascension vertigineuse. Ici encore, nous pouvons nous interroger sur le rôle de l'événement : dans le cas de la manie, tout ne fait-il pas événement tant il n'y a pas de projet ni d'idéal maintenant le sujet un minimum sur terre ?

La manie en effet renvoie plutôt au processus d'un « devenir fou » ascendant où le sujet perd pied non pas tant pour tomber que pour se laisser emporter dans les airs (tourbillon des pensées, fuite des idées). Le rapport au sens et à la métaphore du « fond » (fondement de l'existence, sens qui oriente et auquel se raccrocher, point d'appui existentiel à partir duquel se projeter...) change donc de signification tout en renvoyant malgré tout à la notion de vide (menace de vide). Le mélancolique et le schizophrène souffriraient-ils d'un projet de monde trop lourd à porter de par son sens réduit et impraticable (face à la réalité des événements) et le maniaque souffrirait-il d'un manque de projet de monde le faisant s'abandonner à chaque événement qui se présenterait (tout étant bon à prendre dans l'instant où il se présente)?

Ce qui ressort de ces considérations sur l'impact à la fois relatif et inaugural de l'événement nous renvoie ainsi toujours à la même question. Ne faut-il pas chercher tout de même un point de rupture, un événement déclencheur fortuit? Admettre le caractère « déclinant » (chute, perte, échec) de la maladie semble en effet empêcher de saisir son caractère accidentel, contingent, réversible. On se demande toujours, au bout du compte, si l'homme « équilibré » ne peut pas lui aussi tomber malade ou devenir fou et si l'idée même de constitution ou de structure défaillante n'empêche pas de comprendre la possibilité même d'une chute dans la maladie, faisant suite à un événement particulièrement bouleversant et dévastateur.

B – Evénement et crise chez Maldiney

Chez Maldiney, l'événement, bien que pris lui aussi dans une structure pathique lui conférant son sens et lui donnant valeur d'événement, semble rester inaugural. Il est ce qui « ouvre » et fait advenir la psychose, ce qui fait « entrer dans » la maladie, en étant vécu comme « impossible ».

Cette vision de la transformation constitutive de l'existant semble reposer sur la dimension « sensible » de l'homme bien plus que sur sa dimension projective et signifiante. C'est cet aspect qui pour nous pourra être réinterrogé. Par ailleurs, un autre point semble pouvoir faire

l'objet d'une réflexion, c'est la manière dont Maldiney pose que la psychose témoigne d'un défaut de transpassibilité et d'une forme de refus de l'événement. Pour nous il s'agira de voir si ce n'est pas le contraire : n'est-ce pas parce que le psychotique est justement « trop sensible » à l'événement qu'il en arrive à ne pas pouvoir y faire face (dans ce cas il s'y fermerait ensuite, dans la psychose même, et cette fermeture expliquerait la dimension temporelle et irréversible de celle-ci) ? N'est-ce pas aussi et par conséquent l'homme « normal » qui, en maintenant la continuité de son existence sans subir de crise, intégrerait l'événement en se montrant d'une certaine manière « insensible » ? Il n'en reste pas moins que l'événement semble chez Maldiney représenter le risque de faire tomber malade tout homme, il est associé à l'idée que tout sujet humain est confronté au risque de ne pas pouvoir intégrer un événement en le vivant (en l'existant) comme impossible.

Pour autant, là encore nous pouvons nous interroger sur la valeur réelle de l'événement « comme » événement (inaugural, déclencheur) chez Maldiney, tant il semble bien aussi que cet événement ne soit vécu comme tel (comme impossible à exister) que selon un certain contexte et une certaine structure.

Car ce n'est pas tant l'événement qui permet de comprendre la psychose que la structure par laquelle l'événement est en quelque sorte empêché, rendu impossible, et par laquelle le sujet se trouve enlisé en lui-même, incapable d'advenir à soi, de réaliser ses possibilités et de se transformer par l'événement lui-même justement.

Si l'on reprend la citation de Maldiney dans « L'existant » : « le plus remarquable dans la psychose est la fermeture à l'événement. Un jour un événement a lieu qui n'a jamais été assumé et qui, non dépassé, obstrue tout l'horizon d'un homme. Entièrement impliqué en lui, cet homme, mélancolique ou schizophrène, est contraint de s'expliquer en permanence avec lui – ce qui le rend inaccessible à tout événement nouveau, à l'événement comme tel »⁸⁸², il apparaît bien que l'événement est à la fois ce qui « déclenche » la maladie en tant que telle et qui rend ensuite impossible tout autre événement. Par là on peut comprendre que c'est l'événement qui déterminerait la structure (défaillante), ou que c'est l'événement qui introduirait la défaillance dans la structure, celle-ci pouvant alors être supposée « normale » (au départ). Or est-ce bien comme cela qu'il faut comprendre justement l'événement et y a-t-il vraiment un tel événement inaugural, c'est-à-dire quasi « causal », structurant ou plutôt à ce point dé-structurant ? C'est ce que nous ne pouvons que questionner tant la notion de « structure » (pathique) est mise en avant chez Maldiney pour justement comprendre cette fermeture à l'événement : on ne sait pas si la structure est cela même qui ferme à l'événement

⁸⁸² *Penser l'homme et la folie*, p. 230.

ou bien si c'est l'événement qui fait advenir la structure (sa fermeture).

Là encore, il semble bien y avoir des éléments presque contradictoires, laissant penser que tout homme peut tomber malade suite à un événement problématique et qu'en même temps il faille, pour tomber malade, une structure particulière rendant possible un tel événement problématique. Le défaut ou l'excès de transpassibilité mentionné pour comprendre la psychose ne s'accorde pas facilement avec l'idée d'un événement inaugural faisant basculer.

Voyons cette ambivalence par exemple dans *Pulsion et présence*. On peut y voir en effet en quel sens la maladie est un échec à exister un « fond pulsionnel », et en quel sens elle suggère une défaillance dans un processus. « Normalement », quelque chose « pousse » l'homme à reprendre (sans cesse) ce qui lui arrive pour le faire sien, pour en faire une liberté, sa liberté. La question est de savoir où se situe la défaillance et si elle reste constitutive d'un sujet particulier dont la rencontre avec le monde serait « perdue » d'avance, ou bien si tout sujet peut être amené à défaillir dans sa rencontre avec le monde. On se demande s'il y aurait ainsi des rencontres faisant « choir » (ou s'élancer hors de soi) le sujet, ou bien si ce serait le sujet qui, potentiellement malade, porterait déjà en lui sa chute ou son ascension vertigineuse. Dans ce cas, quel(s) événement(s) seraient susceptibles de mettre la présence en échec et quel(s) type(s) de défaillances constitutives seraient en cause dans l'échec de la présence ? S'agit-il d'un jeu hasardeux et malchanceux de rencontres entraînant une sorte de cercle vicieux, un jeu entre une défaillance constitutive et un ou des événements impossibles à reprendre, qui rendraient encore plus fragile la structure originaire déjà potentiellement fragile ?

III – La question de la rencontre entre structure et événement (réalité)

Il s'agit maintenant de voir que les difficultés évoquées précédemment nous font interroger le rapport entre la notion de constitution (ou structure) et la notion d'événement, la maladie se « jouant » peut-être dans ce rapport justement, à comprendre comme interaction. L'approche phénoménologique de la maladie semble le suggérer, sans pour autant le dire explicitement. Il s'agit pour nous de clarifier autant que possible cette idée, quitte à apporter de nouveaux concepts qui n'apparaissent pas chez les auteurs étudiés.

A – La notion de configuration (contexte, situation) (structure et monde)

Ainsi la rencontre évoquée entre la notion de structure et la notion d'événement semble avoir pour nous le sens d'une configuration. Quelque chose comme le rapport au monde ou la

manière d'être au monde semble prendre une nouvelle forme. Nous nous appuyons ici sur *La Phénoménologie des psychoses*, d' A. Tatossian, en commençant par le chapitre IX « difficultés de la phénoménologie devant la genèse biographique » (dans la partie consacrée à la mélancolie et à la manie). Tatossian rappelle qu'en recherchant les conditions constitutives de la maladie, la phénoménologie ne recherche pas la cause : « la constitution phénoménologique n'est pas genèse causale : les conditions de possibilité qui sont d'ordre formel sont certes des conditions nécessaires à la genèse, mais elles n'en sont pas les conditions suffisantes qui impliquent des « contenus » temporels, et le psychiatre ne peut guère en faire abstraction, même provisoirement, comme le philosophe »⁸⁸³. Selon Tatossian, dire qu'il n'y a pas de causalité parce que l'homme est libre n'est pas un bon argument car dans le domaine psychopathologique et psychotique, cette liberté est justement mise en question, ce qui pourrait alors évoquer un processus d'ordre causal, déterminé causalement.

Tatossian prend l'exemple de Minkowski qui réserve à la psychiatrie phénoménologique le rôle de décrire la différence des malades mais pas d'expliquer causalement cette différence. De même, Minkowski se méfie de l'explication psychologique (psychogénétique) de la maladie en soulignant que selon cette démarche « c'est l'idée de genèse qui met en vedette la libido au détriment des autres facteurs fondamentaux de l'existence ». Pour cette raison, Minkowski préfère parler de « source » plutôt que de genèse ou d'origine.

Or Tatossian explique qu'il faut tôt ou tard prendre en compte la biographie du sujet malade : « la phénoménologie peut certes se contenter de rechercher ce que sont les maladies mentales et les appréhender au niveau descriptif comme troubles du temps, de l'espace et du monde vécus ou à un autre niveau comme « des altérations de la conscience transcendante », « expérimentations de la Nature » (Binswanger), sans se demander qui les fait. Il n'en reste pas moins que la biographie réapparaît tôt ou tard au phénoménologue, ne serait-ce que parce que la « différence » des malades mentaux porte aussi sur la signification des événements de cette biographie pour lui. C'est que, en tant qu'intentionnelle, aucune description phénoménologique n'est complète si elle ne met à nu dans ce qu'elle vise « l'histoire sédimentée » de la vie de la conscience (Husserl, *Logique formelle et transcendante*). La phénoménologie anthropologique et *a fortiori* transcendante ne peut refuser le souci génétique, d'autant plus que la psychothérapie est aussi événement biographique et que sa possibilité et son sens, sinon sa structure, doivent intéresser le phénoménologue. Celui-ci peut certes analyser la causalité, mais comme le vécu d'une des structures du *Lebenswelt* qu'elle est et non comme source de connexions réelles. Le problème de l'étiologie demeure donc,

⁸⁸³ *La Phénoménologie des psychoses*, Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2002, p. 127.

mais comme unité structurale et non comme un aspect proprement causal »⁸⁸⁴. C'est dire que le phénoménologue et le psychiatre phénoménologue ne peuvent faire l'impasse sur la biographie du sujet malade, sur ce qui lui arrive personnellement (événements « extérieurs ») mais tout en intégrant cette biographie et ces événements à la structure totale qui conditionne son existence. Plus loin, Tatossian consacre un passage à Binswanger, dans un paragraphe intitulé « Ambiguïté de la notion de biographie intérieure : psychologique ou *daseinanalytique* »⁸⁸⁵.

Il soutient que la phénoménologie doit revoir les oppositions classiques entre somatogenèse et psychogenèse ou somatique et psychologique, car parfois une explication psychologique renvoie à une explication somatique, les deux se mélangent, se confondent comme dans le cas d'une réaction émotionnelle post-traumatique où c'est le corps qui reste en cause. Il rappelle que Binswanger remplace ainsi cette distinction par la distinction entre fonctions vitales et histoire intérieure de vie, pour signifier la possibilité d'un mécanisme purement intérieur où c'est le sujet qui donne lui-même telle ou telle signification à ce qui lui arrive, et retravaille intérieurement ces significations à partir de son histoire personnelle (de tout ce qu'il a vécu). Nous reproduisons ici l'analyse que fait Tatossian de Binswanger :

« Binswanger proposait de remplacer le couple psychogène/somatogène (ou psychique/somatique) par la distinction des « fonctions vitales » et de « l'histoire intérieure de la vie » (ou biographie interne). Dans celle-ci, la personne se déploie dans la continuité de son expérience vécue qui se constitue en histoire comme « unité d'une élaboration de soi-même suscitée par une motivation interne ». La *biographie interne* est distincte de la biographie externe comme suite des événements naturels –événements qui peuvent consister d'ailleurs en troubles des fonctions vitales et sont purement fortuits pour la biographie interne.

Dans sa controverse en 1931 avec Straus, où il soutenait que tout événement est signifiant *in statu nascendi* et qu'il n'existe donc pas d'événement pur auquel après coup l'homme conférerait un sens, Binswanger présentait la notion de biographie interne comme notion psychologique et non phénoménologique. Mais dès *Ideenflusht*, à propos du malade de la troisième étude, il parle du thème du père comme d'un « foyer de la biographie interne » formant le cadre de l'existence du malade, même si celui-ci vit dans le tourbillon à la périphérie de l'existence. La notion devient ainsi très proche de celle de *projet-du-monde* qui domine la *Daseinsanalyse* des cas de schizophrénies. Elle l'était d'ailleurs dès son apparition puisqu'affirmer l'impossibilité d'un événement non toujours déjà signifié, c'est affirmer l'idée que le Moi ne peut être compris hors de son unité avec le Monde – ce que précisément

⁸⁸⁴ *Ibid.*, p. 127.

⁸⁸⁵ *Ibid.*, pp. 128-129.

veut dire le *Dasein*, la Présence comme être-au-monde et projet-du-monde. C'est pourquoi, reprenant son ancien article de 1928 vingt-cinq ans plus tard, Binswanger voit dans la notion de « biographie interne » une notion déjà phénoménologique ou en tout cas une notion faisant charnière avec la *Daseinsanalyse*. La raison de cette évolution est que le problème de la motivation biographique est maintenant autrement posé pour Binswanger : alors qu'il s'agissait de chercher les motifs factuels du changement situationnel permanent qu'est la biographie interne, il s'agit bien plutôt ici de savoir comment les motifs factuels peuvent être motifs : c'est la notion de projet-du-monde qui le permet d'abord et plus tard celle de « cours de la Présence »⁸⁸⁶.

Il s'agit de montrer ici que pour Binswanger, l'histoire intérieure de vie ou biographie interne devient un des facteurs constitutifs de l'existence (idée de thème servant de cadre) et que l'événement joue donc un rôle, que ce n'est pas la structure seule qui rend compte de la maladie dans sa défaillance, c'est la structure dans son rapport au monde et en tant qu'elle donne une signification à ce qui arrive, aux événements du monde. L'idée selon laquelle il n'y aurait pas d'événement pur et que tout événement est « déjà signifié » veut dire que tout événement reçoit à l'avance une signification de par le thème ou projet du monde « intérieur », de par la structure elle-même. C'est donc conférer à la structure du sujet un rôle prépondérant par rapport à l'événement, lequel n'a pas en lui-même une signification pouvant par exemple « rendre malade ».

Le paragraphe sur les notions de « situation » et de « crise vitale »⁸⁸⁷ précise cette perspective en ajoutant l'idée que l'événement est vécu ni de manière purement subjective (comme si son sens était le seul produit du sujet) ni de manière purement objective (comme s'il avait un sens en lui-même). Ainsi, « la notion de situation est certes familière à la psychopathologie clinique mais celle-ci, accrochée à la distinction abstraite entre individu et entourage, Moi et Monde, psyché et soma, la formule dichotomiquement : soit sous forme d'un vécu psychique, d'une situation subjective produite par l'individu, soit comme ensemble de conditions objectives, d'une situation objective toute faite, indépendante de l'individu qui s'y adapte ou non, comme à un stimulus –ce qui est encore le cas chez Jaspers. Cette alternative n'est pas acceptable car elle implique de considérer la situation soit du dehors soit du dedans, alors que « la personnalité appartient si étroitement à sa situation, qu'elle ne peut jamais en sortir totalement et toujours ne peut réagir que *dans* la situation à la situation »⁸⁸⁸. On peut sans

⁸⁸⁶ *Ibid.*, p. 129.

⁸⁸⁷ *Ibid.*, pp. 129-131.

⁸⁸⁸ W. von Bayer, *Situation, Jetztsein, Psychose. Zum Problem der Komplementären Situationsgenie endogener Psychosen*. 14-34 in *Conditio humana.*, Berlin, Springer, 1966

doute isoler des situations supra-individuelles dont la portée « situagénique » est assez spécifique, même nosologiquement, comme la perte des biens, du rang social ou du foyer chez les cyclothymiques ou les ébranlements graves de la sphère interhumaine et l'insécurité prolongée chez les schizophrènes. Mais il n'en reste pas moins que la situation n'est ni du psychique subjectif, simplement « accompagné » de phénomènes somatiques, ni un ensemble infini de données objectivement présentes, car elle est « profilée par le caractère significatif de ce qui rencontre (le sujet) dans le monde environnant et le monde humain »⁸⁸⁹ »⁸⁹⁰.

La suite de l'analyse amène l'idée que certaines situations condamnent ou réduisent le sujet à ne pas pouvoir accepter ce qui lui arrive. Ce qui devait prendre « normalement » la figure et le sens d'une adaptation (ou d'une décision) prend alors la forme de la maladie. Ainsi, « ce qui intéresse surtout la psychopathologie, c'est qu'à certains moments de la vie d'un individu la situation détache du flux du devenir et cristallise en un vécu simultané un ensemble de données significatives pour le sujet mais qu'il ne peut accepter sans plus ; à ces moments, « la situation est la biographie amenée à l'immobilité »⁸⁹¹. Tout changement notable de situation impose à l'homme la maîtrise (prospective) de l'avenir et l'abandon (rétrospectif) du passé, c'est-à-dire une *décision*. La situation a donc le sens fondamental d'une *crise* vitale et c'est comme telle que Kulenkampff l'a conceptualisée pour rendre compte de la survenue des psychoses endogènes. A la crise normale qui oblige à retenir une possibilité par *une* décision pourtant libre puisqu'elle permet l'hésitation, le changement de choix ou le retour, il oppose la *crise anormale*, débouchant sur la psychose (Kulenkampff C., *Le problème de la crise anormale en psychiatrie*). Le jeune Karl, amoureux éconduit d'une jeune fille, objet de son délire érotomaniaque, *ne peut pas* accepter son refus, soit la réalité. Ce ne-pas-pouvoir n'est pas un vécu psychique mais le rétrécissement des possibilités existentielles de Karl conditionné biographiquement par une relation constamment problématique au sexe féminin, « talon d'Achille » de Karl. Placé par le conflit avec la réalité dans une situation de crise, il subit un « dilemme existentiel », insupportable (anthropologiquement et non psychologiquement) devant cette « obligation à une réalité impossible » que dénouera une « métamorphose critique » vers le « délire comme réalité possible » »⁸⁹².

Tatossian illustre ce concept de situation par l'analyse que fait Tellenbach de la mélancolie. Tellenbach reprend en effet le problème de la genèse biographique des psychoses endogènes dans son ouvrage sur la mélancolie, en s'appuyant sur les notions de « Situation », « Type » et

⁸⁸⁹ *Ibid.*

⁸⁹⁰ *La Phénoménologie des psychoses*, p. 130.

⁸⁹¹ W. von Bayer, *Situation, Jetztsein, Psychose. Zum Problem der Komplementarären Situagenie endogener Psychosen*. 14-34 in *Conditio humana.*, Berlin, Springer, 1966

⁸⁹² *Phénoménologie des psychoses*, p. 131.

« *Endon* ». Nous reproduisons là encore l'analyse de Tatossian (à partir de Tellenbach) car elle semble là aussi correspondre à notre interrogation sur le rôle de l'événement. Ainsi, écrit Tatossian, « La *situation* est toujours « ma » situation, elle est ce qu'elle est pour moi parce que j'y suis. La situation est une relation originelle entre personne et monde, non pas comme fait statique mais comme « opération » constante de l'être-au-monde, aussi constante que la spatialisation et la temporalisation. L'être-au-monde « situationne » constamment à la fois soi et le monde, et c'est pour cela que la situation ne peut être que « mienne ». « Etre en situation est identique à être une existence humaine, exister, ex-sistere » (Buytendijk). La situation n'est donc ni consciente ni inconsciente mais vécue (*gelebt*) et la vie humaine est succession permanente de situations »⁸⁹³. Tatossian précise à ce titre qu'il ne faut pas pour autant penser que l'on rencontre une situation comme un ami par hasard, ni que l'on s'adapte ou pas à une situation : « s'adapter ou ne pas s'adapter fait justement partie de la situation ». Elle est « relation constitutive de l'être-au-monde ». Nous comprenons ici que Tatossian suggère que la situation ne nous arrive pas de l'extérieur mais que nous la produisons en partie, comme si l'on choisissait de retenir ou de sélectionner tel ou tel événement parmi d'autres (parmi tout ce qui nous arrive). La notion de « Type » (à relier à la notion de personnalité), vient éclairer cette mise en place (constitution) de la situation par le sujet lui-même. Ainsi, « la situation est « quelque chose qui se laisse appréhender comme produit par la typique d'une personne » ou, autrement dit le type *constitue*, dans un mode de production et déploiement de soi, le contexte de renvois aux autres hommes et aussi aux choses comme *sa* situation : il « situationne » ceux-ci selon sa spécificité propre. Mais le Type n'est pas fondé tout fait, il n'est qu'une potentialité spécifique apportée par l'hérédité ou la constitution (*Anlage*), la possibilité d'un phéno-type spécifique. Ainsi, parmi les forces présentes dans le milieu –familial mais aussi extra-familial-, il extrait celles qui sont affines à cette potentialité spécifique. Bien évidemment, ces forces affines peuvent être plus ou moins marquées dans le milieu, et la réalisation progressive du Type n'a donc rien d'une fatalité. La typologie de Tellenbach est une « typologie kinétique » où il n'y a pas opposition entre « facteurs » constitutionnels et de milieu »⁸⁹⁴.

Retenons de cette analyse plusieurs choses. D'une part, la notion de Type retenue par Tellenbach (qui a ici un sens proche de celui de structure ou de constitution) n'est pas à comprendre comme une « fatalité », nous dit Tatossian. C'est dire qu'il s'agit de quelque chose de non déterminé, de plastique, restant ouvert à la réalité qu'il rencontre. D'autre part, il ne fait que dessiner un « contexte » au sein duquel vont se profiler les situations. Ainsi il a le sens

⁸⁹³ *Ibid.*, p. 131.

⁸⁹⁴ *Ibid.*, pp. 131-133.

pour nous d'une configuration, il met ensemble les éléments qui permettent d'accueillir les événements, en restant relativement ouvert. Enfin, le fait qu'il n'oppose pas, comme le dit Tatossian, facteurs constitutionnels et facteurs de milieu semble signifier qu'il les intègre ensemble : notre « type » contient ainsi à la fois ce que nous héritons de manière déterminée (hérédité biologique et constitution personnelle, manière dont la nature nous constitue physiquement et physiologiquement) et ce que notre environnement apporte à cette constitution déterminée. La notion de kinésie (typologie kinétique) suggère ce mouvement allant de ce que nous sommes de manière constitutive à ce qui nous est extérieur (milieu).

Notons également que ces considérations ont été établies à partir de cette maladie qu'est la mélancolie et qui semble réaliser, dans sa forme même et dans les modalités de son apparition, cette expérience : celle d'un type de personnalité qui, dans son mouvement d'intégration de la réalité extérieure, la configure de telle sorte que n'en émergent plus que des situations impossibles à vivre. C'est ce mouvement qu'il nous faut interroger pour comprendre l'évolution et l'apparition de la maladie comme « chute » et « basculement ». Pour Tellenbach, il faut recourir au concept d'*Endon* pour le comprendre. C'est l'enjeu du paragraphe intitulé « l'endogénéité comme endocosmogénéité » où nous est d'abord expliqué le caractère endogène de la mélancolie à partir des considérations précédentes.

Ainsi, « l'expérience clinique dont part Tellenbach est celle des psychoses endogènes et plus précisément de la mélancolie ». En effet, « l'absence d'étiologie somatique et l'incompréhensibilité psychologique de la mélancolie dans son apparition comme dans ses contenus ont forcé la psychopathologie clinique à en faire une psychose endogène. C'est aussi la position de Tellenbach pour qui les mécanismes psycho-dynamiques et, en particulier, psychanalytiques ne peuvent expliquer les caractères décisifs de la mélancolie comme les modifications nyctémérales, la nature vitale des altérations affectives ou l'alternance de bonnes ou mauvaises journées. Comme les mécanismes somatiques, ils n'interviennent que sur le fond des modifications de la région où fait issue la mélancolie, la région de l'endogénéité. Il faut donc approcher la mélancolie non dans ses *symptômes* qui renvoient toujours à un moment somatique ou psychique inconscient de valeur causale mais dans ses *phénomènes* qui renvoient à la modification globale de la présence humaine »⁸⁹⁵.

Ici, Tatossian montre (à partir de Tellenbach), où se joue en quelque sorte la distinction entre cause et origine : l'origine de la psychose endogène est la constitution (dans sa configuration et dans son mouvement) mais la cause des symptômes proprement dits est de nature somatique ou psychique (absorption de produits toxiques par exemple ou événement à haute

⁸⁹⁵ *Ibid.*, p. 134.

charge affective).

Tatossian explique comment comprendre l'*Endon*, à partir du concept grec de Nature (*phusis*), comme ce qui englobe le Moi et le Monde, comme résonance avec le monde ouvrant à des contenus de signification vitaux (pré-intentionnels). Il s'agirait d'un moyen terme entre la nécessité et la liberté, ouvrant des contenus vitaux de signification (rythmes jour/nuit, sommeil/veille, cycles féminins, sentiments liés aux différentes périodes de la vie). Comme résonance avec le monde, l'*Endon* prend ainsi le sens d'une « endocosmogénéité ». Notons ainsi que, « chez l'être normal comme malade, ces manifestations ont pour trait commun leur globalité, qui est celle de tout phénomène, c'est-à-dire que chaque trait de l'*Endon* renvoie à l'*Endon* comme totalité, imposant une approche « conspective ». Elles concernent « la personnalité psychique tout entière » (Minkowski) mais aussi bien la corporéité humaine comme totalité. Le champ de l'*Endon* est à la fois transsubjectif et donc méta-psychologique et trans-objectif et donc méta-somatologique »⁸⁹⁶. Par ailleurs, « un autre trait commun est la réversibilité, au moins principielle, de l'endogène, même si elle est moins évidente dans la schizophrénie que dans la cyclothymie ». Cela signifie que le mouvement qui caractérise l'*Endon* dans sa résonance avec le monde le rend capable de se rouvrir sur lui-même. Par ailleurs, Tatossian précise que « en tant que modes d'être originels de l'être-humain, les phénomènes de l'*Endon* échappent à la volonté de l'individu et par leur indisponibilité revêtent le caractère d'un événement ou mieux d'un « avènement » (*Geschehen*) qui lui survient... »⁸⁹⁷.

B – L'idée de « point limite » (point de « cassure ») à situer dans un « entre »

Une fois évoqué le rôle de ce qui, dans l'histoire du sujet et dans son rapport (vital) au monde, conditionne en partie sa réceptivité, il s'agit maintenant de montrer la difficulté qu'il y a à saisir le « moment » où le sujet « bascule » à proprement parler dans la maladie. Nous continuons de nous appuyer sur l'analyse de la mélancolie de Tellenbach, à partir de Tatossian. La mélancolie en effet nous semble particulièrement significative à cet égard, tant le sujet « perd pied », ne trouve plus rien à quoi « s'accrocher » ou « se raccrocher », et tant l'événement semble à la fois être et n'être pas à l'origine de sa chute.

Le paragraphe « l'*Endon* comme type spécifique » nous éclaire ainsi sur la manière dont une accélération semble se dessiner au sein même de l'endogène, de ce qui anime notre rapport vital au monde. Ainsi, Tatossian explique : « L'*Endon* apparaît sous forme de *types*

⁸⁹⁶ *Ibid.* pp. 132-133.

⁸⁹⁷ *Ibid.*, p. 133.

spécifiques, caractérisés chacun par leur mode de découverte du Monde inter-humain et de la Nature et donc par une sensibilité spécifique à certaines situations, nullement consciente d'ailleurs. Les troubles psychiques peuvent survenir quand l'être humain se voit imposer des modes d'existence qu'il ne peut (encore) exister mais auxquels il ne peut se dérober, c'est-à-dire quand un type rencontre la situation à laquelle il est spécifiquement vulnérable ». La suite insiste : « Mais un type [...] ne présente pas de propriétés statiques et toutes faites et c'est au cours de *processus circulaires* qu'au contact de facteurs péristatiques, il se développe et s'accroît en « situationnant » monde humain et monde naturel, soit en les incluant dans son projet-du-monde propre, formé sur la base de la facticité où il a été jeté. Le type consiste en une potentialité sélective et il faut le comparer non pas à la *tabula rasa* de Locke où tout peut s'inscrire mais à la table de Leibniz qui ne reçoit que ce qui lui correspond. Mais le développement du type peut être favorisé ou empêché selon que le milieu correspond plus ou moins à ses exigences, dans cette typologie kinétique. C'est quand le milieu s'y refuse que la situation peut devenir pathogène et aboutir à la maladie mentale, qui reflétera la spécificité du type, fût-ce comme inversion et destruction de celui-ci, comme dans la mélancolie »⁸⁹⁸. Une citation de Szilazi termine cette analyse : « Chacun ne peut être malade que de ce qui appartient à sa *physis* et seulement quand l'élément déterminant de sa propre nature devient autonome et par là excessif »⁸⁹⁹.

Ce qui apparaît ici, et qui déborde l'analyse de la mélancolie, c'est bien l'idée que la maladie en elle-même (et peut-être plus largement tous les phénomènes qui déstabilisent l'existence humaine), est le produit d'une rencontre entre une constitution typique, configurée d'une certaine manière, et un événement que sa configuration va interpréter comme événement problématique. C'est cette rencontre qui semble faire « apparaître » la maladie. Cette apparition sera analysée dans notre troisième partie.

Le paragraphe « Expériences atmosphériques de la situation critique pour le type » est pour Tatossian une manière de qualifier cette rencontre problématique de « crise », notion que l'on a déjà rencontrée chez Maldiney et qui permet semble-t-il de comprendre le moment où se joue le basculement dans la maladie. Ainsi, écrit Tatossian, « quand le type « situationne » le monde et soi d'une façon impossible pour lui, on peut parler d'une situation *critique* »⁹⁰⁰. Tatossian précise à ce niveau la différence entre Tellenbach et von Gebattel : pour von Gebattel, l'homme est constamment en situation critique en devant constamment « décider » pour conserver sa nature propre et écarter ce qui lui est étranger ; pour Tellenbach, les crises

⁸⁹⁸ *Ibid.*, p. 134.

⁸⁹⁹ *Ibid.*, p. 134.

⁹⁰⁰ *Ibid.*, p. 135.

sont des moments particuliers : « Les crises sont des stades où la contradiction irrésolue de la Présence humaine pousse à sa solution. Quand une telle solution survient, il y a métamorphose. Dans ses crises, l'homme est en chemin vers des métamorphoses de sa Présence »⁹⁰¹ (citation de Tellenbach).

L'idée de Tellenbach retenue par Tatossian est la nature « atmosphérique » du changement opéré par cette métamorphose de l'existence qui bascule. Il s'agit de passer de la forme totale d'une existence à une autre forme totale, engageant également la forme totale dont apparaît le monde, dans son ambiance. Telles sont la force et l'ampleur suggérées par l'idée de métamorphose. Ainsi, Tatossian explique que : « L'expérience critique comme la métamorphose sont d'ordre fondamentalement atmosphérique, en ce sens que l'atmosphérique englobe en les homogénéisant Moi et Monde et qu'y apparaît une autre teinte, un autre ton, une autre « humeur » de la Présence, bien avant que l'on puisse parler vraiment de nouvelles significations. C'est pourquoi « l'humeur délirante » est « le phénomène cardinal de la pathologie de l'atmosphérique » ». Par ailleurs, « Dans ces moments où l'être-humain est subjugué par l'atmosphérique, la parole et la compréhension sont, en général, inopérantes parce que le mot est inadéquat au niveau pré-verbal et pré-réflexif de cette expérience et ne retrouve son rôle qu'au sortir de l'atmosphérique avec la recristallisation de l'être-humain »⁹⁰².

Cela veut dire que le passage que représente la métamorphose psychotique correspond à un changement général de climat (tonalité, humeur), lequel est en lui-même une solution à la crise, laquelle est contradiction irrésolue entre type et situation et où l'*Endon* submerge le sujet et devient autonome. Crise et métamorphose sont « atmosphériques » au sens où elles sont non pensées, vécues sur un mode vital.

La suite (X. « Pathogenèse de la mélancolie selon Tellenbach »⁹⁰³) explique plus en détails les modalités de cette métamorphose en appliquant les concepts évoqués précédemment à la mélancolie. On a donc l'idée que l'expérience de la mélancolie permet de dégager des concepts plus généraux pouvant s'appliquer à la psychose en général, tout en prenant un sens particulièrement significatif dans la mélancolie proprement dite. Ce que l'on peut déjà suggérer à partir de cette progression (de Tatossian), c'est que l'*Endon* serait déterminant dans la mélancolie, là où il serait présent (en tant que facteur) dans les autres maladies ou phénomènes « normaux ».

Ainsi « c'est dans la région de l'*Endon* que se passe « l'événement fondamental » de la

⁹⁰¹ *Ibid.*, p. 135.

⁹⁰² *Ibid.*, p. 135.

⁹⁰³ *Ibid.*, pp. 135-145.

mélancolie », région qu'il faut comprendre comme « la sphère de la Nature », comme « fondement de la vie humaine où s'unifie l'homme avec le monde »⁹⁰⁴. Une note souligne la reprise de cette idée par le psychiatre japonais Bin Kimura qui montre les rapports entre cette conception atmosphérique de Tellenbach et la conception climatique du philosophe japonais Watsuji. Pour ce dernier, c'est plus l'espace que le temps qui ouvre l'homme à l'existence, d'où son centrage sur le rôle du climat comme pôle de l'humeur et de la teinte du monde. On sait que Kimura a travaillé sur la schizophrénie, ce qui suggère que cette question du rapport vital de l'homme au monde, vécu dans un « entre-deux », dans une zone intermédiaire où se joue la forme même de notre existence, cette question est présente aussi dans les autres maladies.

Revenant sur la notion de « Type » permettant de comprendre la manière particulière dont le monde est rencontré et « situationné » dans la mélancolie, Tatossian explique le « *Typus Melancholicus* » mis en lumière par Tellenbach.

Il s'agit d'un type de personnalité dont les caractéristiques sont les suivantes : passion pour l'ordre et horreur du changement, impossibilité pour le sujet ne pas travailler, dévouement extrême à la famille, relation sympatico-symbiotique qui le sensibilise à tout ce qui peut compromettre ses liens avec autrui, attachement excessif au travail, exigence de perfection. Ce que nous devons noter ici, c'est l'idée que dans la description que fait Tatossian de ce « type mélancolique », il nous évoque une « normalité pathologique » qui « se révèle dans la survenue d'une mélancolie après modification critique de sa situation »⁹⁰⁵. Que faut-il entendre par « normalité pathologique » si ce n'est ici que le mélancolique trouve « normal » tout ce qu'il sur-valorise, au point de tomber malade si cette survalorisation est mise en échec. Ainsi il s'agit pour lui de maintenir une positivité sociale reposant sur une double négation : ne pas être non ordonné, ne pas être non parfait, ne pas être non actif, ne pas être indifférent. Tatossian résume : « la psychose mélancolique en supprimant la première négation montre l'envers de cette positivité sociale »⁹⁰⁶. On comprend ici ce qui a été mis en évidence un peu plus haut, à savoir que le type mélancolique est un type « pré-morbide », dont l'*Endon* (rapport vital au monde ambiant) contient en lui-même déjà des défaillances prédisposant à la chute. La maladie vient mettre au jour ce qui sinon pouvait apparaître comme « normal » et qui se maintenait comme tel.

Il s'agit maintenant de comprendre plus exactement ce qui se passe au niveau de la rencontre entre le type mélancolique et la réalité (événements) pour voir les difficultés que pose la mise en évidence du point de bascule. Le paragraphe « Inclusion et rémanence » permet d'analyser

⁹⁰⁴ *Ibid.*, p. 135.

⁹⁰⁵ *Ibid.*, p. 136.

⁹⁰⁶ *Ibid.*, p. 137.

le phénomène en lui-même à partir des deux facteurs qui le conditionnent et qui correspondent « aux deux aspects de l'inhibition du devenir : l'immobilisation du mouvement basal de la vie et l'incapacité à l'auto-réalisation de la personne »⁹⁰⁷. On voit que l'inclusion est d'ordre spatial et que la rémanence est d'ordre temporel.

Tatossian explique ainsi (toujours à partir de Tellenbach) la notion d'inclusion : il s'agit d'un cercle vicieux tel qu'en voulant réaliser ses exigences le mélancolique ne peut pas les satisfaire (auto-épuisement). Le mélancolique est en effet toujours menacé par la contradiction qu'il y a pour lui de satisfaire ses exigences à la fois à un niveau qualitatif (bien faire) et quantitatif (faire beaucoup). De ce fait, « certaines situations pourtant banales et résolues par la plupart des gens au prix d'une adaptation qualitative ou quantitative de leurs exigences peuvent chez le type mélancolique révéler son auto-contradiction potentielle et devenir pré-dépressives »⁹⁰⁸.

La notion d'inclusion prend ainsi et aussi le sens d'un enfermement (dans des limites qu'il s'agit pourtant et en même temps de dépasser pour être conforme à ses exigences).

Pour Tatossian, l'exemple majeur de l'inclusion apparaît dans la dépression du déménagement. « Le type mélancolique « situationne » le Monde comme maison et s'y enferme, s'y spatialisant et s'y fixant –d'où sa sensibilité spécifique à ce qui est changement de maison –le déménagement mais aussi la modification matérielle de la demeure qui est « déménagement dans sa propre maison ». Le type mélancolique perd ici une partie de son monde avec laquelle il était en communication sympathique et se voit imposer la tâche d'une nouvelle spatialisation qui exige de dépasser les limites déjà édifiées dans l'ordre de l'habitat et de vivre au-delà d'elles »⁹⁰⁹. Mais Tatossian précise qu'il y a d'autres pathologies du déménagement : agitation anxieuse névrotique, autisme paranoïde, syndrome démentiel. Ainsi, « la situation de déménagement n'intervient pas, en effet, comme cause mais comme totalité significative qui n'est ce qu'elle est que dans son intrication avec la personnalité pré-morbide. Elle ne précipite la métamorphose mélancolique que dans la mesure où la possibilité de celle-ci appartient à la *physis* de l'individu et d'autres métamorphoses psychotiques ou non sont possibles »⁹¹⁰. C'est dire que le déménagement en lui-même (comme événement), ne vaut comme « cause » de chute (et dans telle ou telle maladie) que selon la signification plus ou moins centrale et plus ou moins large (totale) que le sujet (dans sa configuration) lui donne.

Par ailleurs, Tatossian précise que ces situations doivent être vécues à un certain degré (dans

⁹⁰⁷ *Ibid.*, p. 138.

⁹⁰⁸ *Ibid.*, p. 138.

⁹⁰⁹ *Ibid.*, p. 138.

⁹¹⁰ *Ibid.*, p. 139.

leur signification d'impossibilité) pour que le sujet « entre » dans la psychose. Ce degré ne dépend pas de l'événement en lui-même mais de l'importance que lui donne le sujet. Ainsi, Tatossian précise : « Mais bien évidemment toutes les situations mentionnées ne déclenchent pas la psychose chez le type mélancolique. Il faut en effet qu'elles se constellent en situation d'inclusion où l'auto-contradiction se révèle comme impossibilité à transcender ses limites et en même temps incapacité à s'y maintenir, donc incapacité à remplir les auto-exigences qu'elles comportent et qui, elles, persistent. C'est en ce sens que parler de « dépression de surmenage » est trompeur : ce n'est pas la surcharge de travail qui est pathogène, mais l'incapacité d'y satisfaire avec la perfection que se demande le type mélancolique »⁹¹¹.

Tatossian analyse de la même manière le rôle joué par l'autre facteur, à savoir la rémanence. Il s'agit, à un niveau temporel cette fois, de la « menace » que représente pour le sujet (humain, existant, projectif) « de *rester-derrière-soi* et ses exigences », « d'être-en-faute » (en dette). Tatossian insiste sur le paradoxe de ce sentiment qui peut enfermer le sujet dans une impossibilité d'en sortir, tout ce qui arrive étant vécu comme à charge et culpabilisant, ou tout pouvant renvoyer aux fautes passées.

Ce que l'on peut noter ici de particulièrement intéressant, c'est la remarque faite sur le sens universel (et « méta-culturel ») de ce facteur pouvant rendre malade (mélancolique) aussi bien des occidentaux (dont la culture est plus centrée sur l'idée de faute individuelle) que des Japonais (dont la culture est plus solidaire). Selon Tatossian, « la rémanence comme vécu de faute, comme *debet*, se situe dans une proto-sphère originelle du vécu régie par l'Inter (*Zwischen*) où il n'y a pas encore de séparation Homme/Homme ou Homme/Nature »⁹¹². À ce niveau, Tatossian rappelle que la réduction phénoménologique « est aussi réduction de la culture », elle « se place au niveau de ce proto-vécu » et « elle peut beaucoup apporter à une psychopathologie méta-culturelle »⁹¹³.

Autre précision qui nous intéresse dans notre recherche de ce qui semble un facteur (sinon causal mais déterminant) de chute : « plus sans doute que l'inclusion, la rémanence est au cœur de la mélancolie et de sa pathogénèse », « on peut même se demander si à la différence de l'inclusion la rémanence n'est pas déjà la mélancolie »⁹¹⁴.

Pour autant, Tatossian précise par la suite que l'inclusion et la rémanence ne suffisent pas à entraîner la mélancolie et qu'il faut d'abord en quelque sorte une « situation dépressive initiale de « désespoir » ». En effet, « les situations de rémanence comme d'inclusion restent encore

⁹¹¹ *Ibid.*, p. 139.

⁹¹² *Ibid.*, p. 141.

⁹¹³ *Ibid.*, p. 141.

⁹¹⁴ *Ibid.*, p. 141.

séparées de la mélancolie par un hiatus »⁹¹⁵.

C'est donc dire qu'il faut chercher « entre » la mélancolie proprement dite et les situations d'inclusion et de rémanence un autre élément déterminant, sans lequel la maladie resterait latente sans se déclencher. Tatossian évoque alors à ce niveau ce que Tellenbach a conceptualisé sous le terme de « redoutance » et qui correspondrait à une « situation dépressive de désespoir ». Voici comment est décrite cette situation préparant en quelque sorte la mélancolie : il s'agit d'une « incertitude profonde », d'une « oscillation indéfinie entre idées opposées », d'un « doute paralysant toute action », sorte de « désespoir » mais mieux traduit par le terme de « redoutance » (terme évoquant le doute entre deux possibilités dans lesquelles on resterait pris). Dans cette situation, le mélancolique est caractérisé ainsi : « faute de pouvoir faire *tout* à la fois, il ne fait rien. Cette impuissance et ce désordre sont particulièrement insupportables pour le type mélancolique attaché à l'agir et qui doit dans la psychose être l'inverse de ce comme quoi il s'exigeait avant elle »⁹¹⁶. Plus en détails, « le hiatus entre situation pré-dépressive et situation dépressive initiale est inaccessible à la compréhension psychologique et même, pour Tellenbach, à la compréhension anthropologique, parce que ce hiatus est l'instant (qui peut durer des semaines) où intervient l'*Endon*. La situation pré-dépressive, en plongeant le type mélancolique dans son auto-contradiction et en l'épuisant, finit par révéler son pouvoir endotrope et, ébranlant l'*Endon*, y suscite l'*endokinèse mélancolique* qui a tout au moins l'avantage de remplacer une situation impossible à exister par une autre situation qui évoluera selon ses propres lois vers les diverses formes de la mélancolie. Nous ne pouvons comprendre cette modification mais nous pouvons comparer les deux situations quant à la relation liant le sujet et ses thèmes, par exemple, de culpabilité »⁹¹⁷.

Pour illustrer cet « instant » déterminant de l'endokinèse mélancolique, Tatossian reprend « le cas 38 » de Tellenbach : un homme dérangé par son propriétaire s'empporte contre lui et se reproche ensuite sa violence qui a entraîné « par sa propre faute » des manifestations d'opposition agressive extrême du propriétaire. L'ébranlement est décrit ainsi : « dans la situation pré-dépressive, les tendances propres au type mélancolique s'autonomisent et par là atteignent à la démesure et entraînent l'auto-contradiction explicite, responsable du déraillement endokinétique ». Ainsi, « le malade ne peut transcender son auto-contradiction et va, en fait, être transcendé par elle »⁹¹⁸. Résumons ainsi cette évolution qui semble

⁹¹⁵ *Ibid.*, p. 141.

⁹¹⁶ *Ibid.*, p. 142.

⁹¹⁷ *Ibid.*, p. 142.

⁹¹⁸ *Ibid.*, p. 142.

correspondre à ce qui nous intéresse, l'instant de la bascule ou de la chute : dans la situation pré-dépressive, le sujet peut encore s'occuper de sa faute (réfléchir, agir) ; dans la situation dépressive proprement dite, la faute absorbe complètement le sujet qui perd toute capacité d'action. Ainsi, « l'instant de la transformation –le processus métapsychologique de l'endokinèse- est celui où le malade, incapable de s'expliquer avec le thème qui s'impose à lui, passe à sa disposition »⁹¹⁹, c'est à dire devient soumis au thème.

L'idée intéressante aussi à ce niveau de l'analyse est que c'est l'épuisement qui semble central, en livrant le sujet à son fond vital (défaillant) : le sujet « en arrive à un épuisement tel qu'il survient un appel à l'*Endon* pour changer la situation. Mais ce changement endokinétique transforme le rapport à soi du sujet et son type d'historicité : le thème ou le motif « provoquent » la mélancolie mais en cessant d'être simple motif ou thème et donc de façon incompréhensible »⁹²⁰. C'est donc dire que si le sujet a bien des raisons d'être fragilisé suite à un événement perturbant, ce motif pour autant ne suffit pas à expliquer le déclenchement de la maladie car en tombant malade le sujet « oublie » en quelque sorte le motif pour s'enfermer dans quelque chose qui dépasse et déborde ce motif (culpabilité beaucoup plus large et englobant le motif de départ). Ce « hiatus » est analysé par Tatossian dans le paragraphe « signification des mélancolies « liées à la situation » et classification des mélancolies » où il souligne en quel sens précisément le thème ou motifs qui « provoquent » la mélancolie restent pour autant incompréhensibles psychologiquement : « la motivation psychologique n'explique rien ou en tout cas rien d'essentiel dans la mélancolie. On peut certes comprendre qu'une faute réelle dans la biographie réapparaisse dans la mélancolie, mais non qu'elle s'absolutise et perde son caractère prospectif propre, atteigne à la démesure et possède le Soi au lieu d'être possédée par lui - et la mélancolie de deuil n'est pas compréhensible même si elle est dérivable »⁹²¹. Ainsi, « le moment décisif est celui où le motif n'accroche plus l'homme mais où l'homme s'accroche au motif, lui-même accroché au mode d'être psychotique » et il faut comprendre que « le problème n'est pas celui d'une relation causale entre changement climatique et mélancolie, mais entre changement somatique et modification de l'*Endon*, relation en rapport avec la signification du premier qui est non cause, mais condition situationnelle de la deuxième »⁹²².

Tatossian résume ainsi le mérite de Tellenbach d'avoir étudié un large éventail de mélancolies tout en parvenant à en dégager les caractéristiques communes, à savoir une contribution

⁹¹⁹ *Ibid.*, p. 142.

⁹²⁰ *Ibid.*, p. 142.

⁹²¹ *Ibid.*, p. 143.

⁹²² *Ibid.*, p. 144.

limitée des facteurs psychologiques et le rôle fondamental de l'endokinèse qui fait de la mélancolie une psychose endogène évoluant comme un processus autonome. La mélancolie devient ainsi la réalisation de ce qui était déjà préfiguré avant, « l'apparition, même si c'est sous forme inversée et destructive, de ce qui était présent dans le type mélancolique »⁹²³.

L'événement, là encore, ne semble être qu'accessoire.

C – La notion d'affectivité (capacité à être affecté) (défaut ou excès ?)

Cette mise en évidence du rôle joué par l'*Endon* dans la mélancolie selon Tellenbach ne peut que nous interroger sur ce qui est en cause dans la chute et dans le basculement, notamment au niveau du corps proprement dit. La notion d'*Endon* suggère que ce qui est en jeu dans le point de bascule est d'ordre « vital » et qu'il se produit à ce niveau un phénomène de mise en mouvement ou ébranlement, semblant engager davantage notre rapport sensible au monde (corps) que nos pensées, lesquelles subiraient le processus. Mais on peut aussi penser que le mouvement se fait de façon inverse, allant des pensées au corps. L'idée de totalité permet de simplifier le questionnement mais nous laisse perplexe.

Si l'on repart de l'analyse de Binswanger, après étude de la mélancolie, de la manie et de la schizophrénie, il apparaît que la maladie correspondrait à un processus temporel s'appliquant au temps projectif : quelque chose viendrait confirmer et renforcer la tendance altérée de la structure temporelle, soit pour accentuer la tendance du sujet à être dans la rétention (mélancolie) soit pour accentuer la tendance du sujet à être dans la présentification (maniacodépression, schizophrénie). La question devient donc celle de savoir ce qui accentue l'altération propre à la maladie, ce qui empêche le malade de se rééquilibrer et ce qui au contraire accentue son déséquilibre.

L'idée de Binswanger semble être celle de l'envahissement progressif du sujet par le monde et par la dimension émotionnelle du sujet, monde et émotions qui deviennent écrasants par rapport aux capacités projectives du sujet. On peut penser que les pensées du sujet malade seraient imposées d'abord par des facteurs extérieurs à sa volonté, qui viendraient modifier sa vision globale (projet de monde). Le sujet serait alors engagé sur le plan émotionnel et affectif. Ce plan émotionnel ne rendrait plus possible, par sa force, la mobilisation de pensées contraires rendant possible la « reprise » de soi. Au contraire, le plan émotionnel serait générateur de pensées venant confirmer le projet intentionnel déjà engagé. On aurait ainsi un cercle vicieux : plus le projet initial est réduit, plus les événements du monde sont des

⁹²³ *Ibid.*, p. 144.

menaces, plus le sujet se raccroche à son projet, plus les menaces s'intensifient...

Ce serait donc le temps du monde (rythme auquel les événements arrivent) ou le temps émotionnel (temps de réaction aux événements) qui s'imposerait comme facteur d'irréversibilité, du moins un temps imposé par des facteurs échappant à la maîtrise du sujet, par des facteurs ne permettant pas le rééquilibrage de la structure temporelle intentionnelle du sujet, facteurs qui accentueraient la rupture de continuité de l'expérience. Le temps projectif (source de réversibilité) serait soit arrêté soit accéléré, provoquant alors un processus d'irréversibilité : si le temps s'arrête, le sujet est entraîné irréversiblement dans le passé (la rétention) et si le temps s'accélère, le sujet est entraîné irréversiblement dans le tourbillon des instants présents qui se succèdent. C'est « le cours des choses » qui échappe à sa maîtrise et qui impose son mouvement au sujet à la fois passif et partie prenante : il faudrait donc interroger la perméabilité du sujet, sa capacité (ou faiblesse) à entrer en résonance avec les choses.

Cette résonance semble rendue possible par la défaillance originaire du sujet et par le cours de la maladie qui rend le sujet de plus en plus sensible aux menaces issues du monde (menaces qui contrarient son idéal). On peut penser que plus le projet de monde initial est réduit, rigide, plus le sujet (*Dasein*) est « sensible » à tout ce qui menace cet unique projet, plus il entre donc en résonance avec le monde et les événements susceptibles de venir menacer ou rompre la réalisation de ce projet, plus son corps et ses émotions sont soumis au projet (comme un animal aux aguets), plus il est « sensible » aux événements.

Si, dans les différents cas étudiés, Binswanger met l'accent sur le rôle déterminant du projet de monde ou de l'idéal, sur la « thématization » qui impose au sujet malade une unique direction de sens (à la fois libre en tant que projet et déterminée dans la lutte pour maintenir ce projet), des références à la sphère émotionnelle ou sensible du sujet sont nombreuses et ne peuvent que susciter une réflexion dont l'enjeu serait d'une part de déterminer si c'est plus le pôle intentionnel ou émotionnel qui peut rendre compte du processus du « tomber malade », d'autre part de déterminer comment ces deux pôles interagissent (agissent l'un sur l'autre).

C'est notamment dans *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne* que l'on peut trouver des éléments d'analyse permettant de répondre en partie à ces questions. On peut aussi se référer à l'article de Jean-Claude Marceau *Freud, Binswanger, Foucault : la psychanalyse à l'épreuve critique de la phénoménologie*, dans *Cliniques méditerranéennes*, 2001/2 n°64.

C'est en comprenant notamment le rapport de Binswanger à la psychanalyse freudienne que l'on peut mesurer l'importance qu'il accorde, dans la maladie, à la dimension intentionnelle du sujet (capacité projective) et que l'on peut peut-être saisir ce qui pour lui serait

l'articulation entre l'émotionnel (le sensible, le corporel) et l'intentionnel (le psychique). La difficulté tient pour nous à ce que le sujet est compris comme totalité (corporelle/psychique), totalité unitaire où corps et psychisme sont deux modes d'expression possibles d'un même phénomène. Ce qui nous intéresse est la manière dont le corps agit sur les pensées et la manière dont les pensées agissent sur le corps. Nous pensons en effet que même si l'on peut concevoir le sujet de manière totale et unitaire, cela n'exclut pas pour autant que le pôle corporel et le pôle psychique puissent fonctionner séparément et agir (causalement) l'un sur l'autre. Notre question est de savoir comment, chez Binswanger, est conçue cette articulation au sein (au déclenchement) de la maladie.

Jean-Claude Marceau, en recherchant chez Binswanger comment le sujet « ressent », « expérimente » son corps dans la maladie et comment un vouloir se convertit en un pouvoir, met ainsi en évidence l'idée que la maladie serait un retrait dans le corps. Il a en vue cet « état de fait phénoménal, absolument unitaire et singulier, d'avoir un corps vécu et de l'expérimenter »⁹²⁴. Dans la maladie « le corps vécu continue de fonctionner ici seul, et cela d'une manière rebelle parce que non régie par un sens propre et, dans cette révolte, il se charge aussi de la fonction du langage, il devient au sens le plus large du terme l'organe verbal de cette révolte. C'est par le retrait dans mon corps, en « moi en tant que corps vécu », que « je » parle »⁹²⁵. L'exemple de la malade qui, par suite de l'interdiction de sa mère de se fiancer à celui qu'elle aime, exprime sa révolte contre cette interdiction de manière corporelle, montre que « notre existence s'ouvre toujours dans certaines directions significatives, l'ascension ou la chute, le planement ou le saut, le devenir large ou étroit, plein ou vide, clair ou obscur, tendre ou dur, chaud ou froid »⁹²⁶. Le problème pour nous est de savoir ce que signifie exactement la notion de « corps vécu » : si le corps vécu devient le centre de fonctionnement unique de l'existence malade, quelle différence avec l'homme « normal » ? Toute existence n'est-elle pas justement élaborée, dans ses choix et ses directions, à partir du corps vécu, à savoir à partir de notre manière de ressentir ce que nous pensons et de penser ce que nous ressentons ? Quelle différence alors entre une existence « normale » et une existence « malade » ? Faut-il comprendre que dans une existence « normale » ce n'est pas le corps vécu qui prévaut ? Qu'est-ce qui prévaut alors sinon ce que Binswanger nomme « un sens propre », lequel « régirait » l'existence ? Selon Jean-Claude Marceau citant Binswanger, « la métaphore par laquelle nous disons que la malade ne peut pas avaler l'interdiction de la mère [...] nous montre l'axe du conflit qui s'ordonne [...] dans chacune des sphères psychique et

⁹²⁴ Binswanger, *Introduction à l'analyse existentielle*, De la psychothérapie, p. 132

⁹²⁵ *Ibid.*, p. 135.

⁹²⁶ *Ibid.*, p. 136.

corporelle du vécu de cette patiente, dessinant par là une direction de signification qui lui est propre »⁹²⁷. Est-ce à dire que le conflit avec la mère imposerait à l'existence de la malade un corps vécu marqué par le sens d'un conflit et que ce corps vécu deviendrait autonome, corps uniquement vécu sous le mode du conflit qu'il aurait à exprimer, comme se mettant au service de la signification du conflit ?

Dans *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne* (« Psychanalyse et psychiatrie clinique »), Binswanger précise cette différence d'approche qui sépare le concept de « corps vécu » de celui de pulsion, les deux concepts évoquant pourtant l'idée d'une totalité (corps/psychisme). Reprenons cette analyse pour poser de nouveau la question de savoir ce qui, dans la chute dans la maladie, est, sinon en cause, du moins en jeu au niveau de la sphère proprement corporelle (sensations, perceptions) et de son interaction avec la sphère psychique (contenu des pensées).

Pour résumer la position de Binswanger à l'égard de la psychanalyse freudienne, on peut rappeler qu'il est d'accord avec le fait de considérer la personne dans sa totalité de personne et de renoncer à une explication causale de la maladie, mais qu'il n'est pas d'accord avec le fait de réduire la personne à un déterminisme biologique fondé sur le concept de pulsion.

Binswanger accorde ainsi à la psychanalyse le mérite de ne pas séparer les deux modes d'explications biologique et psychique, en prenant en compte la totalité du sujet malade, en tant que personnalité : « la psychanalyse [au contraire de la psychiatrie clinique] part exclusivement de la *personnalité*, elle ne perd jamais de vue le tout de la personnalité, elle considère la maladie non pas comme un intrus étranger mais comme un morceau de la personnalité vivante même, morceau pris dans un flux continu »⁹²⁸. Citant Freud, Binswanger écrit « la maladie n'est pas quelque chose de clos, de pétrifié, mais elle continue à croître et elle poursuit son développement comme un être vivant ». Binswanger explique ensuite que le mérite de la psychanalyse par rapport à la psychologie (qui « découpe » la personnalité en différentes fonctions) est qu'elle « pénètre, en conservant pleinement son unité, dans ses parties constitutives internes, essentielles ». Puis il énumère ces parties constitutives, la première (« premier trait » de la personnalité) étant la « contradiction interne de la personnalité », ou « contradiction interne du vivre ou de l'éprouver psychéique », provenant de ce que « la personnalité ne vit ou n'éprouve pas seulement de façon passive, qu'elle n'a pas seulement des expériences vécues, mais qu'elle est aussi intentionnellement dirigée sur ces expériences vécues, qu'elle se pose activement à leur égard, qu'elle les juge et les évalue,

⁹²⁷ *Ibid.* p. 232.

⁹²⁸ *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne*, p. 134.

qu'elle les distingue ou les rejette »⁹²⁹. Pour Binswanger, ce premier trait de la personnalité correspond à la notion de « conflit psychique » propre à la psychanalyse freudienne : la personnalité de l'homme aurait deux aspects, l'un étant à comprendre comme « norme » (volonté du sujet d'apparaître conforme à la norme) l'autre comme « instance rejetant la norme » (constat du sujet de ne pas être conforme à la norme). Le second trait est la « domination de son propre trésor d'expérience vécue par la conscience intellectuelle », c'est-à-dire la manière dont le sujet accède plus ou moins à ses expériences vécues par la conscience et les domine. Le troisième trait correspond à la relation entre le premier et le deuxième, soit à « la relation entre l'expérience vécue de la valeur » et « la pénétration de l'expérience vécue par la conscience ». Binswanger explique enfin que le concept de refoulement est ce qui permet de comprendre l'articulation entre ces trois parties constitutives de la personnalité. Problème pour Binswanger : cette théorie correspond ou aboutit à une « physique » (physique freudienne) dans laquelle l'homme devient le jeu de forces : « le destin de la personnalité n'est maintenant plus déterminé par le quoi de son expérience vécue, par le pur psychologique donc [...] mais par la mesure de son expérience vécue, c'est-à-dire par la somme d'énergie psychéique qui se tient à sa disposition. La montée et la chute du manomètre dans ce réservoir, et la répartition des masses d'énergie dans les différents tuyaux communicants de l'appareil psychéique, le reflux, l'accumulation, la mobilité, la facilité ou la non facilité de déplacement des investissements d'énergie, c'est tout cela qui décide du destin de la personnalité »⁹³⁰. Binswanger montre ensuite l'importance du concept de pulsion chez Freud qui permet justement d'expliquer le point de jonction entre l'organique (le somatique) et le psychique (puisque Freud définit la pulsion comme « le concept limite entre le psychique et le somatique »), puis il montre en quoi la théorie freudienne s'oriente vers une « téologisation » (recherche de la fin ou du but de la pulsion) qui du coup réduit le pulsionnel à de l'organique puisque « il s'agit de tout autre chose si, comme cela se passe en biologie, on recherche les intentions ou les fins de la nature ou si, comme cela se passe en psychologie, on recherche les intentions ou les fins de la personne ! » à savoir ses « motifs ou ses « mobiles », les causes originelles de son action »⁹³¹. Puis il résume la manière dont pour Freud la « fin de la nature » (son « intention ») est : « dirigée sur le gain de plaisir et l'évitement de déplaisir », sur la « régulation automatique par le principe de plaisir » et affirme en quel sens « c'est un viol du concept de personnalité que de le dépersonnaliser par des points de vue naturalistes

⁹²⁹ *Ibid.*, p. 135.

⁹³⁰ *Ibid.*, p. 138.

⁹³¹ *Ibid.*, p. 141.

(s'appuyant sur les lois de la nature) et téléologiques »⁹³².

S'appuyant sur des articles de Freud sur les types de maladies névrotiques et sur l'étiologie des névroses, Binswanger analyse la manière dont Freud s'explique sur la « causation des névroses »⁹³³ en montrant comment pour Freud la maladie est toujours le résultat d'une interaction de différents facteurs ayant été pourtant « structurés en un fait psychéique-organique unitaire » : « interaction du refoulement purement psychéique, de la régression purement psychéique à la situation infantile (hystérie), de la régression purement biologique à des stades antérieurs de l'organisation pulsionnelle (névrose obsessionnelle), enfin, de la fixation pulsionnelle biologique et du déplacement d'énergie pulsionnelle purement quantitatif ». Pour Binswanger, « par l'une quelconque de ces conditions, l'équilibre psychéique de la personne peut donc être troublé »⁹³⁴, ce qui amène ensuite la théorie freudienne à une certaine conception de la maladie comme étant conditionnée à la fois par un facteur quantitatif (montant, niveau d'énergie pulsionnelle) et un facteur téléologique (recherche du plaisir), ces deux facteurs ne pouvant être pour autant mesurés et devant être postulés une fois la maladie déclarée. Cette conception de la maladie fait de celle-ci une incapacité de l'individu à maîtriser un certain montant d'énergie pulsionnelle, où l'individu ne peut plus agir selon des moyens déterminés (et la santé devient une manière de pouvoir maintenir ou contenir cette même énergie pulsionnelle et de pouvoir agir selon des moyens déterminés). Ainsi pour Freud, selon Binswanger, « la santé est ici la *collaboration* des fonctions partielles les plus diverses en vue de l'obtention d'une fin unitaire, qui ne peut être atteinte que par ces fonctions partielles déterminées »⁹³⁵. Il n'y a donc plus d'explication « causale » de la maladie, celle-ci devant se comprendre à partir d'une « constellation pathogène » (Freud) qui ne devient pas pathogène par l'émergence d'une cause (interne ou externe, endogène ou exogène) mais par un facteur ou rapport quantitatif. Ainsi pour Freud, ce qui « causerait » la névrose se « trouve régulièrement dans une situation psychique déterminée qui peut être constituée par différentes voies »⁹³⁶. Selon Binswanger, pour Freud la maladie n'est donc plus une déviation par rapport à un type moyen ou normal mais « la déviation d'une fin vivante », donc une sorte de déviation par rapport à soi, par rapport à sa propre capacité de se maintenir « vivant » en agissant selon des moyens déterminés par rapport à une fin « vivante ». En ce sens, la guérison visée par la psychanalyse n'est pas non plus de ramener l'individu à un type « moyen » ou « normal » mais de permettre la

⁹³² *Ibid.*, p. 142.

⁹³³ *Ibid.*, p. 144.

⁹³⁴ *Ibid.*, p. 145.

⁹³⁵ *Ibid.*, p. 147.

⁹³⁶ *Ibid.*, p. 148.

« restitution de la collaboration adéquate des fonctions partielles à une action totale, unitaire »⁹³⁷. Autre conséquence : la maladie ne dépend pas de certains mécanismes, lesquels peuvent se trouver présents de manière identique aussi bien chez un malade que chez un non malade. Ce qui est déterminant pour Freud selon Binswanger c'est « la connexion biologique dans laquelle ils surviennent », ou, en citant Freud, « l'importance vitale des actes dans lesquels ils sont situés ». Pour Binswanger « qu'ils surgissent dans les actes anodins de la vie quotidienne ou dans « les actes individuels ou sociaux les plus importants, c'est cela qui distingue santé et maladie, et les différentes maladies entre elles »⁹³⁸ »⁹³⁹. Mais ce qui expliquerait la nature et le déplacement de ces actes dépendrait « du cours suivi par le développement de la fonction de la libido et de son rapport avec les pulsions d'auto-conservation »⁹⁴⁰ et c'est ce qui permettrait le diagnostic différentiel (entre hystérie, névrose obsessionnelle et paranoïa). Pour Binswanger, l'intérêt de cette approche psychanalytique (par rapport à la psychiatrie clinique) est de ne plus séparer les modes d'observation psychologique, quantitatif et biologique mais de les prendre tous en compte. La réserve de Binswanger à l'égard de cette approche est toutefois qu'elle met l'accent sur la dimension biologique et qu'elle aboutit à un diagnostic biologique de la maladie psychique.

Pour résumer la manière dont Binswanger conçoit la psychanalyse freudienne, on retient que son but est d'inviter la psychiatrie à s'inspirer du système unitaire que représente la conception freudienne de l'homme qui considère le malade dans « la totalité de son existence psychique, dynamique et biologique »⁹⁴¹. En même temps, Binswanger reproche à la psychanalyse de réduire l'homme à sa dimension biologique (à travers le concept fondamental de pulsion) et c'est en ce sens qu'il termine sa conférence sur « psychanalyse et psychiatrie clinique » en annonçant à ses confrères psychiatres : « j'espère pouvoir vous orienter bientôt par une étude un peu plus étendue. Il s'agit en particulier du large courant de la direction de recherche phénoménologique issue de Husserl, un courant dont la psychanalyse aussi ne peut qu'espérer une révision salutaire de ses fondements conceptuels »⁹⁴².

Si Binswanger reproche à Freud de réduire l'homme à sa dimension biologique (pulsions et déterminisme pulsionnel) tout en lui accordant le mérite d'avoir en vue la totalité de la personne malade (physique et psychique), c'est parce qu'il a en vue l'idée que la totalité existentielle de la personne (malade) est à comprendre « à partir » de l'idée d'intentionnalité,

⁹³⁷ *Ibid.*, p. 148.

⁹³⁸ Freud, *Psychopathologie de la vie quotidienne*, 3ème éd. p. 148.

⁹³⁹ *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne*, p. 149.

⁹⁴⁰ *Ibid.*, p. 149.

⁹⁴¹ *Ibid.*, p. 152.

⁹⁴² *Ibid.*, p. 152.

de projet de monde et d'être-au-monde : la totalité existentielle est ce qui doit rendre compte de la dimension vivante (biologique), intersubjective (rapport au monde et à autrui) et intentionnelle (projet de monde, idéal) de l'être-homme. De même, il encourage la psychiatrie à suivre la psychanalyse en ce que « sa visée n'est en effet jamais de détecter une seule cause originelle. Seule est en effet d'importance pour elle la coopération des conditions singulières de la maladie en une situation pathogène »⁹⁴³. On retrouve là en effet le projet de la phénoménologie psychiatrique de ne pas chercher une ou des causes ciblées et isolées, mais de voir la modification totale ayant lieu « dans » la maladie elle-même, dans son cours.

Pour autant et pour nous, cette question de l'interaction ou de la « coopération » des différents facteurs en jeu reste centrale. Notre question reste celle de savoir ce qui, dans la maladie, fait que cette totalité devient un échec de l'existence, une chute, une perte du monde, un retrait en soi, une « flexion déterminée du transcender ». Nous voulons « justement » savoir comment les différents pôles de l'existence humaine s'articulent et se désarticulent pour ainsi conduire à un tel échec. Ce qui prend la forme d'une interaction multifactorielle combinant différents facteurs pour créer une situation ou configuration pathogène ne peut-il être analysé pour répondre à la question : qu'est-ce qui agit sur quoi et par où tout commence-t-il ?

D – Défense et compensation (la maladie comme adaptation ou incapacité d'adaptation) (réaction/reconfiguration)

L'autre difficulté que soulève l'approche phénoménologique de la maladie psychique est la question de savoir comment comprendre le fait de tomber malade, quelle signification (positive ou négative) donner à ce phénomène. La maladie apparaît en effet à la fois comme un « échec » de l'existence, dans son déploiement de possibilités, et comme une « autre » manière d'exister. On ne sait pas si le sujet qui tombe malade est incapable de supporter la réalité telle qu'elle s'offre à lui, depuis sa constitution (défaillante), ou bien si au contraire il montre une capacité à s'adapter à ce qui lui arrive (par la maladie elle-même).

Ainsi ce qui apparaît chez Minkowski de façon assez claire, c'est l'idée d'un processus morbide (perte d'élan vital dans la schizophrénie) dont on ne cherche pas tant les causes que les effets produits. Ce sont ces effets qui constituent la maladie en elle-même dans ses symptômes visibles, et qui représentent pour le sujet une manière de « compenser » sa défaillance. On a chez Minkowski l'idée paradoxale que le sujet, en s'adaptant à sa maladie, tombe précisément malade. La notion de « compensation phénoménologique » éclaire cette

⁹⁴³ *Ibid.*, p. 151.

idée : rêverie, bouderie, retrait autistique sont pour Minkowski une manière (paradoxe) de « rester vivant » en cherchant à compenser (réduire) les effets engendrés par le trouble générateur (perte d'élan vital). Ne faut-il pas comprendre alors à ce niveau que la maladie est en réalité une adaptation à la maladie ?

Cette idée semble également apparaître chez Binswanger lorsqu'il évoque le fait que dans le délire mélancolique, « la nature se vient en aide à elle-même » suite au relâchement de la structure temporelle. Selon lui, « la Nature humaine se porte secours », « au milieu de ce relâchement extrêmement torturant, des liens constitutifs « normaux », elle essaie d'engager de nouveaux liens – sous la forme de l'auto-reproche mélancolique, de la faute mélancolique, et de la perte mélancolique en général », elle « essaie de jeter encore quelque matériau de combustion dans le brasier de la souffrance mélancolique »⁹⁴⁴. Comment comprendre ce paradoxe de la maladie cherchant en elle-même et dans son renforcement même son issue de secours ? Ne doit-on pas supposer que la maladie crée des moyens de « guérison » en quelque sorte internes, et qui sont en eux-mêmes morbides et porteurs de mort si rien ne vient guérir le malade du « dehors » ? On comprend alors que le malade ne peut que devenir de plus en plus malade tant la maladie s'entretient et se renforce en cherchant au contraire à se rendre supportable. Seul un « événement » extérieur (positif) pourrait venir remplacer les moyens mis en œuvre par la maladie elle-même, comme on le voit dans le cas du malade Bruno Brandt analysé par Binswanger dans *Mélancolie et manie*. Binswanger montre en effet comment l'épisode de la belette remplace en quelque sorte (de façon favorable) la décision initiale de se suicider en la faisant « s'évaporer ».

Chez Maldiney on retrouve le même paradoxe semble-t-il, mais davantage centré sur le rôle attribué à l'événement (sur fond de structure pathique). Maldiney se demande en effet si le délire est une aggravation de la maladie ou bien une manière de chercher à la compenser. Ainsi dit-il, à propos du délire de Schreber (délire de persécution) que « le délire est une lutte. Schreber suscite une puissance adverse contre laquelle il puisse avoir à combattre. Il s'agit bien d'une tentative pour rencontrer l'événement ». Mais il ajoute aussitôt : « Mais il ne se trouve en présence que d'êtres issus de son projet ». Par ailleurs, il suggère bien que « la démultiplication des persécuteurs dans le délire de Schreber, leur multiplication dans le délire de Suzanne Urban ont pour effet de diviser la compacité du terrifiant »⁹⁴⁵. Mais là même il pose la question de savoir s'il faut y voir « une façon d'échapper à la proximité absolue de sa propre étreinte ou [...] une aggravation de la terreur ? ». A cette question, Maldiney répond

⁹⁴⁴ *Mélancolie et manie*, p. 61

⁹⁴⁵ *Penser l'homme et la folie*, p. 207.

que justement « la question reste posée, mais l'échec est le même »⁹⁴⁶. Il faut donc semble-t-il continuer de poser cette question en se demandant jusqu'où la maladie apporte au malade ses propres solutions en étant toutefois porteuse de souffrance et de mort. Poser en effet que la maladie témoigne d'une incapacité d'adaptation du sujet face à la réalité semble autant inexact que poser l'inverse. La maladie ne semble ni un défaut ni une richesse, c'est un pis-aller, une manière de « faire avec », ce que Freud évoque par l'idée de compromis (les symptômes permettant de protéger la personne psychique contre ce qui serait « pire », tout en étant eux-mêmes des maux). Mais ce paradoxe de la maladie n'est-il pas ce qui permet de comprendre comment il faut précisément « sortir » de la maladie pour remplacer les mécanismes morbides « internes » par des interventions extérieures ? N'est-ce pas aussi une manière de suggérer qu'on ne peut espérer de la maladie qu'elle s'atténue d'elle-même (puisque précisément elle se renforce en cherchant à se combattre) ? Ne faut-il pas alors intervenir le plus tôt possible et « avant » même de « tomber » malade ?

IV – La question de la dimension irréversible (déterminée) de la maladie (mécanisme, processus croissant)

Nous abordons ici à partir de ce qui précède la question de la dimension irréversible de la maladie, dans son vécu de « chute » ou de « basculement ». Le sujet semble bien ressentir ce phénomène dans ce qui précisément lui « arrive » lorsqu'il « tombe » malade : le temps vécu, temps projectif capable de s'ouvrir à l'avenir en maintenant la continuité avec le passé, semble se refermer sur lui-même sans possibilité de retour à « la normale ».

Or ce qui ressort de l'approche phénoménologique envisagée précédemment, c'est que, une fois encore, la description de la maladie, en ne se voulant pas explicative (ni causale), décrit le temps vécu du malade dans sa défaillance même, donc lorsque le sujet est « déjà » malade.

Ainsi le temps invoqué chez Binswanger dans la manie ou dans la mélancolie n'est pas le temps qui « rend malade », il est le temps malade lui-même. Le sujet apparaît donc déjà malade avant de tomber malade et la notion même de « chute » semble devoir être remise en question. Il n'y a pas à proprement parler de « chute » au sens de chute brutale faisant tomber quelqu'un « tout d'un coup » et de façon telle qu'il ne puisse pas se « rattraper ».

Dans les analyses précédentes et dans les différents cas évoqués, ce qui fait « chuter » ou « tomber » correspondrait plutôt à une perte légère d'équilibre au sein d'un équilibre déjà fragile. On peut prendre l'image d'une personne en équilibre sur une jambe qui ne pourrait que

⁹⁴⁶ *Ibid.*, p. 207.

chuter si on la pousse même faiblement, comparée à une personne en équilibre sur deux jambes et que l'on pousserait de la même façon. La dimension d'irréversibilité impliquée dans la notion même de chute semble difficile à circonscrire : est-ce dans la défaillance même, ne pouvant que s'accroître au contact des événements, qu'il nous faut situer l'irréversibilité de la chute, en ajoutant l'idée que cette défaillance « pèse » sur le sujet (poids qui expliquerait le basculement) ou bien faut-il situer l'irréversibilité dans l'impact (brutal et violent) de l'événement qui « fait » basculer ?

Par ailleurs, l'équilibre fragile de départ évoqué par l'approche phénoménologique est d'ordre intentionnel et temporel (défaillance de la structure ou de la constitution) mais ce déséquilibre semble s'ajouter au déséquilibre propre de l'homme en tant qu'être-au-monde ayant à exister (à devenir soi, à réaliser ses possibilités les plus propres) : l'homme est toujours menacé par les événements qui rendent impossible ou problématique son existence. Binswanger évoque en effet la dérégulation du *Dasein* qui serait en question dans la manie et la mélancolie (et qui expliquerait que malgré ses formes variées, ces psychoses sont « génériques »). Dans la schizophrénie, Binswanger évoque plutôt l'histoire personnelle du sujet (projet de monde contrarié), mais là aussi, cette histoire semble menacée par la réalité humaine elle-même (besoin de manger et possibilité naturelle de grossir, appartenance à un groupe social et échec social toujours possible). L'irréversibilité de la chute (impossibilité de retour en arrière pendant que l'on tombe malade) semble ainsi contenue aussi bien dans la constitution (fragile, défaillante) du sujet que dans la condition humaine (condition à prendre au sens de structure de possibilités et non pas conditionnement).

De fait, ces déséquilibres expliqueraient la manière dont la maladie ne pourrait être empêchée, une fois débutée. Dans la mélancolie, le premier événement (même fortuit et interchangeable) serait l'occasion de dérouler tout un processus s'engorgeant de lui-même : il active un « fond de souffrance » (propre à l'homme confronté à l'impossibilité), puis il isole cette souffrance et en fait un unique « thème » (thématisation), ce thème prend toute la place et devient « le » monde du mélancolique. L'impossible devient ensuite le sens même (intentionnel) du sujet qui donne alors au suicide le moyen de réaliser (rendre possible) cet impossible.

On peut donc voir dans la maladie une forme de projet, lequel expliquerait son caractère irréversible : le malade irait jusqu'au bout de sa défaillance constitutive en en faisant son horizon de sens et de possibilité, même si c'est dans la réduction même de ses possibilités qu'il l'accomplit (dans un processus compensatoire illusoire).

En même temps, l'insistance sur l'idée que le sujet malade doit être compris dans son « projet de monde », dans son « intention » ou « choix » ou « décision » semble contredire la manière

dont le sujet est par ailleurs enfermé, contraint et incapable d'exercer aucun véritable choix. Cette difficulté est parfois mentionnée mais n'est pas vraiment explicitée : Binswanger fait référence à une forme de liberté au sein de la contrainte, ou de contrainte libre, où le sujet choisirait de ne pas se laisser contraindre ou choisirait d'aller jusqu'au bout de la contrainte dans laquelle il s'enlise (ainsi la décision du suicide apparaît-elle comme étant un acte de liberté au sein d'un projet de monde vécu comme impossible).

Enfin, ce qui nous est apparu également comme étant en lien avec la notion d'irréversibilité, et qui pose également problème, est l'idée d'une certaine « logique » à l'œuvre dans la « chute ». L'irréversibilité de la maladie en tant que chute impossible à rattraper serait liée d'une part à une logique de la pensée (recherche vaine de solutions, déduction), d'autre part à une logique émotionnelle (répétition et entretien des mêmes émotions, ancrage). Elle serait également liée au temps physique (durée) ainsi qu'au temps propre du sujet (incapacité projective avec excès de rétention ou excès d'appréhension : incapacité à se situer dans un présent authentique relié au passé et au futur). Enfin elle serait liée à un décalage entre le temps du monde et le temps du sujet (comme c'est le cas pour Ellen West se sentant plus vieille que son âge réel). Tous ces facteurs expriment là aussi la manière dont le sujet humain, dans son rapport au monde, « obéit » à certains « mécanismes » auxquels se confronte sa liberté et qui peuvent la mettre en échec lorsqu'elle ne peut plus offrir suffisamment de résistance ou lorsqu'elle s'y soumet et s'abandonne à ces mécanismes en les renforçant, comme c'est le cas dans le projet de suicide par exemple, ou dans le délire.

Ainsi, l'irréversibilité de la maladie ou de la folie serait l'expression d'un échec (échec de l'idéal), et histoire de son échec. Cet échec serait « couru d'avance ».

Le sujet tombant malade serait « au départ » dans un temps projectif réduit, impliquant selon les maladies et selon les facteurs soit un projet ou idéal présomptueux, soit un défaut de réceptivité, ou encore un manque d'élan vital. Il serait limité dans sa capacité à changer d'idéal, à s'adapter aux circonstances, donc à revenir sur son projet pour le reprendre et le réengager dans le temps. Les événements (la réalité) viendraient stopper le projet (l'idéal), donc bloquer son déroulement temporel. Dans ce cas, le temps projectif, pour le sujet « s'arrête ». Ou encore, le projet idéal ne se déroulerait pas dans un temps authentique mais dans un temps imaginaire, comme on le voit pour Ellen West. Dans le même temps (temps projectif arrêté, temps imaginaire), la logique de la pensée suit son cours et continue de chercher à maintenir l'idéal par tous les moyens (moyens condamnés à l'échec).

Par projet, il faut entendre horizon de sens, direction intentionnelle, style, manière d'être engagé dans l'existence et ouvert aux possibilités offertes.

Cela nous amène à nous demander jusqu'où la rencontre entre l'idéal et la réalité se révèle pathogène : l'idéal conçu comme présomptueux l'est-il toujours et absolument ou bien est-ce la réalité qui, en le perturbant, le rend présomptueux ? Si Susan Urban n'avait pas perdu son mari dans ces circonstances, si Ellen West avait pu rester mince..., seraient-elles tombées malades ? Le déséquilibre initial ne peut-il être compensé par des événements « positifs » ? L'idéal ne devient-il pas présomptueux du fait même d'être contrarié et parce qu'il doit alors se renforcer pour résister aux impasses que lui impose la réalité des événements ?

Dans ce cas, le malade n'est-il pas « normal » en restant attaché à son idéal jusque dans la maladie ? Ce qui rend malade n'est-il pas le vécu d'un « acharnement » contre un projet de monde somme toute « normal » et que la réalité viendrait « sans cesse » contrarier, empêcher ? En ce sens, de quelle « hauteur » chute-t-on exactement lorsque l'on « tombe » malade ? Tombe-t-on vraiment « de haut » de par un projet de monde « trop élevé » pour nous ou bien tombe-t-on simplement de « sa » hauteur pour tomber « par terre » (image du marécage ou du ver de terre chez Binswanger) ou pour tomber « plus bas » (image du fond » chez Maldiney) ?

Ne pourrait-on également, au sein même de la « chute », empêcher qu'elle ne prenne sa forme irréversible (mais par quels moyens) ou bien faudrait-il agir en amont ? Mais où situer cet amont si c'est au sein d'une structure ou d'un processus invisibles (ne se révélant que dans la maladie) ?

V – Limites de la psychiatrie phénoménologique en tant que thérapie

Le problème que pose la thérapie est selon nous assez simple. Il déborde le cadre de la psychiatrie phénoménologique pour prendre une signification plus large.

On ne peut que se demander en effet, à la suite de ce qui vient d'être dit, si une thérapie cherchant à agir lorsque le malade est malade n'est pas, sinon condamnée à l'échec, du moins très limitée : beaucoup de malades mélancoliques n'échappent pas au suicide, d'autres sont perdus de vue, d'autres restent toujours fragiles et menacées par des rechutes. Ces limites apparaissent de diverses manières dans l'œuvre de Binswanger ainsi que dans l'œuvre de Minkowski. Nous en relevons quelques aspects ici.

Le premier point concerne la méthode thérapeutique en elle-même. Pour Binswanger, ce qui est mis en avant (et qui est repris par beaucoup) est le principe du « diagnostic par sentiment ». Il s'agit d'avoir en quelque sorte l'intuition de ce qu'il faut faire pour soigner le malade, comme on le voit chez la patiente atteinte de hoquet et que Binswanger « décide » de

soigner en lui bloquant la respiration. On ne peut s'empêcher ici de penser à Freud dont la « première » patiente (Fanny Moser) ayant eu tout d'un coup la réaction de lui dire « ne bougez pas, ne me parlez pas, ne me touchez pas »⁹⁴⁷ fut celle qui l'initia à sa méthode future (abandon de l'hypnose notamment et méthode cathartique).

Or on ne peut que s'interroger sur ce que peut avoir de « fiable » le sentiment, et ce d'autant plus lorsqu'il se veut « méthode » de diagnostic (médical et spécialisé en psychiatrie). Ce sentiment s'apparente-t-il à de l'intuition (permettant de saisir directement l'intériorité du malade) ou relève-t-il de l'empathie (permettant de saisir la souffrance d'autrui) ?

La même question se pose lorsqu'il s'agit d'appliquer ce diagnostic par sentiment au schizophrène, en percevant de façon manifeste son manque de communication. N'y a-t-il pas un risque d'erreur autant dans le diagnostic lui-même que dans la méthode de soin adoptée suite à ce diagnostic ? Ou encore, n'y a-t-il pas autant de « chances » de réussite que de chances d'échecs ? Les cas évoqués montrent en effet que l'intuition mobilisée a eu des effets positifs : début de la psychanalyse proprement dite où la cure par la parole seule aboutit à des résultats plus probants que l'hypnose chez Freud, disparition ou du moins diminution significative du hoquet dans le cas de la patiente de Binswanger, mise en évidence du repli autistique caractéristique de la schizophrénie... Mais il s'avère aussi que certains diagnostics ont été difficiles à établir (Ellen West était-elle vraiment schizophrène et son suicide n'est-il pas dû à une erreur de diagnostic?) et que l'on peut s'interroger sur l'importance accordée au diagnostic là où l'approche choisie (la psychiatrie phénoménologique) vise d'abord et avant tout la compréhension du monde du malade.

Ainsi, Arlette Joli dans son article « L'enjeu de la description : clinique et phénoménologie »⁹⁴⁸ décrit l'approche phénoménologique comme étant en opposition avec une approche plus classique (héritée de Bleuler). Citant Binswanger dans *Introduction à l'analyse existentielle*, elle écrit : « le phénoménologue [...] cherche à se familiariser avec les significations que l'expression verbale du malade éveille en lui, à se voir lui-même dans le phénomène psychique anormal indiqué par le langage. Au lieu de réfléchir à sa relation avec d'autres phénomènes psychiques anormaux et à ses conditions d'apparition, il ne cherche que les signes distinctifs immanents à cette expérience vécue psychopathologique et que l'on peut découvrir en elle »⁹⁴⁹. Elle poursuit en résumant : « les règles de la description sont ici énoncées : substituer à la classification fixée par un modèle une recherche des significations ;

⁹⁴⁷ *Etudes sur l'hystérie*

⁹⁴⁸ dans *Ludwig Binswanger, Philosophie, Anthropologie clinique, Daseinsanalyse*, Argenteuil, Le cercle Herméneutique, 2011

⁹⁴⁹ *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 116.

renoncer aux relations entre genres psychopathologiques préétablis ainsi qu'aux explications causales pour accéder à une nouvelle sémiologie où les signes ne soient plus indicatifs de symptômes mais expressifs d'une expérience psychopathologique singulière »⁹⁵⁰. De même « le psychiatre phénoménologue ne cherche pas à abstraire des symptômes en fonction d'une classification nosographique préalable tels que des épisodes hallucinatoires visuels ou auditifs, pour ensuite fixer un jugement et établir le diagnostic de schizophrénie. Il est, au contraire, à l'écoute d'une expression singulière »⁹⁵¹.

Dans son article sur « L'apport de Binswanger à la clinique » (*Ludvig Binswanger, Philosophie, Anthropologie clinique, Daseinsanalyse*), Gérard Ulliac souligne également ce qui distingue l'approche phénoménologique de la maladie de la psychiatrie classique, en évoquant Binswanger qui « ne cherche pas à expliquer les symptômes ou l'expression langagière du patient mais à les *pénétrer* »⁹⁵². Ainsi « à la recherche de l'essence du trouble, Binswanger est toujours guidé par cette idée centrale : considérer le patient dans ses dires ou comportements comme un être humain singulier, sans chercher, de toute force, à ramener le tableau clinique à telle ou telle fonction biologique ou psychopathologique. Pour cela, la méthode veut contempler le phénomène et rien que le phénomène »⁹⁵³.

Pour Minkowski aussi, l'approche phénoménologique du malade se veut spécifique et il évoque également Binswanger pour souligner le rôle du « sentiment » : « observer en spectateur impassible, comme on le fait quand on regarde une coupe au microscope, énumérer et classer les symptômes psychotiques, pour aboutir à un diagnostic soi-disant « scientifique » par raison pure, ne nous suffira point. Nous ferons aussi entrer en jeu notre personnalité vivante, et mesurerons, en confrontant avec elle, le caractère particulier de la façon d'être de notre malade. En dehors de notre raison, nous ferons intervenir notre sentiment, ce qui évidemment ne veut pas dire que nous allons nous apitoyer sur le sort du patient, mais que nous essaierons de « sentir » avec lui et de voir comment il sent. Du résultat de cette épreuve, nous ferons un élément important de notre jugement *psychiatrique* sur lui »⁹⁵⁴. Pour autant, Minkowski précise : « cet élément nouveau ne diminue évidemment en rien le rôle des symptômes » pour suggérer qu'il ne s'agit pas tant d'opposer deux approches que de les associer : « au diagnostic « par raison » viendra se joindre le *diagnostic par sentiment* ou mieux *par pénétration*, qui bien souvent sera de beaucoup le plus important ». Puis il insiste

⁹⁵⁰ *Ludwig Binswanger, Philosophie, Anthropologie clinique, Daseinsanalyse*, p. 158.

⁹⁵¹ *Ibid.* pp. 158-159.

⁹⁵² « L'apport de Binswanger à la clinique » (dans *Ludvig Binswanger, Philosophie, Anthropologie clinique, Daseinsanalyse*) p. 210.

⁹⁵³ *Ibid.*, p. 211.

⁹⁵⁴ *La schizophrénie*, p. 94

sur la valeur malgré tout de ce diagnostic que l'on pourrait croire incertain ou peu fiable : « il est évident que le diagnostic par pénétration ne saurait en aucun cas être rabaissé au rang de diagnostic de simple impression. La méthode dont il est question demande, comme tout autre méthode, à être apprise ; elle ne s'acquiert que par une longue expérience »⁹⁵⁵. Citant Binswanger, il reprend l'idée que par ce diagnostic, même si les symptômes ne sont pas très apparents, le médecin est pour autant certain d'avoir en face de lui un schizophrène. Cette certitude ne lui vient pas d'une observation externe le faisant simplement supposer (que son patient est atteint de schizophrénie), elle lui vient de son sentiment à lui, à comprendre non pas comme sentiment ordinaire (d'ordre émotionnel ou sensoriel) mais comme ensemble des « actes psychiques particuliers à l'aide desquels nous percevons, en général, la personnalité de nos semblables »⁹⁵⁶. Pour Minkowski comme pour Binswanger, cette perception saisit la personnalité tout entière (et une de ses parties) et, dans le cas de la schizophrénie, elle consiste à s'apercevoir qu'une personne (un patient) « nous est « étrangère », que nous n'avons pas de contact affectif avec elle ». Minkowski précise (citant toujours Binswanger) : « cette absence de contact affectif peut parfois être la seule perception, concernant la personnalité en question, dont je dispose », telle une « barrière affective » capable même de faire ressentir (intérieurement) un « mouvement de recul ». Minkowski résume ainsi ce diagnostic par sentiment ou par pénétration : une « voie » qui (s'associant à la voie classique qui « dissèque » par la raison) « pénètre la personnalité d'autrui en entier comme telle et qui l'aperçoit dans un seul acte, par sentiment, dans tout ce qu'elle a de vivant et de mort en elle »⁹⁵⁷.

Ici, on ne peut que s'interroger en précisant nos deux questions de départ, à savoir la question de la fiabilité du diagnostic par sentiment et la question de l'importance accordée (ou non) au diagnostic. Si ce qui est visé par l'approche phénoménologique est une meilleure thérapie que celles proposées par la psychanalyse et par la psychiatrie, en cherchant à restaurer la capacité (totale et fondamentale) existentielle du sujet dont l'existence est en échec, on ne peut que se demander « d'où l'intervention du thérapeute tire son pouvoir libérateur »⁹⁵⁸. En effet, ne faut-il pas comprendre que la capacité du thérapeute à « sentir » d'où parle le malade, à saisir « son » monde (malade) est en même temps la capacité même à soigner ? Le diagnostic (par sentiment) n'a-t-il pas une valeur et une fonction thérapeutiques ? Mais alors pourquoi conserver à tout prix le concept de diagnostic ainsi que son utilisation, si le but est de dépasser

⁹⁵⁵ *Ibid.*, p. 95.

⁹⁵⁶ Binswanger, « Problèmes posés en psychiatrie par la psychologie moderne » (Welche Aufgaben ergeben sich für die Psychiatrie aus den Fortschritten der neueren Psychologie ? », *Zeitsch.f.d.ges.Neur.u.Psych.*, t. XCI, 1924.)

⁹⁵⁷ *La schizophrénie*, p. 98.

⁹⁵⁸ Svetlana Sholokhova, « De la possibilisation à la transpassibilité, Penser les enjeux thérapeutiques de la Daseinsanalyse avec Maldiney et Lévinas », dans *Penser l'humain avec Maldiney*, Italie, Editions Mimésis, 2016

les limites qu'impose précisément une classification ?

VI – L'apport des neurosciences

Cette difficulté de l'approche phénoménologique psychiatrique à se tenir à la fois dans la psychiatrie (et dans la classification « classique ») et dans l'analyse existentielle nous amène à nous interroger sur l'apport éventuel des neurosciences à cette approche. La psychiatrie est en effet d'abord une médecine qui soigne des maladies liées à des dérèglements ou dysfonctionnements avant tout organiques. L'utilisation de médicaments agissant sur le cerveau présuppose qu'une action sur celui-ci peut être réparatrice ou compensatrice de ce qui, à un niveau neurologique, serait défaillant. Or la référence (directe) aux neurosciences est quasi absente chez les auteurs que nous avons référencés même s'ils discutent et débattent de l'origine « organique » des maladies étudiées (lésion cérébrale, hérédité). Est-ce parce que les neurosciences n'étaient pas à proprement parler « nées » ou bien est-ce toujours parce qu'il s'agit d'avoir en vue non pas tant l'explication (causale) de ce qui « rend » malade que la compréhension de ce qui « est » (déjà) malade ? Ou bien est-ce l'approche réduite et réductrice de l'explication organiciste qui est visée ?

Un bref rappel de ce qui est reproché aux neurosciences nous a semblé nécessaire, en commençant par Bergson pour qui le problème que pose une approche « cérébrale » des phénomènes de conscience est justement un problème de « réduction ».

A – La critique bergsonienne du réductionnisme

Nous nous appuyerons sur les passages du Chapitre II de *L'énergie spirituelle* (« L'âme et le corps ») pour résumer les reproches faits par Bergson à ce qu'il nomme le réductionnisme.

Bergson veut montrer qu'on ne peut réduire la conscience et les phénomènes de la conscience (pensées, volitions, souvenirs...) à des phénomènes cérébraux (déplacements de molécules dans le cerveau), que ces phénomènes sont distincts et qu'il n'y a pas non plus de parallélisme entre un phénomène cérébral et un phénomène de conscience (telle pensée ne correspond pas à tel mouvement ou à tel « groupement d'atomes »). Il expose et critique le discours matérialiste et scientifique qui opère une telle réduction de cette manière : « écoutez parler la science. D'abord, vous reconnaîtrez bien vous-même que cette « âme » n'opère jamais devant vous sans un corps. Son corps l'accompagne de la naissance à la mort, et, à supposer qu'elle en soit réellement distincte, tout se passe comme si elle y était liée inséparablement. Votre

conscience s'évanouit si vous respirez du chloroforme ; elle s'exalte si vous absorbez de l'alcool ou du café. Une intoxication légère peut donner lieu à des troubles déjà profonds de l'intelligence, de la sensibilité et de la volonté. Une intoxication durable, comme en laissent derrière elles certaines maladies infectieuses, produira l'aliénation. S'il est vrai qu'on ne trouve pas toujours, à l'autopsie, des lésions du cerveau chez les aliénés, du moins en rencontre-t-on souvent ; et, là où il n'y a pas de lésion visible, c'est sans doute une altération chimique des tissus qui a causé la maladie. Bien plus, la science localise en certaines circonvolutions précises du cerveau certaines fonctions déterminées de l'esprit, comme la faculté [...] d'accomplir des mouvements volontaires [...]. La mémoire même [...] a pu être localisée en partie [...] Mais y a-t-il réellement une âme distincte du corps ? Nous venons de voir que des changements se produisent sans cesse dans le cerveau, ou, pour parler plus précisément, des déplacements et des groupements nouveaux de molécules et d'atomes. Il en est qui se traduisent par ce que nous appelons des sensations, d'autres par des souvenirs ; il en est, sans aucun doute qui correspondent à tous les faits intellectuels, sensibles et volontaires : la conscience s'y surajoute comme une phosphorescence ; elle est semblable à la trace lumineuse qui suit et dessine le mouvement de l'allumette qu'on frotte, dans l'obscurité, le long d'un mur. Cette phosphorescence, s'éclairant pour ainsi dire d'elle-même, crée de singulières illusions d'optique intérieure ; c'est ainsi que la conscience s' imagine modifier, diriger, produire les mouvements dont elle n'est que le résultat ; en cela consiste la croyance à une volonté libre. La vérité est que si nous pouvions, à travers le crâne, voir ce qui se passe dans le cerveau qui travaille, si nous disposions, pour en observer l'intérieur, d'instruments capables de grossir des millions de millions de fois autant que ceux de nos microscopes qui grossissent le plus, si nous assistions ainsi à la danse des molécules, atomes et électrons dont l'écorce cérébrale est faite, et si, d'autre part, nous possédions la table de correspondance entre le cérébral et le mental, je veux dire le dictionnaire permettant de traduire chaque figure de la danse en langage de pensée et de sentiment, nous saurions aussi bien que la prétendue « âme » tout ce qu'elle pense, sent et veut, tout ce qu'elle croit faire librement alors qu'elle le fait mécaniquement. Nous le saurions même bien mieux qu'elle, car cette soi-disant âme consciente n'éclaire qu'une petite partie de la danse intra-cérébrale, elle n'est que l'ensemble des feux follets qui voltigent au-dessus de tels ou tels groupements privilégiés d'atomes, au lieu que nous assisterions à tous les groupements de tous les atomes, à la danse intracérébrale tout entière. Votre âme consciente est tout au plus un effet qui aperçoit des effets : nous apercevrons les effets et les causes »⁹⁵⁹.

⁹⁵⁹ *L'énergie spirituelle*, Paris, PUF, 2017 (1919), pp. 31-34.

Ce point de vue matérialiste bien résumé par Bergson se voit confirmé par certaines expériences faites sur des cerveaux en activité, grâce à l'imagerie cérébrale. Comme l'explique Raphaël Gaillard⁹⁶⁰, l'imagerie cérébrale permet de constater que la conscience d'un mouvement volontaire suit (et non pas précède) l'activité cérébrale, comme si elle n'était effectivement qu'un épiphénomène donnant l'illusion d'une décision libre (ce qui serait en accord sur ce point avec Spinoza pour qui l'esprit est la pensée du corps).

Voyons toutefois la réponse de Bergson à cet argument possible (qu'il anticipe, de fait, puisque l'imagerie intracérébrale aux effets grossissants qu'il fait envisager par les scientifiques est devenue aujourd'hui une réalité). Tout d'abord, on ne peut appliquer aux phénomènes psychiques des lois physiques : « à ceux qui soutiennent que ce sentiment [de liberté, d'action volontaire] est illusoire incombe l'obligation de la preuve. Et ils ne prouvent rien de semblable, puisqu'ils ne font qu'étendre arbitrairement aux actions volontaires une loi vérifiée seulement dans des cas où la volonté n'intervient pas »⁹⁶¹ (phénomènes physiques). Bergson fait allusion ici à la loi de conservation de l'énergie, censée vérifier qu'il ne peut pas y avoir création (augmentation) d'énergie. Si l'on devait « mesurer » l'énergie déployée par la volonté, on ne pourrait pas, tant elle serait faible, ce qui ne l'empêcherait pas d'être très efficace, comme le suggère l'image de l'étincelle : « il est d'ailleurs bien possible que, si la volonté est capable de créer de l'énergie, la quantité d'énergie créée soit trop faible pour affecter sensiblement nos instruments de mesure : l'effet pourra néanmoins en être énorme, comme celui de l'étincelle qui fait sauter une poudrière »⁹⁶².

Bergson veut montrer ici que le mouvement volontaire est dû à l'étincelle de la volonté « allumant » le glycogène « déposé dans les muscles » (jouant le rôle d'un explosif ou d'une poudrière) et que la « fabrication » de cette énergie (mouvement) correspond en réalité à « la préoccupation continuelle et essentielle de la vie, depuis sa première apparition dans des masses protoplasmiques déformables à volonté jusqu'à son complet épanouissement dans des organismes capables d'actions libres »⁹⁶³. La volonté est en ce sens un prolongement de la vie, de l'élan vital.

Le but de Bergson dans ces arguments critiques est de dénoncer le parallélisme « organo-psychique » que la science établit entre les états psychiques et les phénomènes cérébraux, parallélisme qui impliquerait qu'à un mouvement cérébral corresponde un état psychique, lequel serait la simple traduction ou correspondance du premier. Or l'idée de Bergson est qu'il

⁹⁶⁰ « L'essor des neurosciences : faut-il parler de désobjectivation ? », Les séminaires de Sainte Anne, 13/02/2018

⁹⁶¹ *L'énergie spirituelle* p. 34.

⁹⁶² *Ibid.*, p. 35.

⁹⁶³ cf. Chapitre 1 sur « la conscience et la vie »

n'y a pas une telle correspondance, impliquant une réduction du psychique au cérébral. Ce que Bergson veut bien admettre, c'est l'idée d'une union entre le cérébral et le psychique, mais qui n'impliquerait qu'un phénomène d'« insertion » : le psychique serait inséré dans le cerveau, comme « accroché » (d'où l'image bien connue de Bergson du clou auquel serait accroché un vêtement : que le vêtement soit accroché au clou et dépende du clou ne veut pas dire que le vêtement est le clou ou la traduction du clou, ni qu'à un clou ne corresponde qu'un seul vêtement possible; d'où aussi l'image du jeu d'acteurs dont on ne peut deviner les paroles à partir des simples gestes ; ou encore l'image du cadre pouvant contenir plusieurs tableaux différents sans que l'on puisse déduire du cadre quel tableau y sera inséré). Cette insertion de la pensée dans le cerveau implique ainsi que « le cerveau ne détermine pas la pensée ; et [que] par conséquent la pensée, en grande partie du moins, est indépendante du cerveau ». Par ailleurs, cela signifie également que le psychique est « bien plus » que le cerveau, qu'il y a bien plus de pensées que ce que l'on voit « dans » le cerveau : « le cerveau est un organe de pantomime, et de pantomime seulement. Son rôle est de mimer la vie de l'esprit, de mimer aussi les situations extérieures auxquelles l'esprit doit s'adapter. L'activité cérébrale est à l'activité mentale ce que les mouvements du bâton du chef d'orchestre sont à la symphonie. La symphonie dépasse de tous côtés les mouvements qui la scandent ; la vie de l'esprit déborde de même la vie cérébrale. Mais le cerveau, justement parce qu'il constitue ainsi le point d'insertion de l'esprit dans la matière, assure à tout instant l'adaptation de l'esprit aux circonstances, maintient sans cesse l'esprit en contact avec les réalités. Il n'est donc pas à proprement parler, organe de pensée, ni de sentiment, ni de conscience ; mais il fait que conscience, sentiment et pensée restent tendus sur la vie réelle et par conséquent capables d'action efficace. Disons, si vous voulez, que le cerveau est l'organe de *l'attention* à la vie »⁹⁶⁴.

Cela semble bien signifier une distinction à faire (que Bergson ne fait pas toujours semble-t-il) entre le cerveau, l'esprit et la conscience. On comprend ainsi que le cerveau rend conscientes certaines pensées (parmi d'autres) contenues dans l'esprit, et que ces pensées sont « normalement » tournées vers l'action, vers la réalité.

Bergson analyse ainsi le « déraisonnement » pathologique, comme une conséquence possible d'une altération cérébrale, n'impliquant pas pour autant que ce soit l'esprit lui-même qui soit « dérangé » même si c'est bien cela qui « paraît » : « c'est pourquoi il suffira d'une légère modification de la substance cérébrale pour que l'esprit tout entier paraisse atteint. Nous parlions de l'effet de certains toxiques sur la conscience, et plus généralement de l'influence

⁹⁶⁴ *L'énergie spirituelle*, p. 47.

de la maladie cérébrale sur la vie mentale. En pareil cas, est-ce l'esprit même qui est dérangé, ou ne serait-ce pas plutôt le mécanisme de l'insertion de l'esprit dans les choses ? Quand un fou déraisonne, son raisonnement peut être en règle avec la plus stricte logique : vous diriez, en entendant parler tel ou tel persécuté, que c'est par excès de logique qu'il pêche. Son tort n'est pas de raisonner mal, mais de raisonner à côté de la réalité, en dehors de la réalité, comme un homme qui rêve. Supposons, comme cela est vraisemblable, que la maladie soit causée par une intoxication de la substance cérébrale. Il ne faut pas croire que le poison soit allé chercher le raisonnement dans telles ou telles cellules du cerveau, ni par conséquent qu'il y ait, en tels ou tels points du cerveau, des mouvements d'atomes qui correspondent au raisonnement. Non, il est probable que c'est le cerveau tout entier qui est atteint [...] ainsi une modification même légère de la substance cérébrale tout entière pourra faire que l'esprit, perdant contact avec l'ensemble des choses matérielles auxquelles il est ordinairement appuyé, sente la réalité se dérober sous lui, titube, et soit pris de vertige. C'est bien, en effet, par un sentiment comparable à la sensation de vertige que la folie débute dans beaucoup de cas. Le malade est désorienté. Il vous dira que les objets matériels n'ont plus pour lui la solidité, le relief, la réalité d'autrefois. Ce relâchement de la tension, ou plutôt de l'attention, avec laquelle l'esprit se fixait sur la partie du monde matériel à laquelle il avait affaire, voilà en effet le seul résultat direct du dérangement cérébral – le cerveau étant l'ensemble des dispositifs qui permettent à l'esprit de répondre à l'action des choses par des réactions motrices, effectuées ou simplement naissantes, dont la justesse assure la parfaite insertion de l'esprit dans la réalité »⁹⁶⁵.

Bergson reprend la même idée avec l'exemple de l'aphasie au cours de laquelle, suite à une émotion, un souvenir réapparaît que l'on croyait perdu. Cela montrerait que le cerveau ne sert qu'à « rappeler le souvenir , et non pas le conserver ».

La conclusion de cette étude (indépendamment de la question finale sur la survie de l'âme) porte ainsi sur le rôle du cerveau dans son rapport (relation) avec la conscience et l'esprit : « c'est le cerveau qui nous rend le service de maintenir notre attention fixée sur la vie ; et la vie, elle, regarde en avant ; elle ne se retourne en arrière que dans la mesure où le passé peut l'aider à éclairer et à préparer l'avenir. Vivre, pour l'esprit, c'est essentiellement se concentrer sur l'acte à accomplir. C'est donc s'insérer dans les choses par l'intermédiaire d'un mécanisme qui extraira de la conscience tout ce qui est utilisable pour l'action, quitte à obscurcir la plus grande partie du reste. Tel est le rôle du cerveau dans l'opération de la mémoire [...] et tel est aussi le rôle du cerveau vis-à-vis de l'esprit en général. Dégageant de

⁹⁶⁵ *Ibid.*, p. 49.

l'esprit ce qui est extériorisable en mouvement, insérant l'esprit dans ce cadre moteur, il l'amène à limiter le plus souvent sa vision, mais aussi à rendre son action efficace. C'est dire que l'esprit déborde le cerveau de toutes parts, et que l'activité cérébrale ne répond qu'à une infime partie de l'activité mentale »⁹⁶⁶.

La définition du cerveau qui « revient » à la fin du chapitre sur l'âme et le corps a toutefois déjà été avancée au début de *L'énergie spirituelle*⁹⁶⁷ où Bergson veut montrer en quoi, même si « la conscience est incontestablement liée au cerveau chez l'homme », « il ne suit pas de là qu'un cerveau soit indispensable à la conscience ». Il explique ainsi la présence d'une conscience « diffuse et confuse, réduite à peu de choses, mais non pas tombée à rien » chez les êtres vivants rudimentaires, montrant ainsi en quoi « la conscience est coextensive à la vie » puis se demande alors quelle est exactement la fonction du cerveau et pourquoi certaines actions « passent » par le cerveau au lieu de se faire directement (« cas où l'excitation, au lieu d'obtenir immédiatement une réaction plus ou moins compliquée du corps en s'adressant à la moelle, monte d'abord au cerveau puis redescend, et ne fait jouer le mécanisme de la moelle qu'après avoir pris le cerveau pour intermédiaire »). Ainsi Bergson demande « pourquoi ce détour ? A quoi bon l'intervention du cerveau ? » puis il répond « nous le devinerons sans peine si nous considérons la structure générale du système nerveux. Le cerveau est en relation avec les mécanismes de la moelle en général, et non pas seulement avec tel ou tel d'entre eux ; il reçoit aussi des excitations de toute espèce, et non pas seulement de tel ou tel genre d'excitation. C'est donc un carrefour, où l'ébranlement venu par n'importe quelle voie sensorielle peut s'engager sur n'importe quelle voie motrice. C'est un commutateur, qui permet de lancer le courant reçu d'un point de l'organisme dans la direction d'un appareil de mouvement désigné à volonté. Dès lors, ce que l'excitation va demander au cerveau quand elle fait son détour, c'est évidemment d'actionner un mécanisme moteur qui ait été choisi, et non plus subi. La moelle contenait un grand nombre de réponses toutes faites à la question que les circonstances pouvaient poser ; l'intervention du cerveau fait jouer la plus appropriée d'entre elles. Le cerveau est un organe de *choix* »⁹⁶⁸.

Ces réflexions sur le rapport entre le cerveau et la pensée ainsi que sur l'influence possible du cerveau sur le dérèglement de celle-ci ne peut que nous inviter à établir ce qui suit. D'une part il nous faut admettre avec Bergson que le cerveau n'est que partie prenante dans la forme que prennent nos pensées, il n'est qu'un facteur parmi d'autres. D'autre part, le cerveau a à subir lui aussi l'influence de facteurs extérieurs. Enfin, en tant que facteur capable d'influencer nos

⁹⁶⁶ *Ibid.*, p. 57.

⁹⁶⁷ chapitre I « la conscience et la vie », p. 9

⁹⁶⁸ *Ibid.*,

pensées, il est à prendre en compte dans la compréhension de cette influence. En gros, on ne peut éliminer la question que pose le rapport entre la pensée et le cerveau, quand bien même la pensée ne se réduit pas au cerveau.

B – Importance des neurosciences en psychiatrie

L'essor des neurosciences semble ainsi à ce niveau à la fois apporter une solution et laisser le problème en suspens. Ce que montre en effet l'étude du cerveau dans son rapport avec les maladies psychiques, c'est un certain lien possible entre tel dysfonctionnement cérébral et tel symptôme pathologique, lien qui ne serait pas direct mais indirect, avec pour interface ce qui fait précisément l'objet des neurosciences, à savoir les fonctions dites « cognitives ». Ces fonctions, semblent ainsi pouvoir produire tel type de représentation ou d'émotion, en constituant l'interface entre le cerveau lui-même et les représentations (psychiques), interface que l'on met en évidence en montrant que telle zone (matérielle, localisée) du cerveau « active » telle fonction cognitive (compréhension ou traitement d'une information, prise de décision, motivation, motricité...). Ces fonctions semblent notamment en jeu dans les perturbations présentes dans les psychoses, et dont témoigne la schizophrénie.

C'est pourquoi nous nous appuyerons ici notamment sur l'ouvrage *Qu'est-ce que la schizophrénie* de Nicolas Georgieff, psychiatre, professeur de psychiatrie et membre de l'institut des sciences cognitives, dont nous résumons la partie consacrée aux neurosciences.

Dans la partie IV du chapitre 2 intitulée « psychopathologie et neurosciences : cerveau et pensée schizophrénique », Georgieff commence tout d'abord par reprendre et discuter les thèses classiques de Kraepelin et Bleuler pour qui la schizophrénie est d'origine organique, au sens où elle serait causée par des anomalies cérébrales. Or les études neuropsychologiques et cognitives montrent justement qu'une lésion ne permet pas d'expliquer les symptômes car les fonctions mentales dépendent d'une distribution étendue d'activité entre différentes régions du cerveau : « Il est finalement apparu difficile de mettre en relation de manière directe les symptômes et le dysfonctionnement de structures cérébrales. Trop complexes et composites, les faits cliniques ne seraient pas eux-mêmes directement compatibles avec le niveau cérébral. Une interface serait nécessaire, représentée par des fonctions psychologiques de base, impliquées dans la production des faits psychologiques complexes (comme les symptômes). Ces fonctions seraient, elles, plus directement compatibles avec le fonctionnement cérébral que les comportements (délire, hallucinations) repérés en clinique. Il faut alors prendre en compte un niveau intermédiaire, dit « cognitif », correspondant aux mécanismes de

production de l'activité mentale observable. Il implique des composantes non spécifiques comme la mémoire, l'attention, les mécanismes de préparation et contrôle de l'action motrice, les processus élémentaires de représentations mentale ». Ainsi « les troubles élémentaires de ces opérations peuvent exprimer des anomalies fonctionnelles des connexions entre les différentes zones cérébrales »⁹⁶⁹.

Ainsi, ce que met en évidence l'imagerie cérébrale (mesure du débit sanguin ou du métabolisme du glucose pour évaluer l'activité des différentes régions cérébrales pendant l'exécution d'une tâche ou opération de pensée selon différentes méthodes comme PET, sca, MEG), ce sont des dysfonctionnements au niveau du cortex frontal à l'état basal et du cortex préfrontal dorso-latéral (troubles, défaut d'activation) et dans des régions sous-corticales qui interagissent avec les régions corticales et dans les zones pariétales et temporales (mémoire). Précisons la fonction de ces différentes zones du cerveau. Le cortex préfrontal est chargé de la planification et de l'organisation temporelle de l'action, de la « mise en œuvre, à partir de l'analyse d'une situation et de données « internes », des différentes étapes successives du « programme » d'un comportement moteur complexe, composé à partir de procédures stockées en mémoire. A chaque étape, ce comportement est contrôlé, c'est-à-dire ajusté en fonction de son but et des données perceptives (situation). Un écart entre but et réalité conduit à corriger l'acte ou à l'interrompre au profit d'un autre plan »⁹⁷⁰. Les fonctions du cortex frontal sont quant à elles : « initiation intentionnelle des actions, puis supervision du comportement contrôle, non routinier, quand une situation nouvelle impose l'élaboration et l'exécution d'une stratégie adaptée en fonction d'un contexte – situations expérimentales pour lesquelles les schizophrènes sont le plus en difficulté. Il assurerait aussi par conséquent l'inhibition des actions « automatiques » (réflexes) induites directement par le milieu »⁹⁷¹. Enfin les structures sous-corticales assurent « stockage et exécution des procédures motrices, sélection des actions induites directement par les stimuli perceptifs, selon un mode d'action plus automatique »⁹⁷².

Georgieff s'appuie notamment sur C. Frith pour suggérer que la perturbation de la fonction préfrontale initiatrice de l'action serait à l'origine des symptômes schizophréniques négatifs tels que la réduction de l'activité (actions automatiques au contraire désinhibées), les hallucinations et délires qui eux seraient dus à l'altération des connexions entre cortex préfrontal (initiation intentionnelle) et autres régions mises en jeu dans l'exécution du

⁹⁶⁹ N. Georgieff, *Qu'est-ce que la schizophrénie*, Paris, Dunod, 2004, p. 52.

⁹⁷⁰ *Ibid.*, p. 53.

⁹⁷¹ *Ibid.*, p. 54.

⁹⁷² *Ibid.*, p. 54.

comportement. S'ensuivrait une dissociation entre l'acte et son intention, perturbant ainsi la conscience de soi. Pour J. Gray, les symptômes positifs témoignent d'un trouble des connexions entre les structures sous-corticales assurant le rôle de comparateur chargé de contrôler l'action et confrontant anticipations (but, plan) et réalité. Les troubles schizophréniques témoigneraient d'une perturbation de ces connexions empêchant le comparateur d'agir sur le contrôle de l'action. Georgieff aborde également les aspects neurobiologiques en montrant que la psychiatrie biologique s'est appuyée sur les avancées des neurosciences pour proposer diverses hypothèses de dysfonctionnement biochimique et neuronal. La découverte en 1952 des neuroleptiques a permis de réduire hallucinations et délires (en comparant avec les substances hallucinogènes) : il s'agissait de diminuer la transmission de l'influx nerveux dans certaines synapses dites dopaminergiques selon une première hypothèse posant que les symptômes schizophréniques résulteraient d'une hyperactivité des neurones dopaminergiques. Puis une seconde hypothèse s'est centrée sur l'idée d'un trouble de l'équilibre fonctionnel entre l'activité cérébrale corticale (cortex frontal et préfrontal) et sous-corticale, c'est-à-dire entre deux modes de traitement de l'information, trouble mettant en cause d'autres neuro-médiateurs. Or cet équilibre dépend d'une régulation opérée par voies dopaminergiques. Les neuroleptiques sont ainsi utilisés pour leur capacité à bloquer la transmission dopaminergique sous corticale au profit des structures corticales (cortex préfrontal).

Toutefois, on ne peut que se demander si ces études mettant en cause des facteurs neurologiques voire biologiques (biochimiques) suffisent à elles seules à rendre compte de la manière dont on tombe malade. Elles semblent en effet suggérer qu'un certain dérèglement intervient ou existe, au niveau neurologique, mais l'amplification du phénomène reste à interroger. Par ailleurs, il ne suffit pas d'attribuer à la maladie psychique des causes neurologiques pour l'expliquer en totalité, comme le montre justement Georgieff dans un passage consacré aux modèles étiologiques. En effet, « les tentatives d'explication causale simples [...] ne peuvent être retenues »⁹⁷³. Actuellement il faut avoir plutôt en vue une « étiologie multifactorielle impliquant dans la survenue de la maladie, la combinaison de différents facteurs d'environnement (biologiques, psychologiques, affectifs, relationnels et sociaux) et de facteurs constitutionnels notamment génétiques »⁹⁷⁴. Ainsi, « l'apparition de la maladie nécessiterait l'interaction de ces facteurs environnementaux et d'une vulnérabilité ou « fragilité » génétique. Le modèle dit « stress-vulnérabilité » suggère ainsi que le déclenchement des troubles est causé par le stress généré par des événements de vie,

⁹⁷³ *Ibid.*, p. 57.

⁹⁷⁴ *Ibid.*, p. 57.

interagissant avec une vulnérabilité sous-jacente elle-même à la fois génétiquement et environnementalement déterminée »⁹⁷⁵. De ce fait, « diverses anomalies cognitives (touchant notamment l'attention et la perception) sont considérées comme des indicateurs ou « marqueurs » de cette vulnérabilité à la schizophrénie. Ces « marqueurs » cognitifs sont retrouvés à la fois chez les sujets « schizophrènes » et chez les sujets porteurs de la vulnérabilité mais non malades, en particulier les apparentés des patients »⁹⁷⁶.

Il y a ainsi présence de facteurs génétiques (sur plusieurs gènes) mais qui ne suffisent pas, comme en témoigne l'exemple des jumeaux monozygotes discordants (un sain, un malade : les deux transmettent la maladie mais le malade a une anomalie au niveau du cerveau : ventricules cérébraux plus volumineux et moins de substance grise). Vient également le constat que la schizophrénie se développe en majorité chez des sujets indemnes d'antécédents familiaux.

On peut ainsi résumer les conséquences de cette idée : le déterminisme génétique n'empêche pas d'attribuer un rôle important aux facteurs environnementaux (déclencheurs) au contraire : « si le risque de maladie et le déclenchement des troubles semblent dépendre de l'impact de facteurs environnementaux aujourd'hui repérés (effets de facteurs variés dès la vie embryonnaire, événements de vie précoces ou tardifs, prise de toxiques, etc.), cet impact dépendrait lui-même de gènes qui modulent la sensibilité aux facteurs environnementaux. Ainsi, la notion de déterminisme génétique, loin de réduire l'importance des facteurs environnementaux, invite à mieux en comprendre le rôle, et laisse ainsi une place essentielle à l'action sur l'environnement autant pour la prévention que pour le traitement de la maladie »⁹⁷⁷.

Autre hypothèse, appelée neurodéveloppementale, selon laquelle la schizophrénie serait due à un trouble du développement cérébral avant la naissance, altérant certaines structures. Le début de la maladie se situerait à l'adolescence car elle serait due à des « anomalies de structures cérébrales dont la maturation est tardive, en particulier le cortex préfrontal dorsolatéral »⁹⁷⁸. Cette hypothèse est étayée par les constats suivants : présence d'anomalies cérébrales chez les patients, pas ou peu évolutives, compatibles avec une altération précoce du développement, gestation et naissance des patients particulières, enfance difficile, processus de maturation qui se prolongent jusqu'à l'adolescence (où débutent les troubles).

Mais les arguments les plus forts sont issus de la neuro-anatomopathologie : des études cyto-

⁹⁷⁵ *Ibid.*, p. 57.

⁹⁷⁶ *Ibid.*, pp. 57-58.

⁹⁷⁷ *Ibid.*, pp. 58-59.

⁹⁷⁸ *Ibid.*, p. 59.

architecturales montrent la présence de neurones mal situés, de taille anormale et désorganisés dans le cortex cérébral des schizophrènes. De telles anomalies sont difficiles à expliquer hors de l'hypothèse neurodéveloppementale car elles suggèrent une migration neuronale anormale durant le 2^{ème} trimestre de la grossesse. Ainsi, on comprend que « les anomalies pourraient préexister tout en restant latentes jusqu'à ce que les processus de maturation cérébrale et psychique mis en œuvre à l'adolescence les dévoilent. Certaines aires corticales sont en effet sollicitées de manière variable durant l'enfance puis l'adolescence. Une augmentation importante à l'adolescence de la charge fonctionnelle des structures frontales et préfrontales en particulier, dont dépendent de nombreuses capacités mentales de haut niveau nécessaires à la vie sociale et dont on a montré le dysfonctionnement chez des sujets schizophrènes, pourrait ainsi être l'un des mécanismes de la décompensation schizophrénique, cette surcharge fonctionnelle révélant les altérations préexistantes mais jusque-là silencieuses »⁹⁷⁹. On évoque ainsi la myélinisation des circuits cérébraux, en particulier au niveau de l'hippocampe, qui se prolonge jusqu'à l'adolescence.

Toutefois, là encore, « aucune cause précise n'a pu être formellement associée à ce trouble hypothétique du neurodéveloppement » et « l'entrée dans la schizophrénie est probablement due à la conjonction de plusieurs facteurs, organiques et psychologiques ». Ainsi, « les anomalies du neurodéveloppement, qu'elles soient de cause génétique ou épigénétique, rendraient les individus plus fragiles, les mettant ainsi à la merci de l'action des sollicitations psychologiques subies par l'adolescent ou l'adulte jeune »⁹⁸⁰.

L'hypothèse dominante se voit donc nuancée : comme certains patients n'ont pas d'anomalie, il y a nécessité d'intégrer les données en faveur de l'évolutivité de certaines anomalies cérébrales. C'est ce que propose l'hypothèse de processus neurodéveloppementaux et neurodégénératifs qui coexisteraient. On ajoute à cela l'idée que le processus normal d'élimination de synapses inutiles au cours de l'adolescence pourrait être perturbé. Ainsi le but de l'approche neurodéveloppementale peut être résumé comme suit : intégrer un ensemble de données hétérogènes et l'articuler avec le modèle de la « vulnérabilité » schizophrénique, et enfin avec l'étude des transformations neurobiologiques et psychologiques liées à l'adolescence.

L'auteur souligne toutefois le problème que pose l'articulation entre les données neurobiologiques et les données psychologiques ou psychanalytiques : ce sont des processus qui n'obéissent pas aux mêmes logiques (logique du sens et logique naturaliste) et qui pourtant sont en interaction (le cerveau pouvant agir sur la pensée et la pensée sur le cerveau):

⁹⁷⁹ *Ibid.*, p. 60.

⁹⁸⁰ *Ibid.*, p. 60.

« si un fait biologique peut s'exprimer au niveau psychologique, on peut aussi supposer qu'un fait psychologique puisse modifier le substrat biologique. Mais même si l'on accepte cette interaction, la nature des rapports entre des faits de nature différente pose en psychiatrie un problème fondamental. En effet, l'activité psychique obéit à une causalité propre : toute action, toute pensée, ou « acte mental », serait dotée d'un sens, d'une « intention », exprimerait une intentionnalité (c'est-à-dire un motif) consciente ou non. Par exemple, un délire exprimerait une représentation inconsciente de désir [...] Ces troubles satisfont des exigences internes (pulsion ou désir), ou expriment une tentative de reconstitution de la relation avec la réalité [...] Cette lecture est trop souvent opposée à un certain type d'explications « biologiques », selon lesquelles la maladie serait l'expression d'un déficit de fonctions psychiques complexes, dû à une « lésion » organique primitive [...] Pourtant, Bleuler lui-même ménageait [...] une double explication : nature organique du processus cause de la « dissociation », causalité psychologique des symptômes témoignant des « complexes affectifs ». S'il retenait une cause organique primitive, il en limitait donc la portée explicative. En fait, il est indispensable de recourir à plusieurs causalités parallèles et distinctes pour comprendre les faits psychopathologiques »⁹⁸¹.

Suit l'idée que « l'opposition entre causalité biologique et causalité psychique de la maladie n'est plus d'actualité parce que référence au sens et prise en compte du biologique ne s'excluent pas. La notion d'étiologie pluri-factorielle, impliquant la conjonction de facteurs intrinsèques et d'environnements, suppose une coexistence de causalités distinctes de la maladie. Cependant, elle ne traite pas le problème fondamental du rapport entre fonctionnement cérébral et psychisme »⁹⁸². La question est de savoir s'il faut poser le problème de ce rapport en termes de « causalité » (un fait cérébral causerait un fait psychique et inversement) ou en termes de corrélation : « les faits cérébraux correspondent à un mode particulier d'observation du fonctionnement cérébral, complémentaire des descriptions psychologiques. Ils sont corrélés à celles-ci, sans qu'il soit possible de conférer à eux seuls un rôle causal ou explicatif des faits psychologiques. On parlera alors de mécanismes cérébraux de la pensée (ou de ses troubles dans la schizophrénie), et non de causes cérébrales de la pensée, mécanismes sur lesquels agissent les médicaments psychotropes ». De ce fait, « l'avantage de ce raisonnement est d'éviter le réductionnisme, qui consiste à méconnaître la spécificité d'un niveau d'observation, dont les logiques sont directement assimilées à celles d'un niveau différent. Il est pourtant impossible de mettre en relation directe deux dimensions aussi hétérogènes que le niveau d'explication cérébral et le niveau d'explication mental. Par

⁹⁸¹ *Ibid.*, pp. 65-66.

⁹⁸² *Ibid.*, p. 66.

exemple, l'hyperactivité dopaminergique ne peut « expliquer » le délire. Le délire est défini par un système conceptuel, c'est en fait un objet psychologique complexe qui repose sur les notions de croyance, de subjectivité et de jugement de réalité. Ce niveau d'explication est différent du niveau d'explication biologique où joue le mécanisme dopaminergique »⁹⁸³. Ainsi, « A chaque fois l' « explication » tend en fait à confondre deux logiques explicatives ou causales distinctes, l'une propre au biologique, l'autre au psychologique. Le fait que les neuroleptiques, qui modifient la transmission dopaminergique, réduisent le délire et les symptômes, n'implique pas que l'explication psychologique des symptômes soit fausse, ni qu'elle soit réductible à une explication biologique »⁹⁸⁴.

Remarque : il est à noter que l'inverse est vrai aussi : les faits psychologiques ou psychiques peuvent modifier la constitution biologique (« modifient le substrat biologique »⁹⁸⁵). On peut le voir à travers l'exemple de l'état amoureux qui modifie la composante en dopamine (action des phéromones). Ici, c'est la rencontre avec autrui et l'état psychologique induit par l'événement qui modifie la structure biologique (production de dopamine et réduction de sérotonine) et produit d'autres effets psychologiques (plaisir, dépendance affective, idée de coup de foudre...).

Georgieff explique alors : « à l'évidence trompeuse d'un ensemble d'objets naturels différents, psychologiques ou biologiques, qu'il suffirait de relier entre eux par des relations de cause à effet, il faut préférer l'hypothèse d'un même objet, -le fonctionnement psychique- appréhendé à différents niveaux d'observation, avec pour chacun des logiques explicatives différentes et irréductibles les unes aux autres »⁹⁸⁶.

En résumé, « nous pouvons donc concevoir une corrélation entre faits neurobiologiques et faits psychiques, mais aussi une distinction nette des logiques explicatives propres à chaque niveau. Mécanismes psychiques et biologiques du fonctionnement mental sont irréductibles les uns aux autres. Il n'y aurait pas contradiction entre l'interprétation psychologique des symptômes et l'étude du fonctionnement cérébral, mais complémentarité des approches. La question n'est plus d'opposer logiques cérébrales et logiques psychologiques, mécanismes biologiques et dimension du sens, mais de comprendre comment le cerveau, l'organisation neurobiologique, produit (et non pas : cause) la pensée et l'ordre psychologique –sans réduire la complexité de celui-ci et sans méconnaître sa spécificité »⁹⁸⁷.

Ces considérations sur la schizophrénie peuvent s'appliquer toutefois, semble-t-il, également à

⁹⁸³ *Ibid.*, pp. 66-67.

⁹⁸⁴ *Ibid.*, p. 66.

⁹⁸⁵ *Ibid.*, p. 64.

⁹⁸⁶ *Ibid.*, p. 67.

⁹⁸⁷ *Ibid.*, pp. 67-68.

la dépression, qui n'est pas une « psychose » mais qui devient aujourd'hui un grand sujet d'études tant elle semble relayer la « névrose » au sens classique du terme (hystérie, névrose obsessionnelle, phobie). Le documentaire « La dépression, une épidémie mondiale ? »⁹⁸⁸ insiste sur ces différents facteurs : facteur biologique, facteur psychologique, facteur socio-économique et sur l'existence de différentes formes de dépressions. D'où la question d'un traitement uniquement médicamenteux qui ne conviendrait pas à ces différentes formes de dépressions, certaines dépendant d'événements environnementaux pouvant plus ou moins être modifiés (psychothérapie agissant sur la représentation de soi et sur l'histoire personnelle, amélioration des conditions matérielles ou sociales, économiques) (témoignage de Bernard Granger, psychothérapeute).

Concernant la schizophrénie, Georgieff essaye de préciser le lien entre le biologique ou cérébral et le psychologique (dans le paragraphe « du sens aux mécanismes »). Il veut notamment montrer l'intérêt de l'approche neuropsychologique, comparée aux autres approches. Il explique ainsi que l'approche clinique qui décrit les symptômes se veut descriptive et explicative (expliquer un acte de pensée par un sens) mais elle reste compréhensive : elle répond à la question « pourquoi ». L'approche psychanalytique freudienne est elle aussi compréhensive mais elle se veut également explicative et naturaliste, en proposant la théorie de l'appareil psychique inconscient obéissant à un mécanisme (de type naturaliste : projection, processus de pensée primaire, retrait de la libido). Problème : ces modèles restent théoriques et ne permettent pas l'observation de ce qu'ils supposent.

L'approche neuropsychologique (expérimentale) se veut aussi explicative mais en permettant l'observation d'opérations mentales de base : attention, perception, mémoire, contrôle des actes, stockage et récupération des informations. « pour les sciences cognitives, l'activité psychique consciente et observable résulte d'opérations non conscientes [...] non pas des actions et intentions inaccessibles au sujet, mais des opérations mentales élémentaires assurant la production de l'activité psychique »⁹⁸⁹.

S'attachant alors à la différence et au lien entre comprendre et expliquer, Georgieff explique qu'a priori, il faudrait séparer deux approches distinctes, l'une compréhensive (le sens d'une pensée proviendrait d'une intention ou d'une autre pensée) et l'autre explicative (le sens d'une pensée proviendrait d'un mécanisme produisant à la fois la pensée et son sens).

Le niveau d'analyse psychologique explique une pensée par une intention (motif, but, désir, conscients ou inconscient), donc explique une pensée par une autre. Mais elle n'explique pas

⁹⁸⁸ Documentaire sur LCP, 15/07/2018 article disponible sur <https://la-depression.org/comprendre-la-depression/la-depression-en-chiffre/> ou dans la Lettre médecine du Sens n° 216

⁹⁸⁹ *Ibid.*, p. 70.

ce qui rend possible cet enchaînement, ce qui en constitue le mode de production : « une relation d'enchaînement, d'implication logique est confondue avec une relation de production ». Or « on doit plutôt supposer que l'activité mentale génère à chaque instant à la fois l'action (un acte ou une pensée), et son intention ». Ainsi, « en recherchant une explication globale on confondrait l'explication par le sens, c'est-à-dire la compréhension, et l'explication de ce qui produit le sens. Le risque est de méconnaître l'existence de deux niveaux explicatifs différents : la logique des produits de l'activité mentale, des « pensées » ou actions qui s'enchaînent, et la logique des opérations de production de la pensée. Il existe en fait deux causalités distinctes. L'une est de nature logique et décrit les relations entre les produits de l'activité mentale. Elle répond au « pourquoi » et procède par interprétation. L'autre est plus physicaliste et explique, à chaque instant, « en temps réel » et par une succession d'opérations mentales, la réalisation de chaque pensée indépendamment de son sens. Elle répond au « comment » et décrit un « en-deça » des produits psychiques »⁹⁹⁰. Elle explique les mécanismes de production de l'activité mentale et des actions, elle décrit le fonctionnement de « l'appareil » qui produit les événements mentaux et leur signification. De fait, « l'hypothèse de la dissociation schizophrénique (Bleuler), trouble fondamental des associations, en relève clairement »⁹⁹¹.

Il s'agit alors d'étudier ce qui serait « entre » le biologique (observable) et le psychologique (inobservable) et telle est la visée des neurosciences cognitives, comme l'explique Georgieff (chapitre 3 : « actualité de la psychopathologie de la schizophrénie : vers une psychopathologie de l'action »). Il s'agit d'introduire un niveau intermédiaire entre le biologique et le psychologique en permettant d'observer des opérations mentales non conscientes inaccessibles à l'observation. Cette perspective est dite « fonctionnaliste » qui met en relation le cérébral et le mental pour montrer un rapport de dépendance (et non de causalité) entre le niveau cérébral, neuronal et le niveau mental (fonctionnel : fonctionnement de la pensée). Ainsi, « il y aurait compatibilité, rapport de dépendance entre mécanismes cérébraux et faits cognitifs, mais il serait erroné de poser une relation de causalité entre eux ». Les faits psychologiques susceptibles d'être reliés au fonctionnement cérébral seraient seulement les composantes élémentaires de l'activité cognitive. Dans la schizophrénie, le fonctionnement cérébral n'est donc pas articulé directement aux troubles cliniques (délires, hallucinations, croyances, pensées). Ce sont des dysfonctionnements cognitifs plus élémentaires qu'il faut rechercher pour comprendre le lien entre cerveau et maladie. De même, on peut supposer que les médicaments, en modifiant l'activité cérébrale, agissent sur

⁹⁹⁰ *Ibid.*, p. 71.

⁹⁹¹ *Ibid.*, p. 72.

ces dysfonctionnements cognitifs de base, c'est-à-dire sur des mécanismes mentaux élémentaires et non sur le délire ou les hallucinations, ni non plus exclusivement par une action biologique »⁹⁹².

Ainsi, « à la bipartition psychologique-biologique, l'approche cognitive propose donc de substituer une tripartition psychologie – mécanismes cognitifs – biologie. Pour reprendre le modèle de l'ordinateur, ces opérations cognitives correspondraient au « programme » ou « software », mode de traitement fonctionnel aux règles propres, qui ne se réduit ni aux structures électroniques qui en assurent l'exécution, ni au langage compréhensible s'affichant sur l'écran »⁹⁹³. Cette comparaison permet de dire que « nous retrouvons une hétérogénéité du « psychologique » : d'une part les contenus ou états mentaux observables, s'organisant sur la base des représentations ; d'autre part les opérations cognitives élémentaires. Le premier niveau est souvent dit « personnel », « sémantique » ou « intentionnel », on y retrouve les pensées, désirs, intentions ou croyances. Le second niveau de description, hypothétique, constitué d'opérations cognitives élémentaires non directement observables, est dit « syntaxique » ou « sub-personnel ». Ces deux descriptions correspondraient schématiquement à l'observation macroscopique et microscopique d'un objet physique. Des modèles « connexionnistes » simulent certaines fonctions mentales, et montrent comment les représentations symboliques émergent à partir d'opérations infra-symboliques de nature différentes. L'important est que les règles d'organisation et de causalité propres à chaque niveau sont tout à fait distinctes »⁹⁹⁴. De ce point de vue, « les sciences cognitives proposent des mécanismes mentaux, contribuant à expliquer les troubles cliniques – mais non pas ce qui « cause » ces symptômes (car chaque mode d'observation, clinique, cognitif ou biologique définit en effet sa propre causalité). Elles prétendent expliquer la réalisation des « états mentaux » ou des pensées, donc en pathologie la production de certains symptômes –mais pas leur sens, leur intention »⁹⁹⁵.

Ce qui est mis en évidence par les recherches cognitives, c'est un « trouble de l'attention sélective »⁹⁹⁶, attention qui permet normalement un tri des perceptions, le sujet devenant alors « submergé de stimulation »⁹⁹⁷, ou marqué par une « distractibilité excessive »⁹⁹⁸. Ce trouble est lui-même relié à un trouble touchant le « contrôle de l'action »⁹⁹⁹ ou son organisation, ou

⁹⁹² *Ibid.*, p. 75.

⁹⁹³ *Ibid.*, p. 75.

⁹⁹⁴ *Ibid.*, pp. 75-76

⁹⁹⁵ *Ibid.*, p. 76.

⁹⁹⁶ *Ibid.*, p. 77.

⁹⁹⁷ *Ibid.*, p. 77.

⁹⁹⁸ *Ibid.*, p. 77.

⁹⁹⁹ *Ibid.*, p. 80.

sa planification (en fonction d'un projet) : normalement, « une interaction s'organise entre la mise en œuvre de plans d'actions, et le traitement cognitif d'une situation »¹⁰⁰⁰, avec mise en jeu de la mémoire (expériences passées). Ainsi, le dysfonctionnement observé chez les schizophrènes porterait sur cette interaction entre facteurs exogènes (les stimuli) et endogènes (mémoire). De ce fait, « les troubles observés chez les schizophrènes (troubles des processus cognitifs coûteux en attention, de la mise en œuvre de stratégies d'organisation des informations perceptives) traduiraient une anomalie de cette organisation de la perception et de l'action en fonction de la mémoire, des expériences »¹⁰⁰¹.

On observe ainsi plusieurs difficultés liées à ce trouble de la « mise en relation de données sensorielles externes et de représentations internes en mémoire »¹⁰⁰², relation qui « consiste en une activité de représentation de la réalité »¹⁰⁰³ ou « interprétation du monde »¹⁰⁰⁴.

Les difficultés évoquées pour le schizophrène, lors de « tâches expérimentales »¹⁰⁰⁵ sont les suivantes : « « négligence » pour le contexte nécessaire à l'interprétation d'un événement »¹⁰⁰⁶, lors d'une communication avec autrui, négligence également du contexte indiqué par les propos ou intentions de l'interlocuteur qui normalement permet d'organiser son propre discours en fonction de celui d'autrui ou des pensées qu'on lui prête.

Ainsi « les recherches se sont orientées vers un trouble du contrôle de l'activité mentale »¹⁰⁰⁷, pour montrer que la difficulté se situerait dans la mise en relation de données « nouvelles » avec des données en mémoire, soit « le rappel indirect » (et non pas le rappel direct appliqué à une situation déjà connue). La personne schizophrène éprouve des difficultés à « s'ajuster à une situation nouvelle »¹⁰⁰⁸.

Cette relation entre la schizophrénie et le contrôle de l'action rendrait ainsi possible une relecture de la dissociation.

Ces données montreraient ainsi plus précisément encore un trouble de la planification de l'action mais à relier à un trouble de la représentation de l'action: l'idée est que le contrôle de l'action suppose une comparaison et un ajustement permanent de l'action réalisée avec le but recherché, et cette comparaison suppose une « représentation », non pas au sens introspectif mais à un niveau cognitif de « codage » (mécanisme de régulation et de contrôle). C'est cette

¹⁰⁰⁰ *Ibid.*, p. 77.

¹⁰⁰¹ *Ibid.*, p. 78.

¹⁰⁰² *Ibid.*, p. 78.

¹⁰⁰³ *Ibid.*, p. 78.

¹⁰⁰⁴ *Ibid.*, p. 78.

¹⁰⁰⁵ *Ibid.*, p. 78.

¹⁰⁰⁶ *Ibid.*, p. 78.

¹⁰⁰⁷ *Ibid.*, p. 79.

¹⁰⁰⁸ *Ibid.*, p. 79.

représentation qui, dans son dysfonctionnement, serait à l'origine d'autres troubles plus généraux englobant la représentation de soi et d'autrui.

Ce trouble plus global de la représentation de l'action, de soi et d'autrui expliquerait également les symptômes dits positifs (au sens de manifestes, visibles, pour les distinguer des troubles négatifs comme l'autisme ou le repli catatonique, indiquant des « manques » ou défauts). Dans l'hallucination et le délire « le sujet ne peut se reconnaître comme sujet ou agent de certains de ses actes ou d'une partie de sa pensée »¹⁰⁰⁹ et « on peut considérer l'hallucination comme une action sans « méta-représentation », un acte de discours intérieur sans la réflexivité du « se savoir agir » même si « une forme de représentation de « soi » persiste cependant, qui reste agent d'une partie de la pensée, mais est seulement le témoin de certains de ses propres actes, devenus événements externes ». Il en irait de même dans la pensée délirante, paranoïaque par exemple, où le sujet traiterait « un événement interne, c'est-à-dire un acte mental (la crainte ou l'impression, c'est-à-dire la représentation ou la croyance d'être l'objet de l'hostilité d'inconnus), comme un fait externe (être réellement suivi) », il manquerait ainsi « une modalisation, du type « je crois », « j'ai peur » d'être l'objet de cette hostilité... »¹⁰¹⁰ et disparaîtrait alors l'écart « normal » entre un fait et sa croyance (sa représentation) : au lieu de penser « je crois/pense que je suis suivi », le sujet pense « je suis suivi », disparition conduisant à la certitude de l'existence réelle du fait seulement pensé. Pour résumer, « hallucination et délire seraient perçus comme des événements externes alors qu'ils sont auto-générés et appartiennent au monde interne »¹⁰¹¹.

Pour autant, Georgieff précise un fait intéressant qui concerne notre question de l'irréversibilité et du basculement dans un « type » de représentation (malade) : selon lui « le trouble psychotique de la représentation mentale apparaît cependant plus complexe. En effet, le sujet psychotique ne traite pas les contenus de son délire ou ses hallucinations, comme des faits externes, comme des perceptions banales. Il engage vis-à-vis de ces phénomènes une forme très spécifique de « croyance » ou de conviction, insensible à toute forme de correction par les faits réels, plus forte que celle qu'entraîne une perception « vraie » ». Puis il précise : « l'hypothèse d'un « défaut de méta-représentation » ne peut donc suffire, pas plus que celle d'une croyance fautive »¹⁰¹². En effet, il faut comprendre ici pourquoi le sujet croit autant à ce qu'il tient pour des faits externes, sachant que l'on peut douter de ce que l'on attribue à des faits externes. Celui qui se dit « je suis suivi » et non pas « je pense que je suis suivi » peut en

¹⁰⁰⁹ *Ibid.*, p. 82.

¹⁰¹⁰ *Ibid.*, p. 83.

¹⁰¹¹ *Ibid.*, p. 84.

¹⁰¹² *Ibid.*, p. 84.

effet corriger sa croyance, si on lui prouve qu'il n'est pas suivi ou s'il reconnaît s'être trompé par exemple ; il garde en effet une sorte d'écart entre sa croyance même s'il est convaincu. Ce que veut ainsi montrer Georgieff ici c'est que la croyance délirante est particulièrement forte, tenace, comparée à une autre croyance portant sur des faits réels (qui ne serait pas délirante) : c'est qu'elle tient son assurance au simple fait d'avoir été pensée (vécue) et non pas à la réalité de ses objets. Georgieff explique : « si par exemple nous constatons nous être trompés en croyant avoir reconnu quelqu'un (erreur perceptive), l'expérience de l'avoir un instant reconnu reste aussi forte. Elle n'est pas, contrairement à la perception, soumise au doute ou à la correction. Nous douterons de la réalité des objets externes [...] Mais nous ne pouvons douter de la « réalité » de cette pensée, du fait que nous l'avons pensée, qu'elle s'est produite, que nous l'avons éprouvée. L'évidence des états internes est à l'abri de toutes les corrections, contrairement au jugement qui se porte vers la réalité externe et l'objet »¹⁰¹³.

Georgieff explique alors la différence entre le délire qui, comme toute pensée (acte mental réel), donne lieu à une évidence subjective inébranlable (ce qu'on pense est vécu comme certain), et la pensée « normale » (qui produit la même certitude) : « ce qui est anormal, c'est qu'une expérience propre aux états internes, l'évidence subjective inébranlable, soit dirigée de manière erronée vers le monde, comme s'il s'agissait d'un jugement ou d'une perception d'objet. L'évidence subjective prend la place, en quelque sorte, d'une évidence objective, tout en gardant sa nature de conviction intime ». Puis il résume « c'est encore une fois la question de la relation de la pensée psychotique à la réalité qui est posée »¹⁰¹⁴. Il montre alors que dans la pensée « normale », les deux dimensions, subjective et objective, coexistent, elles se « conjuguent » : cela signifie semble-t-il que lorsque l'on pose un jugement de fait sur un objet extérieur par exemple, on a bien d'un côté l'idée que cet objet existe, et d'un autre côté, l'idée que l'on pense que cet objet existe : ces deux pensées coexistent sans se confondre, au point que l'on est bien certain de penser que l'objet existe, mais que l'on peut ne pas être sûr que l'objet existe (on admet une erreur possible, un écart entre ce que l'on pense et ce qui existe extérieurement à notre pensée). Selon Georgieff, « chez le psychotique il semble que ces deux dimensions fonctionnelles se recouvrent ou se confondent, dans un acte mental sans objet dans la réalité, donc au-delà du vrai et du faux, insensible au « jugement de réalité ». Ainsi, « tout se passe comme si l'expérience subjective dominait, jusqu'à prendre la place de l'expérience objective. Mais la distinction des deux champs d'expérience, subjective et objective, donc un « jugement de réalité », devient alors impossible »¹⁰¹⁵.

¹⁰¹³ *Ibid.*, p. 85.

¹⁰¹⁴ *Ibid.*, p. 86.

¹⁰¹⁵ *Ibid.*, p. 86.

Comment comprendre ainsi la différence entre le sujet « normal » et le psychotique ? Le sujet normal n'est-il pas lui aussi soumis à la réalité de ce qu'il pense ? Nous pouvons répondre à cela que la croyance délirante est traitée comme une perception interne alors qu'elle porte sur des éléments externes (le délirant pense être poursuivi parce qu'il a eu la sensation d'être poursuivi sans se rendre compte qu'il ne s'agissait que d'une sensation interne). Ainsi, « la croyance délirante a le caractère réel de l'évidence subjective – à ceci près qu'elle est considérée par le sujet comme un jugement sur le monde, qu'elle est traitée « comme si » elle concernait la réalité externe et non la réalité interne »¹⁰¹⁶. Cela signifierait-il que le sujet (malade, délirant) vit intérieurement, ressent comme réel ce qui en fait n'est qu'une pensée, comme s'il n'arrivait pas à se détacher émotionnellement de ce qu'il pense ? N'est-ce pas plutôt cela qu'il faut dire pour comprendre la sorte de confusion qui ici est décrite et posée entre un jugement externe et une évidence interne ? Ce qui est simplement pensé serait vécu comme réel, au point que rien de pourrait l'infirmer, on en serait certain puisque cela aurait été vécu comme tel, ressenti comme effectif, au point que l'émotion serait plus forte que la pensée contraire, et que la preuve elle-même de sa fausseté. Il manquerait alors à la fois un filtre entre le soi et le monde réel, et une sorte de lien réel, d'ouverture de soi au monde, de « visée » réelle, soit que le monde réel pensé soit vécu au lieu d'être simplement pensé (si ce que pense le délirant est en partie motivé par la réalité extérieure), soit que la simple pensée produise un monde vécu (si ce que pense le délirant n'existe pas du tout, comme c'est le cas dans l'hallucination) : dans tous les cas, le monde réel n'est pas perçu ni pensé pour ce qu'il est mais il est quasi construit ou modifié par le système interne de représentation du sujet qui pour autant ne se représente pas en train de penser (puisqu'il croit vivre ce qu'il pense).

Remarquons ici que le vocabulaire employé par les neurosciences ne se distingue pas tant que cela du vocabulaire phénoménologique, à ceci près que disparaît la description du monde vécu du sujet. Ce qui est et reste commun, c'est bien la manière d'interroger la manière dont le sujet « se rapporte au monde », le vise intentionnellement, et se le représente. Il n'y a pas ici une opposition nette de point de vue entre les neurosciences et la phénoménologie : on cherche bien à comprendre comment le monde apparaît à la conscience, comment celle-ci le fait apparaître dans sa signification.

La suite de l'analyse de Georgieff le confirme, lorsqu'il s'agit de montrer que ce dysfonctionnement atteint aussi le rapport à autrui. On le comprend aisément car si ce que pense le sujet se voit « projeté » sur le monde extérieur, on peut supposer que ce que pense le sujet soit aussi projeté sur autrui, et que le sujet psychotique puisse ainsi prêter à autrui, de

¹⁰¹⁶ *Ibid.*, p. 85.

façon absolument certaine, ce qu'il pense lui-même intérieurement et seul.

Pour Georgieff, toutes ces anomalies se rapportent en fait à un trouble touchant non pas tant le rapport à la réalité que la représentation de soi (la capacité à se savoir distinct de l'objet, et à se savoir agent de ses pensées) : « le trouble schizophrénique toucherait l'expérience de soi, donc l'expérience intentionnelle « habituelle » des actions, de la même manière qu'il touche la représentation d'une relation différenciée aux objets ou à autrui. L'expérience de soi résulte en effet normalement d'une relation analogue, mais réflexive ou spéculaire « à soi-même », par laquelle le « soi » est en quelque sorte lui-même pris pour objet de la relation »¹⁰¹⁷. Ainsi « le trouble schizophrénique ne se définit donc pas comme touchant la manière dont le schizophrène « pense à la réalité » ou à l'objet, mais plutôt la manière dont il « pense la réalité » ou l'objet, et dont il « se » représente »¹⁰¹⁸. Ces deux aspects vont ensemble et il n'y en aurait pas un qui serait premier par rapport à l'autre selon Georgieff : « les troubles de la pensée et de l'action ne sont pas expliqués par un défaut premier de constitution du « soi » ». Ainsi, « les troubles de l'expérience subjective dissocient l'intention d'agir et l'acte, altèrent ensemble la représentation de soi et d'autrui »¹⁰¹⁹.

C'est en ce sens que selon Georgieff la schizophrénie peut être comprise comme une pathologie de la subjectivité et de l'intersubjectivité.

Il s'agit en effet de recentrer la recherche sur la manière dont le sujet « normal » et le schizophrène « se » représentent, et il s'agit donc de la conscience de soi (et non pas tant de la personnalité en elle-même, du « moi », qui serait notamment fractionné ou divisé) : « le trouble touche la constitution même d'une unité individuelle et stable du soi, distinct d'autrui, la constitution ou l'émergence d'une « conscience de soi » autonome »¹⁰²⁰.

Par ailleurs et par conséquent, cette difficulté à se représenter ne peut que se retrouver dans la capacité à se représenter autrui et c'est pourquoi on peut associer certains symptômes de la schizophrénie, comme le fait Georgieff, à une pathologie de la distinction entre soi et autrui.

De cette manière, les troubles dits « positifs » (hallucinations, automatisme mental, syndrome d'influence) doivent être rattachés à un défaut touchant la distinction « soi /autrui », le malade ayant le sentiment que ses pensées lui échappent par exemple, ou bien qu'il peut contrôler, à l'inverse, les pensées d'autrui. Ainsi, « dans ces troubles identitaires profonds, tout se passe comme si l'expérience d'intimité du soi, du monde interne et « privé » de la pensée ou du discours intérieur, faisait l'objet d'une effraction par le monde externe, le champ de l'autre ;

¹⁰¹⁷ *Ibid.*, p. 87.

¹⁰¹⁸ *Ibid.*, p. 87.

¹⁰¹⁹ *Ibid.*, p. 88.

¹⁰²⁰ *Ibid.*, p. 88.

comme si disparaissait la frontière invisible mais essentielle qui sépare la réalité interne des pensées, des émotions, des intentions et de représentations mentales, réalité propre du « soi », et la réalité externe des événements ou des pensée et actions d'autrui »¹⁰²¹.

Par là même, les recherches expérimentales (qui permettent de « voir » le cerveau en action lors d'opérations/actions élémentaires) s'attachent à montrer le lien qui existe effectivement entre ces symptômes et le sentiment d'agir : les symptômes schizophréniques seraient « liés à une altération de la conscience de l'action, plus précisément de l'expérience d'être l'agent de ses actions ou « agentivité » (Fritz, 1992). Le sujet ne pourrait s'attribuer ses propres actes, pensées ou langage intérieur et les attribuerait de manière pathologique à autrui »¹⁰²².

Ainsi, la thèse dite de « l'hallucination-action » s'appuie sur des observations montrant que le sujet qui hallucine met en activité des zones cérébrales activées normalement par le discours intérieur ou le discours d'autrui (zones frontales et temporales), avec une activité accrue des zones sollicitées par le discours d'autrui. Cela signifie donc que le sujet malade qui entend des voix entend « réellement » des voix. Pour Georgieff, cela montre que c'est plus généralement le système mettant en jeu la conscience de l'action (ici parler) qui est altéré, le sujet attribuant à autrui ce qu'il fait lui-même (se parler intérieurement). La même altération se produirait lorsque le sujet croit que sa pensée lui échappe : sa propre pensée serait perçue comme étant celle d'autrui, la pensée étant à comprendre, comme le langage, comme une forme d'action. Enfin, ce phénomène se reproduit lorsqu'il s'agit d'actions motrices volontaires : là encore, le sujet schizophrène montre une activité cérébrale attribuant à autrui ce qu'il fait lui-même (concrètement, « plus le sujet attribue l'action à autrui, plus le gyrus angulaire droit est activé et l'insula postérieure désactivée »¹⁰²³).

C'est donc la conscience de l'action qui doit être interrogée et Georgieff analyse les différentes voies de recherche engagées. Le point de départ consiste à interroger les mécanismes cognitifs pouvant être en jeu dans la conscience d'agir (ou agentivité ou conscience de soi en général). Il est supposé qu'il y aurait d'une part une source extérieure (perception environnant l'action) et d'autre part une source interne (système central informant le sujet intérieurement sur le fait que c'est lui qui agit). Selon que ces deux sources seraient défectueuses, le sujet attribuerait mal son action à lui-même et aurait tendance à l'attribuer à autrui.

Toutefois, Georgieff montre que ces hypothèses d'un lien causal entre conscience d'agir et système cognitif seraient réductionnistes (« rien ne permet d'affirmer que la conscience

¹⁰²¹ *Ibid.*, p. 90.

¹⁰²² *Ibid.*, p. 91.

¹⁰²³ *Ibid.*, p. 93.

intentionnelle d'agir dépend effectivement du traitement cognitif »¹⁰²⁴). Par ailleurs, les expériences cognitives montrent d'une part que l'activité cérébrale est en grande partie inconsciente et que d'autre part la conscience de l'action n'est que secondaire (en deux sens : postérieure et accessoire). Cela veut donc dire que les troubles affectant la conscience d'agir ne sont pas directement ni uniquement causés par des dysfonctionnements pouvant affecter le système cognitif.

Ceci montrerait donc que les troubles affectant la conscience d'agir dépendraient d'un système plus large de représentation impliquant non pas tant le sujet lui-même que sa relation à autrui (représentation des actes d'autrui) : « les schizophrènes souffriraient d'un trouble général de la représentation et de l'interprétation intentionnelle des actes »¹⁰²⁵, impliquant donc des systèmes cognitifs et cérébraux liés à la vie relationnelle.

Il s'agit alors de montrer que « la reconnaissance des actions propres s'opérerait paradoxalement dans le système social ou public, qui code à la fois l'action de soi et d'autrui, plutôt que dans le système égocentrique solipsiste du contrôle moteur »¹⁰²⁶. Georgieff précise alors que ce système social mis en jeu engagerait un langage « déclaratif ou sémantique » plus qu'un système de représentations pragmatiques (n'engageant pas un discours intérieur d'attribution).

Georgieff montre que les symptômes sont en faveur d'une telle hypothèse (celle d'un modèle social soi/autrui de codage de l'action), en soulignant plusieurs choses : une double pathologie (le sujet malade croit à la fois qu'autrui lui vole ses pensées et que lui-même peut contrôler les pensées/actions/événements d'autrui/extérieurs), des symptômes mettant en évidence une interaction entre soi et autrui, soit « le caractère transitif du système de codage de l'action », suggérant « un dysfonctionnement d'un mode de représentation social de l'action »¹⁰²⁷.

Ainsi, la schizophrénie serait une « pathologie de la communication et du lien social » ou encore une « altération d'un domaine particulier de l'action, dont la représentation serait un mécanisme fondamental de la représentation de soi et de l'autre »¹⁰²⁸. Pour Georgieff, cela revient à « introduire dans le modèle neuropsychologique cognitif de l'action un système spécifique pour les actions sociales ou interindividuelles qui sont l'objet de ce que l'on pourrait appeler la neuropsychologie cognitive sociale de l'action »¹⁰²⁹ (dit « système du « qui » », et qui porte non plus tant sur la conscience de l'action (dans son intention et son

¹⁰²⁴ *Ibid.*, p. 97.

¹⁰²⁵ *Ibid.*, p. 98.

¹⁰²⁶ *Ibid.*, p. 99.

¹⁰²⁷ *Ibid.*, p. 100.

¹⁰²⁸ *Ibid.*, p. 100.

¹⁰²⁹ *Ibid.*, p. 101.

exécution) que sur la question de savoir « qui » agit au juste.

Ce recentrage oriente alors la question (neuro-cognitive) sur la manière dont l'homme (normal, et comparé à l'animal) fait intervenir ses représentations sociales (modèles d'actions, perceptions antérieures d'actions faites par autrui) dans ses actions propres, et sur les systèmes cognitifs mobilisés. D'où un recentrage sur les mécanismes de l'empathie, puisqu'il apparaît que c'est au moyen de celle-ci que l'homme (ainsi que certains animaux) peut se représenter les autres ainsi que ses actions, tout en intégrant ces représentations à celles qui portent sur lui-même et sur ses propres actions. À ce niveau, l'imagerie cérébrale montre une analogie entre les circuits impliquant le simple fait de se représenter agir (et agir réellement) ainsi qu'une analogie entre les circuits impliquant le fait de se représenter agir et voir agir quelqu'un d'autre. Ces analogies sont mises en évidence par l'observation de « neurones miroirs » chez le singe et par l'équivalent de ces neurones miroirs chez l'homme (partie postéro-inférieure du lobe frontal, à la jonction des gyri frontaux précentral et inférieur, à limite des aires 6, 44 et 45). Ce sont des neurones qui « codent l'acte lui-même, ils assurent sa représentation et celle de son but aussi bien lors de son exécution, sans perception, que de sa perception, sans exécution »¹⁰³⁰. Ainsi, se voir agir en pensée, agir réellement et voir autrui agir engagent les mêmes neurones, le même système (circuit) neuro-cognitif.

Pour Georgieff, ce recentrage et ces données expérimentales ont donné lieu notamment à la notion de « mind reading », ou de « théorie de l'esprit », où l'empathie est considérée comme un mécanisme fondamental de base, de « partage de représentations motrices »¹⁰³¹ : le sujet acquiert ses représentations en voyant les actions et expressions d'autrui, qu'il réactualise en les exécutant et en se les représentant.

En ce sens, les symptômes schizophréniques pourraient traduire un dysfonctionnement de ce système : « les perturbations fonctionnelles touchant ce système peuvent se traduire par les deux types d'erreur possibles d'attribution, correspondant aux deux versants « en miroir » de la clinique schizophrénique « positive » »¹⁰³², à savoir premièrement une réceptivité (normalement régulée par un mécanisme d'inhibition) accrue aux actions d'autrui (donnant lieu notamment à des conduites mimétiques observées « dans les psychoses débutantes ou en phase aiguë, et dans l'autisme infantile » et aux délires d'influence), deuxièmement à l'inverse, un « excès d'auto-attribution d'actions d'autrui »¹⁰³³.

Deux autres aspects des symptômes schizophréniques pourraient aussi s'expliquer par le

¹⁰³⁰ *Ibid.*, p. 103.

¹⁰³¹ *Ibid.*, p. 104.

¹⁰³² *Ibid.*, p. 106.

¹⁰³³ *Ibid.*, p. 106.

dysfonctionnement de ce système, tout d'abord le retrait autistique et ensuite les bizarreries de langage ou de communication (liés à la difficulté pour le schizophrène, de se représenter ce que comprend l'autre).

Georgieff résume alors ainsi cette recherche : « tout se passe comme si le schizophrène était engagé, à travers ses symptômes hallucinatoires et délirants, dans une confusion avec un autrui imaginaire. Notre hypothèse est que ces symptômes témoignent du dysfonctionnement d'un système social de codage de l'action, système dans doute normalement mis au service de nombreuses fonctions, dont l'imitation, le jugement d'attribution des actions et intentions, et particulièrement destiné à l'empathie. Ce système repose au moins en partie sur la perception et la représentation des actions motrices et des intentions que ces actions expriment. Nous avons montré que cet autrui pouvait être inscrit en quelque sorte dans la structure même du codage de l'action, pour les actions sociales et intentionnelles, et également dans l'organisation fonctionnelle cérébrale (« neurones miroirs »). Le schéma d'action inclurait ainsi un « autre virtuel » (C. Thrévarthen, système dit du IMF : Innate Motive Formation, « système régulateur du développement qui prédispose l'individu à l'intersubjectivité et génère les conduites intersubjectives grâce à l'intériorisation d'un « autre virtuel » permettant l'anticipation de ses réponses »¹⁰³⁴, et observé sur les relations bébé-mère où l'on voit le bébé être à l'initiative de l'interaction). La schizophrénie révélerait un dysfonctionnement de cette « relation entre le soi et cet « autre virtuel » », comme une « pathologie de la constitution du « soi » dans un environnement social » ou encore comme une « pathologie de l'empathie et de la constitution des représentations de soi et d'autrui en interaction »¹⁰³⁵.

La conclusion (les conclusions) de Georgieff mettent notamment l'accent sur le rôle actuel des neurosciences (compte tenu des progrès dans les méthodes d'observation), rôle rendant possible une meilleure prise en charge de la maladie mais qui permet aussi une meilleure compréhension du comportement humain en général. Elles soulignent également le fait que ces recherches font s'effacer progressivement la frontière nette entre normal et pathologique, au profit d'un « spectre, c'est-à-dire d'un gradient de sévérité selon un continuum de traits cognitifs et cliniques, menant des sujets vulnérables mais sains aux sujets malades »¹⁰³⁶ et qu'il faut comprendre l'importance de la période précédant le déclenchement des symptômes. Après avoir vu cet exemple d'approche par les neurosciences, nous proposons plusieurs remarques.

En ce qui concerne l'analyse proprement dite du délire, l'idée d'une défaillance neuro-

¹⁰³⁴ *Ibid.*, pp. 107-108.

¹⁰³⁵ *Ibid.*, p. 109.

¹⁰³⁶ *Ibid.*, p. 112.

cognitive (poussant le sujet à confondre ses propres actions avec celles d'autrui) ne permet pas d'expliquer parfaitement les moments où le sujet est « normal » : selon cette hypothèse, il devrait en quelque sorte toujours délirer, être toujours dans une extrême confusion. Il faut plutôt penser que cette défaillance n'est que « possible », est inscrite comme possibilité (probabilité) variant, dans ses manifestations, selon les événements à intégrer. Les « crises » interviendraient lorsque la situation deviendrait propice à la mise en activité de la défaillance même, mais sans ce contexte, on peut penser qu'une certaine « normalité » serait possible. On peut trouver des exemples dans la schizophrénie (des études sur le rôle des médicaments et sur le rôle de la famille le montrent) et dans la maniaco-dépression (exemple de l'artiste et écrivain Gérard Garouste qui explique que ses crises peuvent survenir sans aucun événement déclencheur, ou à cause d'émotions fortes ou à un changement de saison). On peut penser qu'un environnement « positif » permettrait à des constitutions fragiles (à risque), de ne pas s'exercer. C'était là le rôle de l'École orthogénique de B. Bettelheim à Chicago que de permettre une sorte de « réparation » ou d'empêcher l'autisme (les enfants qui ressortaient et retournaient dans leur famille avaient tendance à la rechute).

Par ailleurs, l'action (efficace) du cérébral ou du biologico-organique sur l'état psychologique reste indéterminée, puisqu'on place entre ces deux niveaux un « interface » censé mieux répondre aux questions de leur rapport. Or certaines études montrent leur corrélation, ce qui relance la question. Ainsi, dans sa conférence sur les neurosciences intitulée « L'essor des neurosciences : vers une désobjectivation ? », Raphaël Gaillard s'appuie sur plusieurs observations, notamment l'observation montrant qu'il est possible d'agir par stimulation cérébrale sur les états émotionnels/affectifs. Une patiente que l'on opère et qui subit une stimulation cérébrale se voit dire tout d'un coup « j'en ai marre de la vie » en sombrant dans un état dépressif. Revenue à l'état « normal » après l'opération, elle avoue ne pas comprendre pourquoi elle a dit cela et s'en montre amusée. Cela suggérerait la possibilité de modifier en quelques minutes (quelques secondes) l'ensemble de l'être-au-monde par simple action sur son cerveau. Il y a la même possibilité d'agir par les médicaments (molécules) sur les états dépressifs (dans le sens inverse et plus lentement), comme s'il n'y avait pas de causalité psychique mais une causalité biologique. R. Gaillard souligne toutefois le problème que pose la causalité en sciences en tant que recherche infinie (remonter de cause en cause) ainsi que le problème posé par le dualisme (parallélisme) si l'on oppose deux types de causalités. Il conviendrait ainsi plutôt de réconcilier ces différentes causalités (psychothérapie et médicaments). Il prend l'exemple d'une patiente non pas soignée par la psychothérapie mais par des médicaments et l'exemple du malade agité non pas à cause des médicaments (qu'il n'a

pas pris) mais parce qu'il culpabilise de ne pas les avoir pris. Il suggère également que la maladie (ou la folie) serait non pas un phénomène d'adaptation conservé par l'évolution mais plutôt un effet de la complexité psychique humaine (mécanismes de représentations corrélés aux mécanismes cérébraux mais pouvant s'en détacher par dérivation, représentations de représentations...). Pour autant, la question qu'il veut poser est celle-ci : si le cerveau est prédominant (par rapport à la conscience) dans nos actions, motivations et décisions, alors « qui » sommes-nous, qui est le sujet de ce cerveau et y a-t-il sujet ? Quand y a-t-il sujet ? La conscience semble intermittente et juste là pour représenter (de manière dérivée) ce qui se passe au niveau cérébral.

De même, si des changements sont possibles grâce aux molécules, qui sommes-nous malgré ces changements et ne pouvons-nous pas choisir qui nous voulons être (R. Gaillard prend l'exemple du dépressif qui se « préfère » avec ses médicaments plutôt que sans et qui veut continuer à les prendre même s'il n'est plus malade¹⁰³⁷).

Autre questionnement que nous tirons toujours de la recherche sur le rapport entre le cerveau et la pensée, à propos de la dépression, celui de la nécessité d'avoir une approche pluraliste (et non pas simplement totale et unitaire) de la maladie.

Ainsi, les neurosciences postulent que la pensée et les intentions résultent de l'activité neuronale, ce qui est illustré par exemple par la capacité de contrôler des bras robotisés par la seule pensée par exemple. Or, comme l'explique R. Martin-Du Pan, « même si elles ont un support biologique indéniable, les émotions, les idées et les intentions se situent à un autre niveau de réalité que celui des synapses et des neurotransmetteurs. Réduire l'esprit au cerveau (le monisme), c'est faire une erreur de catégorie. De façon analogue au dualisme cerveau-pensée, il existe une dichotomie psychobiologique dans la pratique psychiatrique, par exemple dans le traitement de la dépression. Ce dernier repose sur les antidépresseurs d'une part et la psychothérapie d'autre part, qui ont des effets distincts sur le métabolisme cérébral, évalué par IRM fonctionnelle, et sur la perception des émotions. L'utilité d'une approche complémentaire à la fois chimique et relationnelle est soulignée en cas de dépression sévère »¹⁰³⁸.

Cette complémentarité requise s'expliquerait de différentes manières, à la fois parce qu'il y aurait différentes formes (origines) de dépressions et parce que dans tous les cas les symptômes de la dépression doivent se soigner à deux niveaux. L'auteur de l'article analyse ainsi et reprend les études faites sur les interactions entre le cerveau et la pensée, en montrant

¹⁰³⁷ Dans Peter Kramer, *Prozac : le bonheur sur ordonnance*, Paris, First Editions, 1994

¹⁰³⁸ Article *Neurosciences et rapport pensée-cerveau : à propos des traitements de la dépression*, Rémy C. Martin-Du Pan, *Revue Médicale Suisse*, 2012; volume 8. 1629-1633

qu'il y a certes une action du biologique et du cérébral sur la pensée mais que l'inverse est vrai aussi, et que ces études ne permettent pas pour autant de trancher entre dualisme et monisme : « il existe toujours une rupture épistémologique entre le monde des idées et celui des neurones. Un fossé semblable divise les psychothérapeutes et les tenants de la psychiatrie biologique. Ces derniers privilégient les traitements pharmacologiques, qui agissent sur les neurotransmetteurs et peut-être même sur la plasticité synaptique »¹⁰³⁹.

Par ailleurs, l'imagerie cérébrale, reposant sur une « cartographie » des différentes régions du cerveau associées à différentes activités intellectuelles ou émotions, permet de visualiser des dysfonctionnements en cause dans certaines pathologies : « elle permet de détecter des dysfonctions dans certains circuits faisant interagir plusieurs aires cérébrales, notamment dans la dépression, les syndromes obsessionnels et le syndrome post-traumatique. Visualiser les images cérébrales et ces circuits permet d'objectiver les symptômes des patients, qui n'étaient jusque-là pas localisables dans le cerveau, et à terme, de proposer une nouvelle approche des maladies mentales conçues comme maladies du cerveau »¹⁰⁴⁰. Cela permet aussi, on le comprend, d'agir par des médicaments ou par des phénomènes matériels (stimulation électrique) sur le cerveau, pour en « corriger » les dysfonctionnements éventuels. Mais la question de l'action même de la pensée (immatérielle) sur le cerveau reste entière ainsi que sa réciproque (action du cerveau sur la pensée), questions qui peuvent se formuler ainsi et qui font l'objet d'études : « peut-on contrôler par la pensée un robot et lire les «pensées» d'autrui avec un décodeur cérébral ? ». En effet, comme le souligne l'auteur, « on comprend assez bien comment les manipulations de l'activité cérébrale par stimulation électrique du cerveau ou l'administration de substances hallucinogènes ou de psychotropes peuvent modifier les états de conscience en interférant directement avec l'activité électrique des neurones et la libération des neurotransmetteurs. On explique plus difficilement (d'après les dualistes) comment des entités immatérielles telles qu'une pensée, une intention peuvent influencer l'activité cérébrale ». ¹⁰⁴¹

Or des études montrent que des patients tétraplégiques sont capables de contrôler l'activité d'un bras robotisé ou d'un fauteuil électrique, « sans l'aide des muscles et uniquement par la pensée, grâce à des électrodes implantées dans le cortex cérébral moteur ou même grâce à un EEG (électroencéphalogramme) sur le scalp, mesurant l'activité électrique du cerveau. Cette dernière est enregistrée (lorsque le sujet imagine simplement le mouvement à exercer), puis traitée mathématiquement par un ordinateur pour en décoder les signaux significatifs, qui vont

¹⁰³⁹ *Ibid.*

¹⁰⁴⁰ *Ibid.*

¹⁰⁴¹ *Ibid.*

permettre d'actionner (à distance) le bras robotisé ou le fauteuil ». L'auteur résume d'autres expériences similaires qui illustrent la réciproque, à savoir la possibilité pour un appareil de décoder une pensée, et réussir « grâce à un décodeur à déterminer avec un taux de réussite de près de 90% quelle image regardait un sujet parmi un choix de 110 images. On a préalablement défini par IRMf l'activité cérébrale générée au niveau occipital par la vision de 1750 images, analysées par 8000 filtres mathématiques. Puis, l'IRMf est réalisée (treize fois, pour éliminer le bruit de fond) pendant que le sujet observe l'une des 110 images. Dans une autre expérience (qu'on pourrait intituler «un neurone pour un visage»), des électrodes étaient implantées chez des épileptiques dans des neurones du lobe temporal médian (LTM) (qui comprend la (para)hippocampe, l'amygdale et le cortex enthorinal). On a montré qu'un seul neurone s'activait lors de la présentation d'un visage connu (Obama !) et même à l'énoncé du seul nom de cette personne. Toutefois, l'enregistrement de l'activité de 2300 neurones (!) situés dans le LTM, chez des patients à qui on présentait des photos, a montré une activité dans un plus grand nombre de neurones lorsqu'ils voyaient des photos de membres de leur famille que des photos de célébrités. Cela pourrait être lié aux souvenirs personnels évoqués par les photos de personnes proches impliquant des connections neuronales multiples »¹⁰⁴².

Ainsi, « la possibilité de décoder différents types d'activités conscientes (brain reading) ou inconscientes grâce à la neuro-imagerie a permis de mieux comprendre les blocages en jeu dans la paralysie hystérique ou celle induite par suggestion hypnotique ainsi que chez les sujets soumis au détecteur de mensonges »¹⁰⁴³.

Autre question en jeu dans les études et expériences réalisées dans le domaine des neurosciences, et qui permettrait de trancher en faveur du monisme, celle de savoir si « la décision précède la prise de conscience de l'action »¹⁰⁴⁴. En effet, comme le rappelle l'auteur, « pour certains neurophysiologistes, la conscience ne serait qu'un épiphénomène résultant de l'activité cérébrale, comme l'écume sur la vague. Des expériences concernant la prise de conscience montrent que, avant même que la volonté ordonne au corps de faire un mouvement, le cerveau a déjà initié celui-ci à notre insu »¹⁰⁴⁵. Il n'y aurait au fond pas de différence entre le réflexe en jeu quand on retire sa main d'une plaque brûlante ou de l'eau bouillante et une prise de décision en apparence plus consciente et volontaire comme appuyer sur un bouton (ou pas). Dans le premier cas « on retire [sa main] avant d'avoir la perception consciente de la sensation thermique douloureuse. On l'explique par un arc réflexe sensori-

¹⁰⁴² *Ibid.*

¹⁰⁴³ *Ibid.*

¹⁰⁴⁴ *Ibid.*

¹⁰⁴⁵ *Ibid.*

moteur au niveau médullaire devant l'information transmise au cerveau ». Dans le second cas, « on a mesuré (grâce à des électrodes implantées dans 1019 neurones au niveau de l'aire motrice supplémentaire située dans le lobe frontal médian) une activité électrique de préparation motrice de 300 msec à 1,5 sec avant que les sujets aient la sensation de décider consciemment d'actionner le bouton »¹⁰⁴⁶.

Ce que montrent plus précisément ces études, c'est également la possibilité de stimuler une aire et déclencher une intention de mouvement sans son exécution, et inversement la possibilité de stimuler une autre aire et déclencher un mouvement sans son intention. Cela montrerait donc au final « un décalage dans les temps et au niveau des aires cérébrales entre l'initiation motrice d'un mouvement et la prise de conscience qu'il a été réalisé, qui survient secondairement et qui permettrait de vérifier que le mouvement a bien été exécuté »¹⁰⁴⁷. Pour autant, ce décalage reste en lui-même à questionner. Certaines hypothèses s'orientent vers une explication faisant appel à la mécanique quantique pour suggérer un indéterminisme inobservable mettant en jeu des photons (comme c'est le cas chez les oiseaux migrateurs). On retrouvera cette idée en évoquant plus loin la notion de « tropisme ».

Ce qui apparaît ici, c'est en tout cas la perspective d'une interaction mesurable et observable entre des niveaux de réalité différents, mais qui reste difficile à comprendre quand il s'agit de savoir comment l'on passe de l'un à l'autre. On comprend que le cerveau produise la pensée et agisse sur elle dans son fonctionnement, en la perturbant éventuellement dans son sens (en produisant par exemple une pensée triste), mais on ne comprend pas comment se fait ce passage.

D'où l'idée, adoptée par l'auteur, de ne pas renoncer au dualisme pour respecter les deux ordres de choses différents que sont d'une part les éléments constitutifs du cerveau, à savoir des éléments matériels tels que des « neurones avec des membranes, des canaux ioniques, des potentiels d'actions, des dendrites, des synapses, qui sont objectivables », et d'autre part les éléments constitutifs de la pensée qui « est faite d'intentions, de raisonnements, de désirs et de craintes, qui sont subjectifs ». Ainsi, « il ne s'agit donc pas de la même catégorie de phénomènes »¹⁰⁴⁸.

« En outre, une activité mentale donnée (par exemple : la perception) ne résulte pas seulement de l'activité neuronale mais aussi de l'organisation fonctionnelle du cerveau, divisée entre différents centres, circuits et réseaux de neurones synchronisant leurs activités. En fait, à chaque niveau supérieur de complexité apparaissent de nouvelles propriétés qu'on ne pouvait

¹⁰⁴⁶ *Ibid.*

¹⁰⁴⁷ *Ibid.*

¹⁰⁴⁸ *Ibid.*

déduire de celles présentes au niveau inférieur. Le tout est plus que la somme des parties. Cela résulte de nouvelles interactions entre molécules, cellules, tissus, lors du passage à une structure plus complexe, ce qui implique une réorganisation de cette dernière à un niveau supérieur »¹⁰⁴⁹.

Nous pouvons suggérer également avec l'auteur que le langage joue certainement un rôle important dans l'interaction qui existe entre le neurologique et le psychique. « Le langage, comme processus de création de signification, joue un rôle probable dans le passage du physiologique au psychique et dans l'émergence de la conscience. La relation patient-psychothérapeute ou cerveau-pensée peut être formulée en termes de transmission de l'information d'un émetteur à un récepteur selon des codes phonétiques et sémantiques d'un côté et neurochimiques de l'autre. Toutefois, les pensées ne se réduisent pas au décodage de signaux linguistiques. Il faut tenir compte de l'interlocuteur, de ses intentions, de la perception subjective des signaux et de l'émotion qu'elles provoquent. On ne peut réduire la pensée à l'activité neuronale, pas plus qu'on ne peut réduire une mélodie aux vibrations des cordes d'un violon ou aux notes d'une partition (pour paraphraser Claude Bernard). Il s'agit d'un autre niveau de réalité »¹⁰⁵⁰.

On ne peut ici que s'interroger sur ce rôle du langage (phonétique et sémantique) qui pourrait être en jeu dans l'interaction (réciproque donc) entre le cérébral et la pensée. L'action possible du discours du patient ou du psychothérapeute sur l'état psychique du malade, de même que l'impact possible de la parole d'autrui sur un état psychique devient plus compréhensible et compatible avec l'approche neuro-scientifique, et c'est ce qui nous intéresse ici également. Nous cherchons en effet à comprendre tout ce qui peut impacter notre rapport au monde de telle sorte qu'il prenne une forme déterminée telle que celle de la chute « inévitable » ou celle de la guérison « étonnante ». Peut-être tout ce qui nous « arrive » est-il vécu dans un discours intérieur capable de modifier profondément notre fonctionnement « cérébral », dans un sens positif ou négatif.

Pour reprendre les idées de notre article et les résumer avec son auteur, nous pouvons dire ainsi que « le monisme des neurosciences, qui réduit la pensée ou les émotions à l'activité cérébrale, implique du point de vue épistémologique une erreur de catégorie. Même s'il y a une relation causale (ou parallèle) entre le cerveau et la pensée ou les émotions, ces dernières ont une dimension à la fois neurobiologique (objective) et phénoménologique (qui se manifeste à la conscience, au vécu subjectif). Le ressenti des émotions n'est pas réductible au

¹⁰⁴⁹ *Ibid.*

¹⁰⁵⁰ *Ibid.*

rythme des dépolarisations neuronales, qu'on peut comparer au langage morse, un code sans état d'âme ! Même si l'on arrivait à établir des correspondances entre une émotion et un réseau d'activation de groupes de neurones dans différents centres synchronisant leur activité au moment du ressenti de l'émotion, cela resterait à des niveaux de réalité totalement différents. On ne peut toutefois exclure que ces différents niveaux de réalité traduisent simultanément, mais avec des langages différents, les mêmes processus psychobiologiques ». Appliquées aux « aspects psychobiologiques du diagnostic et des traitements de la dépression », ces considérations aboutissent à différentes conclusions et critiques possibles. Ainsi, on observe que « la dichotomie qui existe entre la pensée et le cerveau se retrouve au niveau du diagnostic des maladies mentales (origine exogène liée à l'environnement, ou endogène, génétique), des traitements (psychothérapie ou pharmacothérapie) et des thérapeutes (psychologues ou tenants de la psychiatrie biologique). Cette dichotomie est arbitraire puisque les maladies mentales sont d'origine multifactorielle, que les rôles respectifs de l'hérédité et du milieu sont variables (épigénétique) et que les psychiatres sont à la fois psychothérapeutes et pharmacothérapeutes ! »¹⁰⁵¹.

Ainsi, « face aux patients dépressifs, on peut néanmoins envisager deux niveaux complémentaires de réalité. Il y a le niveau biologique, objectif, qui concerne entre autres les facteurs génétiques (déterminant le transporteur de la sérotonine, l'activité de la mono-amino-oxydase, les altérations du gène codant pour le BDNF (Brain derived neurotrophic factor), etc. Il y a aussi les dysfonctions dans les circuits cérébraux frontaux (se traduisant par une hyperactivité métabolique mesurée par IRMf au niveau du gyrus cingulaire rostral (aire de Brodman 25). D'autre part, il y a le niveau psychoaffectif, subjectif, véhiculé par la parole du déprimé que le psychiatre va recueillir et analyser. Cette parole va exprimer d'un côté le vécu des ruptures, des deuils, des conflits, des violences subies par le patient et l'angoisse, la culpabilité et la dévalorisation de soi qui en résultent, et de l'autre, les capacités de résilience, les ressources personnelles pour faire face. Au plan thérapeutique, il y a la psychothérapie et les antidépresseurs (AD) ; il y a donc une complémentarité thérapeutique.

Le déprimé exprime son vécu par sa parole mais aussi par les tonalités de sa voix, le langage de son corps et le contenu sémantique de ses mots. Ces derniers ont aussi une réalité physique puisque les mots prononcés induisent une vibration de l'air, les ondes sonores, qui vont frapper le tympan et déclencher un train d'ondes électriques au niveau du nerf acoustique. Le cerveau est capable de décoder ces images sonores et d'en analyser le sens. La mise en mémoire de ces informations dans l'hippocampe implique des modifications de la structure

¹⁰⁵¹*Ibid.*

des synapses, l'établissement de connexions interneuronales et peut-être même la formation de nouveaux neurones (plasticité neuronale). Ces nouvelles traces biologiques, que toute expérience (visuelle, auditive) façonne dans le réseau neuronal, pourraient établir un lien entre le psychique et le biologique. Il est intéressant de noter que les AD et la parole (thérapie cognitivo-comportementale, ou interpersonnelle) ont des effets objectivables sur le métabolisme cérébral (évalué par IRMf). L'effet concerne surtout les cortex orbito-frontal et préfrontal mais les effets métaboliques résultant de la psychothérapie ou des AD sont parfois distincts, suggérant des impacts différents »¹⁰⁵².

En résumé, « la pensée, véhiculée par la parole et les mots, a un impact biologique objectif, qui met en jeu de nouvelles connexions neuronales (grâce à la plasticité synaptique) et modifie l'activité métabolique de différents centres et circuits cérébraux, ce que l'on peut mesurer par l'IRMf. Il y a donc une interaction constante entre le psychique et le biologique, sans qu'on puisse les réduire l'un à l'autre. On constate une interaction semblable entre l'environnement et les gènes, ce qui a donné lieu à une nouvelle science, l'épigénétique. Cette dernière montre comment l'expérience peut modifier l'expression des gènes (sans modifier leur structure) en agissant sur des facteurs de régulation génétique et des facteurs neurotrophiques permettant de faire un lien entre gènes, vulnérabilité aux stress, et le risque de survenue d'une maladie mentale »¹⁰⁵³.

Sur la question de la thérapie, soit par médicaments (antidépresseurs), soit par psychothérapie (parole, écoute), il s'agit de montrer, on l'aura compris, que l'usage seul des anti-dépresseurs ne suffit pas. Cet usage ne permet pas en effet une « réappropriation » de son existence par le malade dépressif, qui a besoin de faire le lien entre son état (ses troubles) et son histoire personnelle. Certes les médicaments atténuent le caractère angoissant de la réalité ainsi que les émotions, mais celles-ci peuvent ressurgir de manière excessive et incontrôlée ou bien entraîner des troubles d'un autre ordre. D'où l'idée que la psychothérapie serait incontournable et privilégiée, peut-être même d'une efficacité supérieure.

Nous reprenons la conclusion de cet article ci-dessous.

« Le monisme cerveau-pensée fonde les neurosciences mais il constitue, pour les épistémologues, une erreur de catégorie. Les neurosciences, malgré leurs progrès, auront toujours une approche réductrice dans la compréhension de l'âme humaine, de la singularité du patient et de la façon dont la maladie mentale s'inscrit dans son histoire personnelle et le contexte social. Quant aux psychiatres, ils disposent d'approches complémentaires

¹⁰⁵² *Ibid.*

¹⁰⁵³ *Ibid.*

psychobiologiques pour leurs thérapies. L'art du psychiatre est de combiner ces traitements. L'utilisation des AD permet, en soulageant les symptômes, de libérer la parole paralysée par l'anxiété ou l'autodépréciation en vue d'une reconstruction narrative. Le décryptage des symptômes et des idées négatives détient en lui-même une fonction thérapeutique que la seule utilisation des AD ne peut accomplir dans le long terme »¹⁰⁵⁴.

C – Phénoménologie et neurosciences : les points de divergence

Ces considérations sur les études et expériences faites en neurosciences montrent, comme on a voulu le suggérer, un apport possible de ces dernières dans la compréhension des maladies psychiques. On ne saurait en effet négliger cette approche et les nombreuses découvertes faites dans ce domaine. Reste toutefois des points laissés en suspens.

Les études sur le dysfonctionnement de certaines fonctions neuro-cognitives portent sur ce que produit le cerveau et sur les perturbations qu'il peut contenir en lui-même et répercuter sur les représentations du sujet malade (l'imagerie cérébrale montre par exemple des zones plus actives que d'autres, ou bien des molécules/hormones moins nombreuses). Mais elles n'interrogent pas très précisément ce qui, par ailleurs, à part les médicaments, pourrait rééquilibrer le fonctionnement neuro-cognitif : des événements dont le sens en lui-même, plus fort que le sens produit par le cerveau, pourrait remplacer le sens induit, événements tels que le mouvement (sport), l'alimentation, les pensées que le sujet pourrait de lui-même auto-produire (méditation), les paroles d'autrui etc. Le cerveau étudié ne semble pas étudié comme faisant partie d'un circuit (rapport sujet/monde) dont la "programmation" pourrait être rééquilibrée. De même, les causes du dysfonctionnement ne sont pas envisagées : rôle du vécu et de la répétition sur le mécanisme des pensées, rôle d'autrui comme facteur déséquilibrant dans le mécanisme de l'empathie, situations où la parole et les actions d'autrui ne sont pas interprétables en elles-mêmes et ne peuvent servir de modèle d'action, d'interprétation, de représentation de soi et d'autrui.

Il faut en effet semble-t-il s'interroger sur la manière dont notre représentation du monde, au sens d'interprétation active et interactive, mettant en jeu à la fois les données extérieures et les données internes, peut ainsi s'autonomiser pour ne plus tenir compte, en quelque sorte, de ce qui, dans la réalité extérieure et dans le rapport à autrui, pourrait modifier et inverser son cours. Dans le délire ou l'hallucination psychotiques, mais aussi dans le traitement d'une réalité ou d'un événement, tout semble se passer comme si était plaqué sur elle (lui) un type

¹⁰⁵⁴ *Ibid.*

réduit de signification ou d'intention, résistant à tout changement, fermé sur lui-même, comme c'est le cas dans un processus de compréhension/conviction/certitude ou découverte d'une vérité inébranlable, évidente. À ce titre, les sciences cognitives peuvent éclairer l'approche phénoménologique pour tenter de voir en quoi le rapport existentiel de l'homme au monde peut dépendre d'un « mécanisme » comparable à un système défaillant le réduisant à un type de rapport et surtout s'imposant comme « plus fort » que la capacité du sujet à réorienter son rapport au monde ou à le mettre en question. Si la phénoménologie interroge bien la manière dont le sujet malade voit son projet de monde « fléchir » ou la manière dont sa structure temporelle se réduit dans ses capacités projectives, elle n'interroge pas vraiment le « mécanisme » supposé permettre « normalement » une réouverture de cette structure, ou supposé permettre une mise en question, un arrêt de ce processus. Car que le sujet soit en proie à des réductions de son projet de monde, cela concerne aussi l'homme « normal » qui, soumis à ces flexions, parvient à les rééquilibrer (tel est le rôle du deuil par exemple, qui met en échec ce qui pourrait faire tomber quelqu'un en dépression ou mélancolie). Le fait de tomber malade ou de devenir fou ne doit-il pas ainsi interroger autant ce qui fait tomber que ce qui permet « normalement » de ne pas tomber (sachant que les deux mécanismes peuvent être défaillants, ou que la défaillance de l'un provoque ou entretient celle éventuelle de l'autre). Ainsi on pourrait supposer, par exemple dans le cas du délire (névrotique ou psychotique d'ailleurs) que le sujet ne parvient pas à se dire que ce qu'il pense est probablement faux, et il accorde une pleine confiance (ou une très grande confiance) à ce qu'il pense sans pouvoir utiliser les éléments contraires. On peut certes poser que la réalité en elle-même est incapable de contrer parfaitement ce que l'on croit (même une preuve évidente peut avoir été fabriquée, c'est l'argument souvent utilisé des complotistes qui ne sont pas, notons-le et étonnons-nous, « taxés » de fous ni de malades...) mais on peut aussi supposer une manière de penser spécifique (défaillante dans sa mise en relation comparative entre ce qu'elle produit et ce qu'elle pourrait produire d'autre à partir des mêmes données ou à partir d'autres données). On peut aussi penser que le sujet psychotique est à ce point enfermé dans un type réduit de représentation des choses qu'il répète, que cette réduction répétée conduit à renforcer un type de pensée par rapport à un autre, comme si à force de penser toujours la même chose de la même façon le sujet ne pouvait plus faire ni penser autrement. Un tel mécanisme peut semble-t-il s'expliquer par les neurosciences puisque la représentation est associée à un support « matériel » sur lequel on peut supposer une certaine imprégnation et qui s'automatiserait comme sur un circuit. On peut aussi penser que si le système cérébral et cognitif est un « producteur » de représentations, une mise à disposition d'un certain nombre

de « réponses » adaptées à telle ou telles situations, ces représentations peuvent, par le fait de l'habitude, se réduire à quelques unes tandis que disparaîtraient progressivement les autres (comme c'est le cas pour le reste du corps, qui, par habitude, peut perdre l'usage de certains mouvements alors qu'il est censé au départ avoir les capacités d'un grand nombre d'entre eux). L'habitude de penser telle ou telle chose plutôt que telle autre engendrerait ainsi un certain mécanisme produisant un effet de certitude absolue et de conviction inébranlable. Le principe de la psychothérapie (comme celle des médicaments) consisterait alors à rouvrir ce champ de pensées possibles, pour permettre au sujet d'abord de douter de ce qu'il pense au moyen de ce qu'introduit ou dit autrui, puis au moyen de ce qu'il pourrait se dire lui-même. L'exercice stoïcien consistant à « se dire » que c'est de nos pensées que nous souffrons ne repose-t-il pas sur le même principe en quelque sorte, redevenir maître de sa pensée en s'efforçant de ne pas penser ce que l'on pense et qui nous fait souffrir sans pour autant être vrai puisque chaque chose peut être pensée au fond de différentes manières ? Certains phénomènes de la vie « ordinaire », même « normale » semblent confirmer cette possibilité : l'homme conscient de ne voir les choses que d'une certaine manière avoue « j'ai toujours tendance à penser que... » ou « il faudrait que je me force à voir les choses autrement », ou « j'ai l'habitude de penser que... », « je n'arrive pas à voir les choses sous un autre jour » etc. Comment expliquer une telle impuissance, manifeste dans la maladie et la folie, sinon par une étude de ce qui peut rendre ainsi la pensée « automatique » ou « mécanique », « réduite », à savoir le cerveau et son fonctionnement « organique », dans ses impacts sur notre perception (externe et interne) qui elle aussi semble bien dépendre de notre « corps » ?

Remarque sur l'autisme : il semble qu'à ce titre les recherches et les traitements de l'autisme ne sont pas accusés de réductionnisme comme c'est le cas dans la psychiatrie « classique » (pharmacologique) et on peut se demander pourquoi : l'autisme semble en effet reconnu comme une maladie mettant directement en cause un dysfonctionnement neuronal, touchant aussi le traitement de l'information (on n'attribue pas aujourd'hui à l'autisme quelque facteur psychogène engageant des traumatismes par exemples, et même les recherches faites sur le rôle éventuel du système immunitaire et de bactéries du système digestif/intestinal montrent encore une cause mécanique et non psychique). On reconnaît ainsi derrière les troubles ou symptômes autistiques un simple dysfonctionnement de la représentation, avec des impacts sur la perception d'autrui et sur la communication et l'empathie, mais cela ne pose pas de problème en soi que d'avoir ce regard « neuronal » sur cette maladie. Cela n'empêche pas en effet qu'on s'intéresse à ce que ressent et vit intérieurement l'autiste, à sa manière d'être-au-monde et d'exister en tant que sujet, à « son monde intérieur » ou son « théâtre privé » (on

s'intéresse notamment à ses capacités synestésiques lui faisant parfois associer des chiffres à des couleurs ou à des objets). Nous pourrions poursuivre sur cette question en demandant : pourquoi l'autiste n'est-il pas considéré comme « malade » ou « fou » et pourquoi s'intéresse-t-on à ses représentations particulières sans les associer à des délires ou à des hallucinations ? Pourquoi ne peut-on avoir la même « considération » pour le schizophrène ou le maniaque ou le mélancolique, dont les « productions » sont également d'une complexité et d'une richesse inédites ?

Faisons le bilan sur le rapport établi entre phénoménologie et neurosciences. On peut voir en quoi neurosciences et phénoménologie se rejoignent : il s'agit bien de comprendre la maladie psychique à partir de la manière « totale » dont le sujet « est au monde », dans sa perception de la réalité et dans sa manière de se « projeter » (en donnant un sens aux choses et en agissant de telle ou telle manière dans tel ou tel but). Que ce soit le système cognitif qui soit en cause ou bien la structure temporelle, au fond peu importe, pourvu que cette structure, quelle qu'elle soit, reste une structure « ouverte », plastique, dynamique, ce que ne nient pas les neurosciences. En effet, le cerveau et l'interface cognitif ne sont pas conçus comme des systèmes clos qui mécaniquement produiraient ou détermineraient telle ou telle pensée. Ils sont pensés comme conditions de production de la pensée, en lien avec d'autres facteurs productifs de pensée, et en lien avec la réalité extérieure perçue (événements, autrui).

Il s'agissait de montrer que le point de vue des neurosciences peut être réducteur s'il revient à réduire l'esprit au cerveau et la maladie mentale (psychique) à un dysfonctionnement cérébral. Il fallait aussi poser que le dysfonctionnement cérébral en jeu dans les maladies psychiques peut certes être traité par une approche médicale et biologique, mais qu'une approche thérapeutique « psychologique » peut aussi avoir un effet bénéfique sur ce dysfonctionnement cérébral. Il faut supposer pour cela une interaction entre le cerveau et la pensée, entre le biologique et le psychique, telle que la modification de l'un (cerveau ou pensée) peut avoir un effet sur l'autre : il n'y a pas que le cerveau qui « produit » la pensée, qui peut agir sur la pensée, au point de la modifier (comme dans le cas de la patiente dont une stimulation cérébrale produit la pensée « j'en ai marre de la vie »), il y a aussi la pensée qui peut agir sur le cerveau (et c'est cela qui nous intéresse plus particulièrement car cela semble plus difficile à comprendre et à mettre en évidence). Cela veut dire qu'en permettant à un patient par exemple de modifier sa pensée (ses représentations, émotions, souvenirs...) on peut lui permettre de modifier son fonctionnement cérébral (ses circuits, ses connexions cérébrales). Cette « modification » pourrait se faire soit par le patient lui-même (auto-analyse, méditation, introspection, compréhension) soit par la « rencontre » avec autrui (psychothérapeute ou

autre) ou avec les événements du monde extérieur (exemple du patient mélancolique qui renonce à son suicide en voyant une belette). Cette « pensée » (psychisme, représentations, émotions...) pouvant agir sur le cerveau expliquerait qu'à l'inverse, le sujet puisse « tomber malade » en subissant un événement venant modifier sa structure cérébrale (laquelle engendrerait un psychisme « malade »), sans pour autant qu'à « la base » il ait un dysfonctionnement cérébral (une « structure » défaillante). Il faut donc supposer un « circuit » entre le cerveau et la pensée, circuit qui serait donc « fermé » au sens où que l'on parte du cerveau ou de la pensée elle-même, l'un agirait sur l'autre, lequel agirait comme en retour sur le premier dans un « cercle » infini. Cela expliquerait que l'on puisse traiter des maladies « que » par les médicaments ou « que » par la psychothérapie ou par les deux combinés (en cas de dépression sévère comme mentionné dans l'article ci-dessus). La question qui reste également posée est celle de savoir si un cerveau « normal » peut produire une pensée « morbide » (ou si un cerveau « malade » peut produire une pensée « normale »).

Autre remarque : l'exemple du patient tétraplégique qui, relié à un robot, peut par la seule pensée lui faire déplacer son bras mécanique, montre qu'en décodant son activité cérébrale dans son « intention » de déplacer son bras, et en traduisant cette intention en langage mathématique, il devient possible de « relier » le psychique au « mécanique » (ici équivalent au mécanisme cérébral : on peut traduire une intention « immatérielle » en un équivalent matériel, en un circuit robotisé). Mais dans ce cas, les deux « sujets », l'homme et le robot, sont reliés « mécaniquement » (ils sont « connectés »), et c'est ce lien qui permet en quelque sorte la « conversion » entre une « intention » et un mécanisme. De même, la pensée de « lever le bras » est une pensée « motrice », en lien direct avec un mouvement corporel à exécuter, et l'on peut supposer qu'elle soit elle-même « mécanique », à peine pensée. Dans le cas du cerveau humain qui serait par exemple « impacté » par un événement bouleversant, ce lien semble plus compliqué à établir, comme dans le cas du patient dont le dialogue avec son thérapeute serait « bénéfique » « cérébralement parlant ». Il se produirait la même chose que dans le « coup de foudre » où le cerveau impacté par la rencontre amoureuse libère des substances chimiques, dopamine et sérotonine, aux effets dynamisants sur le plan psycho-émotionnel, et ayant pour effet une modification globale du rapport-au-monde : ici, soit on suppose une interaction purement physico-chimique, par l'intermédiaire des « phéromones », soit une interaction psycho-émotionnelle, via le « sentiment » d'être aimé par exemple, soit une interaction entre les quatre éléments, les deux psychismes et les deux cerveaux/corps des deux sujets amoureux. Ici, dans la pensée « malade », ce qui semble différent par rapport au cas du tétraplégique commandant un robot par la pensée, c'est qu'il s'agit d'abord et

essentiellement de « psychisme » : c'est l'ensemble des représentations (pensées, émotions, sentiments, sensations), l'ensemble du rapport vécu au monde qui est en question (dans le « phénomène » amoureux par exemple, les phéromones ne peuvent, semble-t-il, à eux seuls, « expliquer » l'attraction réciproque). Il ne s'agit pas de pensées motrices ou locomotrices, que l'on suppose effectivement produites « directement » par le cerveau et localisables, et par ailleurs traductibles en termes mathématiques et informatiques.

Cette interaction entre ce qui est « vécu » (psychiquement) et ce qui impacte le cerveau reste à expliquer car ici il n'y a pas de lien matériel (connexions) entre l'événement en lui-même (ou autrui) et le sujet « modifié ». Plus simplement par exemple, cela revient à expliquer comment une « parole » peut avoir un effet (soit réparateur soit dévastateur) sur nos circuits neuronaux. Ici, c'est le « sens » qui semble prendre la forme et la valeur de connecteur, de vecteur entre la réalité extérieure (l'événement vécu, la personne rencontrée) et le sujet lui-même. Mais l'on peut dire que de fait, la « connexion » s'établit en réalité au sein du sujet lui-même, en tant que récepteur du sens et en tant que traducteur ou interprète du sens qu'il donne lui-même à l'événement qu'il « perçoit ». Mais dans ce cas, si le « circuit » se fait uniquement dans le sujet lui-même, qui ne sortirait pas de lui-même, on ne comprend plus comment un événement peut-être réparateur ou destructeur, c'est-à-dire modificateur (perturbateur), sauf si l'on suppose que le sujet se voit confronté à un événement « ne rentrant pas » dans ses possibilités de réception et lui imposant une adaptation, une réorganisation, une reconfiguration. C'est ce que Maldiney évoque dans le concept de « sur-prise », que cette surprise soit « positive », réparatrice, comme dans le cas de la thérapie, soit « négative », destructrice, pathogène, comme dans le cas du traumatisme. La « chute » dans la maladie correspondrait alors à ce mécanisme de reconfiguration par lequel le sujet « refuserait » le sens perçu par lui et la réalité conçue comme porteuse de ce sens.

TROISIEME PARTIE : une défaillance du sens

Il s'agit dans cette partie de concilier l'idée de structure avec l'idée de processus ainsi qu'avec l'événement, tout en montrant que la notion de chute ou de « devenir » (soudain) est réductrice : la maladie serait déjà là et évoluerait d'elle-même au contact de la réalité jusqu'à être « déclenchée », rendue visible par « un » événement ou une situation rompant l'équilibre. Cette structure pathologique est rendue possible par la difficulté qu'implique « être », au sens d'exister, pour l'homme, mais elle est contrebalancée (équilibrée) par un facteur vital (élan, temporalité ouverte, réceptivité). Exister signifierait parvenir à maintenir cet équilibre, tension entre capacité à saisir le problème que pose « être » et la capacité à se maintenir « ouvert » aux possibilités, équilibre entre verticalité du projet et base réelle offerte (sol), ou entre un manque d'évidence et l'évidence, entre devenir soi et être « normal ».

Plus précisément, il s'agit de montrer que les différentes « maladies » ont en commun la question du sens (difficulté à « être ») mais déclinée de différentes manières selon un « fond propre » (points d'appui différents) : pour certains, c'est tel aspect du sens qui est problématique, pour d'autres c'est un autre aspect et le sujet « sélectionne » dans la réalité ce qui fait problème « pour lui » à « sa » question, comme le montre l'exemple de Suzanne Urban : elle devient « schizophrène » et non pas mélancolique comme Cécile Münch : pourquoi ? Toutes deux « perdent » leur mari. Est-ce la situation qui change (possibilité de se croire responsable de la mort pour Cécile Münch, possibilité de soupçonner les médecins de complot pour Suzanne Urban) ou bien est-ce que chacune a son point d'appui dans telle ou telle croyance que la réalité met à mal ?

Nous voulons également montrer dans cette partie que l'approche des neurosciences n'empêche pas une approche phénoménologique, qu'il n'y a pas contradiction ou incompatibilité entre les deux approches, et que la place prise par « le cerveau » dans la compréhension actuelle de la maladie psychique n'est pas nécessairement inquiétante et qu'elle peut au contraire permettre une meilleure compréhension ainsi qu'un meilleur traitement. En effet, l'approche neuroscientifique, notamment cognitive, consiste à expliquer les maladies psychiques par un dysfonctionnement neuronal touchant l'information et le

traitement de l'information. Il s'agit pour cette approche de montrer que le sujet tombe malade suite à des difficultés qui aggraveraient des difficultés déjà présentes (cercle vicieux), difficultés dues soit à un processus endogène, soit à des facteurs exogènes, mais dans tous les cas interagissant les unes avec les autres au point de conduire à un dérèglement pathologique (symptomatique et générateur de souffrance, difficultés à être). Le cerveau est dans tous les cas conçu comme étant à la fois un point de départ, un organe producteur de la pensée, mais aussi moyen terme, en tant que récepteur. Tout ce qui aurait trait à la dimension phénoménologique de la maladie (rapport vécu au monde, au temps, à l'espace, à autrui) serait à comprendre dans son rapport avec l'activité cérébrale, ce qui ne pose pas en soi de problème, cette activité cérébrale pouvant être assimilée à la notion de conscience ou bien à des phénomènes sensibles ou vitaux. Dire par exemple que la maladie provient d'une perte d'élan vital peut très bien s'entendre même si cette perte d'élan vital est produite par un cerveau défaillant. Il en va de même si l'on met en cause un « projet existentiel » fléchi par des possibilités réduites, et dont la temporalité serait atteinte : peu importe au fond que ce fléchissement soit produit par un organe, puisque l'on sait que cet organe qu'est le cerveau est à la fois ce qui rend possible nos représentations et ce qui a à subir l'influence (en retour) de la réalité. Sa plasticité et sa réceptivité n'en font pas un organe purement mécanique, déterminé et déterminant, il est en quelque sorte « ouvert » et modifiable, « souple ».

I Pour une réinterprétation du normal et du pathologique : la difficulté de l'existence normale

Nous voulons montrer tout d'abord qu'il y a différentes façons d'être dans le non sens (déréliction) et que ce que l'on appelle la « forme » (au sens de mise en forme, être en forme, formation de soi) tendrait à occulter ces non sens, plus ou moins efficacement.

La normalité nous apparaîtrait en effet comme une manière de lutter contre la possibilité de la maladie inscrite en l'homme, possibilité de la mélancolie (menace du deuil impossible), possibilité de la manie (menace du dérèglement de l'humeur et d'être emporté par l'ambiance, par le présent), possibilité de la schizophrénie (menace de détachement de l'ambiance, indistinction soi/autrui, perte d'empathie...), possibilité enfin de la névrose (difficulté à être soi).

On peut penser que l'homme est de fait confronté à une réalité en elle-même pathogène, ou à une situation qui serait en elle-même non intégrable (qui contraindrait à l'impossible). Cette idée est évoquée notamment par Pascal lorsqu'il décrit l'athée ne croyant en « rien » et

confronté alors de fait à sa finitude et à la perspective de la mort. La croyance (en Dieu) est selon Pascal ce qui permet d'assumer cette finitude. On peut penser de manière un peu similaire que sans une certaine croyance capable de faire occulter cette perspective, tout homme est confronté à ce non sens absolu. Les différentes maladies ne sont-elles pas alors toutes des manières (différentes) de manifester cette confrontation au non sens et ne sont-elles pas en elles-mêmes des échecs de cette mise en forme qu'est l'existence (sortie et tenue de soi hors du fond qu'est ce non sens). Ce non sens peut prendre toutefois différentes significations et le « fond » qui serait déterminant dans la structure (constitution) défaillante serait en cela variable et déboucherait sur différentes pathologies. Ce fond qui serait en quelque sorte un appui sans sol coïnciderait à la fois avec la réalité elle-même et avec la structure phénoménologique du sujet (structure englobant tout le sujet et ayant à la fois une portée organique, neurologique, perceptive et psychique) : il y aurait comme une contradiction entre les exigences du sujet dans son rapport avec la réalité et la réalité elle-même dans ce qu'elle offre. La pathologie ne serait donc pas une « défense » contre la réalité mais l'expression au contraire d'une coïncidence entre le sujet et la réalité, d'une rencontre et osmose possible, sorte de communion, le sujet malade devenant en quelque sorte la réalité elle-même dans son fond ou bien la réalité devenant le sujet lui-même dans sa saisie de la réalité. La maladie serait en ce sens une sorte d'interprétation de la réalité, une manière de la « jouer » sur un thème ou dans une tonalité issue à la fois du sujet et de la réalité (les deux se confondant). Ici la mise en forme traditionnelle de la réalité s'effacerait pour laisser voir le fond (fond du sujet, sa structure/constitution, fond de la réalité). L'idée centrale de ce point est que la réalité se prête à toutes les structures potentiellement pathologiques, elle s'y prête au sens où elle peut toujours les confirmer, les entretenir, les renforcer (soit par l'événement, soit parce qu'elle n'a pas de sens explicite en elle-même et que tout y est toujours possible). Le malade serait en cela confronté non pas tant à l'impossible qu'à l'infini possible que contient la réalité, possibilité de mourir à tout instant, possibilité de rater son existence, de perdre son objet, etc. La maladie proviendrait d'une existence contrainte à l'impossibilité de se déployer, impossibilité contenue autant dans le projet lui-même (constitution du sujet) que dans la réalité (événements) : le sujet « se » rendrait son existence impossible, en intégrant la réalité comme « impossible » (à vivre, à être, à exister), en intégrant l'impossibilité contenue ou offerte par la réalité. Ce processus serait rendu possible par une réalité inapte à produire un sens suffisamment « fort » pour contrebalancer un projet de monde lui-même source de sens, donateur de sens. C'est à ce niveau que la notion de « fond » peut être éclairante, pour désigner à la fois la constitution du sujet et celle de la réalité (événements), suggérant une

indétermination infinie, une source de toutes les possibilités et de toutes les combinaisons (capables de rendre une existence « impossible »). Nous distinguerons ainsi et notamment plusieurs « fonds » : un fond centré sur la perte, un fond centré sur la contrainte, un fond centré sur le besoin d'explication.

Le fond centré sur la « perte » repose sur l'absence d'objet capable de nous satisfaire pleinement, sur la perte toujours possible de l'objet nous comblant, ainsi que sur la faute toujours possible envers cette perte. Il y aurait en ce sens des « maladies » de la perte et de l'abandon, des maladies du manque. Les cas évoqués de Cécile Münch, Cécile Urban, Lola Voss en feraient partie (on évoquera en dernière partie des personnages littéraires comme Emma Bovary ou Cathy dans *Les Hauts de Hurlevent*).

L'autre fond duquel l'homme doit sortir pour exister contiendrait le fait que la réalité soit en soi une contrainte nous empêchant de satisfaire facilement nos désirs et de façon parfaite : rien de ce que l'on peut faire n'atteint la pleine réalisation alors même que l'on possède la volonté d'atteindre cette réalisation parfaite. Ici nous plaçons tous les projets de réussite (matérielle et professionnelle par exemple) que vient menacer la réalité (en elle-même mais aussi la réalité sociale et politique). Ici se trouveraient les maladies de l'échec ou de la chute sociale, de la décadence, de l'humiliation (Elsa Strauss, Jurg Zünd, et le personnage littéraire de Christine dans *Ivresse de la métamorphose* de S. Zweig par exemple).

Autre fond possible dont il nous faut sortir : le fait même que rien de tout ce que nous percevons et vivons n'a un sens explicite alors même que l'homme s'efforce de saisir ce sens à l'œuvre dans les choses (sensibilité aux signes, à l'ambiance, résonance avec les choses et autrui). Le sujet doit se constituer sur la base d'un projet de monde dans lequel son existence est assurée de manière continue dans un rapport de « confiance » avec les choses environnantes (quotidien, objets, outils, autrui). Or cette confiance est tacite et n'est jamais certaine, il faut la poser comme évidente mais ce positionnement peut faire défaut soit au sein du sujet lui-même soit au sein de la réalité elle-même, d'où une rencontre toujours possible entre un manque constitutif du sujet et un manque constitutif de la réalité elle-même (c'est le cas d'Anne par exemple, la patiente de Blankenburg que nous évoquerons plus loin).

On peut penser alors que l'existence est une tension (effort, mouvement, élan, croyance) pour surmonter ce fond aux aspects multiples (chaque aspect renvoyant à une dimension en elle-même insurmontable, qu'il s'agisse de la perte toujours possible de l'objet, du possible indéfini à partir duquel se choisir, ou de la réalité contraignante et imparfaite). Ce mouvement de tension vers ce qui constituerait l'équilibre suppose diverses capacités sans doute contenues chacune dans la génétique humaine (phylogenèse) et dans l'individu (ontogenèse)

qu'il s'agisse des capacités neurologiques ou perceptives ou psychiques elles-mêmes intriquées les unes dans les autres. On peut comprendre que si ce mouvement de tension est contrarié (par la constitution ou/et la survenue d'un événement), alors le fond puisse ressortir et comme « remplacer » la forme non prise censée le masquer.

Chez l'animal, on peut avancer l'idée que ce fond n'a pas le même sens que chez l'homme mais qu'il existe tout de même. L'existence animale suggère elle aussi une certaine mise en forme (lutte pour la survie dans le monde dit sauvage ou simple satisfaction des besoins pour les animaux domestiques), mise en forme qui doit se faire « contre » un fond dont le sens peut être assimilé lui aussi à un non sens absolu (même finitude), le non sens de la mort et de la souffrance, le non sens de l'insatisfaction des besoins alors même que tout en l'animal tend à leur satisfaction. Le trouble de comportement animal témoignerait de ce que l'animal est confronté à un non sens pour lui, concernant la satisfaction de ses besoins et le contraignant à adopter un comportement lui-même insensé, induit par le non sens lui-même (on peut ainsi « névroser » certains animaux en leur refusant une récompense alors même qu'ils l'attendent, et ce de manière répétée).

Ici, le non sens désigne, chez l'homme comme chez l'animal (ou l'enfant) une sorte de contradiction entre ce à quoi l'on tend (de par notre constitution) et ce qui entrave cette tension en la mettant en question et en invitant à y renoncer. C'est dans cette suspension que le fond pourrait alors émerger, la forme s'effaçant pour laisser apparaître le fond.

Une interrogation sur le rôle des normes dans la mise en forme de l'homme normal¹⁰⁵⁵ peut venir s'inscrire dans notre travail de recherche et il convient de le faire ici notamment pour expliciter le rôle à la fois positif des normes face au non sens « fondamental » et potentiellement pathogène. Nous voudrions montrer le rôle à la fois structurant (bénéfique) et destructeur (pathogène) de ces normes, que l'on comprend ici au sens de règles sociales, transmises et incorporées, censées garantir une existence individuelle (personnelle) adaptée aux exigences de la vie collective. Comme le montre G. le Blanc, le sujet (dès l'enfance) se trouve divisé entre la possibilité de suivre les normes pour être intégré ou reconnu ou ne pas les suivre pour se créer plus singulièrement (alternative difficile en soi). Par ailleurs, la vie impose une régulation par des normes permettant de se soutenir face aux sollicitations extérieures. Ces normes sont « vitales » et non sociales, elles émanent du corps biologique et sont « naturelles » donc adaptées, et par essence bénéfiques à l'individu. Il faut donc distinguer des normes vitales et des normes sociales. Ce serait les normes sociales qui pourraient rendre ainsi malade l'homme « normal », l'homme « normé » soumis à la pression

¹⁰⁵⁵ G. le Blanc, *Les maladies de l'homme normal*, Vrin, 2007

de normes (imposées, exercées contre « soi »).

Nous voudrions toutefois suggérer que la violence qui « rend malade » n'est pas forcément celle de normes (d'un pouvoir dominant et dominateur : parents, institutions, valeurs prescrites) exercées contre la créativité (créer ses propres normes et avoir sa propre estime de soi) et compromettant la reconnaissance sociale. La souffrance psychique qui se manifeste dans les maladies psychiques reste selon nous d'essence psychique, propre à la vie psychique, à la créativité qui anime notre noyau d'intériorité (même si celui-ci épouse et absorbe les normes qui lui sont inculquées). C'est cette créativité qui souffre dans la maladie psychique, et sa souffrance peut certes être liée aux normes, en ayant ainsi une « origine » sociale (et politique), mais, selon nous, elle ne s'y réduit pas (soit qu'elle soit d'origine psychique, soit qu'elle déborde son origine sociale).

Dans le cas d'une maladie liée aux normes, souffrance psychique d'origine sociale, il semble possible de distinguer deux manières de tomber « malade des normes » et de tomber dans une manière pathologique d'être hors-norme, soit en étant malade des normes (désir « fou » d'être normal et crainte ou échec de ne pouvoir l'être), soit en étant malade d'être normal (dégoût, rejet, épuisement, dé-pression face à la pression des normes). [À ce niveau, ne pas être malade, être normal au sens « ordinaire », reviendrait à se montrer capable de « jouer » avec les normes, en les intégrant d'une part tout en se les réappropriant de manière personnelle à travers son propre « style », en les « détournant » d'autre part : « Le style est une modalité de l'attachement aux normes qui, dans l'attachement même, se signale par un certain pouvoir de détachement »¹⁰⁵⁶]

Les normes nous apparaissent effectivement, en tant que règles explicites ou implicites prescrites par la vie sociale et en tant qu'inscrites en nous à notre insu, comme ce qui peut contribuer à notre projet de monde (devenir « quelqu'un », être « reconnu ») de manière réussie mais aussi de manière « catastrophique » (dans un destin tragique d'échec). Le non sens dont le sujet malade ferait l'expérience peut tout à fait être compris à partir de la notion de norme, comme « normalité impossible », soit qu'elle soit visée et impossible à atteindre (impossibilité d'être une femme vivant avec son mari, impossibilité d'être mince, impossibilité d'être riche, impossibilité d'être reconnu comme « quelqu'un » de « reconnu par la société »...), soit qu'elle soit rejetée et impossible à fuir (impossibilité d'être une femme « libre », impossibilité d'être « sans travail », impossibilité d'être une femme au lieu d'un homme etc). En cela, la maladie pourrait très bien être comprise comme le fait de se voir contraint à l'impossibilité d'être « normal » (selon telle ou telle norme) tout autant qu'à

¹⁰⁵⁶ G. le Blanc, *Les maladies de l'homme normal*, p. 150.

l'impossibilité d'être anormal, et ainsi contraint au non sens d'être « anormal », exclu de l'accès à la norme (telle ou telle) ou exclu de la possibilité d'être hors-norme. Le « fond » auquel le sujet malade serait ainsi réduit, acculé, dont il ne pourrait sortir qu'en s'y enfonçant davantage, serait alors un fond « informe », sans aucune « norme » possible à viser ou privé de celle que l'on se serait fixée (devenir ceci ou cela indépendamment des normes).

Ces deux possibilités renvoient en fait à la même chose, à l'impossibilité d'échapper à la norme, et elles peuvent être comprises comme des maladies « de l'homme normal » (G. le Blanc), dont la figure exemplaire est la dépression, « défaut d'adaptation et de créativité »¹⁰⁵⁷, au sens où le sujet normal malade souffre de ne pas pouvoir ou de ne plus pouvoir laisser s'exprimer sa « vie psychique » (sa dimension créatrice), soit qu'il soit dans une visée excessive de normalité (réussir une carrière parfaite par exemple) soit qu'il soit dans un rejet de la normalité (ne plus supporter de travailler par exemple), sans pouvoir assumer ce rejet.

Pour autant, quand bien même ces normes à la fois visées et rendues impossibles à viser (par une réalité y faisant obstacle) seraient directement en cause dans la maladie, il nous semble que les maladies ne se réduisent pas à elles, mais à la manière dont le sujet les « exagère » en tant que visées impossibles à atteindre, en les thématissant et en les idéalisant de telle sorte qu'il ne puisse lui-même les atteindre dans la contradiction qui sous-tendrait cette idéalisation : l'impossibilité même d'être ce qu'il veut être ou l'impossibilité même d'être (d'exister). Ainsi c'est par exemple parce qu'elle idéalise le corps svelte (parce qu'elle ne peut pas l'être justement) qu'Ellen West tombe malade. C'est également parce qu'elle idéalise le projet de monde de femme vivant auprès de son mari et pour lui que Cécile Münch n'intègre pas sa mort, tout comme Susan Urban. Pour autant, ces deux dernières ne « déclenchent » pas la même maladie, et leur projet de monde ne leur apparaît sans doute pas de la même manière. Par ailleurs, ce qui nous occupe précisément est non pas tant la norme qui serait contenue dans ces existences en échec et en souffrance que son exagération jusqu'à l'impossible. Faut-il en déduire que tout norme (sociale), comme projet de monde et mode de vie suggéré contient en elle-même cette exagération capable de « faire tomber » quiconque s'en saisirait ? Mais alors « qui » s'en saisit si tous ne s'en saisissent pas ? Si l'idéal de minceur est contenu dans la norme (être une femme, c'est être mince) alors pourquoi toutes les femmes ne tombent-elles pas malades faute de pouvoir être idéalement minces ? Pourquoi Ellen West ? En cela, le destin que semble contenir l'existence tombant malade ne nous semble pas pouvoir être compris par la notion (sociale) de norme, mais par une structuration plus large (qui

¹⁰⁵⁷ Pierre Fédida, *Des bienfaits de la dépression : éloge de la psychothérapie*, Paris, Odile Jacob, 2001 (in Guillaume-le-blanc, *Les maladies de l'homme normal*, p. 150)

contiendrait les normes mais ne s'y réduiraient pas), notre rapport-au-monde nous apparaissant comme étant beaucoup plus « total » et totalisant, fait de normes mais aussi d'une dimension sensible, affective et « vitale » échappant aux normes, les débordant dans une visée projective intégrant notre histoire singulière dans son mode « vécu ».

Par ailleurs, il semble que ces normes soient « normales » justement, non pas au sens de normatives ou normantes (à l'excès et au détriment d'une vie « authentique ») mais normales au sens de ce qui permet justement de vivre « normalement », c'est-à-dire avec des points d'appui faisant sortir (arbitrairement et imparfaitement) de ce non sens absolu qui nous oblige à chercher à partir de nous-mêmes « qui » être, « comment » être, « quoi faire » (de soi et de son soi indéterminé) ? Le désir d'être normal ne signifie donc pas forcément désir frustrant et pathogène d'être normé malgré soi et contre soi, mais désir d'être et d'« aller » comme « tout le monde », désir que tout « aille de soi », dans la croyance nécessaire à une forme d'évidence sans laquelle tout vacille dans un fond d'indétermination absolu. Il est en ce sens « normal d'être normal »¹⁰⁵⁸. Ce qu'il faut trouver, en termes d'équilibre, ce serait le « respect » des normes (indispensables à la vie individuelle et collective), notre adaptation à elles, mais en y intégrant de la création, trouver une forme d'existence où « il y a adaptation et création et non pas uniquement adaptation »¹⁰⁵⁹. Il faut pouvoir faire en sorte que l'adaptation aux normes soit porteuse de création, d'ouverture à nos possibilités propres, et propices à la mise en œuvre de notre « style » de vie. Ce qui nous semble significatif à ce niveau, c'est le paradoxe de la personne souffrante rejetant les normes (dans lesquelles elle ne trouve pas sa « place ») et en appelant à une reconnaissance ou « normalisation » de sa situation. L'exemple des transgenres tend à montrer qu'ils réclament une reconnaissance et un statut que les normes en place n'ont pas rendu possibles. L'exemple des victimes d'abus sexuels (ou d'inceste) tend à montrer qu'elles aspirent à être reconnues comme victimes (pour se sentir « normales ») tout en dénonçant la manière dont la société a tenu comme « normal » d'être abusé sexuellement. Il y a là nous semble-t-il un paradoxe faisant de la norme quelque chose qui contribue tout autant à nous rendre « normal » au sens de non souffrant (parce que reconnu et compris dans ce que nous sommes) qu'à nous rendre « anormal » (parce qu'exclu et empêché d'être « vu » pour ce que nous sommes). En appeler ainsi à une « normalisation » semble ainsi suggérer que ce n'est pas tant la pression de la norme qui rend malade que le sentiment de « ne pas être dans la norme ».

Ce pouvoir « moindre » que nous voulons attribuer aux normes (de nous rendre directement

¹⁰⁵⁸ G. le Blanc, *Les maladies de l'homme normal*

¹⁰⁵⁹ *Ibid.*

malade par leur présence excessive) se retrouve dans la manière dont voulons rechercher un point de fragilité ou de rupture plus en « amont », dans une « structuration » de soi d'essence non sociale. La difficulté pour l'homme d'être « normal » nous semble pouvoir ainsi être comprise comme étant liée à un manque ou une perte d'évidence, notion abordée par Blankenburg et qu'il nomme « perte d'évidence naturelle ». Selon lui cette perte serait au cœur de la schizophrénie. Sans affirmer que l'homme malade (quelle que soit sa maladie) et que l'homme « normal » (en quête ou en excès de norme) contiennent en eux quelque chose de « schizophrène », nous voulons suggérer que l'homme malade ou souffrant (ayant le sentiment de basculer, de tomber ou de sombrer) est confronté à ce sentiment, celui de « perdre pied », c'est-à-dire de ne plus pouvoir se raccrocher à ce qui pour lui fait (faisait) sens, de manière évidente et « naturelle » (au sens de non sociale). C'est pourquoi nous proposons une analyse de ce que signifie pour Blankenburg, la perte de l'évidence naturelle. Quelques rappels sont nécessaires, qui structurent sa réflexion et son ouvrage¹⁰⁶⁰.

Blankenburg commence ainsi par rappeler le reproche fait à la *daseinsanalyse* de se consacrer aux schizophrénies marquées par le délire et dites « riches », sans s'occuper des schizophrénies dite « pauvres » où l'idée d'un déficit initial apparaît (laissant d'ailleurs penser que la schizophrénie aurait une origine somatique). Blankenburg explique et justifie ce reproche : le délire permet de saisir plus facilement la spécificité (différence, anormalité) du monde du schizophrène et la clinique montre plus de cas de schizophrénies avec délire.

Blankenburg justifie son intérêt pour les schizophrénies « pauvres » en montrant son projet de déterminer ce qui « trouble » la conscience du schizophrène (chapitre II sur la notion de « trouble fondamental ») : « ce qui nous dirige, ce sont des problèmes beaucoup plus fondamentaux. Il en va de la mise au jour de ce qui chez le schizophrène est « troublé » au fondement de leur être-homme. C'est en ce sens que nous parlons de trouble fondamental ». Ici Blankenburg explique comment entendre ce concept en ne le rattachant pas à l'idée de cause (ce par quoi la maladie apparaît, conditions de possibilité) mais en le rattachant à la recherche de l'essence de la maladie : « la question porte exclusivement sur l'essence de ces modifications que nous désignons comme « schizophréniques » [...] il nous suffit de dégager un moment structural anthropologique basal et de l'analyser de plus près »¹⁰⁶¹.

Blankenburg explique également en quoi les symptômes ne sont pas originaires lorsqu'ils sont caractéristiques et inversement en quoi, s'ils sont originaires, ils ne sont pas caractéristiques ; ils sont les effets de la maladie (du combat contre la maladie). Il veut dire que le délire n'apparaît que sur un terrain « déjà fou », non délirant : « la folie en tant que telle survient de

¹⁰⁶⁰ *La perte de l'évidence naturelle*

¹⁰⁶¹ *Ibid.*, pp-27-28.

façon primaire sans délire »¹⁰⁶².

Il rappelle ainsi les théories faisant du délire une maladie de la croyance (croyance pathologique) ou une perte pathologique de la croyance, une maladie du doute (faisant passer du doute normal à un doute vital pathologique, ou à une absence de sol basal, ou à effondrement du moi atteignant les structures constitutives de chaque croyance sociale). Blankenburg reprend en ce sens les études du neurologue et psychiatre Matussek sur les critères de l'aptitude à la confiance et à la croyance (études consacrées à la physiologie et à la pathologie de la capacité de confiance). Il évoque ainsi la métamorphose de la réalité « inter-humaine » à partir de laquelle se constitue la réalité extérieure et la réalité du soi ou corps propre (Matussek). Il met également en avant les métamorphoses structurelles qui forment le sol sur lequel se développent le syndrome paranoïde et le délire comme faiblesse ou privation de « stance », modification des structures de la mondanité du corps, métamorphose dans le jeu des puissances physiognomiques caractérisée par la dé-limitation, le des-abritement, le dé-racinement, la subjugation comme modalités de la perte de « stance » (Kulenkauff et Zutt). Zutt analyse notamment la différence entre l'atrophie de la confiance (comme dans les dépressions endogènes où c'est le corps porteur qui est affecté, avec tarissement du flux de l'être porté porteur) et la rupture de la confiance (où il y a métamorphose du corps en apparition et de sa mondanité).

Blankenburg reprend le projet phénoménologique consistant à comprendre le monde du malade, comprendre « comment se constitue pour lui un monde du vivre particulier qui marque son expérience, son vécu, son comportement et sa façon de se vivre » pour s'attacher de plus près à l'expérience clinique (chapitre IV).

Blankenburg met notamment en évidence la possibilité d'utiliser le discours de patients capables d'autodescription et de réflexion pour appliquer leurs critères aux patients moins capables, et il met en avant l'idée que ce qui est décrit par le patient c'est son « changement ». C'est ce changement qui est particulièrement interrogé d'un point de vue phénoménologique. Il s'agit ainsi d'une « modification d'essence basale de l'être schizophrène », d'une « transformation de l'existence » (à laquelle le sujet assiste, impuissant, comme de l'extérieur, où il se voit se transformer).

Le cas le plus significatif est celui d'Anne, montrant un exemple de schizophrénie simple, sans délire, suggérant ainsi que l'essence de la transformation schizophrène ne suppose pas nécessairement le délire, et que celui-ci surgit sur un terrain « déjà fou »¹⁰⁶³. Cette idée est empruntée à H. Kunz, pour qui « la folie en tant que telle survient de façon primaire sans

¹⁰⁶² citation de H. Kunz dans *La limite des interprétations psychopathologiques du délire*, 1931, p. 692

¹⁰⁶³ *La perte de l'évidence naturelle*, p. 30.

délire », et est telle que le délire « ne jaillit pas à partir de la modification de l'existence en tant que telle mais apparaît sur un terrain fou (non délirant) »¹⁰⁶⁴. Reprenant et évoquant Matussek, Blankenburg explique que « tout comme la croyance suppose la possibilité du doute, de même le délire suppose manifestement une forme différente, plus radicale d'absence de sol basal. De même que le doute peut rester caché sous la croyance, de même cette absence de sol basal peut le faire sous le délire »¹⁰⁶⁵. Par ailleurs, « le délire ne suppose pas seulement le doute mais un effondrement du moi, dans lequel les structures constitutives de chaque croyance sociale subissent un dommage » (Valenciano, 1961). Le but est ainsi de « dégager un moment structural anthropologique basal », car « là où les symptômes sont caractéristiques, il ne semblent pas originaires, mais déjà être la conséquence d'un affrontement avec la maladie » ; en revanche, là où ils peuvent être considérés comme originaires, ils se donnent de manière non caractéristique »¹⁰⁶⁶. Notons ici que Blankenburg utilise l'expression et le concept de « croyance sociale », dont on peut alors certes affirmer le rôle déterminant. Toutefois, il semble évoquer quelque chose de plus « structural » qui justement serait constitutif de ces croyances sociales, et qui, en étant fragilisées, ferait défaillir celles-ci.

Ces structures, sont nommées tour à tour par Blankenburg « structures de tout-être-dans-le-monde », « constitution du soi, du monde et du corps », « organisation transcendantale », et Blankenburg consacre une longue note à l'explicitation de l'expression « organisation transcendantale » : « par « organisation transcendantale », nous entendons la structure des transcendances factuelles respectives d'un *Dasein* humain donné, c'est-à-dire la structure des conditions de possibilité du rapport opérant respectif au soi et au monde. « L'organisation transcendantale » est plus qu'une « structure de l'intentionnalité » dans la mesure où elle inclut aussi le rapport préintentionnel au soi et au monde. Nous utilisons ce terme au lieu de « constitution du *Dasein* » (Binswanger) ou de dénominations analogues, car il évite leur caractère statique. Ce qui se représente philosophiquement comme structure formelle apriorique devient ici objet de recherches phénoménologico-descriptives en tant qu'édifice factuel saisi dans une métamorphose permanente »¹⁰⁶⁷. Et Blankenburg explique ensuite et précise la difficulté que suppose le qualificatif de « transcendantal » qui ici ne renvoie pas au sens philosophique (exigeant) mais à un sens « empirico-positiviste », pouvant être contesté mais justifié par le fait qu'« aucun terme plus adéquat n'a été trouvé »¹⁰⁶⁸.

Appliqué à la schizophrénie, ce projet de recherche est précisé, il s'agit d'avoir en vue

¹⁰⁶⁴ dans *La limite des interprétations psychopathologiques du délire* 1931, p. 692.

¹⁰⁶⁵ *La perte de l'évidence naturelle*, p. 31.

¹⁰⁶⁶ *Ibid.*, p. 28.

¹⁰⁶⁷ *Ibid.*, pp. 48-49

¹⁰⁶⁸ *Ibid.*, p. 49.

« l'aliénation du schizophrène dans la perspective du monde du vivre » et il convient de se « limiter » « au problème de l'ancrage dans le monde du vivre » du *Dasein* schizophrénique (monde du vivre étant à comprendre au sens de monde du quotidien). Il s'agit ainsi de partir de « l'expérience du malade » « que nous faisons en présence du malade » et d'autre part en se demandant « comment se constitue *pour lui* un monde du vivre particulier qui marque son expérience, son vécu, son comportement et sa façon de se vivre »¹⁰⁶⁹. Ces deux axes (notre point de vue sur le malade et celui du malade sur lui-même) déterminent ce que Blankenburg nomme « notre sentiment d'extranéité (*Befremdung*) et son extranéation (*Entfremdung*) » et dont il précise qu'ils sont « en vis-à-vis et renvoient cependant, en même temps, l'un à l'autre »¹⁰⁷⁰. Depuis ces deux points de vue, il s'agit toujours de saisir « la constitution, constamment référée au corps, du soi et du monde chez le malade »¹⁰⁷¹. C'est bien cette saisie qui peut résumer tout le projet phénoménologique appliqué à la psychopathologie.

Comprenons alors le rôle que joue l'expérience clinique (base empirique) pour rechercher un type (un cas) susceptible de rendre compte de la « métamorphose basale » (« modifications structurales ») ou des « moments structuraux essentiels » du monde du vivre du malade (schizophrène).

Blankenburg présente ainsi le cas d'Anne, patiente âgée de 20 ans, hébéphrène, qui illustrerait de façon significative « la perte de l'évidence naturelle » caractéristique du processus schizophrénique. Les termes et expressions utilisés par la malade de façon récurrente pendant son suivi (d'octobre 1964 à début 1968 jusqu'à son suicide) sont soulignés : « humainement je n'y arrive pas », « on n'est pas à la hauteur humainement », « Maman pense autrement, je m'y suis brisée »¹⁰⁷². Ils montrent que la malade est constamment tourmentée par des questions sur la façon d'être au quotidien (comment faire, comment être, comment se comporter... dans telle ou telle occasion banale) et par des angoisses relatives au travail (tâches à accomplir). Les soins proposés (insulinothérapie, psychotropes, électrochocs, ergothérapie, thérapie verbale, mesures socio-psychiatriques, thérapie occupationnelle) ne permirent pas d'empêcher une nouvelle poussée suicidaire suite à un changement de thérapeute et avant la prise d'un nouveau poste.

Cette recherche d'un point d'appui structural conditionnant un rapport « évident » au monde (un rapport « normal ») permet ainsi et aussi de ne pas confondre la schizophrénie avec la névrose obsessionnelle/dépression ou avec une maladie organique, comme le montre

¹⁰⁶⁹ *Ibid.*, p. 49.

¹⁰⁷⁰ *Ibid.*, p. 50.

¹⁰⁷¹ *Ibid.*, p. 53.

¹⁰⁷² *Ibid.*, p. 77.

Blankenburg. Il s'agit ici notamment de qualifier le type de perte de confiance/évidence vécu par la patiente Anne pour le comparer avec d'autres symptômes où cette confiance semble également engagée. Si la distinction reste difficile, Blankenburg suggère tout de même que la schizophrénie renvoie à une perte d'évidence naturelle plus radicale (insécurité basale et non pas seulement besoin de sécurité), où les questions servent de point d'appui.

On peut également préciser le sens que peut avoir cette expression, sachant que ce « phénomène » se trouve présent chez l'homme normal mais qu'il faut ici avoir en vue sa spécificité pathologique (tout comme l'autisme), et qu'il convient d'autre part de voir en quoi il serait caractéristique du processus schizophrénique alors même que d'autres symptômes peuvent sembler plus caractéristiques (comme le délire).

Ici Blankenburg souligne un fait important : le/un symptôme (il prend l'exemple de l'autisme) « repose sur une possibilité d'être fondamentale co-constituant le *Dasein* humain » et cette possibilité « comporte une signification pathologique seulement lorsqu'elle s'émancipe du contexte vivant des autres possibilités d'être et sous forme autonomisée, détermine le *Dasein* »¹⁰⁷³. À ce niveau, Blankenburg utilise le concept de « proportion anthropologique » mis en évidence par Binswanger (dans *Trois formes manquées de l'existence humaine* : Présomption, Distorsion et Maniérisme). Cela suggère que le « malade » serait en quelque sorte un *Dasein* disproportionné et dont la disproportion deviendrait déterminante au sens où elle le soumettrait à une unique direction de sens (une seule possibilité devenue autonome et imposant son sens). Blankenburg précise alors ce qu'il faut entendre plus précisément par cette notion de proportion anthropologique, appliquée à la perte de l'évidence naturelle et suggère qu'il s'agit d'un équilibre entre évidence et non évidence, lequel serait rompu dans la disproportion schizophrénique. Ainsi « la proportion anthropologique signifie toujours relation dialectique, la disproportion une rupture de celle-ci et « perte de l'évidence naturelle » ne signifie alors rien d'autre qu'un éclatement de la dialectique entre évidence et non-évidence du *Dasein* au profit de cette dernière »¹⁰⁷⁴.

L'interprétation phénoménologique du cas d'Anne devient alors possible, en tenant compte de tout ce qui a été mis en place. Il s'agit en même temps, à travers l'exemple du processus schizophrénique, de mettre en évidence la base existentielle du *Dasein* humain, son « sol » ou fondement, le « ce à partir de quoi » se fait le rapport (normal ou pathologique) au monde (à soi et à autrui). Le terme d'appui pourrait également convenir. Il part ainsi d'une phrase de la patiente où elle se plaint de ce qui lui manque en disant qu'il s'agit de « quelque chose de

¹⁰⁷³ *Ibid.*, p. 98.

¹⁰⁷⁴ *Ibid.*, p. 101.

Petit [...] mais quelque chose d'important sans quoi on ne peut pas vivre »¹⁰⁷⁵. Blankenburg précise qu'elle trouve cela « drôle » et que sa plainte est accompagnée d'étonnement, qu'elle se répète constamment tout en éprouvant « une perplexité désespérée ». C'est Anne elle-même qui nomme ce quelque chose « évidence naturelle », en précisant plusieurs choses : « ce n'est pas du savoir, on ne peut pas tout simplement le voir et le comprendre », « ce sont là des choses qui ne relèvent que du sentir », « on a ça simplement comme cadeau de la Nature »¹⁰⁷⁶. Blankenburg souligne ensuite en quel sens cette évidence ne peut pas se saisir lorsqu'elle existe et en quoi elle ne se saisit que de manière quasi inversée lorsqu'elle vient à manquer/être perdue, en s'appuyant sur Szilasi (1961,111) : « le cours normal de la conscience est tissé de façon serrée », « la Nature vient somme toute en aide, avec les cas anormaux, à l'étude des processus de conscience ; elle offre en quelque sorte des expériences que l'homme ne peut pas faire », en montrant ainsi les « points d'altération déterminés par la Nature » (1961, 107), où l'on peut saisir deux choses selon Blankenburg (qui cite encore Szilasi) : « en premier lieu la signification du lieu en question pour l'ensemble de l'édifice, deuxièmement le type d'altération et à partir de lui : le type d'organisation avant l'altération (1961, 111) »¹⁰⁷⁷. Blankenburg précise à ce niveau que le terme d'altération ne doit pas être compris au sens d'une « déficience statique, mais plutôt de manière strictement dialectique »¹⁰⁷⁸.

Reste toutefois la question de savoir comment le psychiatre peut saisir cette évidence naturelle (à partir de sa perte), par quelle méthode. Blankenburg veut montrer le rôle de l'approche phénoménologique qui justement semble permettre une saisie (compréhension) de l'intérieur et non pas une simple compréhension externe (qui résume la perspective de la psychopathologie classique). Il faut en quelque sorte que le psychiatre puisse comprendre ce que le malade ne comprend pas, ou comprendre que le malade lui ne comprenne pas, en se mettant en quelque sorte et du même coup au même niveau que le malade ne comprenant pas (en dépassant ainsi le sentiment d'incompréhension induit par l'incompréhensibilité du malade lui-même). Ici Blankenburg fait référence à Binswanger. Ainsi, « dans une démarche phénoménologique, nous devons [...] ne pas nous contenter d'une simple délimitation *externe*. La tâche qui se propose c'est bien plutôt, devant ce qui est nouveau ou autre et qui nous heurte chez le schizophrène, de prendre soin d'élargir nos possibilités catégoriales pour ne pas être obligé de délimiter extérieurement l'anormal, mais pouvoir le placer à l'*intérieur*

¹⁰⁷⁵ *Ibid.*, p. 103.

¹⁰⁷⁶ *Ibid.*, p. 105.

¹⁰⁷⁷ *Ibid.*, p. 106.

¹⁰⁷⁸ *Ibid.*, p. 106.

d'une compréhension essentielle plus vaste. A une telle compréhension échoit un contenu de signification fondamental différent de celui propre à la psychopathologie classique »¹⁰⁷⁹. Ce que met alors en évidence Blankenburg, c'est la comparabilité entre la perte d'évidence naturelle pathologique (involontaire, déterminée, à comprendre comme « dérobement basal »¹⁰⁸⁰) du malade et « l'époque phénoménologique » (volontaire), comparabilité permettant à la fois cette compréhension élargie (du malade) et le dégagement de ce qui « manque » (à partir de ce qui fonde). Blankenburg ne manque pas pour autant de souligner les différences entre les deux « époque » (schizophrénique et phénoménologique)¹⁰⁸¹.

Ce que l'on peut ou doit comprendre ici semble-t-il est que seule l'approche phénoménologique (en tant que recherche de « l'ancrage du *Dasein* humain dans le monde » ou de son « accrochage corporel »¹⁰⁸²) permet une véritable compréhension de la manière dont cet ancrage fait défaut ou est en question dans la maladie. Cet ancrage dans l'existence et dans le monde est ce qui permet selon nous un rapport de croyance et d'évidence envers les choses. Si cette évidence (dans sa perte) se manifeste avec plus d'acuité dans la schizophrénie, elle soutient semble-t-il toute existence humaine en la rendant « normale », c'est-à-dire capable de s'ouvrir à des possibilités « propres » prenant la forme de tel ou tel projet existentiel. La « possession » de cette évidence est ainsi facile à garantir car elle est « donnée » par notre constitution même de sujet existant (doté d'un temps projectif l'ouvrant au monde et aux possibilités tout en conjurant les événements pénibles). Mais elle est difficile aussi à maintenir tant la réalité des événements la met à l'épreuve et tant elle peut en elle-même être défaillante, les deux défaillances se conjuguant et se renforçant mutuellement.

C'est cette évidence que nous précisons ensuite à partir de l'analyse de J. Charbonneau dans son *Introduction à la psychopathologie phénoménologique* (tome II), où il explique justement le caractère structurel de ce qui conditionne notre rapport (« normal ») au monde (et à nous-même).

S'inspirant de Binswanger, de Minkowski, de Blankenburg, de Tellenbach et de Maldiney, Georges Charbonneau résume le projet phénoménologique dans son rapport à la psychiatrie en en précisant la portée (sur Blankenburg par exemple, il reprend la notion « d'évidence » pour la compléter et la définir positivement alors que Blankenburg en analyse plutôt la « perte »). Il montre aussi en quel sens l'approche phénoménologique peut recevoir une interprétation neuroscientifique, en mettant notamment au jour « les structures

¹⁰⁷⁹ *Ibid.*, pp. 107-108.

¹⁰⁸⁰ *Ibid.*, p. 115.

¹⁰⁸¹ *Ibid.*, pp. 113-122.

¹⁰⁸² *Ibid.*, p. 111.

prépsychologiques de l'expérience » (chapitre I). Il évoque à ce titre des « niveaux » permettant d'identifier cette expérience de base, qu'il qualifie de « prépsychologique » ou de « niveau architectonique » ou encore de « *phénoménological mind* ».

Ainsi, « suspendant toutes questions de contenu, la phénoménologie psychiatrique met à jour les désorganisations fondamentales dans la macro-structure de l'expérience, en s'efforçant de donner une représentation dynamique de cette macrostructure. Cette macrostructure de l'expérience (ou architectonique) n'est autre que la conscience, en un sens très large » : « *ce qui tient ensemble ce qui se passe, quoi qu'il se passe* »¹⁰⁸³. le mot « architectonique » (combinaison de « *archè* » et « *toit* ») désigne ainsi le « *toit qui non seulement couvre mais tient ensemble. En psychopathologie, il est de référence principalement organo-dynamique. Selon cette source, il désigne une hiérarchie structurée des niveaux d'organisation. Lorsqu'un niveau est affecté, les fonctions inférieures à ce niveau sont libérées par une dissolution. Cela produit les symptômes positifs (délire, etc) et négatifs (dissociation)* »¹⁰⁸⁴.

G. Charbonneau précise que ce niveau structurel correspond au « *pré* » de la présence ou au « *là* » du *Dasein*. Quant au « *phenomenological mind* », il s'agit du « *travail élémentaire de l'esprit permettant que de l'expérience et de la continuité de conscience soient. Ce sont les structures élémentaires préalables permettant qu'il se passe quelque chose* ». Il s'agit d'un niveau pré-cognitif, « *ce précognitif est ce qui permet de relier le champ phénoménal à lui-même, de nouer sa continuité, d'élaborer comment les éléments sont assignés en évidence* »¹⁰⁸⁵.

Précisons que « *ces structures prépsychologiques de l'expérience peuvent être envisagées à deux niveaux* », « *l'un plus spécifiquement transcendantal, qui concerne l'activité constituante ou constitutive de l'esprit (mise en forme et continuité des données apparaissantes)* », « *l'autre peut répondre à la dénomination de pathique, conformément à la définition qu'H. Maldiney donne de ce terme. Il n'est pas constitutif mais institutif du Soi. Il appelle aussi le concept maldinéen de transpassible. Il retrouve en tout ou partie la notion de pré-intentionnel ou du monde de la vie, tel que Husserl a proposé de l'entrevoir à la fin de son œuvre. Il désigne cette affection primaire de la vie antérieurement à toute activité élaborative (transcendantale ou constitutive). Il est institué à partir de vécus primaires de monde* »¹⁰⁸⁶, tel un certain « *éprouvé affectif de fond* » concernant « *la relation globale à soi et au monde* », tel un « *accord pathique* » « *silencieux à lui-même* », un « *murmure de fond* »¹⁰⁸⁷.

¹⁰⁸³ *Introduction à la psychopathologie phénoménologique* II Paris, MJW Féditons, 2020, p. 16.

¹⁰⁸⁴ *Ibid.*, p. 16.

¹⁰⁸⁵ *Ibid.*, p. 17.

¹⁰⁸⁶ *Ibid.*, p. 18.

¹⁰⁸⁷ *Ibid.*, p. 18.

Autre élément d'analyse : « ces deux formes de structures prépsychologiques ne sont pas radicalement différentes », « la première retrouve constamment des possibilités et des déterminations projetées par la seconde », « lorsque la première est en faillite, le sens de notre institution au monde va se trouver questionné »¹⁰⁸⁸.

Nous pouvons à ce niveau nous interroger sur le passage de « structure » à « structures » : le pluriel renvoie à une distinction entre différents « niveaux d'organisation », à une « hiérarchie structurée des niveaux d'organisation », ensuite le « travail élémentaire de l'esprit » permettant l'expérience est défini par des « structures mentales élémentaires » garantissant qu'il « se passe quelque chose », ce qui suppose « la bonne effectuation de la structure d'expérience qui recueille et incorpore la phénoménalité en phénomène »¹⁰⁸⁹.

Par ailleurs, il nous faut interroger ce que signifie le lien au pathique et à l'idée que « ces structures peuvent être envisagées à deux niveaux »¹⁰⁹⁰ et ce que veut dire « ne sont pas radicalement différentes » ainsi que « deux niveaux »¹⁰⁹¹.

Le « lien » ou « rapport » entre les deux niveaux est à expliciter également : le niveau pathique dit-il la « teneur » des états induits (éprouvés) par les structures ou s'agit-il d'un niveau hiérarchique, lui-même hiérarchisé jusqu'au plus « thématizable »¹⁰⁹²?

Reste à comprendre « l'affectation des structures prépsychologiques de l'expérience ». Ici, l'idée de base de la phénoménologie psychiatrique est reprise, à savoir que « les psychoses résultent d'un accident ou d'une défaillance au niveau des structures prépsychologiques de l'expérience. Ces structures pré-psychologiques permettent l'établissement du *phénomène*, et avec lui d'une relation effective de réalité, indépendamment de ses contenus ». G. Charbonneau explique et résume ce que rend possible ce travail : « ce travail de l'esprit préalable [...] produit trois propriétés fondamentales sans quoi rien ne peut se produire », d'une part « une unité de l'expérience et un cours de l'expérience », d'autre part « une différenciation ontologique-ontique » (distinction soi/ce qui m'arrive), enfin, « une évidence dans la donation des manifestations et des objets de conscience ». Le rapport entre ces trois déterminations est tel qu'elles ne « ne sont pas indépendantes les unes des autres » et que « sans nul doute le sens premier requis est celui de l'unité de l'expérience. Il conditionne et est conditionné par les deux autres propriétés »¹⁰⁹³.

Autre précision : « ce niveau pré-psychologique permet des accords implicites ou tacites avec

¹⁰⁸⁸ *Ibid.*, p. 19.

¹⁰⁸⁹ *Ibid.*, p. 17.

¹⁰⁹⁰ *Ibid.*, p. 18.

¹⁰⁹¹ *Ibid.*, p. 18.

¹⁰⁹² *Ibid.*, p. 30.

¹⁰⁹³ *Ibid.*, p. 20.

le monde apparaissant et le monde de son corps (ses propres éprouvés corporels) pour que l'un et l'autre soient reconnus comme tels. Cela permet un monde ambiant et un éprouvé de soi non questionnés »¹⁰⁹⁴. La suite de l'analyse permet d'établir un rapport entre ces déterminations phénoménologiques et les sciences cognitives ainsi que la mise en valeur du niveau pré-cortical (« expérience émotionnelle basale »). De ce fait, il est possible d'établir de façon générale que « l'accident psychotique se caractérise au plan phénoménologique par cinq altérations »¹⁰⁹⁵. Ces cinq altérations sont clairement établies et nommées comme suit en étant différenciées selon les maladies : « altération de l'unité-continuité de soi et l'unité-continuité de l'expérience (schizophrénie) », « affectation de la mienneté de soi (autisme infantile) », « affectation de l'institution symbolique de soi et de l'altérité », « altération des relations temporelles et spatiales fondamentales de l'expérience (mélancolie, manie) », « échec à la reconnaissance et à l'institution du monde apparaissant (états confusionnels) »¹⁰⁹⁶.

A ce premier niveau structurel qui conditionne notre rapport plus ou moins « évident » (allant de soi, normal) au monde, s'ajoute un second niveau que G. Charbonneau interroge également et qu'il nomme les « aspects pathiques des structures prépsychologiques de l'expérience ». Il convient ici de nous demander ce que veut dire ici « aspects » et si la hiérarchie établie au sein du pathique exclut le premier niveau dit transcendantal ou bien si celui-ci inclut celle-là. Nous pensons comprendre que le pathique dit la teneur affective de ce que les structures établissent comme cadre (formel), ils en sont à la fois un niveau et une traduction possible. Nous comprenons en effet que ce qui est ainsi structurel et structuré de façon à conditionner la totalité de notre « expérience » comme rapport au monde soit composé de différents niveaux à la fois en interaction les uns avec les autres et indépendants. C'est le sens que l'on peut ainsi donner au terme d'« aspects » : tout ce qui affecte les structures dites « prépsychologiques » conditionne en même temps notre manière de nous sentir plus ou moins « accordé » au monde, dans une certaine ambiance (tonalité, teinte affective). Georges Charbonneau reprend en ce sens les analyses de Maldiney pour les relier à ce qui conditionne notre expérience du monde ; les aspects pathiques des structures prépsychologiques sont ainsi les « éprouvés primaires de vie antérieurs à tous contenus psychologiques », les « accords pathiques de la présence, humaine comme animale », les « accords institutifs avec soi-même, indépendants de toute construction ou constitution, indépendamment même de toute temporalité projective »¹⁰⁹⁷. Ils semblent ainsi se situer à un niveau antérieur, affectif, corporel (charnel),

¹⁰⁹⁴ *Ibid.*, p. 21.

¹⁰⁹⁵ *Ibid.*, p. 25.

¹⁰⁹⁶ *Ibid.*, pp. 25-27.

¹⁰⁹⁷ *Ibid.*, p. 28.

signifiant par là que « avant que notre esprit effectue la plus élémentaire action corticale de visée, il s'éprouve lui-même à travers une certaine perception du monde ». Le pathique ferait ainsi « l'épreuve d'un Soi-monde prépsychologique et précortical », il serait le « *Se Sentir* originaire à la fois du monde et de soi », dans une « indifférenciation phénoménologique de l'intérieur et de l'extérieur ». G. Charbonneau parle à ce titre d'un « *inconscient archaïque d'expérience* »¹⁰⁹⁸. Nous pouvons comprendre que ce rapport au monde qualifié de préintentionnel « fonctionne » de manière indépendante et première, qu'il conditionne notre humeur sans que nous « sachions » comment ni pourquoi (comment nous nous « sentons », comment nous « allons », notre entrain ou forme) et que nous avons à subir sa détermination. Ainsi « tout ce que l'esprit (le cortical ou plus précisément les *significations élémentaires*) peut construire ne l'abolit jamais entièrement. Le plus souvent, le travail de l'esprit, dans la cognition réfléchie ou dans l'art, sert à le penser, soit pour le neutraliser en tout ou partie, soit pour en saisir le sens »¹⁰⁹⁹. Georges Charbonneau en justifie ainsi la dénomination de « structure », tant il sert de cadre à notre expérience et tant il « demeure et tend à se recomposer quand tous les contenus de plus hauts niveaux sont disloqués »¹¹⁰⁰.

On comprend ici ce qui est en jeu pour garantir un rapport « normal » aux choses est bien d'ordre structurel, c'est un ensemble complexe de conditions s'établissant à différents niveaux de ce que nous sentons et pensons relativement à nous et par rapport au sens que prennent les événements qui nous arrivent. Le tout est en interaction constante.

La question se pose alors du lien entre ces structures garantes de l'existence normale (par laquelle l'expérience est intégrée dans ce qui « va de soi ») et la notion d'ipséité. Il semble bien que l'ipséité désigne l'objet même des structures en jeu dans la constitution d'une expérience possible, c'est la structure d'ipséité qui constitue en effet le noyau de notre existence humaine puisque ce dont nous faisons avant tout l'expérience est celle de « soi ». De ce fait, « la psychopathologie phénoménologique [...] est principalement une ontologie existentielle. Que signifie cet intitulé *d'ontologie existentielle* ? Qu'il en va du Soi, tout d'abord ». Ainsi, « les pathologies seront comprises comme des accidents dans ce qui fait l'intime continuité de ce Soi dans une existence »¹¹⁰¹.

Ainsi, « les affectations de cette continuité vont réaliser les *troubles primaires* [...] Les *troubles secondaires* (le délire, les troubles du comportement, actes incongrus, manifestations catatoniques, etc.) sont des tentatives inadaptées pour restaurer, parer (au sens où l'on pare

¹⁰⁹⁸ *Ibid.*, p. 29.

¹⁰⁹⁹ *Ibid.*, p. 32.

¹¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 32.

¹¹⁰¹ *Ibid.*, p. 35.

une plaie), reconfigurer en vue de rendre intelligible l'expérience en instance de rupture de continuité »¹¹⁰². Précisant en quoi consiste cette continuité, G. Charbonneau explicite le sens à donner à la notion de « Soi », lequel implique une certaine distance vis-à-vis de ce qui nous est donné à charge comme étant « nous ». C'est la perte de cette distance qui semble en effet en jeu dans la maladie (et plus particulièrement dans la psychose), distance posée justement comme garante de l'expérience « normale » (allant de soi). En effet « la phénoménologie psychiatrique permet de concevoir la psychose comme une déficience des structures prépsychologiques de l'expérience entravant la phénoménalisation : celle de Soi comme celle d'autrui, celle des objets de conscience, celle des éprouvés corporels, celle du Monde ou des ensembles dans lesquels nous nous sommes inscrits, etc. La crise de phénoménalisation empêche l'instauration d'une distance symbolique avec ce qui doit être phénoménalisé »¹¹⁰³. Si l'expérience de Soi est au centre de l'expérience même (de toute expérience), alors on comprend l'importance de la continuité (évidente) à maintenir (ou à garantir) avec ce Soi. Ainsi, comme l'explique Georges Charbonneau, « cette continuité n'est pas une banale propriété ontique (de l'ordre de ce que sont les choses) mais désigne le parcours ontologique de notre existence, par quoi une existence reste unique, indissociable de ce Soi. Une ontologie existentielle signifie que cet être donné en nous ne traverse pas passivement ce parcours de vie, inaffectable quoi que l'homme en fasse à la façon d'une essence, mais que l'existence le reçoit, le met en forme, le désigne en lui préservant son caractère irréductible à toutes choses. Pour cela, il lui accorde sa hauteur et sa distance, l'accompagne dans ses accidents et ses métamorphoses, en restitue le sens de la même façon qu'il l'a fondé. L'existence est le lieu où s'exerce la différence ontologico-ontique »¹¹⁰⁴.

On le voit, cette continuité implique une distance à soi-même, un travail incessant de configuration et de reconfiguration rendant notamment impossible ce qui est justement l'illusion mélancolique, à savoir « l'illusion de tenir en totalité son être »¹¹⁰⁵.

Georges Charbonneau précise également en quel sens la maladie seule peut véritablement « affecter » le Soi là où les négations possibles de ce Soi sur un plan socio-politico-juridique (violences faites à la personne) ne peuvent jamais conduire à elles seules à la mise en question de notre Soi. Car comme nous le pensons également, « seul le Soi peut s'affecter lui-même au cours de son existence. Plus encore, seule la formidable énergie qui lui sert à se tenir comme ipséité est capable d'engager des distorsions de son être. Le Soi peut perdre par exemple cette énergie qui lui sert à se rassembler et se tenir comme tel, et dans le mouvement de cette perte,

¹¹⁰² *Ibid.*, p. 35.

¹¹⁰³ *Ibid.*, p. 15.

¹¹⁰⁴ *Ibid.*, pp. 35-36.

¹¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 37.

tenter de la compenser par d'autres processus identitaires. Son affectation primaire ne se produit que dans les psychoses et cette affectation peut définir phénoménologiquement les psychoses, car les névroses et les personnalités pathologiques en sont épargnées, à quelques situations limites près »¹¹⁰⁶.

Ainsi « le Soi se tient haut » (référence à Binswanger dans *Rêve et existence*). « En son être-même, il est pôle de hauteur et de distance », « Le Soi est différence à autrui dans une hauteur. Il est distanciation et séparation autant vis-à-vis de lui-même que d'autrui ; cette distance à lui-même n'est possible que par la hauteur » et « de cette hauteur ontologique vient l'inquiétude existentielle de son dévalement et, à travers son dévalement, de la fusion avec autrui. La crainte du dévalement est alors au centre de la psychopathologie phénoménologique comme une hantise de dislocation de l'ipséité »¹¹⁰⁷.

Le sens ontologique de cette hauteur est « l'égard à cet être dont nous faisons l'expérience existentielle » et « porter son destin et faire œuvre de responsabilité : voilà ce qui fait appel à la hauteur de Soi »¹¹⁰⁸. On comprend que la mise en question de cette distance garante du maintien de notre Soi soit également une mise en question de notre « distance » vis-à-vis d'autrui et ainsi que « dans la perte de hauteur se joue une possibilité d'anéantissement ontologique qui est aussi perte de la distance respectueuse que j'entretiens avec autrui »¹¹⁰⁹.

On comprend également que cette continuité fondamentale qu'il nous faut tenir soit à rechercher au-delà même de ce que nous sommes ici et maintenant, et qu'elle puisse prendre un sens temporel plus étendu. En ce sens, « exister est fonder, tenir et renouveler cette continuité à travers les matériaux identitaires (« idemitaires ») que nous rencontrons, en deçà et au-delà de l'espace « entre naître et mourir » »¹¹¹⁰. Par conséquent, on ne peut que comprendre aussi l'importance que prend pour cette existence humaine ayant à se « tenir » ainsi en elle-même et hors d'elle-même le rapport (temporel, historial) à ceux qui nous précèdent et nous ont fait être (parents) et à ceux qui nous succèdent (enfants). Cette importance est telle qu'elle peut également mettre en question la continuité du Soi. Car cette continuité, dans la filiation parents-enfants, est en effet « autre chose qu'une simple pérennisation générationnelle à l'identique. C'est un travail de rétro-possibilisation de ce que nous devenons au fil du projet ontologique parental. Il faut rendre compossible son projet d'existence, fut-il en rupture ou en dénonciation, avec celui dont on veut faire continuité transgénérationnelle ». De ce fait, « il y a plus de sens à être en rupture travaillée qu'à être en

¹¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 42.

¹¹⁰⁷ *Ibid.*, p. 47.

¹¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 48.

¹¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 49.

¹¹¹⁰ *Ibid.*, p. 49.

indifférence filiative »¹¹¹¹.

C'est bien en ce sens, pour résumer sur ce qui fonde et rend difficile l'existence (exister) normal(e), que « rien n'est pire que le néant. Il en va de tout être de faire continuité ».

Cette continuité faisant être (exister) doit être reliée, on le voit très clairement, à la temporalité, qui, si elle n'est pas affectée de la même manière ni avec la même intensité dans toutes les maladies (et états de crise ou de souffrance existentielle), reste centrale, fondatrice. G. Charbonneau explique également cette idée en affirmant que l'affectation de la temporalité se retrouve dans de nombreux domaines psychopathologiques, et que, de manière plus générale, « la psychopathologie phénoménologique entretient avec la temporalité une relation fondatrice. Elle est née de la notion d'altération du temps vécu, qui a été développée par les quatre fondateurs de la psychopathologie phénoménologique (K. Jaspers, E. Minkowski, L. Binswanger, V.-E. von Gebsattel). Elle est fondée sur le paradigme de l'altération du temps vécu comme phénomène constituant de la mélancolie et de la manie »¹¹¹². Il est nécessaire toutefois de mieux préciser le sens de cette temporalité fondatrice. Pour G. Charbonneau, elle est à distinguer de la durée bergsonienne, durée « endurée », « modalité d'un éprouvé organisateur du temps, mettant le sujet dans cette extension de lui-même nécessaire à l'investissement du temps »¹¹¹³. Cela est le temps vécu mis en évidence et en avant par Bergson et par Minkowski, mais il s'agit d'un temps « éprouvé », « constitué », donné empiriquement. Il serait à distinguer du temps « constituant », « organisant le déploiement du Soi » (a priori). Cette temporalité « est alors une trame porteuse de l'expérience qui définit avant tout thème la relation générale au réel, au passé, au futur, au lien avec autrui »¹¹¹⁴. De ce fait, « les altérations de la temporalité sont également des altérations de notre proto-pouvoir qui à la fois nous délivre du passé et appelle le devenir. Elle modifie fondamentalement notre rapport au monde ». Quant au temps vécu psychologique, il ne change pas la nature de la relation de réalité. Il est « de l'ordre de l'identité idem, il n'affecte ni l'ipsité ni la forme de la présence »¹¹¹⁵.

Ce que l'on peut comprendre au final, c'est que la difficulté à exister « normalement » est une difficulté à se tenir en soi-même, tenue qui a un sens temporel et dont l'affectation est ce qui bouleverse l'ensemble de notre rapport (d'expérience) à la réalité. Ce noyau temporel apparaît de manière manifeste dans la mélancolie, maladie qui permet justement la mise en évidence de son caractère structurel et structurant, mais il est mis en question également dans les autres

¹¹¹¹ *Ibid.*, p. 50.

¹¹¹² *Ibid.*, p. 127.

¹¹¹³ *Ibid.*, p. 128.

¹¹¹⁴ *Ibid.*, p. 128.

¹¹¹⁵ *Ibid.*, p. 128

maladies, à un niveau moindre, ainsi que dans d'autres formes de dérèglements (normaux), ou variations de nos états d'âme. C'est bien à chaque fois cette temporalité qui est ébranlée en nous lorsque nous tombons malade ou lorsque nous traversons une crise.

II – Pour une réinterprétation de la notion de chute : visibilité et invisibilité d'un déséquilibre

Il s'agit à partir de là de réinterroger la notion même de chute ainsi que l'idée de basculement qu'elle semble contenir : jusqu'à quel point et en quel sens peut-on dire que l'on « tombe » malade, si tant est que cette image est celle qui est le plus souvent évoquée pour précisément rendre compte du vécu même de la maladie lorsqu'elle se manifeste au sujet malade lui-même ?

Il y a ainsi dans la chute l'idée d'un point limite dépassé (goutte qui fait déborder le vase, étincelle qui met le feu aux poudres), d'une perte d'équilibre sans rattrapage, ce que l'on considère comme un point de rupture faisant basculer d'un état à un autre, avec un changement radical entre « avant » et « après ».

L'idée commune est que pour qu'il y ait basculement (accélération du processus avec perte d'équilibre) il faut que ce soit l'existence tout entière qui bascule dans son point d'appui (sol) ou que tout ce qui « tient » l'existence « lâche » : la tension entre des forces qui s'équilibrent relativement serait, dans la chute, supprimée au profit d'une seule (thème, mondéisation, circuit, inclusion chez Tellenbach). Ce qui permet au sujet de « lutter » contre sa « tendance » ou constitution serait détruit par un « événement » (qui, parce qu'insupportable, obligerait à une reconfiguration complète qui serait la maladie même).

Or il s'agit ici pour nous d'évoquer la possibilité qu'il n'y ait pas à proprement parler de « chute » et que cette métaphore ne fasse qu'exprimer le passage d'une forme à une autre mais de telle sorte que la « nouvelle » forme soit en fait déjà contenue dans la précédente, et prête à s'exprimer, telle une anamorphose. Les symptômes et leur aboutissement (phase critique, décompensation) seraient en fait déjà présents potentiellement dans les « structures » ou « constitutions » défaillantes. L'événement dit déclencheur ne ferait que les activer en les révélant, ce qui expliquerait l'impression de chute. Le « sens » (pré-intentionnel, senti) serait en fait « préparé », comme prêt à être vécu et n'attendrait qu'un prétexte (situation pouvant prêter à ce sens, ce vécu). La constitution défaillante « préconfigure » l'événement à venir (au sens où elle « n'attend que ça »). Cette idée d'une chute à concevoir sur le mode de l'anamorphose plus que sur le mode d'une métamorphose peut être illustrée par les images

empruntées à la *Gestaltheorie* (inaugurée par W. Köhler) où il s'agit de « jouer » sur le fond et la forme pour voir apparaître telle ou telle forme (visage/vase ; jeune ou vieille femme par exemple). Ainsi il deviendrait possible de parler de deux formes qui se superposeraient, l'une masquant l'autre, et les symptômes seraient le moment où la forme sous-jacente commencerait à apparaître au détriment de l'autre qui s'effacerait progressivement. Il y aurait comme une préparation souterraine invisible, renforçant la défaillance jusqu'à apparition des symptômes et « chute ». Cette idée peut être illustrée par ce que Tellenbach (dans *La mélancolie*) identifie comme « endokinèse », moment où le corps vécu (*Endon*) articule le changement de forme dans un temps arrêté qui suspend l'ancienne forme pour laisser place à la nouvelle, qui suspend la forme visible pour laisser place à la forme invisible. Ce moment serait précisément celui où le sujet se laisse reconfigurer par l'événement (la situation) qui le livre à sa constitution défaillante.

Il s'agit alors de préciser ce qui, dans cette « apparition » pourrait être qualifié de visible ou d'invisible, pour mieux interroger ce que l'on entend par chute et devenir s'il ne s'agit pas vraiment ni de chute ni de devenir.

On peut en effet poser le problème suivant : si visible il y a, qu'est-ce qui est visible, et si invisible il y a, comment en témoigner puisque précisément cet invisible serait invisible ? Serait-ce que parce que l'invisible se montre, se fait voir, tout en se cachant, et ce, par l'intermédiaire du visible ? Que reste-t-il, pour autant, d'invisible et comment en témoigner s'il n'est pas visible ?

On ne peut qu'évoquer l'analyse de Merleau-Ponty, dans *Le visible et l'invisible*, lorsqu'il fait du concept de « chair » cet invisible même, résistant à la visibilité parce que condition même de celle-ci : il nous dit ainsi à propos de la vision : « *ce qu'elle* ne voit pas, c'est pour des raisons de principe qu'elle ne le voit pas, c'est parce qu'elle est conscience qu'elle ne le voit pas. *Ce qu'elle* ne voit pas, c'est ce qui en elle prépare la vision (comme la rétine est aveugle au point d'où se répandent en elle les fibres qui permettront la vision, c'est son attache à l'Être, c'est sa corporéité, ce sont les existentiels par lesquels le monde devient visible, c'est la chair où naît l'objet »¹¹¹⁶.

Dans la maladie psychique, cette problématique devient la suivante : que révèlent les symptômes visibles, que montrent-ils d'invisible (que rendent-ils visible) et jusqu'où (que reste-t-il d'invisible ?) ?

On peut penser ici à la problématique de l'inconscient : comment parler d'un inconscient si justement on n'en a pas conscience ? N'est-ce pas parce que l'inconscient se montre sans tout

¹¹¹⁶ *Le visible et l'invisible*, Tel Gallimard, p. 301.

à fait se montrer, parce qu'il se montre indirectement (à travers les rêves, les actes manqués et les symptômes névrotiques)? Comment traduire (interpréter) alors ce qui apparaît pour remonter jusqu'à ce qui n'apparaît pas ? Que reste-t-il de fondamentalement inconscient, inaccessible à la conscience et dont pourtant on pourrait affirmer l'existence ?

On comprend qu'il s'agit aussi pour nous d'interroger ici plus particulièrement le rapport entre le visible et l'invisible dans le processus même (temporel) de la maladie psychique, durant le temps de son basculement et de sa mise en place.

On se concentrera sur l'idée que la maladie psychique montre, de façon très manifeste, quelque chose qui, paradoxalement, demeure fondamentalement caché, inaccessible. La maladie rendrait visible l'invisible, non pas en dévoilant son invisibilité, en la faisant disparaître, mais au contraire en témoignant d'un invisible radical, fondamentalement inaccessible à la vue (à l'expérience et à la description précise). La question est de savoir par conséquent « ce que » la maladie psychique montre (ce qu'elle donne à voir) de façon évidente, mais aussi ce qu'elle rend visible (quels aspects invisibles elle rend visibles), et jusqu'où exactement (qu'est-ce qui demeurerait invisible tout en étant montré par la maladie comme invisible ?) ?

A – Visibilité des symptômes

Premier point : ce qui serait visible dans la maladie psychique serait précisément ce phénomène de chute ou de devenir, apparent au point de susciter l'internement psychiatrique ou le témoignage vécu du malade (je deviens fou, je perds le contrôle de mes pensées, je tombe malade). Ici, ce qui est visible l'est pour le malade et/ou pour son entourage, même si la perception n'est pas la même (le malade ne se sentant pas forcément « devenir fou » mais percevant au moins des phénomènes bizarres ou envahissants), comme le montrent les témoignages de malades où apparaîtrait ce sentiment de chute de manière évidente, centrale, et que les malades eux-mêmes peuvent décrire sans vraiment pouvoir l'expliquer ni bien le nommer.

Ainsi, dans *Le cas Lola Voss* de Binswanger, Lola Voss, rappelons-le, apparaît comme une jeune femme de 24 ans qui, suite à un mariage empêché, développe progressivement des comportements superstitieux (phobie des vêtements) et paranoïaques accompagnés de délires hallucinatoires envers sa famille et le personnel soignant (qui sont perçus comme menaçants). Elle écrit notamment : « je sens une telle tristesse en moi et je ne sais si c'est que quelque chose d'encore plus grave pourrait m'arriver et c'est pourquoi je n'ai aucun repos...je vois

sans arrêt dans les signes que je dois être prudente et d'autant plus que je ne sais pas ce qui peut advenir », ou « afin que je puisse tout vous dire ouvertement, je vous raconterai comment c'est et comment c'était réellement afin que vous me compreniez comme je l'espère. Ce qui est arrivé, ç'a été quelque chose de si indescriptiblement effroyable que c'est pour moi la chose la plus triste sur la terre, car pour lui, pour mon fiancé, je suis maintenant perdue pour toujours, désormais ; je l'aime tellement que je n'ai été malade qu'à partir de ce moment ; parce que, depuis que je l'ai connu, je ne l'ai pas oublié une seconde ; et le plus triste est que je sens qu'il pense toujours à moi, c'est là ce qui me rend la plus triste qu'il soit possible »¹¹¹⁷. Dans la mélancolie, par exemple dans le cas Cécile Münch (rappelons qu'il s'agit d'une patiente de 46 ans qui tombe malade après la mort de son mari dans un accident ferroviaire, en ayant changé de place avec l'ami qui les accompagnait : la patiente se reproche sans cesse d'avoir eu l'idée de l'excursion en train), la description du médecin qui l'adresse à Binswanger cinq mois après l'accident dit que le choc et la perte du mari « l'ont plongée dans un état de profonde dépression (insomnie, refus d'aliments, plaintes incessantes), le point central de ses plaintes étant qu'elle avait proposé l'excursion en train »¹¹¹⁸. Il apparaît ci que ces plaintes sont le point visible de sa maladie, dans un discours du type « si je n'avais...je n'en serais pas là » (discours type du mélancolique).

Dans le cas d'Elsa Strauss (manie), ce qui apparaît visiblement, ce sont certains faits témoignant d'une agitation ou fuite des idées : « ce matin elle quitta le service vers 6 heures environ et passa devant une église où on célébrait un office religieux. Elle alla vers l'organiste et pendant qu'il jouait le félicita pour son jeu et le sollicita pour des leçons d'orgue. Elle quitta ensuite l'église puis passa devant un stade où des jeunes gens jouaient au football. Elle s'immisça dans le jeu et s'attira les moqueries des jeunes gens »¹¹¹⁹.

Par ailleurs, ce qui serait visible dans la maladie psychique, ce serait la dégradation du rapport entre le sujet et le monde ou la réalité (on parle à ce sujet de perte de contact avec la réalité). Là encore, le malade peut ne pas avoir ce sentiment négatif de dégradation (le maniaque peut se sentir enthousiaste et comme emporté par une agitation justifiée par tel ou tel argument, le schizophrène peut se sentir influencé, dirigé par des êtres supérieurs et ne pas avoir ce sentiment net de dégradation). Pour autant, ce qui est objectivement visible pour les témoins (proches ou médecins) c'est ce phénomène de dégradation du rapport entre le sujet et la réalité. Outre ce sentiment visible de dégradation du rapport au monde, on peut évoquer un sentiment de perte de maîtrise et d'accentuation du processus morbide (sorte de pic atteint ou

¹¹¹⁷ *Le cas Lola Voss*, p. 31.

¹¹¹⁸ *Mélancolie et manie*, p. 29.

¹¹¹⁹ *Ibid.*, p. 80.

en cours d'atteinte : délire, hallucination, suicide, extrême agitation/fuite des idées). Là encore, les témoignages de malades indiquant ce sentiment de dégradation ou de perte de maîtrise avec idée d'accélération vont dans ce sens, et par exemple, le médecin de Lola Voss écrit « elle ne va pas mieux ; la manie du doute, les phobies, les idées superstitieuses persistent, aggravées par des hallucinations, des idées d'influence, et un véritable délire de persécution »¹¹²⁰.

Dans un autre cas de mélancolie (l'écrivain Reto Roos) on peut lire ces descriptions (faites par le malade lui-même) sur la phase critique de la maladie : « vient le découragement ; rien n'y a fait » (n'a pas réussi à remonter) et le malade explique même que « si l'on fait appel à la volonté, contre les contraintes, elles s'amplifient ; aussitôt toutes les déceptions passées resurgissent et leur poids vous enfonce dans le sol toujours plus profondément... alors il ne vous reste plus rien sur terre, aucun « à propos de quoi » auquel on puisse s'accrocher, où l'on puisse prendre support, s'ancrer, et alors l'angoisse plane encore, quand on s'abandonne soi-même et qu'on se raye de son propre livre des comptes, on en vient vraiment alors à la décision pleine et absolument sans équivoque du suicide »¹¹²¹. Rappelons que ce malade fut guéri pendant sept ans puis retomba dans une phase mélancolique, se maintint pendant deux ans et se suicida par pendaison à 45 ans.

Enfin, ce qui est visible, ce sont les « symptômes », véritables « manifestations » d'un état pathologique, le mot symptôme signifiant littéralement « arriver avec, coïncider » (du grec *sun* : avec et *piptein* : tomber) : le symptôme arriverait avec la maladie, il coïnciderait avec elle, non pas en la déclenchant mais en en étant l'expression incidente : il serait la forme visible de la maladie jusque là invisible. À ce titre, le symptôme signale l'état pathologique, il en est l'indicateur principal au point que sans symptômes, on ne peut affirmer ni donc soigner une maladie, quand bien même elle serait déjà entamée : par exemple, dire que fièvre et courbatures sont les symptômes de la grippe, c'est suggérer que la grippe a déjà atteint un certain seuil, visible, rendant possible son diagnostic (« c'est la grippe ») et son traitement (« il faut prendre tel médicament, faire baisser la fièvre »). C'est donc dire indirectement que les symptômes psychiques en jeu dans les maladies psychiques (plainte mélancolique, agitation maniaque, délire ou hallucination schizophréniques) sont une manière de signaler que la maladie est à ce point entamée qu'elle en devient visible non pas tant dans son installation même, dans le déroulement de son cours que lorsqu'elle est dans sa phase critique, au point que l'internement et le soin n'ont lieu que suite à un certain type de symptômes « nécessitant » l'internement : tentative de suicide par exemple pour la maniaque Elsa Strauss

¹¹²⁰ *Ibid.*, p. 36.

¹¹²¹ *Ibid.*, p. 58.

(qui tente de se jeter dans un fleuve). Dans le cas de la mélancolique Cécile Münch, c'est l'impossibilité, au bout de cinq mois après l'accident de son mari, d'« alléger ses souffrances » (échec du deuil). Dans le cas de Lola Voss, son internement à la clinique de Binswanger a lieu alors que Lola, déjà contrariée depuis quatre ans dans son projet de mariage, développait déjà une conduite superstitieuse bien affirmée¹¹²². Dans le cas Elsa Strauss, ses symptômes sont ceux d'une agitation de plus en plus « violente » : « elle tutoya l'infirmière dès le premier instant, lui chercha querelle chaque fois qu'elle le pouvait, elle la frappa et la griffa, elle jeta des livres sur le médecin [...] et dut être mise dans des bains prolongés »¹¹²³. Dans ce cas, ce que montrent les symptômes de manière évidente (et dramatique) n'est-ce pas qu'il est « déjà trop tard » (ce trop tard témoignant de l'impression de chute irréversible accompagnant les symptômes) ? Les symptômes ne rendraient pas visible une maladie à prévenir (en nous disant « attention tu vas tomber malade, attention tu vas devenir fou) mais ils rendraient visible une impossibilité de revenir en arrière et en ce sens l'irréversibilité d'un processus trop entamé pour être évité ou atténué.

B – Invisibilité et visibilité de la structure

Si l'on reprend l'idée de changement décrit comme visible, on peut dire que ce changement montre le passage d'un état non visible (équilibre relatif) à un autre état visible (déséquilibre, maladie, folie). Mais du même coup, l'état visible rend visible ce qui avant le changement ne l'était peut-être pas : en voyant ce qui apparaît, on voit ce qui est perdu (la raison, la santé mentale, l'équilibre). Le visible ne deviendrait donc visible qu'en disparaissant pour laisser place à un autre état, comme ce peut être le cas plus généralement dans toute situation où ce qu'on ne voyait pas ne se manifeste qu'en nous manquant ou en étant perdu : absence d'un être cher, perte d'un objet, abandon. C'est au fond le manque ou le désir qui permet de mesurer la visibilité d'une chose, la manière dont au final cette chose nous apparaissait et qu'on ne voyait pas, comme Swann chez Proust qui ne « voit » son amour pour Odette que lorsque celle-ci n'est pas, comme prévu, à la soirée des Verdurin, et qu'elle est « partie ». Donc dans la chute signalant qu'on « tombe malade » ou dans le devenir signalant qu'on « devient fou », deviendrait visible l'état antérieur où l'on était encore « debout » ou « normal », cet état semblant perdu ou en voie de se perdre sans retour possible. Ici, on peut suggérer que c'est la notion d'irréversibilité qui rendrait visible l'état antérieur, comme, de manière plus générale, il faut craindre de perdre définitivement l'objet auparavant acquis ou

¹¹²² *Le cas Lola Voss*, p. 20.

¹¹²³ *Mélancolie et manie*, p. 81.

sentir un manque irréparable pour que devienne visible l'objet perdu ou manquant, toute idée de réversibilité semblant faire retomber dans l'invisible l'objet encore à portée de main ou récupérable : on peut penser ici encore au sentiment amoureux où l'on mesure la présence visible de l'autre lorsqu'il disparaît définitivement ou lorsque pour l'apprécier pleinement dans sa présence visible il faut se le représenter comme définitivement perdu. Dans la maladie psychique, ce serait donc l'état d'avant qui deviendrait visible en étant perdu : « je ne pense plus comme avant », « je ne maîtrise plus mes pensées », « je ne me contrôle plus »...le « plus » témoignant du visible perdu devenant visible en disparaissant.

À partir de là, on ne peut que se demander encore une fois si cet état « normal » perdu rendu visible par sa perte existait vraiment : le malade n'est-il pas en effet déjà malade avant même de « tomber malade » ? N'a-t-il pas déjà en lui une certaine façon de se rapporter au monde qui serait « susceptible de tomber malade » ? Dans ce cas, ce que la maladie « rend visible », c'est la possibilité même de cet état « déjà malade », là depuis le début. Cette idée est souvent appuyée par l'analyse de l'histoire du malade, histoire précédant la maladie et remontant, lorsque cela est possible, jusque dans l'enfance, analyse qui révèle ainsi des « antécédents ». Ces antécédents seraient la plupart du temps et sinon (sans la maladie) restés inaperçus (ou peu significatifs). Ici, la maladie visible rend donc visible sa présence sous-jacente, latente, souterraine, et qu'on ne voyait pas.

Par exemple dans le cas d'Elsa Strauss, Binswanger note, lorsqu'il présente son cas : « mariée, mère de quatre enfants [...] a traversé, déjà au lycée, des oscillations maniaques-dépressives relativement importantes »¹¹²⁴. Chez Reto Roos, on note, dans son enfance, « un vrai gai luron » mais « pleurant sans motif »¹¹²⁵, une angoisse des chevaux et des chiens, et le fait d'avoir été hospitalisé 6 fois de 30 à 38 ans, ainsi que des ascendants (paternel et maternel) dépressifs.

Notons que pour Freud également, la névrose rend visible ce qui la rend depuis « toujours » possible voire inévitable, le complexe d'Œdipe, qu'il qualifie ainsi de « noyau » ou « complexe central » des névroses¹¹²⁶.

Ici, à travers cette latence de la maladie, l'approche phénoménologique permet de révéler ainsi, derrière la visibilité des symptômes, cette structure « défaillante » que notre travail veut interroger, structure plus large, engageant la manière dont le sujet se rapporte au monde. Cette « manière d'être » peut se décliner de différentes façons selon que l'on se concentre sur la dimension intentionnelle du sujet (son projet de monde, sa manière de s'ouvrir à telle ou telle

¹¹²⁴ *Ibid.*, p. 80.

¹¹²⁵ *Ibid.*, p. 56.

¹¹²⁶ Freud, *Introduction à la psychanalyse, Cinq leçons sur la psychanalyse*

signification) ou que l'on se concentre sur le dynamisme vital rendant possible une telle ouverture au sens, ou sur l'ouverture elle-même. Elle peut être aussi de nature neurologique, ou neuro-cognitive, comme nous l'avons suggéré auparavant, ce caractère n'empêchant pas sa dimension dynamique, sa plasticité.

Pour Binswanger, ce que fait voir la maladie, c'est la manière dont le sujet se projette dans le temps en reliant de façon continue passé, présent et avenir, manière dont le sujet se détermine comme « pouvoir-être-soi authentique et libre ».

Pour Maldiney, ce que fait voir la maladie, c'est la manière dont le sujet se montre capable d'accueillir et de possibiliser certains événements.

Pour Minkowki, ce que révèle la maladie, c'est la manière dont le sujet est animé par un élan vital constitutif de son rapport à la réalité.

La défaillance prend ainsi différentes formes : défaillance dans la structure temporelle, chute dans un projet de monde déterminé (Binswanger), défaut de transpassibilité (défaut dans la capacité de possibiliser l'impossible) ou de transpassibilité (défaut dans la capacité d'accueillir l'impossible, l'impossible constituant pour Maldiney « l'événement », le moment générateur de la transformation de soi, qui normalement est positive et qui, dans la maladie, est en échec), trouble générateur (perte d'élan vital). Dans tous les cas, ce qui semble fondamentalement atteint, entravé, c'est une composante temporelle, principe d'ouverture et de projection de soi. Là encore, nous pouvons reprendre certains cas de malades, qui semblent confirmer cette idée.

Ainsi, à propos de Lola Voss, Binswanger explique cette structure défaillante révélée par la maladie de la manière suivante : « ce que nous pouvions observer déjà chez Ellen, Nadia et Jürg Zünd, à savoir la mondéisation croissante de leur existence, nous le remarquons à un plus haut degré encore chez Lola. Par croissance de la mondéisation nous entendions que le *Dasein* était « tombé » hors de lui-même comme pouvoir-être-soi authentique et libre, et était échu ou adonné à un projet de monde déterminé. Dans tous les cas, le *Dasein* ne peut plus laisser régner librement le monde, mais c'est lui qui est dans une mesure croissante abandonné à un projet de monde déterminé, emporté ou subjugué par lui. Le terme technique pour cet être-abandonné-à est « déréluction » »¹¹²⁷.

Pour Binswanger, cette défaillance doit être vue comme une défaillance temporelle, une incapacité pour le sujet à se projeter dans un vrai présent (lié par une continuité au passé et à l'avenir) : « être-livré-à, être-saisi-par, être-échu-dans, déréluction, toutes ces expressions ont le sens temporel du simple présent (inauthentique), simple dans la mesure où le présent, ici,

¹¹²⁷ *Le cas Lola Voss*, p. 41

n'est nullement temporalisé, ni par le futur (le représentable), ni par le passé, en un présent authentique, mais l'est à partir du pur présentifier qui, au contraire de l'instant authentique, peut signifier une non-résidence, une absence de séjour »¹¹²⁸. Ici cet aspect temporel semble non pas premier mais second, il est un effet de la défaillance originelle relative au projet de monde rétréci.

Dans le cas Cécile Münch, ce qui devient visible pour Binswanger, c'est aussi un phénomène temporel défaillant : « qu'est-ce que tout cela [la maladie, les symptômes de Cécile, à savoir sa plainte incessante] nous apprend sur le relâchement des fils des moments structuraux intentionnels de l'objectivité temporelle ? Cela nous apprend que dans le discours du « si », du « si...ne pas », du « si j'avais » ou du « si je n'avais pas » il s'agit manifestement de possibilités vides [...] ici, ce qui est possibilité libre se retire dans le passé [...] quand la possibilité libre se retire dans le passé [...] on ne débouche plus sur un « à propos de quoi » authentique mais seulement sur une discussion vide. Mais ceci est un signe qu'avec l'altération de la protention, le « processus » tout entier, le caractère tout entier de flux et de continuité non seulement de la temporalisation, mais de la pensée en général est altéré ! »¹¹²⁹.

Dans le cas Elsa Strauss, Binswanger précise : « nous choisissons cet exemple, car l'intrusion dans l'église pendant l'office religieux et la conversation avec l'organiste pendant le jeu d'orgue offrent une situation particulièrement saisissante pour l'analyse de la défaillance de l'appréhension dans la manie et dans l'impossibilité de la constitution d'un monde commun »¹¹³⁰.

Autre point, qui découle de ce premier point (idée d'une structure défaillante invisible) et de l'approche phénoménologique de la maladie : l'idée que le visible, dans la maladie, serait le témoignage d'une structure ouverte sur un certain sens (une certaine représentation du monde). Ce que la maladie rendrait visible, ce serait qu'un certain sens se cacherait derrière le non sens apparent des symptômes. Dans la structure défaillante invoquée, ou dans la rencontre entre cette structure et la réalité, ce qui apparaît en effet « grâce » à la maladie, c'est un certain « projet de monde » qui, bien que défaillant, reste toujours une manière de se tenir et de se maintenir existant.

Chez Lola Voss par exemple, ce qui est visible derrière ses symptômes, c'est le sens qu'a son projet de monde déterminé (limité), ce sens étant celui de « l'Effroyable » ou du « Terrible », de la « cruauté », selon Binswanger¹¹³¹, c'est le fait de se sentir menacé de toutes parts par des

¹¹²⁸ *Ibid.*, p. 54.

¹¹²⁹ *Mélancolie et manie*, p. 33.

¹¹³⁰ *Ibid.*, p. 81.

¹¹³¹ *Le cas Lola Voss*, p. 51.

puissance hostiles, d'être soumis à un destin non voulu (destin qui, selon les différents cas, peut varier : par exemple, pour l'anorexique Ellen West, ce destin horrible est celui de la boulimie ou goinfrerie bestiale, chez Jürg Zünd, c'est la déchéance sociale). C'est dire aussi que leur projet de monde est un certain idéal (rendu impossible par la réalité) : idéal de sécurité pour Lola Voss, idéal de minceur pour Ellen West et idéal de stabilité sociale pour Jürg Zünd, idéal qu'ils tentent de maintenir par ce que Binswanger appelle recouvrement « nous avons, sous le recouvrement, à rendre compte totalement des tentatives d'affirmer ce qui est fixé une fois pour toutes par l'idéal, c'est-à-dire un soi complètement aliéné, et de le défendre contre tout ce qui le contredit [...] là où cette réassurance échoue, le *Dasein* plonge dans l'abîme, on en arrive à la panique, à l'accès d'angoisse [...] nous devons remettre sous notre vue le combat entre idéal et résistance du monde accablant (la « réalité ») »¹¹³².

Dans le cas Cécile Münch, le projet de monde qui se cache derrière les symptômes et derrière la défaillance constitutive, c'est un certain « thème », celui de la plainte : tout, pour le mélancolique, prend la figure de la plainte, tout devient sujet à se plaindre, au point que le thème initial (perte de ceci ou de cela) est interchangeable, le mélancolique étant capable de remplacer l'objet initialement perdu, cause de sa maladie, par un autre objet, ou de ne pas avoir d'objet et ainsi, il se plaint, selon Binswanger, « parce qu'il doit se plaindre et il saisit comme objet de ses plaintes ce qui lui tombe sous la main »¹¹³³.

Ce qui apparaît alors et aussi, dans cette structure défaillante faisant tout de même sens, et dont le sens restreint prend la valeur existentielle d'un « projet de monde » (en échec), c'est que la maladie psychique n'est pas alors tant réactionnelle ou psychogène qu'endogène : le malade ne tomberait pas malade par réaction psychologique ou affective à un événement, il tomberait malade parce que malade, son projet de monde étant déjà, de fait, limité et réduit : « même dans des contenus mélancoliques en apparence motivés ou fondés « psychologiquement », nous ne devons pas voir quelque chose de purement réactionnel psychologiquement, mais l'expression d'une maladie mentale (endogène) »¹¹³⁴.

Enfin, comme souligné déjà pour expliquer le rapport entre phénoménologie et psychiatrie, la folie ou la maladie, visibles, seraient des manières d'interroger plus généralement, dans un sens existentiel, au niveau humain et non plus simplement personnel, la manière dont l'homme (normal) existe. La psychiatrie en ce sens permet à la philosophie de s'interroger sur ce que signifie, pour un homme « exister », et qui ne se saisit pas (qui est invisible), et qu'on ne peut voir qu'à travers des existences visiblement en échec (thèse de Canguilhem, thèse de

¹¹³² *Ibid.*, pp. 43-44.

¹¹³³ *Mélancolie et manie*, p. 37.

¹¹³⁴ *Ibid.*, p. 39.

Maldiney notamment mais qu'on trouve aussi chez Binswanger et Minkowski). On a en effet l'impression que ce qui maintient un homme « debout » dans l'existence, ce qui lui permet de se rapporter au monde de manière relativement adaptée (en termes d'efficacité sociale et de bonheur personnel) ne se voit pas, sinon en négatif lorsque cette existence « bascule » en tenant mal. En interrogeant les structures défaillantes qui semblent en jeu dans les maladies psychiques, on peut ainsi « voir » ce que serait une structure équilibrée et équilibrante : capacité à vivre dans un présent à la fois relié au passé et ouvert sur l'avenir, capacité à possibiliser l'impossible et à s'ouvrir à l'impossible (événements traumatisants, surprenants), maintien de l'élan vital par lequel notre existence interagit avec la réalité ambiante pour s'y accomplir, mécanismes cérébraux et cognitifs en jeu dans la constitution de l'expérience vécue.

A remarquer, si l'on suppose que toute structure soit imparfaite, suite à notre « histoire intérieure de vie » (expression de Binswanger), suite à notre rencontre avec la réalité, on peut supposer aussi que ce qui la maintient tout de même équilibrée, soit la capacité à lutter contre elle (en se forçant par exemple à ne pas voir les choses comme on a tendance à les voir, en s'ouvrant à d'autres manières d'être-au-monde, en faisant varier son « style » etc). On pourrait même supposer que tout homme aurait en lui des éléments dépressifs, maniaques, schizophrènes et mélancoliques, mais qu'il compenserait ces éléments par une aptitude à s'ouvrir à d'autres rapports au monde et aux choses, aptitude qui serait contenue dans une structure de base et de fait marquée par une certaine temporalité ouverte et rythmée par la continuité (ouverture à un « vrai » présent, par une « vraie » présence au monde).

Au final, ce que la maladie psychique ferait voir, ce serait les conditions mêmes du déséquilibre (structure défaillante, fermée à des possibilités) et de l'équilibre (structure ouverte), comme en témoigne ce passage du *cas Lola Voss* : « sous la faiblesse existentielle, nous comprenons le fait que l'homme ne se tient pas de manière stable dans son monde, se ferme au fondement de son *Dasein*, ne prend pas sur soi son *Dasein*, mais s'en remet à des puissances étrangères, rend des puissances étrangères « responsables » de son destin au lieu que ce soit sa propre puissance. Tout cela est, affecté d'une proportion grotesque, le cas chez Lola Voss »¹¹³⁵.

C – Invisibilité de la rencontre Soi/événement

Pour autant, on veut suggérer que malgré une certaine visibilité rendue possible par la

¹¹³⁵ *Le cas Lola Voss*, pp. 48-49.

maladie, force est de constater que quelque chose reste invisible, le point positif étant que l'on peut se rendre compte de l'existence même de cet invisible. On peut ici avancer que, dans la maladie psychique, ce sont en fait trois éléments qui, de fait, restent invisibles, et qui, parce qu'invisibles justement, déterminent la maladie (le fait même de tomber malade).

Serait invisible tout d'abord, dans sa constitution même, la structure (défaillante) à l'origine de la maladie : elle serait visible comme défaillante mais invisible dans les détails de sa défaillance, son point de défaillance échappant sans cesse en reculant toujours et en demeurant d'une certaine manière incompréhensible, insaisissable. A la question souvent posée « que s'est-il passé ? » ou « comment en est-il (elle) arrivée là ? », on ne trouve pas vraiment de réponse comme s'il n'y avait, au fond, pas de causes mais une combinaison de facteurs dont la combinaison même nous échapperait tellement elle serait insidieuse et progressive, comme déterminée et pourtant indéterminée. On est à la fois poussé à supposer une structure en elle-même déjà défaillante pouvant expliquer la maladie comme endogène, et poussé à attribuer un rôle aux événements extérieurs, rôle contribuant à faire défaillir notre structure existentielle ou à la faire basculer totalement.

Par ailleurs, ce qui demeure invisible (tout en étant montré comme invisible) c'est au fond la manière dont notre structure existentielle rencontre la réalité, chaque rencontre étant plus ou moins un choc ou ce que Maldiney appelle une « crise » nous invitant à une transformation (devenir soi), et qui échoue dans la maladie, le sujet restant pris dans la crise, et comme soumis à l'événement. Même en sachant qu'il se « trame » quelque chose lorsque nous rencontrons la réalité, ce qui se trame ainsi dans notre intériorité (existentielle) nous échappe : même si nous ressentons quelque chose, ce que nous ressentons n'est pas vraiment perçu. On peut penser ici aux *tropismes* chez Nathalie Sarraute, laquelle, dans *Enfance*, cherche à atteindre cette invisibilité en s'efforçant de saisir les micro-fissures ayant fait dévier de manière imperceptible son équilibre déjà fragile, comme nous l'analyserons et l'illustrerons à la fin de ce travail. On peut penser aussi à la très belle description que fait S. Zweig de son personnage Christine (dans *Ivresse de la métamorphose*), ressentant confusément l'agonie de son moi sans savoir « quand » situer exactement sa mort (à quel moment précis). Ainsi les malades peuvent décrire ce qu'ils ressentent ou ont ressenti lors d'un événement, mais ils ne peuvent saisir le point de rencontre entre la réalité extérieure et leur projet de monde, dans la modification (chute) même qui s'opère à partir de leur rencontre. Ce dont ils témoignent, c'est d'une souffrance (tristesse, angoisse) croissante. On peut supposer que ce point de rencontre invisible entre la structure existentielle du sujet et la réalité (événements) est ce qui permet d'entretenir la structure défaillante et de la renforcer, le sujet ne voyant dans ce qui lui arrive

que l'occasion de cultiver sa façon de voir les choses (comme le jaloux ne voyant que ce qui pourrait le rendre jaloux et devenant de ce fait de plus en plus jaloux au point d'inventer une réalité jusque dans le délire lorsqu'il ne voit pas ou plus de signes).

Enfin, ce qui reste invisible, c'est le sens même de la réalité (événements) qui, pourtant, pour le malade, fait sens : tout est terrifiant pour Lola Voss mais elle ne peut que supposer des menaces à partir de simples signes (le sens qu'elle perçoit ne prend jamais une signification visible, évidente). De même pour Cécile Münch, il est clair qu'elle a eu l'idée de l'excursion en train, mais il n'est pas clair qu'elle soit responsable de la mort de son mari (la réalité suggère à la fois que c'est de sa faute et que ce n'est pas de sa faute). C'est donc parce que la réalité que l'on rencontre, les événements qui nous arrivent, ne témoignent d'aucun sens visible qu'ils peuvent se prêter ainsi au sens projeté par le projet de monde du sujet malade : l'invisibilité même du sens de l'existence et de notre propre existence rend possible la visibilité de sens défaillants (pour le jaloux, c'est parce que tout ce que fait l'autre peut être interprété comme tromperie ou trahison qu'il peut être ainsi jaloux, et parce que sa propre structure jalouse, dans sa configuration même, lui échappe). C'est cela dont témoigne l'analyse de Binswanger à propos de Lola Voss : « Dans la mesure où le *Dasein*, ici, est totalement échu à l'Étrange, à l'Effroyable, il ne peut rendre aucun compte sur ce fait que cet Effroyable provient de lui-même, de son fonds le plus propre. A cause de quoi il n'y a nulle échappatoire à une telle angoisse : l'être humain fixe ici dans l'angoisse l'Effroyable inéluctable, son bien et son mal dépendent encore de la seule possibilité de conjuration de l'Effroyable »¹¹³⁶.

Ici on retrouve l'idée que ce qui demeure invisible, au fond, c'est ce par quoi le monde devient visible : le malade ne peut voir ce par où ou par quoi sa maladie lui fait voir le monde de manière malade (ce « ce par quoi » étant à la fois et principalement en lui, mais aussi rendu possible par la réalité extérieure qui n'est pas suffisamment visible/rassurante/satisfaisante pour l'empêcher d'être malade et qui, par son invisibilité même, ne peut qu'entretenir une vision malade).

Ainsi, interroger le rapport entre le visible et l'invisible dans la maladie psychique, c'est donc se demander comment la maladie témoigne, de manière particulièrement visible, d'un invisible radical et fondateur de l'existence même et de la réalité elle-même, invisible touchant à la question du sens (quel sens donne-t-on au fond à notre existence ? Quel sens ont les choses qui nous arrivent ?). Paradoxalement, il s'avère donc que c'est lorsque l'existence bascule de façon « catastrophique » que l'on peut apercevoir ce qui au fond fait tenir tous

¹¹³⁶ *Le cas Lola Voss*, p. 51.

ceux qui se maintiennent debout dans l'existence. Mais c'est aussi voir ce qui pourrait rétablir (avant ou après la maladie) tous ceux pour qui l'équilibre, de fait, est, par sa fragilité, sans cesse menacé de basculement. Enfin, c'est pouvoir se demander si tout homme n'est pas sujet au basculement, quand bien même sa constitution invisible serait sans faille : certains événements ne sont-ils pas en soi traumatisants, ne sont-ils pas capables de faire basculer toute existence (sinon un certain nombre) ? Ce que la maladie fait donc voir au final, ce sont les limites invisibles du sol existentiel sur lequel on se maintient appuyé, limites qui, sans la maladie, ne seraient peut-être pas questionnées et qui laisseraient croire à la toute puissance sans faille de certains, comparée à la faiblesse et à l'incapacité d'autres.

Il nous faut maintenant analyser plus précisément le phénomène de circuit qui pourrait expliquer la manière dont l'invisibilité d'une structure et de sa rencontre avec la réalité ne peut, au fond, que tendre à se renforcer.

III – Structure et circuit (rétroaction)

Nous voulons montrer maintenant que notre question, posée dans une perspective phénoménologique, nous a amené progressivement de la notion de structure à celle de circuit. L'idée de structure est suggérée parce que l'existence qui bascule dans la maladie ou la folie semble impliquer, comme on l'a dit, une manière totale d'exister : ce qui tombe, c'est l'ensemble de notre rapport au monde et toute notre personne, c'est un ensemble structuré d'une certaine manière ou se structurant d'une certaine manière. L'idée de circuit vient de ce que le phénomène de chute qui nous intéresse, impliquant l'idée d'accélération et d'amplification (des troubles, des symptômes notamment, jusqu'à des points ultimes) semble suggérer plusieurs choses. D'une part, on a un phénomène de mouvement circulaire (entre le sujet et le monde, entre le sujet et la réalité ou les événements qui lui « arrivent »), ainsi qu'un mouvement d'aller-retour (moi/monde/moi, ou monde/moi/monde) faisant comme une boucle sur elle-même sans que l'on connaisse exactement le point de départ (entre moi et le monde). D'autre part, on observe un cercle vicieux (pour expliquer le phénomène d'accentuation et d'accélération), ainsi qu'une forme de déterminisme : le sujet malade semble obéir à un mouvement qui suit son propre cours en le conduisant à la maladie, celle-ci étant comprise dans le développement de la structure elle-même. Ces éléments semblent constitutifs de la notion de circuit.

Par ailleurs, chez les auteurs que nous avons évoqués, ce qui nous intéresse dans leurs travaux, c'est de voir en quoi se dégage à chaque fois l'idée d'une structure (ou constitution)

pathologique (engageant la manière totale d'exister dans ses fondements : fondements spatio-temporels notamment, mais aussi fondements d'ordre sensible), cette structure suggérant un défaut (manque, fragilité) constitutif engageant le rapport du sujet malade au temps, aux événements, à autrui, à la réalité. Quant à la notion de circuit, elle apparaît lorsqu'il s'agit d'expliquer comment cette structure rencontre ou configure la réalité, comment s'établit une sorte de renforcement progressif de cette structure (expliquant la chute dans la maladie ou la folie) : le sujet serait pris dans une structure défailante circulaire se renforçant d'elle-même au contact de la réalité.

Nous déroulerons d'abord trois points avant de développer cette partie en réinterrogeant d'abord la notion de structure puis en précisant ce que nous entendrons par la notion de circuit, et enfin nous annoncerons les enjeux existentiels et thérapeutiques qui découlent de ces concepts.

L'idée de structure

L'idée de structure apparaît à la fois de façon naturelle et problématique chez les psychiatres d'inspiration phénoménologique : naturelle car, dans une perspective phénoménologique, il s'agit bien d'avoir en vue l'existence telle qu'elle est vécue depuis l'intériorité d'une conscience, dans son rapport au monde extérieur, aux choses (puisque c'est là le point de départ de la phénoménologie avec Husserl : le retour aux choses mêmes, telles qu'elles apparaissent objectivement en tant que phénomènes de conscience). Déjà chez Husserl, il s'agit ainsi d'étudier la structure intentionnelle de la conscience qui vise ainsi le monde en lui donnant un sens (c'est la conscience qui est comprise comme condition d'apparition du monde). Par structure, on entend la manière dont la conscience est constituée, dans ses éléments fondamentaux et déterminants et telle qu'elle rend possible l'apparition (significative) du monde dans sa totalité (on parle ainsi de structure intentionnelle ou pré-intentionnelle pour déterminer les conditions de possibilités de l'apparition même des choses et d'autrui). Chez Heidegger, l'approche phénoménologique entamée par Husserl se déplace pour ne plus se porter sur la conscience seule mais plus « largement » sur l'homme comme être-au-monde, « lieu » (là) de la manifestation (révélation, apparition) des choses en tant qu'existant, mais plus précisément encore en tant qu'être existant « au » monde (en étant pris dans un certain rapport au monde). Il s'agit alors de rechercher les éléments constitutifs de cet existant qu'est l'homme (le *Dasein*) et on recherche donc sa structure existentielle (conditionnant son rapport au monde et le mode d'apparition des choses dans le monde).

S'inspirant de Husserl et de Heidegger, Binswanger s'attache donc naturellement à cette idée

de structure pour rendre compte de la manière dont le malade ou le fou « existent » tout de même justement dans la maladie et la folie mais de manière différente : on comprend que face à cette existence différente, on soit tenté de chercher une « explication » à cette différence en comparant la manière « normale » dont l'homme existe (structurellement) et la manière différente (déséquilibrée) dont le malade ou le fou existent. La notion de structure semble pouvoir rendre naturellement compte de l'unité d'ensemble qui se dégage de la chute ou du basculement dans la maladie puisque ce dont témoignent les symptômes, c'est bien d'un ensemble qui tombe, ensemble qui correspond à la totalité d'une existence, donc d'une structure totale. En témoigne la citation de Binswanger rendant hommage en 1958 à Heidegger : « en élaborant la structure fondamentale de l'être en tant qu'être-dans-le-monde, Heidegger a mis entre les mains du psychiatre un fil d'Ariane méthodologique grâce auquel celui-ci peut saisir et décrire les phénomènes à étudier ainsi que leurs relations phénoménales essentielles »¹¹³⁷. Dans *Mélancolie et manie*, Binswanger dit également qu'il est « essentiel d'examiner la nature propre de (ces) mondes quant à leur constitution, en d'autres termes, d'étudier les moments structuraux (*Aufbaumomente*) constitutifs de ces mondes et d'en dégager les différences constitutives, déterminantes pour leur constitution » et il vise bien la mise en évidence de ce qu'il nomme la « défaillance de l'organisation structurale (des) formes du *Dasein* »¹¹³⁸.

Chez Maldiney, la notion de structure apparaît à travers les concepts de transpassibilité et de transpossibilité, c'est-à-dire à travers l'idée d'une structure non pas tant intentionnelle (produisant un projet de monde, du sens) que « pathique », plus enracinée dans la perception sensible et qui serait plus fondamentale encore que la structure intentionnelle, structure qui conditionne la réceptivité même des événements, de la réalité qui nous arrive et à laquelle on serait plus ou moins ouvert, réceptif.

Chez Minkowski, on peut lire dans *Le temps vécu*, à propos de l'épilepsie : « c'est ainsi que toute semble encore se ramener au même « dénominateur », à un cadre, à une structure particulière, dont les divers traits, quels qu'ils soient, ne sont que des manifestations parcellaires, ne sont que l'expression ». Cette structure particulière est selon lui et selon les différents types de psychoses déterminée par l'idée d'élan vital ou contact avec la réalité (contact avec le monde ambiant). Ou encore selon Binswanger, « c'est dans l'analyse phénoménologique de ces rapports spatio-temporels du moi vivant que nous devons rechercher la base de l'aspect structural des troubles mentaux »¹¹³⁹

¹¹³⁷ *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 247

¹¹³⁸ *Mélancolie et manie*, p. 23.

¹¹³⁹ *Le temps vécu*, p. 237.

Toutefois, des difficultés surgissent quand il s'agit de comprendre le passage faisant tomber malade et le mode structurel de ce passage (pour comprendre comment on passerait en fait d'une structure à une autre). Ces difficultés apparaissent notamment dans le vocabulaire employé, au niveau même des concepts. Ainsi le terme de « constitution » par exemple (quand il s'agit de décrire la constitution du monde du malade) peut signifier qu'il s'agit de décrire comment est déjà constitué le monde malade (en décrivant la maladie installée). De même le terme de « défaillance » peut signifier qu'il s'agit d'étudier la manière dont le monde du malade « défaille » en lui-même, en quoi il diffère, par des défauts, du monde « normal », une fois constitué, quand on le décrit. Ces termes peuvent aussi renvoyer à la recherche d'une constitution en elle-même défaillante (dès le départ, avant la maladie). Mais il apparaît plutôt, et c'est cela que l'on a retenu, que la notion de constitution renvoie au fait d'avoir en vue la constitution même de la maladie, dans sa genèse constitutivement ou structurellement défaillante (le sens serait alors actif), à partir d'une constitution ou structure déjà défaillante mais qui deviendrait de plus en plus défaillante : ici, ce qui est décrit, c'est la mise en place d'un monde malade, à partir d'une structure potentiellement malade.

Une fois retenue cette idée (structure dynamique accentuant sa défaillance), plusieurs problèmes se posent qui nous amènent à la notion de circuit, et à l'idée d'une réalité ouverte, apte à faire défaillir. Ces difficultés ont déjà été évoquées auparavant et nous les reprenons ici, en les appliquant à ce que nous voulons montrer plus précisément, à savoir que la maladie proviendrait de la rencontre entre une structure existentielle potentiellement malade et la réalité (événement) et plus encore d'un mouvement circulaire impliquant un renforcement et un rétrécissement du point d'appui fragile de la structure existentielle.

La première difficulté porte précisément sur le rapport avec la notion d'événement, puisqu'en effet, la défaillance même de la structure semble expliquer à elle seule la maladie ou la folie, l'événement ne jouant pratiquement aucun rôle au point qu'un autre aurait eu le même effet ou au point que « tout » pourrait faire événement pour une telle structure. On le voit par exemple chez Minkowski à travers le cas de la jeune fille phobique dont la mère dit « mais alors ça viendrait de tout ! », ou chez Binswanger à travers le cas du mélancolique qui attribue sa maladie à la perte d'une caution et qui, une fois qu'il la récupère, trouve un autre prétexte pour rester dans sa mélancolie. Le problème que pose cette compréhension de l'événement (ou de la réalité, du monde et d'autrui du coup) est, rappelons-le, que cela revient à refuser à l'événement le caractère de « traumatisant » en soi : le malade n'est pas tant malade ou fou parce qu'il a subi un événement traumatisant en lui-même que parce qu'il donne lui-même à l'événement la signification de « traumatisant ».

L'autre problème lié à l'idée de structure défaillante tient au fait qu'elle semble occulter la dimension singulière du sujet (sa personnalité, son histoire) : en effet on fait reposer la maladie ou la folie sur un problème structurel qui est constitutif de l'existence humaine en général. Dire que le psychotique souffre d'une défaillance de sa structure temporelle ou d'un manque d'élan vital ou d'un défaut de transpassibilité (difficulté à accueillir et intégrer les événements), c'est manquer semble-t-il la dimension absolument originale et singulière du patient, c'est oublier que sa maladie est « sa » maladie et qu'elle s'enracine forcément dans « son » existence à lui, dans son histoire personnelle (et non pas dans une structure existentielle abstraite, coupée du monde concret et vivant).

Enfin, une troisième difficulté apparaît également : si c'est la structure (existentielle) qui était en cause dans la maladie, alors il nous faut peut-être revoir l'image de la chute et du basculement qui semblent de fait accompagner le « devenir malade ou fou » (et qui suggère plutôt que quelque chose fait tomber le sujet brutalement, en suggérant qu'il ne se fait pas tomber lui-même d'un coup tout seul, même s'il tient faiblement en équilibre): donc y a-t-il vraiment une chute, un basculement avec « point de passage » entre un état qui serait équilibré et un état qui ne serait plus équilibré ou bien plutôt un processus lent et progressif conduisant petit à petit à la maladie ou à la folie ? Mais dans ce cas comment expliquer que l'image de la chute et du basculement soit aussi présente et aussi forte ? Comment situer exactement le point de passage ou le point de décrochage ?

La notion de circuit

Ce qui nous semble pouvoir répondre à ces difficultés est donc la notion de circuit, que l'on ne trouve pas directement chez les auteurs que nous avons étudiés mais qui semble suggérée quand ils décrivent la manière dont la maladie croît, s'accroît, et lorsqu'ils décrivent la manière dont le sujet malade est aux prises avec la réalité (les événements, les choses, autrui). Le circuit semble en fait pouvoir rendre compte du mouvement ou de la rencontre qui a lieu entre la structure existentielle du sujet malade et ce qui lui arrive extérieurement. Cela semble permettre ainsi de conserver à l'événement un rôle non négligeable, de garder l'idée de chute et de basculement, et de respecter la dimension singulière du sujet en appliquant les éléments structurels du sujet existant à son existence concrète, telle qu'elle est effectivement vécue par lui avec ce qui lui arrive personnellement. Il s'agit également de montrer en quoi la structure existentielle du sujet n'est pas statique ou figée mais plutôt plastique et ouverte justement (de fait), même si sa caractéristique, dans la maladie, est précisément de ne pas vraiment s'ouvrir à autre chose qu'à elle-même (en se fermant ou se rétrécissant sur elle-même comme dans une

boucle).

Pour comprendre plus précisément cette notion de circuit et pourquoi on a recours à elle, on peut avoir en vue ce qui semble caractériser l'idée même de circuit : forme souvent circulaire (cercle) mais pas forcément (circuits en 8 ou en ovale ou périple complet) marquée surtout par le fait de revenir sur elle-même (faire une boucle) tout en se portant ailleurs (le but est autant de revenir que de partir). Le retour au point de départ suppose donc que l'on ait vu autre chose, que l'on soit sorti de ce point et qu'un mouvement ait eu lieu (voyage, promenade, visite...). Ce trajet semble également pouvoir être repris indéfiniment de la même façon, en faisant disparaître le début et la fin (lesquels se confondent). De même, le « voyageur » est censé revenir transformé tout en étant resté lui-même (il ne s'est pas volatilisé et s'il s'est perdu, il revient tout de même sans être devenu quelqu'un d'autre). Autre caractéristique : le circuit semble impliquer l'idée de détermination : impossible pour celui qui circule d'emprunter une autre voie que celle posée par la délimitation du circuit.

Cette image peut ainsi rendre compte du mouvement existentiel de l'homme qui « sort » de lui-même pour devenir « lui » au contact du monde (de la réalité, d'autrui, des choses perçues...) en intégrant les différentes possibilités qu'il a en lui et qui lui sont proposées dans sa rencontre avec le monde, pour qu'il se constitue dans un « devenir soi » lui permettant d'être dans un certain accord avec la réalité (aussi bien dans le temps et l'espace, dans sa perception de la réalité, que dans son rapport avec autrui). Nous pouvons avoir ici en vue l'analyse faite par Bergson lorsqu'il décrit la création de soi en la comparant au travail du peintre qui se modifie sous l'effet des œuvres qu'il produit et en affirmant que « chacun de nos états, en même temps qu'il sort de nous, modifie notre personne, étant la forme nouvelle que nous venons de nous donner » et qu'ainsi, « ce que nous faisons dépend de ce que nous sommes » et que « nous sommes, dans une certaine mesure, ce que nous faisons »¹¹⁴⁰. Pour bien comprendre cette création, il faut avoir en vue le rôle du temps compris comme source d'imprévisibilité, permettant à ce qui se passe dans nos actions de prendre une forme nouvelle venant nous changer en retour. Si ce temps ne peut plus intervenir, nous ne nous créons plus, nous restons le même et recréons le même en ajoutant ce que nous sommes à ce que nous sommes déjà, dans un mouvement circulaire n'ajoutant rien et venant comme nous « renforcer ».

On peut penser par conséquent aussi que le « devenir fou » et le « tomber malade » s'inscrivent dans un tel « mouvement », de telle sorte que ce mouvement ne soit plus constituant ni constitutif de soi.

¹¹⁴⁰ *L'Évolution Créatrice*, Paris, PUF, 1917, chapitre I pp. 6-7

Si l'on reprend l'analyse de V. Von Weizsäcker (dans *Le cercle de la structure et Pathosophie*, évoqués par Maldiney notamment, comme nous l'avons vu) il devient possible de mieux nous en inspirer, en lui empruntant l'image du cercle. Il explique en effet justement à partir de l'étude du vivant, en quoi l'homme, comme le vivant, est dans un rapport de « mise en forme » avec le monde extérieur : il se constitue et se reconstitue sans cesse au contact du milieu ambiant en devant intégrer à sa structure les événements rencontrés qui lui donneront une forme sans cesse en devenir et toujours en accord avec le monde. Ce cercle de la forme passe par des « crises » qui sont précisément les rencontres avec les événements, crises dont le vivant doit à chaque fois sortir pour se transformer (s'il n'intègre pas l'événement, s'il ne le met pas en forme, il dépérit, tombe malade ou meurt).

Ainsi, dans son avant propos, nous pouvons lire : « le pathologique est-il lui aussi un cycle structural ou bien est-il une interruption d'un cycle de la structure? C'est seulement si le cycle de la structure était le schéma d'un équilibre détruit par la maladie que l'on pourrait dire : « un être vivant est malade quand son cycle structural n'arrive plus à se réaliser ». Or il n'en est pas ainsi, le cycle structural ne correspond nullement à un tel schéma, il résume plutôt toute une évolution et un devenir »¹¹⁴¹. Le pathologique est donc semble-t-il à comprendre, comme le « normal », comme un cycle structural, mais qui de fait prendrait une forme particulière. Comment comprendre ce cycle qui prend la forme d'un circuit allant de la structure au monde et du monde à la structure par le biais de la « rencontre » avec l'événement (monde extérieur, autrui, réalité, choses perçues) ?

Chez Binswanger, comme nous l'avons vu, ce processus prend la forme d'un rétrécissement des possibilités qu'il nomme « thématization ». C'est cette thématization qui expliquerait la gradation de la maladie, comme dans un cercle vicieux : la structure défaillante serait de plus en plus défaillante au contact des événements, de la réalité, d'autrui, comme si la structure était telle qu'elle ne pouvait qu'intégrer tel type d'interprétation pour l'événement à venir, interprétation venant la confirmer et la renforcer.

C'est de cette manière que l'on peut comprendre, dans *Mélancolie et manie*, les constats de Binswanger posant nettement que la défaillance même du style mélancolique fait que tout devient de plus en plus source de mélancolie : « ce n'est pas parce que dans la mélancolie le thème « occupe tant de place » qu'il ne reste « plus de place » pour autre chose, mais à l'inverse c'est *parce qu'*aussi la dysthymie mélancolique en tant que « *capacité de souffrir isolé* » représente une *libération des liens constitutifs de l'expérience naturelle*, que le thème « *mélancolique* » particulier est capable de s'implanter ou de « *s'incruster* » de la sorte,

¹¹⁴¹ *Le cercle de la forme*, Avant-propos

d'occuper tout « *l'espace psychique* » et de résister à toutes les réassurances contraires »¹¹⁴². De même comprenons-nous que « là où l'unité de la synthèse des actes constitutifs de l'objectivité temporelle est « relâchée [...] là se modifie le « style » tout entier de l'expérience et partant aussi le « style » de la réalité du monde ». Les expressions de « mondéisation » croissante ou de « sujétion croissante à un projet de monde déterminé » ne semblent pas vouloir dire autre chose, à savoir que « le *Dasein* était « tombé » hors de lui-même comme *pouvoir-être-soi authentique et libre* et était *échu* ou *adonné* à un projet de monde déterminé. Dans tous les cas, le *Dasein* ne peut plus laisser régner *librement* le monde mais c'est lui qui est dans une mesure croissante *abandonné* à un projet de monde déterminé, emporté ou subjugué par lui »¹¹⁴³.

Cela veut dire que le mélancolique (par exemple) devient de plus en plus mélancolique parce que sa structure (temporelle) fait que tout événement prend le sens et la valeur d'un poids, de plus en plus lourd puisque rien ne peut faire disparaître les poids ajoutés les uns aux autres et parce que le sens de poids renforce la structure qui interprète tout ce qui arrive comme pesant. Pour Maldiney par exemple, la structure pathique du psychotique est telle qu'elle rend l'événement « impossible » à accueillir, à intégrer, à mettre en forme (cas de Suzan Urban qui n'intègre pas l'annonce du cancer de son mari ou de Elsa Strauss qui n'intègre pas la mort accidentelle de son mari). La folie devient alors une manière d'intégrer l'événement sur la base du refus (Suzan Urban soupçonne tous les médecins d'être à l'origine d'un complot, Elsa Strauss s'accuse sans cesse d'avoir causé la mort de son mari).

Chez Minkowski, l'exemple d'un cas de mélancolie schizophrénique (idée de culpabilité, dette mais aussi idées délirantes) est décrit ainsi : « en résumé nous aboutissons à la conception suivante. L'élan personnel fléchit, la synthèse de la personnalité humaine se désagrège ; les éléments dont elle se compose acquièrent plus d'indépendance et entrent comme tels en jeu ; la notion du temps se fractionne et se réduit à la notion de succession de journées semblables ; l'attitude à l'égard de l'ambiance est déterminée par le phénomène de la douleur sensorielle ; il n'y a plus alors que le moi et l'univers hostile qui restent en présence l'un de l'autre ; entre les deux viennent s'intercaler les objets de l'ambiance ; ils sont interprétés en conséquence ; l'intellect les traduit en faisant des hommes des persécuteurs et des choses inanimées des instruments de torture »¹¹⁴⁴.

Cette capacité pour la structure existentielle de « déteindre » sur le monde ambiant au point qu'un événement soit interprétable jusqu'au ressassement infini ou au délire par exemple,

¹¹⁴² *Mélancolie et manie*, p. 24.

¹¹⁴³ *Le cas Lola Voss*, p. 41.

¹¹⁴⁴ *Le temps vécu*, p. 180.

sans pouvoir être rééquilibrée ni se maintenir stationnaire est toutefois à expliquer. Elle tiendrait à ce que la réalité en elle-même rend possible cette « contamination », en étant de fait interprétable et modulable au point même de pouvoir suggérer des significations « malades », « folles ». Ici on peut utiliser l'analyse faite par Blankenburg sur « la perte de l'évidence naturelle » qui selon lui est au fondement des psychoses : c'est l'idée selon laquelle notre rapport au monde s'appuie sur une structure fondatrice là encore, déterminant ce rapport comme « allant de soi », non problématique dans ses aspects essentiels : rapport à la réalité, rapport à autrui, rapport à l'espace et au temps. Cette évidence naturelle fait que l'on admet dans une forme de croyance ce qui en soi pourrait être remis en question, nous accordons une certaine confiance aux choses dans leur manière même de nous apparaître. Le malade ou le fou serait structuré de telle sorte que cette évidence naturelle serait « perdue » (là encore « perdue » est à prendre au sens structurel et non pas temporel : le malade serait dès le départ marqué par une fragilité lui faisant perdre progressivement et de plus en plus cette évidence). Cette fragilité l'obligerait à construire lui-même l'évidence naturelle, en la fabriquant sans cesse, au point de s'épuiser vainement à le faire dans la maladie elle-même.

C'est ce qui nous permet de dire aussi que la maladie ne serait qu'une manière pour le sujet de chercher vainement à compenser sa défaillance constitutive, à réassurer la stabilité d'un monde qui normalement apparaît déjà stable, mais au moyen de sa propre défaillance, dans un cercle vicieux (comme en témoigne l'affirmation d'un malade dépressif : « depuis ma maladie, je me fais l'impression d'être pris dans un lasso, plus je me débats, plus le nœud se resserre »¹¹⁴⁵) Chez Minkowski cette idée apparaît dans la notion de compensation phénoménologique : le malade cherche à compenser sa maladie mais au moyen de sa maladie (le schizophrène par exemple cherche à compenser sa perte de contact vital par l'autisme, par le retrait en soi-même et la vie intérieure, lequel renforce son manque de contact vital). Autre exemple : une malade mélancolique qui a l'impression d'un fractionnement du temps qui disloque ses projets et la conduit à l'inhibition. Ici, « la malade ne fait pas qu'enregistrer ce fractionnement ; c'est elle-même au fond qui détermine les intervalles et les crée ; elle y prend ainsi une part active, c'est la seule probablement dont elle soit encore capable [...] elle cherche à lutter ainsi contre la maladie »¹¹⁴⁶.

Une difficulté subsiste pourtant : où se situerait tout de même le point de passage entre une structure relativement équilibrée et une structure pathologique si en fait la maladie n'est que la constitution progressive d'un monde « malade » parce qu'au départ déjà configuré d'une certaine manière ? On peut répondre que le point de passage serait à situer soit dans la

¹¹⁴⁵ *Le temps vécu*, p. 284.

¹¹⁴⁶ *Ibid.*, p. 284.

rencontre avec l'événement inintégré (et la chute ne serait que la suite de ce choc qui met le sujet face à l'impossible, comme le montre Maldiney), soit dans le moment où la structure défaillante n'intègre plus du tout les événements autrement que sur le même thème et de telle sorte que soit rompue la possibilité d'être encore un minimum en accord avec le monde ambiant. C'est le cas par exemple de Suzan Urban qui se met à soupçonner d'abord les médecins puis le monde entier pour ensuite commencer un délire de persécution avec idées d'influence et hallucinations (dont rayons électriques). Le point de passage arrive après un temps de lutte qui semble épuiser le sujet (il n'arrive pas à rééquilibrer sa structure et finit pas lui céder comme dans un renoncement ou une prise de décision). C'est ce que note semble-t-il Maldiney lorsqu'il affirme que « le malade a définitivement renoncé à intégrer l'événement expressif bouleversant dans le monde autre qu'il ouvrait dans la déchirure du monde ancien ; il tente seulement de lier, dans un projet de monde à dessein de soi, les débris du monde perdu »¹¹⁴⁷.

Ainsi, le sujet malade subirait une structure dont le circuit ou le commerce avec le monde ambiant serait tel que c'est la structure qui imposerait sa lecture et son interprétation du monde sans possibilité d'être contrebalancée par une autre lecture, et cela parce que la confiance dans la réalité serait perdue définitivement (alors qu'elle se maintient ou se recrée pour une structure « normale »). Ici cette conception donne plutôt raison à Minkowski pour qui l'élan vital est le point d'appui fondamental et structurant : c'est l'élan vital qui semble conditionner la possibilité même d'intégrer la réalité (même pénible, douloureuse, bizarre) en accueillant la dimension créatrice et régénératrice de la réalité dans le flux du devenir (idée d'un temps réparateur qui redonne confiance et rétablit le contact « normal » avec la réalité). Il nous semble alors possible d'associer ce mécanisme de circuit et de renforcement à l'idée de destin, non pas tant pour suggérer que la chute dans la maladie serait déterminée par une nécessité d'ordre mécanique (de type organique, neuro-cognitif ou, à un niveau philosophique, « essentialiste ») que pour évoquer l'idée d'une liberté entravée, contre-productive, s'essayant vainement à exister une existence vacillante et la rendant de plus en plus fragile. Le malade nous apparaît en ce sens comme un personnage (au sens défini par M. de Gaudemar dans *La voix des personnages*) conduit par un certain destin, là où la figure de l'homme « normal » serait celle d'un homme sans destin. Par destin, nous entendons ici une existence dont le cours semble mu justement par un certain mécanisme auquel pourtant le sujet participe, ce mécanisme l'entraînant en quelque sorte au bout de lui-même, dans l'exploitation d'une possibilité hors du commun. Tel est selon M. de Gaudemar, le

¹¹⁴⁷ *Penser l'homme et la folie*, p. 291

personnage, dont l'existence est à la fois typique et singulière (parce qu'incarnée). Comme « existentielle »¹¹⁴⁸, il nous ouvre à des possibilités non exploitées de notre propre existence, sa « virtualité » nous permet d'« explorer des mondes possibles »¹¹⁴⁹, il est une « réponse » à « la question jamais et toujours posée du « comment vivre ? »¹¹⁵⁰. Il incarne également un « droit à vivre dans [telle ou telle] forme de vie »¹¹⁵¹ (la sienne, celle qu'il incarne précisément), par le biais d'un « *claim* »¹¹⁵², d'un véritable appel à la reconnaissance. Il incarne notamment cette possibilité, pour l'existence, d'être « affectée » dans son « versant » « sensible »¹¹⁵³, affectation sensible qui selon nous est la même que celle du malade ou du fou (réel). Il y a selon nous une parenté fondamentale, essentielle et fascinante entre l'existence des « personnages » (littéraires, cinématographiques) et celle des malades ou des fous, notamment par le fait que leur existence se veuille destinale, qu'elle se veuille « histoire », et qu'elle en devienne récit, narration, exigeant d'être « racontée ». Nous interrogerons cette parenté dans notre partie consacrée au rapport entre littérature et phénoménologie psychiatrique (ainsi que dans la partie consacrée au cinéma).

Le sujet malade semble ainsi incarner un refus d'être autre chose que ce qu'il est, une manière d'aller au bout d'une unique possibilité, intégrant la réalité (les événements) de telle sorte qu'elle « entre » dans son projet de monde et dans son « histoire ». Nous pensons par exemple et notamment ici à la figure d'Emma Bovary mais aussi au personnage moins connu incarné par Christine dans *Ivresse de la métamorphose* de S. Zweig¹¹⁵⁴. Au cinéma, on peut évoquer les « héroïnes » de *A en perdre la raison* et de *Noces Rebelles*. Tous ces personnages « chutent » afin d'aller jusqu'au bout de ce qu'ils visent en tant que « projet de monde », et que vient entraver la réalité. Le maintien « coûte que coûte » de ce projet passe par un renforcement de celui-ci lui permettant d'intégrer une réalité inintégrable.

Conséquences existentielles et thérapeutiques

Il apparaît alors qu'il soit impossible, seul, de sortir du circuit qui enferme dans la pathologie puisqu'il s'agit en l'occurrence d'un circuit en cercle vicieux se resserrant de plus en plus sur lui-même, avec réduction du soi et du monde à une seule possibilité qui serait de fait la maladie, avec une fermeture à toute autre possibilité.

¹¹⁴⁸ *La voix des personnages*, Paris, Cerf, 2011, p. 167.

¹¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 91.

¹¹⁵⁰ *Ibid.*, p. 159.

¹¹⁵¹ *Ibid.*, p. 263

¹¹⁵² *Ibid.*, p. 203-297

¹¹⁵³ *Ibid.*, p. 265

¹¹⁵⁴ Voir notre analyse p. 460.

Le rôle du thérapeute serait donc de faire sortir le malade de ce mouvement en s'introduisant dans le circuit avec le malade, pour rouvrir avec lui et à partir de lui ses possibilités, pour lui montrer d'autres issues possibles que la maladie, donner à sa structure existentielle de quoi donner au monde une autre « lecture » ou « interprétation » (changer son regard et sa perception). Nous pouvons évoquer une fois de plus l'image de l'alpiniste resté coincé en haut, ne pouvant plus ni avancer ni reculer, et qu'il faut « aller chercher », « là où il est ».

Par ailleurs, la thérapie consisterait à le réassurer en faveur du monde, en rétablissant l'évidence naturelle. La psychiatre Edith Blanquet cite le cas d'un malade entamant la séance en s'angoissant à l'idée de jeter son mégot de cigarette : il a peur que son mégot soit récupéré et utilisé pour lui nuire. Dans cette situation, le psychothérapeute peut commencer par chercher avec le patient une solution en partant de la question « où jeter le mégot ? » et en allant chercher le malade « là » où il est (« coincé »)¹¹⁵⁵.

Enfin ne manquent pas de devoir être évoquées les difficultés du thérapeute, qui prend ainsi le risque de ne pas « redescendre » puisqu'il met à mal sa propre certitude (confiance, assise existentielle) et qui rejoint le malade « dans » son monde pour le « comprendre », en mettant son propre monde en question. Ces pistes de réflexion seront reprises à la fin de notre travail de manière plus précise.

Suggérons déjà ici que la recherche des « causes » de la chute ou du basculement dans la maladie fait ainsi place à une compréhension plus dynamique de l'existence du sujet : il ne tombe pas vraiment malade et ne devient pas fou du jour au lendemain ou de manière incompréhensible. Sa chute a pour origine une sorte de genèse constitutive de la maladie prenant la forme d'une structure circulaire se réduisant sur elle-même, qui de fait apparaît comme inévitable tant la réalité se prête à cette possibilité (de réduction de soi), tant elle impose à l'homme d'intégrer sans cesse des événements à mettre en forme de façon constituante en croyant et en faisant confiance en la réalité et en la continuité naturelle des choses. Mais elle reste évitable en soi puisque cette genèse peut être détournée de son cours (par la rencontre avec autrui notamment ou avec un thérapeute), en étant réouverte ou refondée dans une dynamique de confiance qui réassurerait le sujet dans ses fondements constitutifs.

A – Une structure fermée (défaillance du « fond »)

¹¹⁵⁵ Edith Blanquet, « Présentation d'un accompagnement psychothérapeutique », Ecole française de daseinsanalyse, 24/03/2018

Maintenant, attachons-nous à étudier ce qui pourrait rendre compte de la défaillance en elle-même, en interrogeant plusieurs facteurs et plusieurs « niveaux » de structuration de notre constitution, afin de suggérer que chaque niveau est en interaction avec les autres et avec la structure totale, dans une forme de « résonance » ou de « tonalité », comme au sein d'un instrument de musique (plus ou moins bien accordé). Nous reprenons en ce sens l'idée de base selon laquelle « la phénoménologie psychiatrique permet de concevoir la psychose comme une déficience des structures prépsychologiques de l'expérience entravant la phénoménalisation : celle de Soi comme celle d'autrui, celle des objets de conscience, celle des éprouvés corporels, celle du Monde ou des ensembles dans lesquels nous nous sommes inscrits, etc. La crise de phénoménalisation empêche l'instauration d'une distance symbolique avec ce qui doit être phénoménalisé »¹¹⁵⁶.

La défaillance se situe dans cette structure prépsychologique, structure de base ou macrostructure, conditionnant toute expérience, tout phénomène, tout apparaître. La phénoménologie a pour but de situer la défaillance, de la comprendre en son point de rupture (où est ce point) sans pour autant expliquer ce qui a pu causer cette défaillance : puisque la structure étudiée est en elle-même ce qui conditionne la maladie et l'ensemble de l'expérience, vouloir lui attribuer des causes serait une manière de supposer quelque chose d'autre la conditionnant. Notre idée dans ce travail de recherche est que ce n'est pas parce que cette structure est « conditionnante » qu'elle n'est pas conditionnée elle aussi par différents facteurs (on peut penser aux cellules cancéreuses par exemple, qui conditionnent les symptômes du cancer mais qui elles mêmes peuvent être causées par différents facteurs). La mise en évidence de cette structure de base semble nécessaire au préalable, avant même de rechercher les causes car il faut savoir où ces causes agissent exactement pour provoquer ou conditionner la maladie psychique. Il s'agit de chercher par où le monde ou l'expérience nous apparaissent pour comprendre par où la maladie fait apparaître un monde « malade ».

On peut penser que la structure par où le monde apparaît est elle-même prise dans le monde et conditionnée par lui de par une indistinction entre l'intérieur et l'extérieur, de par une totalité unifiée, une conscience incarnée et mondéisée, prise dans le monde. Différents facteurs (psycho-organiques-environnementaux) peuvent ainsi affecter la structure et la rendre défaillante, ces facteurs interagissant entre eux et s'amplifiant en se répercutant les uns sur les autres.

D'où l'idée d'une structure « fermée » pour signifier que si notre constitution est livrée en quelque sorte à elle-même (dans son rapport avec le monde et dans son fonctionnement

¹¹⁵⁶ G. Charbonneau, *Introduction à la psychopathologie phénoménologique II*, p. 15.

global), elle se renforce d'elle-même dans ses dérèglements. Le rapport entre ce que nous pensons et ce que nous ressentons tend à aller dans ce sens, tant la sphère dite émotionnelle semble l'emporter sur la sphère dite intellectuelle (cognitive).

On peut croire en effet que ce qui affecte les pensées au point d'enlever au sujet sa capacité à maîtriser ses pensées relèverait davantage de la sphère sensible, émotionnelle, que de la sphère intellectuelle : si le sujet pense telle chose, ce n'est pas parce qu'il pense telle chose mais parce qu'une émotion le détermine à penser telle chose. Par ailleurs, les pensées engendrées par les émotions renforceraient l'émotion de départ.

Les études (à la mode) sur le « développement personnel » suggèrent ainsi qu'« avant de raisonner avec la partie de notre cerveau qui pense et qui parle, nous résonnons avec une autre partie de notre cerveau, bien plus archaïque. Avant de réfléchir avec le mental, nous réagissons d'abord avec le corps, en cas de « problème » »¹¹⁵⁷. L'exemple de l'escalator en panne qui surprend le corps prêt à monter les marches et qui lui permet de réagir à partir non pas d'un raisonnement mais d'un lien déjà enregistré et mémorisé (situation antérieure où telle réaction a eu lieu : monter vite quand même, s'arrêter, monter en étant fatigué...) montre le rôle de la mémoire corporelle qui fait réagir le corps directement sans passer par le raisonnement. Ainsi, « cette mémoire corporelle est diffuse dans l'ensemble du corps, des tissus. Le cerveau n'est pas que dans la boîte crânienne, il existe sous forme de réseau de cellules neuronales dans l'ensemble du corps »¹¹⁵⁸.

Sur la force et la prédominance de l'émotion, on peut accepter l'idée selon laquelle « la réaction émotionnelle a même une nette tendance à s'amplifier quand nous cherchons, hors conscience ou en conscience, à lui échapper. Pourquoi ? Parce que cette partie de notre cerveau qui traite la réalité de la situation « demande » à être prise en compte par notre esprit. A défaut, elle augmente le volume et c'est l'émotion qui s'emballe. Plus nous sommes contrariés d'être émus, plus nous augmentons les manifestations émotionnelles jusqu'au stress ». C'est que « le corps dans sa sensibilité et sa mémoire, et donc dans sa réactivité émotionnelle, influence l'esprit »¹¹⁵⁹. De ce fait, « l'émotion est une réaction indispensable à notre survie même [...] elle nous permet de nous adapter à une situation dont nous-mêmes faisons partie ». Kit de survie, elle est ce qui permet une réaction efficace en cas de danger et « une émotion naît du traitement de l'information par le cerveau reptilien, archaïque, non conscient »¹¹⁶⁰. On peut parler d'une « mélodie émotionnelle », manière de mettre en œuvre le

¹¹⁵⁷ C. Aimelet-Périssol *Quand c'est plus fort que moi*, Paris, Laffont, 2017, p. 25.

¹¹⁵⁸ *Ibid.*, p. 28.

¹¹⁵⁹ *Ibid.*, p. 31.

¹¹⁶⁰ *Ibid.*, p. 40.

programme de réactions émotionnelles et de créer des habitudes comportementales, selon que « telle ou telle stratégie de défense nous a permis de mieux nous adapter à notre environnement et, donc, de survivre. Ce qui peut paraître un choix est en réalité une intelligence vitale (mécanisme émotionnel) »¹¹⁶¹. L'idée est que ce qui est ainsi répété par des réactions émotionnelles non maîtrisables est ainsi mémorisé et répété car il a eu un effet positif en permettant de restaurer l'équilibre menacé. Le rôle des émotions est en lui-même positif et vital : « préserver l'intégrité du corps » (toutes les émotions), « satisfaire notre besoin de sécurité » (peur, fuite), « satisfaire notre besoin d'identité » (colère, lutte), « satisfaire notre besoin de sens, de réalisation de soi » (tristesse, repli).

De ce fait, les difficultés à gérer nos émotions ne seraient pas dues à l'émotion en elle-même mais à son emballement (par la pensée), l'émotion ayant un sens biologique avant de devenir psychologique et mentale¹¹⁶².

Les difficultés surviendraient quand ce sont nos émotions qui nous feraient réagir à chaque situation, par l'émotivité (extension de l'émotion à la sphère psychique). Ainsi, « nos soucis commencent dès lors que le système mental du cerveau réfléchi enregistre automatiquement nos réactions comme le seul moyen de vivre. Nous voilà alors psychiquement enfermés dans notre propre système »¹¹⁶³. Ces observations permettent de dégager les « étapes » de la mécanique émotionnelle : perceptions sensorielles d'un événement, sensations corporelles, réaction corporelle de défense (fuite, lutte, repli), besoin d'intégrité satisfait, retour de l'équilibre. Viendraient ensuite le passage de l'émotion dans l'esprit, c'est-à-dire le développement du désir de conserver cette intégrité (sécurité, identité, sens) satisfait grâce à des pensées et comportements automatiques visant à la conserver (tout faire pour ne pas être à nouveau déstabilisé), puis des ressentis douloureux, sensations de mal-être (liés aux échecs pour empêcher une nouvelle situation désagréable ou les frustrations nées de l'effort fait pour maintenir l'intégrité), des représentations cognitives, des croyances, des interprétations. Au final, huit étapes au total peuvent être ainsi dégagées (on trouve la même analyse dans l'exemple de l'amour où l'on montre que tomber amoureux consiste à chercher à maintenir l'état de plaisir par tous les moyens)¹¹⁶⁴.

Faisons le lien entre ces remarques et notre étude. La dernière étape ici semblerait remettre en question l'approche phénoménologique qui la placerait plutôt en fond basal. Mais en réalité, ce fond basal n'est pas forcément originel, il n'est que « constituant », c'est-à-dire condition

¹¹⁶¹ *Ibid.*, p. 40.

¹¹⁶² *Ibid.*, p. 55.

¹¹⁶³ *Ibid.*, p. 58.

¹¹⁶⁴ *Ibid.*, p. 65.

pour que le monde apparaisse comme tel ou tel. Ici l'émotion peut sembler être un facteur causal (que la phénoménologie n'étudie pas car ce n'est pas son but) et qui pourrait être relié au rôle (à la fois déterminant et relatif) de l'événement. L'événement en effet est à la fois ce qui façonne la structure (lorsqu'il est « traumatisant » en lui-même) et ce qui reste pris en elle. Ceci permettrait de poser que la structure peut avoir différentes causes, soit extérieures (événements), soit intérieures (sensibilité, émotivité...), les deux types de causes étant en interaction et se renforçant mutuellement. La question reste de savoir ce qui conditionne nos premières réactions, émotions, si elles sont liées au hasard et conservées ensuite ou bien si déjà elles dépendent de la répétition des événements ou bien du cerveau qui pourrait influencer le système émotionnel.

On peut semble-t-il intégrer l'émotion dans la structure existentielle, en tant que point de rencontre et d'articulation avec le monde réel et en tant qu'elle semble conditionner un certain type de rapport au monde et de temporalité (la peur entraînant un temps arrêté, figé dans le présent, la colère un temps accéléré et déconnecté, la tristesse un temps refluant vers le passé, incapable de s'avancer dans le présent, par exemple). Certaines émotions sont à ce titre plus ou moins présentes selon les différentes maladies, la tristesse étant bien sur centrale dans la mélancolie, la colère dans la manie et la peur dans la schizophrénie, si l'on recense les cas et les témoignages des patients relatant leurs émotions.

Dans le même ordre d'idée, tout ce qui relèverait de la nutrition, et plus encore de la micro-nutrition permet d'établir le rôle possible (causal) de facteurs physiologiques : molécules, neurotransmetteurs issus soit du corps lui-même (bactéries contenues dans l'intestin et pouvant influencer sur le système nerveux, hérédité), soit de l'extérieur (nutrition, événements stressants imposant des réactions adaptatives de nature chimique). L'exemple de la mécanique du stress montre notamment un dérèglement des molécules neuro-transmettrices, conduisant à l'effondrement physique et psychique et donc à la dépression ou au burn-out. L'exemple des souris dont on peut échanger le psychisme (dépressif ou pas) en échangeant leurs bactéries tendrait également à le montrer. On évoque aussi une origine infectieuse (intestin) agissant sur le cerveau et pouvant rendre dépressif¹¹⁶⁵.

Nous maintenons ainsi l'idée selon laquelle la structure constitutive de l'existence (normale ou pathologique) serait de nature plastique et circulaire, impliquant un mouvement et une interaction entre les différents aspects de l'existence : organique (physiologique, neurologique), cognitif, psychologique, le tout étant également en interaction avec le monde

¹¹⁶⁵ Documentaire « Le ventre, notre deuxième cerveau » de Cécile Denjean, Arte, 2013

extérieur, idée correspondant à la notion de pluri-factorialité, mais qu'il convient ici de préciser.

On peut supposer en ce sens qu'une déficience organique neurologique (par exemple une lésion cérébrale ou un dysfonctionnement des neuro-transmetteurs suite à un déséquilibre des molécules impliquées dans leur fonctionnement, comme la dopamine et la sérotonine) puisse influencer le système cognitif gérant la perception, l'action et l'information ainsi que leur contrôle, lequel influencerait le pôle psychologique (domaine affectif des émotions et désirs) et qu'en retour la survenue de difficultés affectives psychologiques (complexes) renforce la déficience cognitive voire neurologique (cas de la schizophrénie). De la même façon, des troubles psychologiques (échecs, frustration, insatisfaction) peuvent perturber l'équilibre physiologique impliqué dans le système cognitif (gestion de l'information et de l'action, de la perception d'autrui) ainsi que l'équilibre physiologique impliqué, laquelle perturbation ne ferait que renforcer les difficultés psychologiques initiales et ainsi de suite, dans un processus de cercle vicieux et de boucle de rétro-action (feed-back). Le rôle de l'événement ici viendrait s'intriquer dans ce circuit « interne » et s'y rajouter comme facteur aggravant ou au contraire thérapeutique (tout comme les médicaments, qui, en agissant sur un pôle, agissent également sur les autres pôles).

B – Une réalité ouverte (apte à faire « défaillir »)

De même convient-il de revoir la différence entre la notion de traumatisme et la notion d'événement. Il nous faut mieux éclairer en effet le rôle que joue la réalité (extérieure) en tant que quelque chose nous arrive et qui aurait pu ne pas arriver, et qui pourrait ou non nous « rendre malade ». Nous utiliserons ici la notion d'angle mort, pour suggérer que la réalité peut venir nous affecter de sorte à constituer un événement. La notion d'angle mort désigne la possibilité de perdre la sécurité qui est perçue comme évidente, possibilité d'être surpris par la mort –cas de traumatisés surpris « par derrière » (qui n'ont pas vu venir ce qui leur est arrivé) : « la sécurité de l'homme n'est ainsi qu'illusion, mais cette illusion est indispensable à la vie »¹¹⁶⁶. Ainsi les miraculés opposent à ceux qui les félicitent d'en avoir réchappé « l'effroi glacé de la révélation de la précarité de leur destinée ». Cette déchirure de l'illusion constitue la surprise traumatique spécifique des états anxieux traumatiques et actuels. Ce qui constitue un traumatisme évident dans les névroses d'effroi l'est beaucoup moins dans les névroses dites actuelles (névroses où l'angoisse est quasi constante, sans événement traumatisant en jeu).

¹¹⁶⁶ G. Hougardy *Névroses actuelles et traumatiques. Psychopathologie de l'angle mort*, L'Évolution psychiatrique, tome 57, 1992, p. 459

L'anxieux reste rivé sur le vide de l'angle mort, sur la béance, sur le trou, car il sait que s'y tapit un destin aveugle, injuste, imprévisible. Dans ce contexte, le cadre thérapeutique prescrit à l'analyste de se placer dans l'angle mort de ses patients »¹¹⁶⁷.

Ici, l'enjeu est de montrer que malgré son caractère dynamique et ouvert aux possibles, la structure constitutive du sujet a tendance à se refermer sur elle-même en faisant une intégration sélective de la réalité ayant pour effet de la renforcer dans sa forme même. Dans la maladie, la forme obtenue par le jeu de l'être-au-monde est rétrécie au point que la réalité ne peut que venir menacer la structure et la confirmer dans cette menace : pour se défendre d'une réalité (événements) menaçant ce qu'il est, le sujet s'en défend de manière exagérée (à la hauteur de la menace) et « devient » malade (visiblement défaillant). C'est en ce sens que l'on veut parler de « réalité ouverte », au sens où la réalité en elle-même (dans les événements objectifs qu'elle présente, dans les « faits ») se montre capable de s'ouvrir à des possibilités qui dépassent la capacité de réception (d'accueil) de notre condition, et ce d'autant plus que notre constitution est réduite dans ses capacités d'accueil de la réalité. La notion d'angle mort ici peut être utilisée pour évoquer la possibilité d'un angle ouvert sur la mort réelle et symbolique de ce que l'on est et veut être, et ouvert de manière plus ou moins grande selon notre projet d'existence. Il est clair que pour l'anxieux dont le regard se focalise sur « tout ce qui peut arriver », l'angle mort qu'il cherche à conjurer par son anxiété n'est pas le moins du monde réduit voire anéanti par l'anxiété censée l'anéantir. Bien au contraire, l'anxiété ouvre la réalité à tout ce qu'elle renferme de possible et élargit au maximum son champ d'horreurs, ne créant aucun abri sûr, puisque tout peut ainsi arriver « par derrière », « par surprise » pour qui se prépare à tout ce qui échapperait à sa vigilance justement. C'est dire que la réalité ne peut que faire défaillir une constitution « déjà » défaillante, tant les possibilités (réalités) qu'elle fait « arriver » résistent à nos défenses et les dépassent en imagination, au point que la maladie n'est peut-être qu'une manière de rivaliser en imagination avec ce que nous « réserve » (de fou) la réalité. Nous ne pouvons que faire « nous » arriver ce qui simplement « arrive », tant précisément notre constitution est ce qui nous relie à ce qui arrive pour que cela nous arrive le mieux possible (pour la mise en forme de notre existence telle que nous la projetons). En menaçant de fait nos « projets » (devenir soi), la réalité se présente comme une menace permanente si notre projet existentiel est réduit dans ses assises, s'il ne repose que sur une seule chose par exemple. Dans ce cas, il est évident que ce que la réalité fait arriver est largement plus ouvert sur ce qui peut entraver l'existence que sur ce qui peut la favoriser, comme si les chances de réussir se voient d'autant plus réduites que notre but est difficile à

¹¹⁶⁷ *Ibid.*, p. 461.

atteindre. Le délire peut en ce sens devenir une manière de rendre réelle (pour nous) une possibilité effrayante à conjurer. En la rendant réelle, on se donne ainsi les moyens de la combattre là où, si elle reste purement possible, elle ne donne à notre action aucune prise. Le délire permettrait alors d'agir sur une possibilité, donnant ainsi un certain sens à ce qui sinon serait hors-sens. Pour autant et par là même, il semblerait qu'il faille distinguer deux manières de « délirer » : une rendant malade (faisant basculer dans la maladie) et l'autre permettant d'éviter la maladie. On peut penser que le délire cherchant à épouser le caractère insupportable de la réalité serait précisément celui qui tendrait à la maladie, alors que le délire « rassurant », prenant le contre-pied du sens induit par la réalité aurait l'effet bénéfique inverse. Boris Cyrulnik¹¹⁶⁸ raconte ainsi que lors d'un attentat dans une école maternelle, l'institutrice ayant réussi à faire passer le terroriste pour un « gentil monsieur » et la prise en otages des enfants pour un jeu, ce fut au final l'assaut des policiers qui constitua un traumatisme pour les enfants. Le personnage de Boubouroche dans la pièce de G. Courteline montre également la capacité à délirer de manière bénéfique en se créant l'illusion d'une réalité agréable (malgré l'évidence d'être « cocu », Boubouroche se persuade du contraire). Dans le premier cas, le caractère impossible de la réalité est confirmé par le délire (ou, sans délire, par une interprétation), afin de « dramatiser » une situation impossible : en la dramatisant, on lui donne un sens moins insupportable, qui rentre dans une « histoire », et qui peut faire récit. Dans le second cas, on prend le contre-pied de la réalité insupportable afin de la rendre supportable. Ce caractère supportable permet d'éviter la maladie en faisant éviter la souffrance. Boubouroche ne tombe pas malade grâce à sa capacité à maintenir la réalité dans l'apparence qui lui « va », en niant les apparences risquant d'y introduire une rupture. Sa maîtresse lui dit qu'il « devient fou » lorsque justement il se jette sur elle pour l'étrangler au moment où il croit à l'évidence d'être trompé (lorsqu'il découvre l'amant caché dans le placard). Puis, plus tard, lorsqu'il hésite entre la croire coupable et croire (de nouveau) à sa fidélité, elle lui dit : « les apparences sont contre moi et je ne saurais t'en vouloir de la faiblesse d'âme qui te pousse à t'en remettre à elles, en aveugle. Si tu ne l'avais, tu ne serais pas homme »¹¹⁶⁹. Ici, si on donne au mot « homme » le sens d' « humain », on comprend que la croyance humaine aux apparences, à ce qui s'impose à notre conscience comme « évident », est le fondement même du rapport (humain) au monde. L'homme est en effet dans un rapport de confiance dans ce qui lui apparaît de manière évidente, sinon il délire (en niant cette évidence). En même temps, il peut devenir fou ou tomber malade lorsque cette évidence rompt l'évidence confiante sur laquelle il s'appuyait pour exister.

¹¹⁶⁸ B. Cyrulnik, *La mémoire traumatique* (conférence à l'université de Nantes, le 29 novembre 2012, youtube)

¹¹⁶⁹ Courteline, *Boubouroche*, p. 47.

C'est ainsi que la réalité peut aussi se concevoir comme « fermée » par rapport aux possibilités visées par notre dynamique existentielle : nous ne pouvons pas toujours ni parfaitement devenir « nous », nos possibilités « les plus propres », celles qu'il nous faut devenir à partir de l'être-jeté (non choisi) que nous sommes, ne sont pas toujours « contenues » dans la réalité ou « offertes » par la réalité dans les événements qu'elle fait arriver. Et même si nous faisons tout pour que « cela » « nous » arrive, il se peut que la chose ne nous arrive pas. La maladie peut alors se présenter comme une manière de forcer l'ouverture de la réalité pour faire en sorte que cela précisément « nous » arrive, comme pour Ellen West dont la constitution (physique) la fait « être » « grosse » et dont la situation sociale l'amène à épouser un non intellectuel (alors qu'elle a un modèle d'existence « éthéré »). Ses régimes et ses purges inconsidérés sont des manières de forcer la réalité à s'adapter à son projet de monde. Il en va de même semble-t-il pour Lola Voss, dont la constitution fragile ne lui permet pas d'épouser son fiancé, sa phobie des vêtements et sa paranoïa lui permettent de donner un sens plus acceptable à cette impossibilité, elle peut se dire victime d'un sort qui l'empêche de réaliser son projet. Enfin Susan Urban, face à la maladie de son mari, ne peut que supposer un complot des médecins pour donner du sens à ce qui sinon serait le fait d'une réalité implacable.

C – Défaillance de la réalité (un manque de sens objectif et évident, tout est possible)

Il conviendrait donc d'envisager la réalité de manière plus critique, pour voir en quoi elle serait peut-être en elle-même porteuse de maladie psychique tout comme elle est en elle-même porteuse de maladie physique tout court. L'homme n'a pas affaire en effet à une réalité bienveillante et providentielle, lui garantissant une réalisation parfaite et facile de son existence. Elle semble au contraire la menacer de tous côtés. La maladie ne serait qu'une réaction possible face à ces menaces et à ces obstacles, et le délire (en tant que symptôme significatif de la maladie psychique, même dans ses formes non psychotiques, dans le fait de « dérailler » parfois) constituerait en ce sens une forme d'adaptation, contenue dans nos possibilités. Ainsi pourrait-on affirmer que « le délire apparaît comme immanent à l'être-humain, en tant que potentialité inhérente à la condition humaine »¹¹⁷⁰. Ainsi peut-on associer la maladie psychique à la notion de destin, en supposant que la maladie n'est qu'une manière parmi d'autres de réaliser un type de destin humain ; destin à prendre au sens d'histoire de soi faite malgré soi (sous la forme du délire), ce que résume S. Giudicelli, en suggérant que

¹¹⁷⁰ Sébastien Giudicelli : *De l'intérêt de la philosophie en psychiatrie, L'évolution psychiatrique*, tome 51 octobre – décembre 1986

« normalement », l'homme désamorce cette possibilité (d'être malade, de délirer) mais qu'en soi, le « déraillement » est potentiel, comme faisant partie de notre situation ou condition d'homme. De cette manière, « dépassant la question psychologique d'un « pourquoi », la *Daseinsanalyse* analyse la question fondamentale du « comment » cette potentialité s'autonomise dans la trame historique d'un type de destin. Ce « comment » est le comment de l'autonomisation, dans certains destins, de thèmes qui sont généraux et communs à tous les destins humains ; les destins humains habituels intégrant dialectiquement ces thèmes par le processus de désautonomisation des potentialités délirantes, alors qu'il y a autonomisation de ces potentialités délirantes dans les types de destin psychotiques. Dès lors se trouve évacuée la question d'une déficience négative affectant un destin humain par un quelconque défaut venu de l'extérieur de lui-même »¹¹⁷¹.

C'est dire que l'homme est confronté, de fait, au risque d'une angoisse fondamentale lui révélant au fond une condition tragique (imposée par la réalité), celle de la mort et de l'absurdité d'une existence ainsi orientée (vers la mort). De ce fait, la vie quotidienne (normale) serait censée nous protéger (fuite) contre la conscience de notre finitude (être jeté pour la mort) : « L'angoisse est l'irruption du sentiment de la situation originelle qui nous fait découvrir le fait fondamental d'être jeté au monde pour y mourir. Il est bien naturel que le *Dasein* fuie dans le quotidien, dans le « chosisme », pour échapper à l'idée de finitude »¹¹⁷². Par conséquent, on peut mettre sur le même plan (d'inauthenticité) l'existence « normale », quotidienne, et l'existence malade (le délire), au sens où « l'existence quotidienne habituelle est, au sens heideggerien du terme, dans l'inauthenticité, le délire représentant une simple variété de cette quotidienneté inauthentique propre à la condition humaine »¹¹⁷³. Pour autant, l'inauthenticité quotidienne « se place sur le plan ontologique sur la possibilité de l'émergence de l'authenticité. C'est cette dialectique qui fonde ma saisie possible du sens d'un monde en commun, même si elle ne m'apparaît que sur fond de souci et de préoccupation Cette quotidienneté, pour inauthentique qu'elle soit, est garante d'une demeure plus ou moins paisible auprès des choses, auprès d'autrui et dans le monde commun »¹¹⁷⁴. Il y aurait un mouvement dialectique qui se ferait entre la non vérité de l'inauthentique et la vérité de l'authentique dans un « possible surgissement », comme un mouvement nous faisant accéder à du sens à partir d'une illusion de sens. Or selon Giudicelli, « c'est cette dialectique [...] qui se brise dans la quotidienneté psychotique qui ne se vit qu'au prix d'une terrible

¹¹⁷¹ *Ibid.*, p. 836.

¹¹⁷² *Ibid.*, p. 839.

¹¹⁷³ *Ibid.*, p. 839.

¹¹⁷⁴ *Ibid.*, p. 840.

déperdition ontologique de tout instant, car il faut ici répéter que le problème de la perte des évidences naturelles dans la folie est à situer au plan le plus profond, à savoir le niveau de l'expérience pré-intentionnelle »¹¹⁷⁵.

C'est dire au fond que « la reconstruction quotidienne de l'évidence délirante apparaît alors comme un cas particulier, au niveau de la possibilité d'être-au-monde, de la reconstruction quotidienne de l'évidence dans tout projet humain, plongé dans l'inauthentique de toute condition humaine. Ce cas a ceci de particulier que la reconstruction quotidienne de l'évidence délirante est une tâche épuisante puisqu'elle part du tréfonds même de la corporéité »¹¹⁷⁶ (Giudicelli prend l'exemple du patient qui dit « il est épuisant de se reconstruire chaque jour »).

Il est possible, à partir de là, de se demander si cela ne signifie pas, au fond, que le « malade » reconstruit l'évidence de manière délirante (folle) là où l'homme « normal » reconstruit cette évidence par le quotidien (souci, préoccupation faisant croire à l'existence naturelle des choses, la présupposant). Il y aurait en effet (toujours selon Giudicelli), une double spécificité de la présence humaine, à la fois projetante et jetée, dont la relation (mouvement dialectique allant de l'une à l'autre pour nous faire exister, devenir soi à partir de soi) peut prendre la forme « malade » ou « folle » : « il y a dialectique en toute présence humaine entre la transcendance subjective de son projet et la transcendance objective de la dérélition où elle est jetée. Un cas particulier de cette dialectique est la folie comme possibilité, soit que la transcendance subjective s'autonomise quand le monde devient émanation de l'essence propre dans la toute-puissance, soit que la transcendance objective s'autonomise dans la dérélition d'un soi soumis à la persécution du monde, soit encore, et c'est le plus fréquent, quand la présence oscille constamment dans le jeu de ces deux transcendances. Ainsi la psychopathologie se pose comme intrinsèque compréhension du délire. Car le monde est à comprendre comme une rencontre. Il est à comprendre au niveau du « comment », du « comment » de la rencontre de l'être. Cette compréhension englobe tout monde singulier, qu'il soit factuellement habituel ou non habituel. Il y a lieu d'abolir le privilège d'une réalité extérieure supposée absolue, pour inverser radicalement l'appréhension de telle ou telle rencontre de tel ou tel être à son monde. A une vérité extérieure supposée absolue, il y a lieu d'opposer la recherche singulière de chaque présence singulière vers sa vérité. Dès lors, le monde de l'homme habituel n'est pas plus vrai, au sens de l'absolue vérité, que le monde délirant. Nous avons plutôt affaire à deux modalités du quotidien humain, à deux modalités ontici-ontologiques où il y a lieu de saisir la dialectique particulière à chacune entre projet et

¹¹⁷⁵ *Ibid.*, p. 840.

¹¹⁷⁶ *Ibid.*, p. 840.

déréliction, transcendance subjective et transcendance objective, authenticité et inauthenticité, vérité et non vérité ». Ainsi, « chaque homme porte en lui la possibilité de toute mondanisation possible, y compris la possibilité délirante par autonomisation de toutes les possibilités immanentes par nécessité d'essence à l'être humain. La psychopathologie est justement la compréhension de cette possibilité en tant que possibilité inhérente à la condition humaine ». Mais, note Giudicelli, « la psychopathologie habituelle s'enferme dans le cercle vicieux où elle pose la question du « pourquoi » avant la question du « comment », quand elle ne l'ignore pas tout simplement. Dès lors, par misère philosophique, elle tourne en rond dans le faux problème des distinctions entre norme et non-norme, ne pouvant échapper, quelle que soit l'empirie adoptée, à la recherche illusoire d'un mécanisme »¹¹⁷⁷.

Comprenons par là que ce n'est pas la réalité en elle-même qui est pathogène, mais la manière dont se fait sa saisie (rencontre, perception, appréhension) par nous, qui sommes en demeure de dépasser le sens qu'elle peut prendre. Elle est une réalité nous faisant être ce que nous sommes (tel ou tel) « pour-la-mort », avec ce sens-là possible (donné par cette condition) mais avec aussi d'autres sens possibles (nous faisant échapper à cette condition). C'est en cherchant à comprendre comment cette condition (humaine) peut prendre la forme de la maladie et de la folie que l'on échappe ainsi à la question de savoir ce qui est normal et ce qui est anormal (hors norme). La maladie ne serait pas hors norme ou anormale, elle serait une modalité (à comprendre et non à expliquer) de notre rapport (rencontre) au monde (réalité extérieure).

À ce niveau, le sens « en soi délirant » de notre condition (avoir à mourir, être « jeté », devoir chercher, trouver et faire exister nos possibilités les plus propres) est en quelque sorte « recouvert » par ce que permet le quotidien (l'existence « normale ») en tant que masque ou voile d'illusion et par le temps projectif. Le non sens est ainsi rendu « impossible », comme rejeté dans ce qui ne peut pas vraiment nous arriver.

Mais pour autant, bien sûr que la réalité rend possible ce qui pour le sujet humain existant n'est pas possible, pas intégrable sur le plan existentiel, à savoir tout ce qui serait « déprojectif », destructeur de monde, absurde. Ainsi en est-il des événements proprement (objectivement) traumatisants, horribles pour l'homme, mettant en question son rapport au monde, lui faisant voir le non sens (ce non sens peut prendre la forme de ce qui chez Anaximandre renvoie à l'Ouvert ou à l'absence de fond, à l'*apeiron*). On peut déjà ici noter une différence avec l'animal pour qui l'existence est en elle-même « horrible » : menaces répétées, contexte de destruction, de maladie et de mort, intégrés par l'animal sauf si celui-ci a été domestiqué et habitué à voir ses besoins « satisfaits », auquel cas alors il peut être lui aussi

¹¹⁷⁷ *Ibid.*, p. 841.

rendu stressé, « névrosé », malade physiquement ou encore perturbé dans son comportement. Pour l'homme, la réalité contient toujours la menace d'un événement capable de faire défaillir le sens (projet de monde se tenant à l'abri de ce qui le menace). Ainsi le voit-on dans la notion de « fait divers », expression paradoxale qui semble « banaliser » ce qui pour autant ne semble pas pouvoir « arriver » en tant que « fait ». Quel sens donner à « divers » ? Bizarre ? Fait parmi d'autres faits ? Fait qui « divertit », qui rend compte de la diversité des faits susceptibles d'arriver ? L'expression « fait divers » semble indiquer et prévenir de la « banalité »¹¹⁷⁸ de ces faits (exemple des parents qui « écrasent accidentellement » leur enfant).

La réalité rend ainsi possibles des faits qui renvoient à ce qui pour l'homme est vécu comme étant « le plus » douloureux, insupportable (enfants, proches, violence) et « le plus » inattendu (surprenant, imprévisible), et qui arrive dans un contexte où l'on ne peut pas s'y attendre. Ce ci nous permet semble-t-il de « définir » ce qui aurait valeur d'événement « en soi ». L'événement combine différentes qualités qui en font un événement par leur combinaison même : c'est parce que tous ces éléments (souffrance, surprise, contexte) sont réunis que l'événement est événement et qu'il devient « impossible » à supporter. Il ébranle l'ensemble d'un projet de monde et ne peut plus être intégré dans « notre » histoire. Il entre dans ce qu'il ne nous est pas possible de raconter et dans ce dont on ne peut « même pas » faire le récit tant il est « hors sens » (or de ce qui « pour nous », humainement et personnellement fait ou faisait sens).

D – Circuit et renforcement (cercle vicieux)

Nous voulons montrer maintenant comment se produit le phénomène de cercle vicieux et de renforcement par lequel la rencontre entre une constitution fragile et la réalité (en soi fragilisante) ne peut que s'accroître. Il convient également d'interroger le rôle du temps (temps physique mesurable et temps vécu) dans ce processus.

L'impression de chute ou de devenir irréversible (et l'impression d'accélération) peut s'expliquer par le temps « en lui-même », à savoir le temps « physique », réel, distinct du temps vécu (temps intérieur et projectif, variable selon les états et la constitution existentielle). Ce temps physique ne serait pas le temps « malade », lequel, comme nous l'avons vu, peut se trouver arrêté, réduit au pur instant ou encore accéléré, en perdant son pouvoir projectif. Ce temps malade explique en effet la défaillance constitutive en elle-même,

¹¹⁷⁸ extrait de France Soir 31 juillet 2019 : « *les premiers éléments dessinent la thèse d'un drame malheureusement banal* »

la faille existentielle entravant le devenir soi et maintenant l'homme malade ou fou dans un fond dont ne sort aucune forme ou sinon « informe » ou « déformée. Il n'explique pas le renforcement de la défaillance, ou son « apparition », à savoir le moment où elle devient manifeste (et où l'on parle de chute ou de devenir). Il faut donc chercher l'œuvre d'un autre temps dans la chute elle-même, dans ce qui entretient et renforce la défaillance. Ce temps-là est le temps lui-même, celui dont on parle lorsqu'on dit « il faut laisser le temps au temps » ou « avec le temps, cela a empiré », ou « cela va s'arranger avec le temps » etc. Ce temps-là est celui de l'horloge et il peut être mesuré, quantifié. Il est le temps mathématique qui pour Bergson n'est pas le « vrai » temps. Il est le même pour tous. Il n'est pas le temps qualitatif de la conscience, il n'est pas la durée pure par laquelle s'éprouve intérieurement l'attente ou l'ennui, selon les différents « états » de notre conscience subjective. Il est la minute, la journée, la semaine, le mois ou l'année qui passent imperturbablement et selon le même rythme sur l'ensemble des choses existantes et qui les maintient et les modifie selon des règles précises et quasi invariables (neuf mois pour un enfant à naître, tant d'années d'espérance de vie, tant d'années avant l'érosion, tant d'heures avant la décomposition, etc). Ce temps-là semble inscrit dans la structure « ontologique » des choses et il est ce par quoi elles sont et demeurent. Il n'est pas le temps « existentiel » conditionnant notre dynamisme ou élan. Il est, quoi ou qui que nous soyons, « normal » ou « malade », il est tant que nous existons et il nous structure aussi, bien que d'une autre manière que le temps proprement existentiel, projectif, qui lui peut se révéler défaillant.

Notre propos est ici de suggérer que c'est ce temps-là qui, de fait, renforcerait une structure défaillante, si défaillance il y a, en plus du fait que cette structure se voit d'elle-même renforcée par son contact avec la réalité. On peut penser en effet que ce temps soit « plus fort » que d'éventuels changements rendus possibles également par la réalité, le sujet (l'homme) « s'accrochant » et se « maintenant » tel qu'il est avant de changer (davantage qu'il ne change). La circularité du mouvement s'opérant entre la structure et le monde serait quasi maintenue par le temps lui-même, dans son identité même, parce que le temps en lui-même maintient toutes choses à l'identique plus qu'il ne les change (même s'il y introduit du nouveau et de l'imprévisible). On peut penser que le « rôle » (si rôle il y a, ou plutôt le mécanisme, physique, biologique) du temps est de maintenir (faire durer et reproduire) et que même si le temps est facteur de changement, ce changement suppose au préalable une chose dans laquelle il puisse avoir lieu. Cette chose, tel un support, doit pouvoir se maintenir pour supporter le changement et ce support est l'être même qui la fait être et se maintenir « étante » et « existante ». Par conséquent, lorsque l'on parle d'un temps « réparateur » (« avec le temps

les choses s'arrangent », le « travail » du temps, le deuil etc), il s'agit d'un temps qui fait changer certes les choses mais qui en fait ne fait changer que ce qui en elles n'est pas leur « structure », il fait changer ce qui leur est arrivé, ce qui justement en elles a introduit un changement perturbateur, et il procède à leur réparation au sens où il procède à leur « rétablissement », il les fait revenir peu à peu à leur état initial. Il n'est donc « réparateur » que pour des structures « solides », qu'un événement aurait par exemple mis à mal, fait défaillir, mais qui dans le fond ne défont pas. Le rôle du temps sur une structure défailante (rencontrant qui plus est un événement perturbateur) serait donc un rôle « aggravant », renforçant un mécanisme déjà installé et récurrent, l'entraînant à se répéter (par le biais de la mémoire et de l'habitude). C'est pourquoi les malades qui sont en quelque sorte livrés à eux-mêmes, non traités, qui n'ont rien pour s'interposer entre leur structure défailante et le monde qu'ils rencontrent, sont « de plus en plus » malades, comme si le temps ne jouait pas en leur faveur justement, parce qu'il aurait tendance à maintenir à l'identique, au même, en conservant ce qui existe déjà, comme dans un processus d'enregistrement et de mémorisation, d'impression, d'ancrage et de fixation.

Toutefois, il semblerait que la dimension irréversible de la maladie tienne aussi au temps projectif du sujet lui-même. Il apparaît en effet, d'après ce travail de recherche sur ce qui structure temporellement le sujet humain, qu'une défailance de cette structure ait un impact sur la capacité à se maintenir dans un temps à la fois ouvert sur l'avenir, appuyé sur le passé et attentif au présent, temps qui dans ce cas n'aurait pas cette dimension d'irréversibilité, le sujet étant capable de revenir sur sa propre existence pour la reprendre et la réorienter librement. Il n'y aurait de processus irréversible que dans le cas d'un temps projectif défailant, dont le cours ne serait plus orienté que selon un seul axe temporel, et que ne viendraient plus rééquilibrer les événements « à venir » dans une démarche de réversion possible. La réversion ici signifierait la capacité qui existerait de ralentir ou d'empêcher le processus de la maladie en s'ouvrant à ce que de nouveaux événements contiendraient de nouveau par rapport à la structure du sujet et à ses possibilités. L'irréversibilité du processus semble de fait inscrite dans sa défailance même. C'est parce que sa temporalité est défailante que le processus ne peut que s'accroître et prendre une dimension irréversible : plus le temps passe, plus le temps du sujet s'enferme dans sa défailance, alors qu'une maladie organique qui progresse de manière irréversible peut être ralentie ou stoppée par des médicaments ou interventions, car sa progression est mécanique et purement organique. Au niveau psychique, c'est le temps lui-même qui est malade. Chez un sujet dont la structure temporelle ne serait pas défailante (sujet capable de se maintenir dans un temps projectif ouvert aux possibilités nouvelles

offertes par le présent et l'avenir), et qui serait soumis à une pression des événements, il y aurait toujours la capacité de « passer outre », de ne pas rester coincé dans ces événements au point qu'ils détermineraient de façon définitivement fermée l'existence du sujet : celui-ci pourrait intégrer ces événements dans un cours « ouvert » à autre chose et donc dans un temps dont le sens ne serait pas « irréversible », un sens réversible : par exemple un deuil capable de prendre le sens d'un nouveau départ, d'une nouvelle vie qui commence ou qui continue.

Pour illustrer cette question d'un retour possible ou impossible à l'équilibre, nous prenons appui sur les travaux de P. Wiener dans son article « Vues thermodynamiques sur la psychopathologie de la psychose »¹¹⁷⁹. Il y rappelle les notions thermodynamiques de I. Prigogine (bilan d'entropie, thermodynamique de l'équilibre, thermodynamique linéaire et non linéaire) et cherche une application possible de ces notions à la psychopathologie. Son but est de parvenir à une description de l'équivalent psychopathologique de l'équilibre thermodynamique.

Ainsi rappelons avec lui que « la thermodynamique s'occupe des phénomènes macroscopiques qui se produisent dans des systèmes physiques, composés d'un grand nombre d'éléments microscopiques, comme les liquides ou les gaz. Elle distingue entre processus réversible et irréversible. La notion d'entropie sert à les différencier. Celle-ci augmente lors de l'accomplissement des processus irréversibles, mais reste inchangée au cours des réversibles »¹¹⁸⁰. L'entropie mesure la répartition de l'énergie d'un système thermodynamique. On peut la considérer comme un indicateur du degré de désordre, ou plutôt de l'absence d'organisation du système. Un jeu de cartes battu obéira à la deuxième loi de la thermodynamique. Son entropie ne diminuera pas ; les cartes de s'ordonneront jamais selon la hiérarchie de leurs valeurs.

Prigogine distingue trois stades dans l'évolution de la science de la thermodynamique : thermodynamique de l'équilibre, celle proche de l'équilibre ou linéaire, celle des processus hors d'équilibre ou non linéaires.

Il s'agit alors pour P. Wiener de rechercher les conditions d'application de ces analyses à la psychopathologie, ainsi que l'équivalent psychopathologique de l'équilibre. Il s'agit aussi d'analyser la manière dont la notion de libido peut être utilisée, en la confrontant à la notion d'entropie.

Ce qui ressort de son analyse est notamment le fait de pouvoir comparer le système nerveux central (SNC) à un système thermodynamique (donc en recherche d'équilibre et en rapport avec un milieu, extérieur et intérieur), et de soutenir l'idée selon laquelle « un organisme

¹¹⁷⁹ L'évolution psychiatrique, tome 51, octobre-décembre 1986

¹¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 908.

vivant n'est jamais en équilibre thermodynamique, ni même près de l'équilibre ». Par ailleurs, « la vie psychique est le niveau le plus élevé du SNC, caractérisée par l'absence à peu près totale de linéarité »¹¹⁸¹ (traduisant le libre-arbitre humain et le caractère irrationnel de notre comportement). Quant à la notion d'équilibre, il apparaît que certains états psychopathologiques en témoignent, comme « la démence affective schizophrénique » et « l'état terminal de la mélancolie chronique » (avec en remarque que « autrefois, avant l'invention des neuroleptiques, la schizophrénie évoluait vers un état terminal fait de vie végétative »¹¹⁸²).

Wiener explique ensuite le rapport que l'on peut établir entre libido et entropie, en s'inspirant des notions freudiennes d'inconscient, de préconscient, de conscient (et des instances psychiques que sont le « Ça », le « Moi » et le « Surmoi »), permettant de convoquer la notion d'énergie ainsi que la notion de force (comme en thermodynamique), en plus de la notion d'équilibre. Ainsi, il s'agit de constater que l'identification simple de la libido à de l'énergie ne convient pas : en effet, les états d'équilibre tels que la démence affective schizophrénique et l'état terminal de la mélancolie montrent une disparition de la libido au fur et à mesure de la désorganisation croissante (délibidinalisation), alors qu'elle devrait se trouver « étale ». Cela signifierait donc que pour comprendre cette disparition, il faut plutôt définir la libido comme de « l'énergie activée, intégrée dans un dispositif permettant son utilisation dans la vie relationnelle intra et extrapsychique », de même qu'il faut plutôt qualifier la libido de « valeur », de « variété d'information » qui « guide l'organisme dans la satisfaction de ses besoins, attribue de la valeur »¹¹⁸³. Pour l'auteur, on peut supposer ainsi une relation entre entropie et probabilité, et entre information et improbabilité (l'organisme ayant tendance à augmenter les impacts probablement productifs d'énergie et à diminuer ou atténuer les impacts peu probables).

En voulant appliquer les catégories freudiennes à la conception thermodynamique, on arrive à concevoir l'idée d'un échange entre ces différentes catégories, en tant que forces agissant au sein du psychisme et avec le monde extérieur, en tant que « gradients de forces pulsionnelles et défensives », « résultats de conditions aux limites, imposées par l'existence même de l'organisme, tel qu'il s'est constitué au cours de son histoire ». Ainsi « il va de soi que la pulsion est plus puissante dans le ça que dans le moi » et que « la force de la censure, par contre, agit en sens inverse ». Ainsi « pulsion et censure sont les forces principales agissant dans la psyché. Elles déterminent les flux, pulsionnels dans le sens inconscient-conscient,

¹¹⁸¹ *Ibid.*, p. 912.

¹¹⁸² *Ibid.*, p. 913.

¹¹⁸³ *Ibid.*, p. 914.

défensif dans le sens contraire. Les flux ainsi suscités engendrent des structures spatio-temporelles »¹¹⁸⁴.

P. Wiener prend ensuite l'exemple de la « pensée opératoire »¹¹⁸⁵, pour montrer qu'un état stationnaire est atteint, le sujet parvenant à un état proche de l'équilibre (et pourtant distinct de l'équilibre), lorsqu'il arrive à contrer ses forces pulsionnelles par ses forces surmoïques. Le paradoxe (intéressant) est que la stabilité atteinte par ce système au niveau « psychique » (et social, relationnel) se double et se paie d'une instabilité somatique (apparition de la maladie) : « La stabilité excessive du système global se paie par la défaillance d'un sous-système avec effet déstabilisant secondaire sur l'ensemble. S'agirait-il d'un feed-back inadapté, parfois léthal, qui vise à modifier radicalement les conditions aux limites devenues anti-physiologiques ? Au cours de la désorganisation progressive, en particulier psychosomatique, la production d'entropie est massive. En effet, pour le vivant, la mort est ce qu'il y a de plus irréversible »¹¹⁸⁶. Ici ce passage nous intéresse en ce qu'il suggère peut-être une différence entre névrose et psychose, à travers le cas de la pensée opératoire, où paradoxalement l'équilibre psychique semble se maintenir (en mettant en conflit deux forces qui s'équilibrent, en empêchant notamment le « flux pulsionnel », soit l'invasion des pulsions au niveau psychique, pour permettre à celui-ci de se maintenir en contact avec la réalité, tel que « le principe de réalité prévaut sur le principe de plaisir »¹¹⁸⁷. Mais tout semble montrer que les pulsions ainsi contenues se retournent en quelque sorte sur le pôle somatique, en le faisant tomber ou devenir malade, c'est-à-dire aussi en le poussant irréversiblement vers la mort. L'idée d'un « *feed-back* inadapté » suggère qu'il s'agirait d'un effet en retour qui au lieu de viser « la vie », viserait la maladie et la mort, pour tenter de changer les « conditions limites », ici l'arrêt des pulsions. En résumé, cela voudrait dire que le fait de tomber malade serait une réaction « normale » mais contre-productive : pour lutter contre l'arrêt des pulsions, « anti-physiologique », le corps produirait la maladie (voire la mort), tel un signal (un symptôme) censé permettre le rétablissement des pulsions. On retrouve ici semble-t-il l'interprétation freudienne de l'hystérie de conversion, par laquelle le sujet « préfère » tomber malade plutôt que de se laisser envahir par telle ou telle pulsion, qu'il refoule, la maladie étant ainsi paradoxalement une manière de chercher à rendre visible et donc de nouveau active (vivante) la pulsion refoulée, telle une tentative de retour à l'équilibre (psychique) par un déséquilibre somatique.

¹¹⁸⁴ *Ibid.*, p. 915.

¹¹⁸⁵ analysée par P. Marty dans *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Paris, Payot, 1976 et dans *L'ordre psychosomatique*, Paris, Payot, 1980

¹¹⁸⁶ P. Wiener, « *Vues thermodynamiques sur la psychopathologie de la psychose* », p. 916.

¹¹⁸⁷ *Ibid.*, p. 916.

L'« envahissement pulsionnel » correspond alors au processus psychotique, dans lequel justement l'équilibre (maintenu relativement dans la pensée opératoire) est rompu : « apparaît le danger de l'envahissement pulsionnel qui met en péril le fonctionnement secondaire mental. C'est ce qui arrive au cours des épisodes psychotiques aigus. Le flux arrivant de l'inconscient s'enfle. Subjectivement, il se présente sous une forme plus ou moins élaborée, faite de sensations corporelles, d'angoisses, d'hallucinations et secondairement de délire. Le flux pulsionnel de l'épisode psychotique aigu submerge toutes les autres manifestations psychiques [...] La production d'entropie croît ainsi [...] à son maximum. On peut donc dire que le processus psychotique dans sa forme aiguë est un exemple extrême d'un processus psychique irréversible. Effectivement, avant l'apparition des médicaments modernes qui ne comprennent pas que les neuroleptiques, il y a bien plus d'un siècle les épisodes aigus se révélaient souvent irréversibles. Une telle production d'entropie ne peut s'évacuer vers l'extérieur. La désorganisation progressive psychotique traduirait-elle un excès massif de la production d'entropie de l'organisme ? »¹¹⁸⁸.

Ici la question semble intéressante du fait qu'il s'agisse d'une question : la notion d'entropie, réservée aux phénomènes physiques, semble bel et bien pouvoir s'appliquer aux processus psychopathologiques, qui manifestent une désorganisation croissante (et en principe irréversible), et donc on peut se demander si alors effectivement ils ne s'expliqueraient pas eux aussi par un processus d'ordre énergétique et physique (mais sous-entendu, on ne peut le vérifier expérimentalement comme on le vérifie en physique).

Suit une analyse de ce que l'on peut entendre par « irréversible dans la vie psychique » et là P. Wiener distingue « entre la réversibilité des structures (c'est-à-dire de l'état du système organique du support) et la réversibilité fonctionnelle »¹¹⁸⁹. Ainsi par exemple, au niveau de la perception, lors d'un message reçu, l'état de réceptivité antérieur est restitué (la réception n'a pas entraîné une désorganisation irréversible, il y a réversibilité, retour au même état). Ici la réversibilité se constate au niveau « fonctionnel » et même si au niveau structural plus profond, certains phénomènes sont irréversibles, il y a une pseudo-réversibilité : « il n'existe pas de réversibilité structurale proprement dite dans le fonctionnement du SNC. Du point de vue fonctionnel, la réversibilité existe »¹¹⁹⁰.

P. Wiener montre par contre que dans le domaine psychique et psychopathologique, la réversibilité n'est possible qu'à de rares intervalles (le « vécu normal » pouvant être « restauré » entre des crises) mais que dans l'ensemble, elle n'a pas lieu, tant « la conscience

¹¹⁸⁸ *Ibid.*, p. 917.

¹¹⁸⁹ *Ibid.*, p. 917.

¹¹⁹⁰ *Ibid.*, p. 917.

de soi résiste moins bien aux déformations »¹¹⁹¹ (apportées par « les vagues de désorganisation » et par le « lot d'hallucinations »). En ce sens, « au début des psychoses chroniques elle peut encore se restituer, mais rapidement les dégâts deviennent définitifs. L'expérience des miroirs déformants donne une idée de ce que serait la réversibilité en psychopathologie »¹¹⁹² (sous-entendu, ce qui est en quelque sorte restitué « après » la chute, la crise, le passage entraînant le sujet « dans » la maladie ou la folie, est définitivement déformé en comparaison de l'état ayant précédé l'entrée en maladie). C'est en ce sens que nous le comprenons. Cela indique donc plusieurs choses : il y a un état relatif d'équilibre « avant » ce qui apparaît comme une crise ou une désorganisation. Cette crise ou désorganisation est croissante, et si on la stabilise (par la médication), elle a toutefois entraîné une déformation irréversible (accentuée bien sûr sans médication, et ayant tendance à entraîner la mort, mort psychique notamment).

Ainsi « nous pouvons parler d'irréversibilité pathologique quand une fonction est compromise du fait de sa détérioration irréversible. L'état stationnaire physiologique sous-jacent n'est plus assuré. Dans le cas de l'épisode psychotique aigu, les fonctions sont franchement détériorées, selon le cas, du fait de la confusion, ou de l'état hallucinatoire ou onirique intense »¹¹⁹³.

Toutefois P. Wiener précise que « irréversibilité ne veut pas dire impossibilité de restitution. L'irréversibilité implique d'abord temporalité, ensuite désorganisation. Or la plasticité de l'être vivant lui permet de se réorganiser avec, éventuellement, suppléance fonctionnelle à peu près complète »¹¹⁹⁴. Cela signifie que même si la tendance de la psychose est de désorganiser la vie psychique de façon irréversible, il reste une possibilité de « guérison » ou sinon de restitution de l'état antérieur (ce qui encourage bien évidemment la clinique et les soins qui, sinon, n'auraient pas de sens). La suite explique ce qui conditionne en cela le degré d'irréversibilité atteint dans la psychose, notamment la force (et rapidité) de l'envahissement pulsionnel. Il faut ainsi, pour croire à une réorganisation possible de la vie psychique, que le flux pulsionnel perde en intensité et en linéarité (en violence) (et donc paradoxalement que l'on s'éloigne de l'équilibre vers lequel tend justement cette violence de flux). Car « plus important est le flux, plus rapides sont les processus irréversibles correspondants »¹¹⁹⁵.

P. Wiener analyse et compare également les états normaux stationnaires (non linéaires) aux états psychotiques stationnaires. Ici on peut penser que l'auteur ne fait plus référence à la crise elle-même, à l'épisode aigu ou à la décompensation elle-même, mais à la manière dont le

¹¹⁹¹ *Ibid.*, p. 918.

¹¹⁹² *Ibid.*, p. 918.

¹¹⁹³ *Ibid.*, p. 918.

¹¹⁹⁴ *Ibid.*, p. 918.

¹¹⁹⁵ *Ibid.*, p. 918.

sujet psychotique s'installe dans la maladie. Concernant les états « normaux », il nous fait comprendre qu'ils représentent des états stationnaires (non linéaires) fondamentaux : ils « constituent le socle du fonctionnement biologique, physiologique et psychologique ». De même, « ils ont été établis et intégrés au cours de la phylogenèse et, dans certains cas même, de l'ontogénèse », et sont ainsi « préprogrammés ». Dans la psychose, selon Wiener, ces états (de relative stabilité) « ne semblent pas avoir été programmés au cours de la phylogenèse » et « le passage de la normalité à la psychose manifeste du sujet porteur d'une structure psychotique correspond à un véritable changement de régime de fonctionnement. La stabilité de fonctionnement d'une structure psychotique est variable, mais toujours moindre que celle des structures normales, en raison des insuffisances du développement. Même avant la décompensation, les structures psychotiques sont constamment exposées à des perturbations ; des vécus plus ou moins hallucinatoires, ou simplement mystiques, que connaissent bien les cliniciens, risquent de leur faire abandonner les états stationnaires normaux de fonctionnement de base ou déformer leurs cycles fonctionnels »¹¹⁹⁶. Ici, il faut donc comprendre que la stabilité du psychotique n'est que relative et fragile, sans cesse menacée (naturellement). La référence à la phylogenèse suggère également (encore) que l'instabilité psychotique (sa linéarité dans la désorganisation croissante dont elle témoigne) est « naturelle », elle a été retenue par l'évolution comme adaptative (on retrouve le paradoxe de la maladie qui tente de lutter contre un effet déstabilisateur « pire »).

Analysant la psychose, Wiener montre que l'attracteur (modèle d'équilibre visé dans la linéarité désorganisatrice) est un « état de type moi-plaisir purifié », dans lequel « toute cause de déplaisir se trouve évacuée » et où « n'est retenu que ce qui fait plaisir », la démence affective constituant en ce sens un état de « quasi équilibre ». De fait, « après la décompensation, la structure et l'organisation psychique se dégradent et évoluent, virtuellement, vers le moi-plaisir purifié. De nos jours cette évolution, heureusement, est arrêtée à temps par le traitement »¹¹⁹⁷. On peut ainsi décrire l'évolution « type » de la psychose, pendant et après la décompensation. Ainsi « les perturbations affectent la structure psychotique devenue instable lors de la décompensation. Au début des psychoses aiguës et même chroniquement, elles balayent la structure psychique sous forme de mouvements de désorganisation, par vagues successives. Elle sont séparées par des mouvement de réorganisation qui tendent à restituer le *statu quo ante*. Les mouvements de désorganisation sont constitués d'abord par des moments de désorganisation de la conscience du vécu et de la conscience de soi, déjà mentionnés. La désorganisation des autres composants de la vie

¹¹⁹⁶ *Ibid.*, p. 919.

¹¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 920.

psychique suivent. Du point de vue de la thermodynamique, ces mouvements sont des perturbations fluctuantes. Les signes psychopathologiques décrits par la séméiologie traduisent l'extension ou la régression des perturbations du fonctionnement psychique. Les cliniciens savent apprécier les signes annonciateurs de la décompensation psychotique. J'ai assimilé la vie psychique normale à un état stationnaire stable avec ses modulations et la structure psychotique prête à se décompenser à un état stationnaire devenu instable »¹¹⁹⁸. Il faut toutefois souligner la difficulté à quantifier ces signes annonciateurs, car ils ont une valeur qualitative, et interroger le rôle que joue ici le clinicien dans son appréciation. C'est en quelque sorte « l'impression » de celui-ci qui, bien que « difficilement saisissable en termes objectifs », « donne la mesure du signe pathologique constaté au cours de l'examen. Elle est, en définitive, une traduction sensible de la notion de production d'entropie d'excès utilisée par Prigogine pour établir les bilans des états stationnaires. En effet, l'entropie d'excès est l'entropie de la perturbation ». Ces fluctuations peuvent régresser grâce aux médicaments ou « s'amplifier, s'installer et modifier le fonctionnement psychique » en mettant en place « une réorganisation hallucinatoire et délirante »¹¹⁹⁹. Ensuite, « celle-ci peut d'abord rester labile, comme dans les psychoses aiguës, pour se stabiliser ensuite en psychose chronique ». Wiener prend l'exemple de la deuxième maladie de Schreber, ayant commencé par des insomnies et des « craquements nocturnes » qui « l'ont conduit à la clinique psychiatrique où son état a rapidement empiré »¹²⁰⁰. La question que pose ici Wiener est celle de savoir si son état se serait empiré si l'on avait pu stopper les perturbations initiales : « si l'insomnie avait pu être maîtrisée comme elle peut l'être de nos jours, la pathologie aurait-elle pris autant d'importance et la décompensation se serait-elle produite ? »¹²⁰¹. Il s'agit ensuite de faire le lien entre cette question et celle du point de rupture (qui nous intéresse). Ainsi, « la continuité entre les premiers assauts psychotiques et l'état délirant définitif est en général assez évidente. En termes utilisés par Prigogine, une perturbation s'est amplifiée et s'est installée à la faveur de la décompensation. Celle-ci correspond, dans l'histoire du malade, à l'analogue d'un point de bifurcation, de rupture. Déjà K. Jaspers, en décrivant le processus pathologique, a insisté sur l'importance de ce moment de cassure dans la biographie des malades »¹²⁰². Ainsi, pour Wiener, le point de rupture est celui de la décompensation elle-même. Pour nous, ce point de rupture est peut-être à situer plutôt dans les états de perturbation précédant justement la décompensation. En effet, la continuité évidente entre ces états et la décompensation suggère

¹¹⁹⁸ *Ibid.*, p. 920.

¹¹⁹⁹ *Ibid.*, p. 920.

¹²⁰⁰ *Ibid.*, p. 921.

¹²⁰¹ *Ibid.*, p. 921.

¹²⁰² *Ibid.*, p. 921.

qu'il n'y a pas justement à proprement parler de point de bifurcation, le chemin est le même en quelque sorte entre ces deux phases. Par contre, en supposant que la suppression des états de perturbation aurait entraîné la non apparition de la décompensation, on sous-entend semble-t-il que là est le point central de bifurcation, le point de basculement. Ce point correspondrait donc aux symptômes psychotiques précédant la crise elle-même, signes qu'un état déjà instable accroît précisément son instabilité au point de pouvoir perdre l'équilibre si l'on ne fait rien, mais tel qu'il peut retrouver son équilibre (certes instable) si l'on fait quelque chose.

Wiener applique ensuite à ce qu'il vient de montrer les modèles de Thom et de Prigogine (théorie des catastrophes de Thom et thermodynamique de Prigogine), pour distinguer la maniaque-dépression des autres psychoses, et pour souligner le rôle de l'histoire, du vécu dans l'évolution des psychoses. Ainsi selon Wiener la maniaque-dépression montre une évolution cyclique « a-historique », où n'existerait qu'un point de bifurcation par lequel le malade repasserait plusieurs fois (ce qui montrerait que la maniaque-dépression « n'est pas une psychose »). Ici le modèle pouvant servir serait celui de Thom-Zeeman (modèle « bimodal » relativement simple), correspondant à la théorie des catastrophes élémentaires.

Il faut comprendre alors que les psychoses s'enracinent dans l'histoire du sujet : « la théorie de Prigogine accorde un rôle important, dans le devenir d'un système dissipatif, à son passé »¹²⁰³ (chez Thom, la théorie des catastrophes généralisées comprend cette dimension historique). En effet, « inutile de rappeler le poids primordial en psychopathologie de l'histoire du sujet pour son évolution future. La psychose apparaît ainsi en régime singulier de fonctionnement du système psychique, accessible à des sujets présentant certaines particularités du développement psycho-onto-générique. L'évolution psychotique est toujours marquée par une tendance à l'irréversibilité [...] le degré d'irréversibilité est fonction du temps. Plus l'évolution psychotique dure, moins elle sera réversible »¹²⁰⁴. Wiener prend l'exemple des « enfants psychotiques devenus adultes » : le développement défectueux de ces sujets n'a pas permis de mettre en place une organisation unitaire satisfaisante de la personnalité, ne serait-ce que de bas niveau. Ils restent chaotiques et inorganisés durant toute la vie. Des malades décompensés à l'âge adulte peuvent s'installer, après la décompensation, dans un état de désorganisation durable. C'est en particulier le cas lorsque la médication anti-psychotique les a préservés de la désorganisation progressive, alors que les conditions de vie matérielle et surtout émotionnelle qui leur sont faites les empêchent de se réorganiser »¹²⁰⁵.

¹²⁰³ *Ibid.*, p. 921.

¹²⁰⁴ *Ibid.*, p. 922.

¹²⁰⁵ *Ibid.*, p. 922.

Il existe toutefois des « processus partiels » (où peuvent s'appliquer aussi les modèles physiques exposés), à savoir des cas de psychose dans lesquels coexistent des comportements psychotiques et des comportements normaux. Dans la psychose généralisée, « les processus transforment la vie psychique tout entière. Le fonctionnement se fait bientôt exclusivement sur le mode psychotique ». Dans le cas des processus partiels, « le résultat [...] est une forme d'organisation psychotique elle-même partielle » (exemple de la psychose hallucinatoire chronique). Ici, « le fonctionnement psychotique dont l'emprise est partielle coexiste avec le normal. Ce qui permet [...] une autonomie et parfois même une insertion socio-professionnelle ou familiale. Des secteurs d'activité mentale délirants sont nettement distinguables des autres, non atteints. Dans les systèmes physiques, la thermodynamique décrit l'emprise partielle de certaines organisations, déterminées par la valeur prise par certains paramètres »¹²⁰⁶.

Notons (toujours avec P. Wiener) qu'il existe des usages et apports possibles de ces modèles et de leur comparaison avec la psychopathologie « d'inspiration psychanalytique ». Pour Wiener, sur le plan clinique il y a peu d'apports, mais plus largement on peut selon lui en retirer un « éclairage plus précis de la notion d'équilibre psychique et une séparation plus rigoureuse entre ce qui relève des contraintes innées, acquises ou existentielles subies par le malade – correspondant aux conditions aux limites de systèmes physiques – et la dynamique pathologique répondant aux fluctuations, donc, dans une large mesure aléatoire »¹²⁰⁷. Ce qui est suggéré ici renvoie donc semble-t-il à la question de savoir si l'évolution de la maladie est à ce point déterminée par ses conditions (structure/constitution), et si, en parlant d'équilibre, on entend quelque chose de fixe et de déterminé. Wiener semble vouloir dire que cette séparation à la faveur d'une dimension aléatoire de l'évolution de la maladie permet de mettre en évidence la différence « entre l'équilibre statique de type thermodynamique et les équilibres dynamiques, des états stationnaires, que produisent les flux de la vie »¹²⁰⁸. C'est dire que là où en physique les états d'équilibre sont vraiment stables, les états d'équilibre, chez le vivant (et chez l'homme) ne sont que relativement stables (soumis sans cesse à des perturbations).

Autre apport : il s'agit de montrer les points communs entre la thermodynamique (la physique) et la psychanalyse, en introduisant donc un comparateur « vraiment » scientifique dans le domaine de la psychanalyse, et en validant ainsi « l'hypothèse de l'unité de la nature », laquelle précisément « commande de rechercher des points de correspondance ». Ici,

¹²⁰⁶ *Ibid.*, p. 922.

¹²⁰⁷ *Ibid.*, p. 923.

¹²⁰⁸ *Ibid.*, p. 923.

le fait de trouver des correspondances (parce qu'on suppose une unité entre les différents domaines de la réalité) tendrait à prouver en retour cette unité. Enfin, pour Wiener, et cela nous intéresse également, « l'utilisation des notions de structure et de processus en psychopathologie se trouve clairement justifiée »¹²⁰⁹, ce qui signifie que le fait là aussi de trouver des points communs entre le domaine physique et le domaine psychologique, en terme d'équilibre et d'évolution, ainsi qu'en terme de désorganisation, tendrait à prouver la pertinence de certains concepts physiques appliqués aux phénomènes psychiques (tels que les concepts de structure et de processus).

L'idée selon laquelle le déséquilibre psychique ne peut que croître avec le temps en maintenant et répétant en quelque sorte toujours la même chose, la même histoire, est également dans les analyses que fait Winnicott dans *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*¹²¹⁰ et nous proposons d'en reprendre l'essentiel. La thèse qui nous apparaît intéressante consiste en effet à poser que la psychose n'est pas tant en elle-même un effondrement qu'une défense contre un événement ayant déjà eu lieu. Winnicott commence par l'idée que cette crainte ne semble pas, de prime abord, être présente chez tous les patients : « la crainte de l'effondrement est une particularité d'une grande portée chez certains de nos patients, mais pas chez d'autres. Si cette observation est juste, on peut conclure que la crainte de l'effondrement a trait à l'expérience du passé de l'individu et aux caprices de l'environnement ». En même temps, Winnicott souligne que cette particularité ne colle pas avec la dimension universelle de cette crainte qui nous permet de la comprendre chez n'importe quel patient, d'où l'attente selon lui de « trouver un dénominateur commun qui indique que le phénomène est universel ».

Ainsi, Winnicott examine ce qui a trait à cette crainte, aussi bien lorsqu'elle se rencontre chez un patient que lorsqu'elle ne se rencontre pas, pour suggérer que même si elle n'est pas visible, elle est présente (universellement).

Winnicott explique tout d'abord que chez les patients chez qui cette crainte n'est pas manifeste, existent des défenses qu'il faut progressivement éliminer pour faire apparaître la crainte de l'effondrement sous-jacente, manifestation permettant le début d'un traitement. Ici il faut comprendre que tant que le patient est soumis à ses défenses, il ne veut pas se soigner, il faut le ramener à la crainte de l'effondrement (en faisant tomber ses défenses) pour qu'il se reconnaisse malade (« dépendant »).

Analysant le sens du mot « breakdown », Winnicott explique à l'aide d'une note que le sens initial est celui de panne de voiture (où quelque chose est cassé) ou panne d'essence, ou bien

¹²⁰⁹ *Ibid.*, p. 923.

¹²¹⁰ *La crainte de l'effondrement*, nrf Editions Gallimard, p. 206 et suivantes

celui appliqué à la personne qui s'arrête de parler pour fondre en larmes, ou bien le sens donné à la perte de raison. Ici, il donne à ce mot le sens d'un « échec de l'organisation d'une défense », pour se demander aussitôt : « une défense contre quoi ? » et pour poursuivre : « ce qui nous conduit à une signification plus profonde du mot, puisque nous avons besoin d'employer le mot « effondrement » pour décrire l'état de choses impensable qui est sous-jacent à l'organisation d'une défense ». Pour Winnicott, là où dans la névrose, c'est l'angoisse de castration qui prévaut, dans la psychose selon lui c'est « un effondrement de l'institution du *Self* unitaire ». Plus précisément, « le moi organise des défenses contre l'effondrement de l'organisation du moi, et c'est l'organisation du moi qui est menacée. Mais le moi ne peut s'organiser contre l'échec de l'environnement dans la mesure où la dépendance fait partie de la vie ». Ici que comprenons-nous ? Il semblerait que pour Winnicott la notion d'effondrement coïncide avec une certaine angoisse (« agony » en anglais). Ce qui est « impensable », l'effondrement unitaire de soi, devient une angoisse générant une organisation défensive censée protéger le sujet contre ce qu'il ne peut se représenter mais qu'il pressent comme possible. Par ailleurs, Winnicott semble suggérer aussi que ces défenses visent à protéger le moi (à comprendre ici comme « self », « Soi », correspondant à l'unité du sujet, sa tenue en lui-même, et non pas comme moi substantiel) mais qu'elles se trouvent elles-mêmes menacées par l'environnement (dépendantes de ce qui peut arriver au moi contre lequel il ne pourrait se défendre). Il met donc en avant semble-t-il le rôle de l'environnement (ce qui pour nous correspondrait au rôle de l'événement, de la réalité extérieure telle qu'elle « arrive », plus ou moins objectivement, ici sous la forme de « l'échec », et l'on peut penser ici à un environnement défaillant).

Pour Winnicott, cet effondrement correspondrait à une inversion du processus complexe de maturation par lequel le sujet se construit et conquiert son unité, au moyen de différents stades évoluant par « intégration », et faisant passer le sujet d'une « dépendance absolue » à une « dépendance relative ». Ce processus suppose un « environnement facilitateur ». Chaque stade de ce processus, dans son échec, équivaldrait à ce que Winnicott appelle une « angoisse disséquante primitive », où figure par exemple l'angoisse de « tomber à jamais » (ainsi que l'angoisse de « perte de sens du réel » ou « perte de la capacité à être en relation avec les objets », chaque angoisse générant un type de défense).

C'est donc en ce sens que « ce que la clinique nous donne à voir est toujours une organisation défensive » où « l'angoisse disséquante sous-jacente est impensable » et comprenons également que « c'est une erreur de considérer la maladie psychotique comme un effondrement, c'est une organisation défensive dirigée contre une angoisse disséquante

primitive, et généralement avec succès ».

L'idée centrale de Winnicott peut alors se résumer ainsi : « la crainte clinique de l'effondrement est *la crainte d'un effondrement qui a déjà été éprouvé*. C'est la crainte de l'angoisse disséquante qui fut, à l'origine, responsable de l'organisation défensive que le patient affiche comme un syndrome pathologique ». Ainsi, pour Winnicott, « il y a des moments où un patient a besoin qu'on lui dise que l'effondrement, dont la crainte détruit sa vie, *a déjà eu lieu*. C'est un fait qu'il porte lointainement caché dans son inconscient ».

Comprenons par là que le renforcement que l'on tient pour responsable de ce qui apparaît comme une chute visible dans la maladie est donc la manière pour le sujet de répéter et d'accroître ainsi (par la répétition) une certaine « rencontre » avec le monde par où son existence est menacée dans son projet. En voulant maintenir un projet « déjà » échoué, ou de fait impossible à réaliser, ou arrêté, le sujet « tombe » malade au sens où il devient visiblement de plus en plus arrimé à cette impossibilité d'être soi ou quelque chose et de se « tenir » en soi.

E – Comparaison avec l'animal (exemple de l'épilepsie)

Il nous faut maintenant confronter ces analyses à ce que l'on peut observer chez l'animal, non pas bien sûr pour ramener la maladie psychique humaine à la même chose que ce que l'on peut observer chez l'animal mais pour au contraire montrer ce que la chute dans la maladie a de spécifiquement humain.

La comparaison entre le « tomber » malade humain et les processus « morbides » chez l'animal permet en effet selon nous une approche du processus humain dans sa spécificité (psychique). Impossible d'expliquer une « dépression » animale ou un changement notable de comportement animal par une structure intentionnelle de l'ordre du projet de monde. Il nous faut en effet nous en tenir à un « être-au-monde animal » dominé par des fonctions vitales plus ou moins bien adaptées ou plus ou moins bien entretenues par le milieu ambiant nature, autres animaux, humains.

En même temps, il y a bien des éléments qui rendent possible une certaine comparaison de l'homme et de l'animal à ce niveau, et qui permet de nous intéresser aussi à la maladie animale dans un sens « psychique ». La question du bien-être animal, en tout cas, prend bien en considération une dimension psychique chez l'animal, dimension qui ne peut que nous toucher sinon nous émouvoir.

Il est possible ainsi de supposer une « structure » défaillante « constitutive » (dans le sens que

nous avons donné à ces concepts) comme dans le cas où l'on parle d'un animal craintif, stressé, faible ou encore nerveux par exemple. On peut également imaginer soit une compensation possible de cette défaillance originaire par les soins, l'éducation apportés à l'animal (« bons » soins, « bonne » éducation...), ou, à l'inverse, une accentuation de cette défaillance originaire (par des « mauvais » traitements, « mauvais » soins). On peut aussi voir, constater l'émergence d'un processus temporel (impliquant un « de plus en plus... », « de moins en moins »). Par ailleurs, on parle bien et également de « renforcement » chez l'animal lorsqu'il s'agit de travailler sur son comportement (renforcement positif et renforcement négatif).

Ici, plusieurs questions en lien avec notre travail apparaissent de même que plusieurs pistes de réflexion ou éléments de réponse.

Y a-t-il ainsi chez l'animal ce qui serait assimilable à un processus irréversible et quelle différence avec l'être humain ? N'y a-t-il pas chez l'animal « toujours » la possibilité d'inverser le processus morbide par une action ou intervention extérieure, plus facilement que chez l'être humain malade ? Pourquoi et est-ce vraiment le cas ?

Il peut sembler à ce titre qu'une des particularités de l'animal tiennent à ce que l'animal ne participe pas à ce qui lui arrive (intérieurement, psychologiquement). Il reste « ouvert », « réceptif » au monde extérieur ambiant pour accueillir tout événement susceptible d'inverser le processus (cours) « morbide » de ce qu'il subit (s'il mémorise un traumatisme, il ne le « rumine » pas, il ne l'intègre pas à une « histoire intérieure de vie »). L'exemple d'un animal « perdant en agressivité » semble montrer qu'il est toujours possible de le rééduquer. En même temps, il arrive que l'on évoque aussi l'idée qu'il « est trop tard » (trop tard pour faire changer un état ou comportement animal enclenché, en revenant en arrière, comme lorsque l'on euthanasie un chien devenu « trop » dangereux ou ayant « attaqué » voire tué quelqu'un). S'il est trop tard, est-ce que cela témoigne d'un échec (tentative n'ayant pas fonctionné parce que mal pensée ou mal pratiquée) ou bien d'une réalité (d'un comportement impossible à corriger) ? On peut penser que s'il est « réellement » trop tard, c'est parce que le corps serait devenu plus « puissant » ou « prédominant » par rapport aux nouveaux acquis (corps devenu réflexe où par exemple le fait de mordre pour un animal agressif deviendrait plus récurrent que le fait de ne pas mordre, où le fait de réagir à telle situation en mordant ne serait pas possible à déconstruire, où l'habitude et la répétition du même phénomène l'entraîneraient de nouveau). Ces faits seraient « renforcés ».

Mais on ne peut supposer l'animal capable de renforcer de lui-même, seul, son comportement. Si un animal se met par exemple à « tiquer » de plus en plus, comme on le voit sur certains

chevaux qui s'ennuient, c'est par exemple parce qu'il s'ennuie de plus en plus et on peut supposer qu'une cessation de l'ennui entraînerait une diminution du phénomène de « tic ».

Nous utiliserons ici un travail réalisé sur l'épilepsie du chien pour appuyer notre réflexion¹²¹¹.

L'idée de départ de ce travail est la suivante : « on pense que certains comportements compulsifs, au début de leur installation, pouvaient être un moyen de compensation pour l'animal. Cependant, lorsqu'ils persistent dans le temps, ils deviennent habituels et peuvent conduire à des modifications définitives du système nerveux central, affectant la santé et le bien-être de l'animal »¹²¹².

Une comparaison peut d'abord être établie entre les troubles du comportements chez l'animal et chez l'homme. Chez l'homme, on trouve ainsi des troubles qui, selon diverses études, montrent qu'ils apparaissent soit dans l'enfance, soit au début de l'âge adulte, avec une comorbidité psychiatrique (troubles dépressifs, agoraphobie, phobie sociale) pour la moitié des sujets (Abramowitz et al., 2009). Ces troubles sont divers et comprennent des phobies d'impulsions (obsessions sexuelles, violences avec peur de passer à l'acte), des obsessions de contaminations (lavages excessifs des mains, de l'environnement), des doutes permanents (vérification de fermeture d'une porte, d'un robinet, peur de faire des erreurs, ...), des superstitions (comportements superstitieux) ou des besoins d'organisation (de symétrie ou de rangement par exemple) (Katerberg et al., 2010).

Une approche biologique de ces troubles montre des facteurs héréditaires (65 % chez les sujets dont les symptômes apparaissent dès l'enfance ou l'adolescence) et des facteurs environnementaux faisant varier les troubles. On note l'implication de différents gènes, et on suspecte un modèle polygénique du TOC, lié au système sérotoninergique, dopaminergique et glutamatergique (Flores Alves dos Santos et al., 2013).

Une comparaison des troubles compulsifs chez l'homme et chez l'animal permet d'établir l'existence de conduites stéréotypées dans les deux cas, avec cependant l'idée que chez l'homme c'est l'obsession qui conduit à la compulsion, alors que la présence d'obsessions chez l'animal ne peut être démontrée.

Chez l'animal et en l'occurrence le chien, « les troubles compulsifs pourraient être induits par la présence d'un conflit, d'une frustration, d'une privation, d'un besoin de compensation ou d'un dysfonctionnement du système nerveux central »¹²¹³. Par exemple, le conflit peut se

¹²¹¹ Thèse de doctorat d'études vétérinaires intitulée « Les troubles compulsifs associés à l'épilepsie idiopathique chez le chien : étude rétrospective à partir de cinquante cas diagnostiqués », service de neurologie de VETAGROSUP, présentée à l'Université Claude Bernard LYON I (Médecine - Pharmacie) par Manon Garrone en 2016, dirigée par Catherine Escriou.

¹²¹² *Ibid.*, p. 49.

¹²¹³ *Ibid.*, p. 53.

produire « lorsque l'animal souhaite effectuer deux comportements opposés ». De même, « la frustration apparaît lorsque l'animal souhaite faire une action qu'il ne parvient pas à réaliser. Cela peut se produire par exemple lorsque le chien est excité par d'autres animaux, des personnes ou des proies de l'autre côté de la fenêtre. Des animaux vivants dans une cour ou un jardin peuvent commencer à développer des comportements répétitifs en cas d'impossibilité d'accès aux différents stimuli (jeux, intrus territoriaux, proies) »¹²¹⁴.

Est évoquée également la privation maternelle qui peut entraîner des comportements stéréotypés en créant une sensibilité au stress. L'idée est que l'on peut compenser cette fragilité en offrant un environnement adapté limitant justement les facteurs de stress. Les facteurs de stress (de conflit et de frustration) sont divers : besoins en nourriture ou température non respectés, punition incohérentes... De ce fait, « il suffit parfois de supprimer le stimulus qui a servi à créer la frustration et le développement du trouble compulsif. Cependant, l'attitude du propriétaire peut parfois aggraver le problème en renforçant le comportement de l'animal ou en favorisant un sentiment de peur ou d'anxiété »¹²¹⁵. Retenons également pour notre réflexion sur le renforcement, « qu'un chien atteint de troubles compulsifs mettra plus de temps à apprendre l'extinction d'un comportement par rapport à un autre chien, sans que la motivation du chien ou un mauvais apprentissage puisse être remis en cause (Protopopova et al., 2014) »¹²¹⁶. Autre idée importante, le fait que ce rééquilibrage possible des troubles par un environnement favorable dépend de la gestion que le chien a de son stress et qui varie selon différents facteurs comme sa race ainsi que son histoire (apports maternels, socialisation). Ainsi, « lorsque l'animal commence à exprimer un comportement inhabituel, il est important d'agir rapidement, en s'intéressant à la cause sous-jacente pour éviter que le comportement ne devienne compulsif »¹²¹⁷.

Les facteurs de risque sont ainsi de différents ordres (Landsberg et al., 2013). Il peut s'agir de problèmes lors de la période précoce (soins maternels), problèmes de socialisation et d'environnement, enrichissement inadéquat de l'environnement pour permettre un comportement normal, emploi du temps instable, entraînement et communication insuffisants, punition inadéquate, présence de conflits à la maison ou dans l'environnement, frustration et incapacité à atteindre ses objectifs, anxiété (déplacement d'un membre de la famille, disparition ou nouvelle arrivée d'un animal, déménagement, rénovations, etc...), présence d'une phobie ou d'une sensibilité...

¹²¹⁴ *Ibid.*, p. 53.

¹²¹⁵ *Ibid.*, p. 53.

¹²¹⁶ *Ibid.*, p. 54.

¹²¹⁷ *Ibid.*, p. 54.

Au niveau physiologique, la survenue (pathogénie) des troubles (ayant pour cause ou origine des facteurs d'abord environnementaux) impliquerait un mécanisme (neurologique) soit commun, soit différent selon le type de trouble. Il semblerait d'après certaines études que le neurotransmetteur impliqué dans le mécanisme varie selon que les troubles sont oraux ou locomoteurs par exemple et que les troubles varient aussi selon le type de facteurs en jeu. Ainsi, les troubles compulsifs locomoteurs proviendraient plutôt de conflits répétés engageant le système nigrostrié dopaminergique, alors que les troubles compulsifs oraux pourraient se manifester de façon plus aiguë à partir d'une faible stimulation, et ils engageraient le circuit mésolimbique dopaminergique (Cabib, 1993).

Ces constats permettent de proposer des thérapies visant à rééquilibrer ces circuits de neurotransmission dans lesquels des molécules sont en jeu. Ainsi, des traitements à base de bêta-endorphines, de dopamine, de glutamate et de sérotonine obtiennent des réponses favorables, ou encore d'autres molécules comme l'acide gamma-aminobutyrique (GABA) ou les neuropeptides. Les études montrent également une corrélation entre le taux sanguin de prolactine et le taux d'anxiété chronique (mesuré par le score EDED, échelle d'évaluation des troubles émotionnels du chien), ce qui permet de traiter certains sujets avec la sélégiline lorsqu'ils ont des niveaux plus élevés de prolactinémie et d'autres sujets par la fluoxétine lorsqu'ils présentent de faibles taux de prolactine (Pageat et al., 2007).

Les études comparatives avec l'homme montrent que la sérotonine semble impliquée comme étant à l'origine des troubles compulsifs chez l'homme et que ceux-ci répondent bien aussi à certains traitements, notamment aux inhibiteurs de recapture de la sérotonine (Landsberg et al., 2013).

Quant aux liens entre les différents facteurs en jeu et les différents traitements adaptés, il ressort que chez le chien, si la cause est environnementale ou médicale, alors il peut suffire de changer l'environnement ou de traiter la cause médicale pour que les troubles évoluent favorablement. Dans les autres cas, il faut un traitement capable de modifier la composition des molécules (celles agissant sur les neurotransmetteurs).

Tout ceci suggère déjà pour nous plusieurs remarques. D'une part il apparaît bien que le cerveau (neurotransmetteurs) est engagé dans l'apparition des troubles (quelle que soit l'origine de ces troubles, à savoir le cerveau lui-même ou bien des facteurs purement environnementaux). En fait, l'activité du cerveau ne peut être mise hors jeu dans l'étude des troubles psychiques, nos pensées et nos perceptions, notre rapport au monde tout entier « passant » en quelque sorte toujours par ce « centre » qu'est le cerveau et qui doit être interrogé dans son fonctionnement organique et chimique (production et échanges de

molécules). Les traitements doivent donc avoir en vue à un moment donné cette activité cérébrale en jeu dans nos pensées. Ce qui ressort de l'analyse sur laquelle nous nous appuyons ici, c'est bien l'idée que lorsque les facteurs sont « extérieurs », environnementaux notamment, ils agissent tout de même sur le cerveau (et sur la composition des molécules qui alimentent les circuits entre les neurotransmetteurs). En supprimant les facteurs environnementaux pathogènes, on peut donc rééquilibrer le mécanisme cérébral. On pourrait le rééquilibrer par des médicaments également (en laissant l'environnement être toujours pathogène par exemple). Par ailleurs, si ce n'est pas l'environnement qui est en jeu, alors on peut supposer que c'est le traitement médical qui s'impose (pour rééquilibrer le mécanisme neurologique en jeu). Modifier l'environnement pour le rendre « meilleur » par exemple ne suffirait pas ou n'aurait pas d'effet.

Ce que montre l'étude est également l'intérêt que l'on peut trouver dans la comparaison entre les troubles de l'homme et les troubles de l'animal et l'on peut penser que les apports vont dans les deux sens. Les thérapies utilisées chez l'animal peuvent servir à étudier l'homme et inversement. Par exemple, on a utilisé les molécules inhibant la recapture de la sérotonine (antidépresseur) chez le chien à partir du modèle humain ayant montré son efficacité. La clomipramine aussi a montré son efficacité dans le traitement de certains troubles compulsifs comme par exemple tourner en rond, chasser sa queue et se lécher.

Quant à une possible origine génétique de certains troubles compulsifs (chez le chien toujours), la prédominance de certains troubles dans certaines races a encouragé des analyses génétiques. Celles-ci ont mis en évidence par exemple un « locus chromosomique » chez le Doberman (chez lequel on observe des comportements compulsifs de léchage), notamment le gène CDH2 du locus chromosomique 7, gène codant (pour un neurotransmetteur) et ayant un rôle dans la régulation de l'activité synaptique. Quatre autres gènes ont également été mis en évidence (chez le Doberman et dans d'autres races prédisposées également à des troubles compulsifs).

L'étude s'attache toutefois plus particulièrement au lien possible entre l'épilepsie et certains troubles compulsifs. Il s'agit pour nous de montrer à partir des liens établis que les troubles se renforcent d'autant plus que la constitution est fragile. Ici, l'épilepsie constitue un « modèle » de constitution fragile, le terme et concept de « constitution » étant toujours à prendre dans un sens phénoménologique en tant que « manière d'être », ensemble de conditions rendant possible l'apparition de tel ou tel monde et soumises elles-mêmes à d'autres conditions (l'épilepsie est en effet une constitution rendant possible des « crises » d'épilepsie mais ces crises peuvent être déclenchées, aggravées ou atténuées par des facteurs environnementaux).

L'étude ici choisie montre ainsi que l'on trouve chez certaines races à la fois l'épilepsie et des troubles compulsifs¹²¹⁸. Chez l'homme, l'épilepsie est un des troubles neurologiques le plus fréquent pouvant atteindre 1 à 1,5 % de la population. Chez les patients qui ne répondent pas au traitement antiépileptique, on observe davantage de troubles psychiatriques. Les études de ces liens montrent toutefois que les troubles psychiatriques sont davantage associés à tel ou tel type d'épilepsie, notamment à l'épilepsie réfractaire du lobe temporal. Les troubles obsessionnels compulsifs sont ainsi fréquemment observés.

On observe ainsi que que l'épilepsie du lobe temporal, souvent réfractaire aux traitements antiépileptiques et fréquemment associée à une sclérose temporale mésiale, illustre le dysfonctionnement du système nerveux central mettant en relation l'épilepsie et la pathogénie des circuits limbiques impliqués dans le contrôle de l'humeur, le comportement et les émotions. En clair, les patients atteints d'épilepsie temporale ont des fréquences plus élevées de troubles psychiatriques (70%), de troubles de l'humeur (49,3%), d'anxiété (42,5%), de dépression (27,4%) et de troubles obsessionnels compulsifs (11%) (de Oliveira et al., 2010).

Une autre étude basée sur 217 patients met en évidence que 39% des patients atteints d'épilepsie chronique focale ont des troubles psychiatriques. Parmi les patients réfractaires au traitement antiépileptique, près d'un quart souffrent de TOC (Sperli et al., 2009). Les troubles obsessionnels en question concernent l'organisation, la symétrie, l'exactitude, le lavage des mains et la religiosité.

Une étude sur 28 patients (14 souffrants de TOC et 14 sains) a montré certains dérèglements au niveau de l'activité métabolique (augmentation dans le cortex orbitofrontal droit et diminution en regard de la jonction pariéto-occipitale gauche). Certains symptômes sévères étaient corrélés avec un fort métabolisme dans l'hippocampe droit, le putamen gauche et la région pariétale droite. Cette étude montre ainsi que les patients atteints de TOC présentent des différences d'activité métabolique cérébrale, notamment dans l'exécution de tâches cognitives. Les circuits frontaux sub-corticaux joueraient ainsi le rôle de médiateurs dans l'expression symptomatique et dans l'expression cognitive chez les patients souffrant de TOC (Kwon et al., 2003). Est également suggéré que les circuits neuronaux reliant le cortex orbitofrontal, les ganglions de la base, le système limbique et le thalamus seraient déterminants dans la pathogénèse des TOC (Modell et al., 1989). Kaplan met en évidence deux circuits à la base du contrôle du comportement, pouvant être à l'origine des TOC : le circuit thalamo-orbitofrontal régulé par le glutamate et le circuit striatalorbitofrontal régulé par la sérotonine, la dopamine et l'acide γ -aminobutyrique (GABA) (Kaplan, 2010). Une

¹²¹⁸ *Ibid.*, p. 64.

autre étude de Hamed (sur 474 patients) montre que les patients épileptiques ont de plus faibles concentrations sanguines de sérotonine, noradrénaline, adrénaline et dopamine par rapport à des patients non épileptiques, et met en évidence une corrélation significative entre la présence de troubles psychiatriques et la concentration sanguine de noradrénaline (Hamed et al., 2013).

Chez le chien, une étude de 2011 (Shihab et al., 2011) réalisée sur 80 chiens atteints d'épilepsie montre que pour 71% des chiens, il existe un lien (corrélation) entre une modification de leur comportement sur un point au moins (peurs/anxiété, agressions défensives, hallucinations, troubles de l'attachement, apathie...) et l'apparition de l'épilepsie. Toutefois, l'étude montre aussi un lien entre la mise en place d'un traitement (et l'éventuelle résistance au traitement) et les troubles comportementaux. Le traitement peut en effet avoir pour effet secondaire les troubles du comportement tout comme l'épilepsie en elle-même peut engendrer ces mêmes troubles.

Il ressort de ces données que chez l'animal, des troubles du comportement peuvent avoir une origine pluri-factorielle combinant l'hérédité (gènes), l'environnement, une maladie neurologique (elle-même liée à deux facteurs) et le traitement (capable de renforcer les troubles ou d'en occasionner d'autres).

Ce que nous voulons montrer maintenant est le lien possible entre le comportement humain et le comportement animal au niveau des troubles eux-mêmes, qui montrent des similitudes. Cela pourrait signifier que le rapport au monde humain, dans certaines de ses modifications, peut recevoir une interprétation « éthologique ». Nous nous appuyons ici sur l'article d'A. Bracinha- Vieira (*Ethologie et psychiatrie, Phylogenèse des comportements et structure des psychoses*), dont le but est d'entreprendre l'analyse phénoménologique de l'intentionnalité et de l'être-au-monde correspondant à quelques comportements ancestraux répandus dans le monde animal et pouvant se retrouver dans les psychoses. Il s'agit de tenir les syndromes psychotiques à un niveau d'intériorité pour les équivalents de ces comportements (ancestraux et animaux) afin de construire un modèle phylogénétique et unitaire de la psychiatrie. Ainsi, le point de départ est de « se demander quelles sont l'essence, l'origine adaptative et la valeur actuelle » des dispositions complexes acquises au cours de l'évolution « et quel rapport elles peuvent entretenir avec les syndromes psychotiques »¹²¹⁹. L'auteur s'appuie notamment sur la théorie de la vie neuropsychique de Hughlings Jackson, « dite par couches superposées ». Il s'agit d'expliquer « les phénomènes neuro-psychologiques au moyen de « dissolutions » et « désinhibitions » fonctionnelles ; celles-ci, après rupture de l'équilibre psychique préalable,

¹²¹⁹ A. Bracinha- Vieira, *Ethologie et psychiatrie, Phylogenèse des comportements et structure des psychoses*, L'Évolution psychiatrique, t. 47, octobre-décembre 1982, p. 1001.

entraînent des remaniements où des fonctions archaïques, jusque-là contenues, font irruption en tant que symptômes ». On parle ainsi d' « organo-dynamisme » par où l'on « déduit toute la psychopathologie de ce mécanisme : dès que la conscience (au sens élargi) s'estompe, des comportements inhibés se font jour d'une façon dysharmonieuse et pathologique [...] les comportements et les vécus psychopathologiques correspondent à l'intrusion des « couches » biologiques de la personnalité (basales) dans les « couches psychiques » (apicales) »¹²²⁰.

Selon ce modèle néo-jacksonien (intégrant d'autres données – neurophysiologiques, neuro-chimiques, neuro-éthologiques), « certains comportements ancestraux, non plus adaptatifs ou non plus pleinement adaptatifs, peuvent resurgir sous l'influence d'une « dissolution » opérant tant sur le plan neuro-psychique que sur le plan génétique ». L'idée ici est que le « changement quantitatif des *seuils de déclenchement* d'un comportement donné, sous une influence génétique, est souvent d'une grande importance pour l'évolution du comportement concerné. Ce qui rend vraisemblable qu'une altération génétique des seuils de déclenchement, par recombinaison génétique, puisse favoriser l'expression ancestrale de certaines dispositions »¹²²¹. L'auteur prend l'exemple des poissons mâles au ventre rouge restant attractifs après 8000 ans de disparition : la réponse au signal « ventre rouge » n'a pas disparu ! L'auteur montre également l'existence d'homologies sur plusieurs schèmes comportementaux (mêmes modèles de comportements sur des sujets très différents allant des fœtus de primates non humains à des malades confusionnels) : « des réflexes innés du nourrisson réapparaissent dans les dissolutions démentielles ». De fait, « les schémas codés dans le génome et inscrits dans le système nerveux central, lorsqu'ils sont décodés dans des conditions pathologiques, aboutissent à des symptômes où seule transparaît l'image déformée et exagérée de conduites homologues normales »¹²²². Le but ici semble être de pouvoir appliquer ce type d'analyse comparative à des comportements sociaux complexes.

Ainsi, dans le monde animal, « la cohésion des unités sociales est réglée soit par la partition et la défense de l'espace, soit par l'établissement d'une échelle de dominance, soit enfin par l'interaction de ces deux mécanismes »¹²²³.

Chez l'homme aussi « des facteurs spatio-territoriaux et hiérarchiques ont très probablement joué un grand rôle organisateur » (groupes stables de plusieurs dizaines d'individus avec rapports hiérarchiques et se déplaçant, et se défendant contre des groupes voisins). On peut ainsi observer la persistance de paramètres spatio-hiérarchiques dans le comportement de

¹²²⁰ *Ibid.*, p. 1002.

¹²²¹ *Ibid.*, p. 1002.

¹²²² *Ibid.*, p. 1003.

¹²²³ *Ibid.*, p. 1003.

l'homme moderne (avec l'idée que toute variation excessive d'intolérance spatiale ou d'instabilité hiérarchique est contre-adaptative même si elle peut jouer rôle actif (compétition). L'auteur montre alors que « l'homme moderne [...] doit transposer les paramètres spatio-hiérarchiques dans sa vie psychique et en créer des équivalents intérieurs tels qu'ils deviennent des « vécus »¹²²⁴. Ainsi, « l'aspect physique où se déroulent les comportements se doublerait d'un niveau d'intériorité et d'investissement symbolique, qui recouvrerait les vecteurs biologiques d'une dimension anthropologique, sans pour cela les supprimer ». L'association du cerveau reptilien, du cerveau paléo-mammalien et du cerveau intellectuel se ferait « comme si, une fois déréglés dans leurs interactions, ces trois ordinateurs, accouplés selon une hiérarchie phylogénique, aboutissaient à des équilibres précaires, laissant poindre des fragments de mémoire ancestrale, normalement cachés et recouverts par le néo-cortex »¹²²⁵.

Bracina-Vieira cherche alors à « ramener les dispositions spatio-hiérarchiques de l'homme en société à un système anthropologique de référence susceptible d'axiomatisation » en montrant à partir de M. Eliade (*Traité d'histoire des religions*) que « la charpente mythique et cosmogonique des cultures et des civilisations innombrables présente des éléments invariables », « même schème cosmogonique et même décor rituel : l'espace cosmique, après la sacralisation de l'espace habité, reste entouré d'un chaos, dans une dialectique où « notre monde » s'oppose à « l'autre monde. Au centre de l'univers habité et organisé se dresse l'*Axis mundi*, construction verticale (axée sur la demeure ou son modèle, le temple) qui conduit des profondeurs de la terre jusqu'au ciel, et se dresse sur l'horizon de l'espace physico-culturel »¹²²⁶.

Appliquant ces schèmes aux psychoses comprises dans une perspective phénoménologique, l'auteur peut alors affirmer que « les psychoses endogènes (schizophrénie et manico-dépression) demeurent inexplicables dans leur étiologie et incompréhensibles dans leur structure »¹²²⁷. Mais leurs syndromes ont une « constance formelle » : « ces syndromes aboutissent à la désorganisation des comportements sociaux et chacun d'eux entraîne une inadaptation majeure ». Pour autant, « ils expriment autant de façons d'être-dans-le-monde dès qu'on les envisage comme des totalités significatives et qu'on les évalue dans la perspective phénoménologique »¹²²⁸. De fait, « L'homme actuel, longuement socialisé et largement individualisé, n'exclut nullement la persistance – dans son génome, ses structures

¹²²⁴ *Ibid.*, p. 1004.

¹²²⁵ *Ibid.*, p. 1004.

¹²²⁶ *Ibid.*, p. 1005.

¹²²⁷ *Ibid.*, p. 1005.

¹²²⁸ *Ibid.*, p. 1005.

neuro-psychiques et ses capacités réelles et virtuelles – d'*universaux du comportement*, voire de comportements sociaux complexes (d'espace et de rang), qui composeraient une sorte d'*inconscient socio-éthologique* de l'espèce. Le cerveau limbique semble essentiel à cet égard ». L'auteur poursuit en insistant à cet égard sur cette composante neurologique qui montre le lien possible (que nous avons souligné) entre cette approche neurologique et phénoménologique. Ainsi, « nous savons d'ailleurs qu'il y a un rapport entre l'anneau limbique et la schizophrénie. Le psychiatre de l'avenir, écrit Doty, sera un neurophysiologiste spécialisé dans les maladies du cerveau limbique »¹²²⁹. Bracinha-Vieira s'attache ensuite à saisir le sens (phénoménologique) de ces syndromes. Pour lui, « dans notre modèle, les syndromes psychotiques, saisis dans leur intentionnalité, sont comparés aux dispositions spatio-hiérarchiques censées assurer l'*homéostasie sociale* dans les populations de nos ancêtres »¹²³⁰. Il faut à ce niveau distinguer deux schémas sociaux : le schéma spatio-territorial (comportements liés à la répartition et défense de l'espace habité), le schéma hiérarchique (comportements en rapport avec la problématique de dominant/dominé).

L'auteur distingue ainsi et répertorie ces différents schémas dans leur expression psychotique correspondante : le paranoïaque serait dans une attitude défensive vis-à-vis de son territoire (menacé par un intrus), le schizophrène serait dans une attitude passive, soumise, inspirée du même schéma, avec sentiment « d'être poussé dans un domaine hostile », « déterritorialisation », sentiment d'être « déplacé du « centre » de son domaine vécu »¹²³¹. Quant au maniaque et au mélancolique, il n'est pas précisé quel facteur impact son schéma hiérarchique, sinon un pôle d'ascension pour le maniaque et un pôle de déclin pour le mélancolique. Auparavant, l'auteur explique que ces deux schémas (spatio-territorial et hiérarchique) subissent la pression de trois facteurs, distinctifs des différents types de psychoses : un facteur génétique pour les psychoses endogènes, un facteur organo-psychique pour les psychoses exogènes, et un facteur social (ambiance) pour les psychoses psychogènes. La question ici est de savoir comment l'auteur répertorie les psychoses évoquées ensuite (maniaco-dépression, schizophrénie, paranoïa) : s'agit-il de psychoses endogènes (toutes) ? Ou bien distingue-t-il au sein même de ces psychoses, différentes sources ainsi que la combinaison possible de ces sources ? Il semblerait qu'il retienne l'interaction de ces trois facteurs... (« le jaillissement des *schémas sociaux* sous forme de syndromes psychotiques obéirait à l'interaction de trois ordres de phénomènes »¹²³²).

¹²²⁹ *Ibid.*, p. 1005.

¹²³⁰ *Ibid.*, p. 1006.

¹²³¹ *Ibid.*, p. 1006.

¹²³² *Ibid.*, p. 1006.

Les délires caractérisés du schizophrène pourraient ainsi être reliés précisément au concept de déterritorialisation, leurs diverses formes correspondant toutes au sentiment de perte de territoire avec menace et syndrome paranoïde de retrait¹²³³. On peut appliquer à partir du même schéma spatio-territorial le syndrome paranoïaque correspondant : ici l'intrus est perçu comme devant être attaqué. Il est possible aussi de comparer l'attitude paranoïde du schizophrène (défensive) avec l'attitude paranoïaque (plus offensive). Le but ici est également de montrer le rapport évident entre ces syndromes psychotiques et les comportements observables chez les animaux lorsque leur espace est menacé (soit en leur imposant le retrait, soit en leur permettant de se défendre).

Plus largement, ce schéma semble pouvoir être appliqué également à différents contenus délirants souvent présents dans le délire paranoïque, selon le type d'intrus perçu au sein du territoire menacé (délire passionnel si l'intrus est perçu selon son identité sexuelle –jalousie, érotomanie, délire de persécution ou mégalomanie si l'intrus n'est pas perçu selon son identité sexuelle).

On peut également analyser plus précisément à partir de là le schéma hiérarchique (ses conditions de stabilité, d'équilibre) ainsi que la manière dont son basculement peut engendrer les syndromes maniaques ou mélancoliques (en comparant avec les primates) : comportements maniaques (hyperexpressivité, hypersthénésie et hyperkénésie, jeu et syntonie chez l'animal) si un individu voit son rang promu à un niveau supérieur, comportements mélancoliques (inhibition motrice et vitale, isolement, voire élimination physique de l'individu chez l'animal) s'il y a au contraire un recul dans le rang hiérarchique.

En ce qui concerne le syndrome maniaque exprimant ce modèle (de promotion hiérarchique), on peut affirmer que le maniaque « se comporte, en fait, comme un primate en ascension hiérarchique vertigineuse »¹²³⁴. Le syndrome mélancolique serait issu au contraire du déclin hiérarchique, accompagné de thèmes récurrents (délire d'auto-dévalorisation, sentiment d'indignité, idées de ruine, hypocondrie, culpabilité...). Ici, selon Bracinha-Vieira, « l'ensemble de ces thèmes pessimistes compose ce que H. Ey¹²³⁵ a appelé le *délire de petitesse* du mélancolique, véritable délire d'effondrement » en ajoutant que « à la limite, les idées et les actes de *suicide* du mélancolique représenteraient l'intériorité des forces sélectives régulatrices qui, dans la nature, frappent les animaux infirmes ou invalides, forces qui, en dehors de l'espèce humaine (et sporadiquement pour certains animaux domestiques, dans l'entourage de l'homme), contrecarrent la pérennité de n'importe quelle forme de

¹²³³ *Ibid.*, pp. 1006-1008.

¹²³⁴ *Ibid.*, p. 1012.

¹²³⁵ H. Ey, *Etudes psychiatriques*

« dépression animale »¹²³⁶. Cela semble signifier que la dépression animale se réduit à ne toucher que les animaux faibles physiquement (qui se laissent mourir), alors qu'elle est en quelque sorte « conservée » ou plus étendue chez l'homme (ainsi que chez certains animaux domestiques), sous l'effet de la vie domestique (où il est possible de vivre en étant « dépressif »). C'est en tout cas ce que nous comprenons ici, ce qui tend à montrer que les maladies psychiques humaines sont à la fois contre-adaptatives (elles sont contrecarrées chez l'animal) et adaptatives (ce sont des « forces sélectives régulatrices » éliminant les plus faibles).

De même, pour K. Lorenz¹²³⁷ l'homme se serait « auto-domestiqué » au point de transformer certains comportements ancestraux (et animaux) sous la pression imposée par la sédentarisation (et l'urbanisation). Ces transformations auraient conduit à remplacer un « biotype » à modèle spatio-territorial prédominant par un « biotype » à modèle hiérarchique prédominant, ces deux modèles se conservant tout de même chez l'homme « moderne » et se retrouvant dans les syndromes psychotiques.

On peut alors conclure à la possibilité d'adopter tout autant une démarche explicative (selon ces modèles phylogénétiques) que compréhensive, sans réduire l'homme à l'animal. L'auteur le précise bien : « le modèle présenté s'appuie sur des hypothèses qui font découler les troubles psychotiques humains (envisagés au niveau de l'étude des syndromes) du patrimoine phylogénétique-social de notre espèce : il prête ainsi à la maladie mentale, et l'explication et la compréhensibilité (dans le sens proposé par Karl Jaspers). Nous refusons néanmoins toute réduction zoomorphe : la maladie psychique y demeure comme un écho intérieur, façonnant des intentionnalités disproportionnées au-delà de l'origine biologique que nous lui attribuons. Elle reste donc strictement humaine, car ses ingrédients ultimes sont des troubles des fonctions symboliques »¹²³⁸.

Concluons cette partie en suggérant que ces analyses viennent aussi confirmer selon nous ce que nous avons déjà suggéré. La maladie est encore et au fond une manière de rétablir (illusoirement) un équilibre lui-même illusoire. Là où l'on perçoit une chute, une perte d'équilibre, il faut voir au contraire une certaine forme d'adaptation cherchant à compenser une inadaptation fondamentale (inscrite en l'homme mais que l'homme normal compense par une illusion que n'arrive pas à produire la structure psychotique ni même névrotique).

¹²³⁶ A. Bracinha-Vieira, *Ethologie et psychiatrie, Phylogénèse des comportements et structure des psychoses*, p. 1013.

¹²³⁷ K. Lorenz, « Le tout et la partie dans la société animale et humaine : un débat méthodologique », dans *Trois essais sur le comportement animal et humain*, Paris, le Seuil, 1970

¹²³⁸ A. Bracinha-Vieira, *Ethologie et psychiatrie, Phylogénèse des comportements et structure des psychoses*, p. 1014.

La comparaison avec l'animal permet de comprendre aussi en quel sens il « reste » en nous quelque chose d'animal, résistant à la socialisation et au « devenir soi » (qui nous anime sur le plan existentiel et phénoménologique). Il semblerait que cet « attachement » à l'animal, capable de se révéler à travers des symptômes et maladies psychiques, soit à prendre en compte dans une réflexion sur la « santé mentale » ou sur la thérapie. N'avons-nous pas de cette manière un « animal » à « respecter » en nous ? Nos symptômes ne témoignent-ils pas de ce qu'un « niveau » animal est malmené en nous et dont il faudrait prendre soin ?

IV – Thérapie réparatrice ou préventive, la notion d'auto-thérapie, différence entre névroses et psychoses

Il s'agit maintenant de chercher les conditions d'une thérapie capable de s'appliquer à ce que nous avons associé à un renforcement (circulaire) mettant en jeu une constitution et sa rencontre avec la réalité (et engageant certaines données phylogénétiques communes aux animaux).

Nous envisagerons d'abord les difficultés que pose la thérapie dans le domaine psychique, compte-tenu de ce que la maladie se présente comme un circuit de renforcement (qui plus est adaptatif). Puis nous évoquerons les formes nouvelles que pourrait prendre la thérapie pour nous interroger au final sur ce qui permet encore de distinguer les névroses et les psychoses.

A - Difficultés de la thérapie

Dans notre perspective, la maladie (en général, toutes pathologies confondues) peut apparaître comme une manière pour le sujet de s'en remettre à ce qui, dans ce mouvement circulaire fermé, apparaît comme une « issue » et de fait comme une forme d'évidence, même si celle-ci n'a rien à voir avec ce qu'on nomme l'évidence naturelle. C'est cette sorte d'évidence qui selon nous constitue l'obstacle majeur à la thérapie, le sujet « croyant » à l'évidence de ses symptômes et s'y accrochant comme en s'accrochant à « lui-même ». Il est donc difficile pour le soignant de soigner en privant le sujet malade de ce qu'il tient pour évident.

Pour le mélancolique, il apparaît comme évident et significatif que rien n'a au fond de sens, ou qu'il ne désire plus vivre. La manifestation de cette évidence remplace l'évidence naturelle selon laquelle le quotidien acquiert son sens vital, chaque chose méritant d'être faite sans être questionnée dans son sens justement, comme manger, s'habiller, aller travailler... Si un événement dont le non sens absolu (la souffrance, la mort, l'horreur...) vient révéler cette

évidence comme quoi au final rien ne mérite qu'on s'y accroche, tout est vain, rien n'est stable, alors ce qui vient révéler le fond du sujet a précisément valeur de révélation et d'effacement de la forme prise « avant », soit que cette forme était fragile (si le mélancolique est de constitution mélancolique) soit que cette forme soit fragile en elle-même (toute existence pouvant soudainement être confrontée à un événement terrible venant faire comprendre la vanité de l'existence, la fatalité de la mort etc). Le sujet alors s'en remet comme on dit à l'évidence, à ce qui pour lui, compte tenu de sa constitution ou de l'événement, prend une certaine signification qu'il ne peut renier. Ce que l'on nomme alors « évidence naturelle » peut être discuté car la question est de savoir en quoi l'évidence qui maintient l'homme dans une existence « normale » est précisément et à juste titre « naturelle » : l'évidence du mélancolique pour qui rien au fond n'a vraiment de sens, rien ne vaut la peine d'être vécu, peut apparaître comme tout autant voire « plus » naturelle et l'évidence naturelle peut apparaître à l'inverse comme « fabriquée » et de nature sociale (ce qui nous fait attribuer du sens au quotidien repose sur des exigences socio-économiques censées faire de nous des êtres rentables et efficaces sur le plan professionnel et social, en étant notamment capables d' « aimer et travailler », critère de la normalité selon Freud).

Le schizophrène est également persuadé de façon évidente que le monde lui est étranger, que les choses ne sont pas ce qu'elles sont, qu'un danger le menace, ce qui souvent prend la forme du délire ou de l'hallucination et qui est associé phénoménologiquement à une perte de contact vital (vivant, agissant) avec la réalité et autrui. Cette perte de contact pourrait être dite (également) naturelle car elle s'enracine dans une sorte d'élan vital animant l'homme et le vivant, et donc en ce sens donné par l'appartenance de l'homme à la nature vivante, censée agir efficacement sur le monde extérieur pour s'y mettre en forme de façon harmonieuse et réussie, en négligeant ce qui viendrait éteindre cet élan (par le questionnement, la rumination mentale, l'arrêt sur le réel). Or il peut sembler tout aussi naturel, pour un être de raison et de réflexion, de questionner ainsi sa manière d'être-au-monde en révélant son caractère étrange et étranger, menaçant et inquiétant, toujours potentiellement dangereux et incertain. Là encore, on peut penser que ce qui apparaît comme « naturel » (l'absence de questionnement et le sentiment d'être dans un monde « familier ») peut être tout autant pensé comme artificiel et social et qu'il soit possible pour l'homme de ne pas avoir la constitution adéquate pour acquérir cette évidence ou bien qu'il soit possible qu'un événement (faisant apparaître le monde comme étrange et étranger) soit révélateur de cette autre forme d'évidence.

Quant à l'évidence du maniaque, vivant dans une sorte de tourbillon instable fait d'instantanés discontinus (incapable de se fixer dans un vrai présent comprenant à la fois le passé et

l'avenir), elle peut sembler tout aussi « naturelle » que l'évidence qui nous fait nous maintenir dans un « vrai » présent pacifié et continu. La réalité (objets, autrui, événements) n'est-elle pas en effet contraire à cette capacité à nous maintenir dans une continuité quasi parfaite ? Les choses ne sont-elles pas au fond le plus souvent « contre » nous, contraires à nos attentes ou bien ne nous détournent-elles pas souvent de nos projets ou actions (en se posant comme « barrières » ou obstacles ou surprises à prendre en compte) ? Dans ce cas, l'attitude naturelle nous faisant « faire avec », accepter, détourner notre regard ou nous adapter à chaque situation n'est-elle pas elle aussi « artificielle » et fabriquée, acquise ? Ou ne demande-t-elle pas une constitution particulièrement solide ainsi que des événements de vie pas trop « contrariants », négatifs ?

Autre question faisant la difficulté de la thérapie : si la question du « sens » est en fait posée de manière latente (cachée) par la réalité elle-même, dans son « fond » même (finitude, mort, vanité de l'existence etc), cela signifie-t-il que tout sujet est potentiellement susceptible de « découvrir » ce « fond » (vide) quelle que soit sa « structure » ou bien que seuls les sujets dont la structure les prédispose à voir ce fond sont susceptibles de le voir apparaître ? Par ailleurs, la vision ou découverte de ce fond ne peut-elle être surmontée et entraîne-t-elle toujours une « chute » si chute il y a ? La « structure normale » de l'être humain ne lui donne-t-elle pas les moyens d'être à la fois potentiellement confronté à ce vide et d'être en mesure de le dépasser ? L'homme « normal » (non malade) est-il celui qui n'est jamais confronté à ce vide parce que sa structure est telle qu'il maintient son existence projective en équilibre, ouverte sur ce qui lui « arrive » de potentiellement « décisif », « formateur », ou bien est-il celui qui sait « faire avec » ce vide qui malgré tout se manifeste de façon assez visible dans toutes les difficultés liées à l'existence ?

Ici, il semble que la thérapie se doive de « sortir » le sujet malade et souffrant de « son » évidence », pour l'aider à rétablir une évidence qui « au fond » n'est pas plus « naturelle » que l'évidence folle ou malade, la seule différence étant que l'évidence à privilégier est plus facile à vivre, plus en mesure de nous éviter de souffrir. C'est donc dire que la thérapie repose en quelque sorte sur ce seul critère, celui de la souffrance (psychique). Or la mesure de ce critère est délicate on le sait, puisqu'il y a des internements « contraints » et puisque le malade pris dans son évidence peut avoir le sentiment de se protéger contre ce qui le ferait bien plus souffrir...

La thérapie doit donc selon nous s'appuyer sur ce critère de la souffrance psychique, cette souffrance pouvant prendre une forme élargie : douleurs physiques, angoisse, tristesse, colère, incapacité à communiquer, solitude, dépendance, mise en danger de soi ou d'autrui... Des

« normes » sociales peuvent intervenir également pour évaluer cette souffrance en montrant le rôle positif de ces normes en termes de vie en commun, partage, rencontres, épanouissement et en termes de « devenir soi » (impliquant la prise en compte de certaines normes). La difficulté de l'institution psychiatrique tient à ce que cette souffrance n'est pas toujours facile à évaluer et à cibler. L'état souvent confusionnel de la pensée malade et du discours malade limite la communication et la possibilité de « faire comprendre » au malade ce dont il souffre et comment l'aider. Le soin commence donc souvent par un traitement médicamenteux permettant de sortir le malade de sa confusion pour le rendre « lucide » et établir les conditions d'un dialogue thérapeutique. Mais ce dialogue semble manquer encore dans beaucoup d'institutions, où l'on se limite uniquement à « traiter » le malade (faute de pouvoir lui parler). Un reportage sur les « entendeurs de voix »¹²³⁹ montre ainsi que ce n'est pas tant le fait d'entendre des voix qui fait souffrir les sujets que de ne pas savoir comment les contrôler et d'être laissés sans solution par l'institution psychiatrique (qui se borne à faire disparaître ces voix par des médicaments qui, pour le coup, rendent les malades encore plus souffrants). Certains expliquent que c'est en travaillant et en ayant du lien social, en discutant avec d'autres « entendeurs de voix », qu'ils ont réussi à limiter ou à faire disparaître leurs voix. L'un d'entre eux dit même que c'est « la vie », le fait de « vivre » qui lui a permis de se débarrasser de ses voix, ce qui confirmerait l'idée de Minkowski selon laquelle en restaurant l'élan vital on contrecarre sa perte (et les symptômes qui accompagnent sa perte).

Autre point d'appui possible de la thérapie, mais qui pose également problème : on peut poser que le sens « perçu » comme évident par le malade (évidence que rien n'a de sens, évidence que le monde est terrifiant, évidence que tout fait sens... selon les différentes pathologies) est un sens « induit » par la réalité elle-même, n'étant ni objectif ni subjectif, à savoir ni contenu de façon univoque dans la réalité elle-même, comme le seraient des faits, ni inventé en totalité par le sujet. On peut penser en effet que ce que perçoit le malade est réellement « contenu » dans la réalité, en tant que celle-ci est porteuse d'une infinité de sens possibles, en tant qu'elle s'ouvre à l'interprétation et que cette interprétation, lorsqu'elle est faite par l'homme, peut être quasi infinie, au point qu'une même réalité peut recevoir des sens contraires.

Il convient toutefois ici de distinguer différents niveaux ou degrés de sens, selon que la réalité propose de simples faits ou des « événements ». Dans le cas du simple fait, de la réalité se présentant simplement à notre perception, il est clair que l'interprétation peut être infinie et que le fait vaut comme événement de par la structure même du sujet qui interprète le fait selon le sens proposé par cette structure. Dans le cas d'un « réel » « événement », on peut penser

¹²³⁹ Infrarouge, « J'entends des voix qui me parlent », G. Miller, 30 mars 2021, France 2

que le sens ici induit est à plus forte charge, et qu'il « signifie » davantage telle chose que telle autre, et que c'est l'évidence « tragique » de ce sens qui fait « tomber malade ». Pour autant, on peut penser aussi que ce sens évidemment tragique contient en lui d'autres sens possibles, comme le sujet contient en lui « normalement » les capacités de s'adapter à lui au point de « tenir » ou de « s'en remettre ». Dans le cas de la maladie, on peut penser que le sens fait sens à lui seul, et que le sujet est livré à ce sens, sans plus aucune « autre » possibilité de lecture et d'interprétation. Dans la névrose, on peut penser que le sujet est également réduit dans sa lecture et son interprétation de la réalité, mais tout en gardant une marge de manœuvre, soit qu'il garde le sentiment de « maîtriser » le sens qu'il donne à la réalité, soit qu'il se rende compte que le sens qu'il donne est réduit et problématique, au point qu'il essaye de lutter contre (le jaloux obsessionnel arrive à douter de ce qu'il croit pourtant et à opposer à ses idées d'autres idées, le dépressif se rend compte qu'il n'est pas « normal » de n'avoir envie de rien et essaye de trouver des moyens de retrouver un certain goût).

Ici ce qui ressort est que la chute proprement dite s'explique par la réduction à un seul sens déterminé, perçu comme induit, donné, imposé, impossible à nier. Le sujet qui « chute » s'abandonne à ce sens faute de pouvoir lui opposer autre chose qui vaudrait comme « normal ». Le caractère irréversible de ce processus tient à la fermeture de ce sens et du temps qui, parce que défaillant, ne peut pas rouvrir le sujet à d'autres possibilités, à d'autres sens et projets de monde possibles.

Enfin, dernière difficulté que nous voulons souligner : il semble bien que le problème majeur auquel se heurtent les soignants soit celui du caractère tardif de la prise en charge (médicale ou psychologique ou psychiatrique). Les sujets qui « tombent » malades le sont déjà depuis longtemps et ils arrivent en soin avec comme un temps de retard sur la maladie, lorsque les symptômes devenus visibles le sont trop (au point de rendre plus difficiles des soins qui supposent un minimum de communication possible).

B - Vers des nouvelles formes de thérapies

En nous appuyant sur l'analyse existentielle, nous nous proposons ici d'envisager ce que pourraient être les nouvelles formes de thérapie. Rappelons déjà les bases de la thérapie s'inspirant de la phénoménologie ou de la psychiatrie phénoménologique. Une de ces bases est la notion de compréhension (de l'existence du malade, de sa constitution), l'autre base est l'idée de rouvrir le sujet malade à ses possibilités. Nous voulons partir de ces données pour préciser les modalités de ce que pourrait être aujourd'hui la thérapie s'inspirant de ce modèle

existentiel et phénoménologique.

Nos analyses précédentes nous amènent ainsi à proposer plusieurs pistes de réflexion, s'appuyant avant tout sur la notion de sens (signification donnée à la réalité, à notre projet de monde, à nos perceptions) et ayant pour enjeu de contrebalancer la tendance (constitutive) au rétrécissement, au basculement et surtout à la souffrance qui accompagne la chute et la perte d'un monde.

La difficulté principale tient au fait que semble manquer chez le sujet malade ce qui rendrait possible une distance entre sa structure et lui-même (se rendre compte de sa structure) : comment rendre possible la modification ou le contrôle de ce que l'on est structurellement, comment agir sur sa propre structure lorsqu'elle est défaillante ? Il semble que cette difficulté contienne en elle-même sa réponse ou résolution puisqu'elle suggère que c'est là le rôle du thérapeute que de permettre justement cette distance et cette compréhension de soi par soi. En « comprenant » ce qui arrive au sujet qui tombe malade, le thérapeute introduit ainsi le double réflexif qui manque au sujet en perte. Il lui donne la possibilité de « se voir » (sinon « malade », du moins en train de perdre son monde).

C'est cette distance qui doit, semble-t-il, permettre de rouvrir le sujet à d'autres sens possibles, sens également contenus dans la réalité en plus de celui qu'il perçoit comme évident (et qui peut aussi être contenu). Ces autres sens possibles devraient rendre possible un certain rééquilibrage (progressif et bénéfique), pouvant et devant être repris par le patient lui-même. C'est dire que le but du thérapeute, comme de l'éducateur, est semble-t-il de donner au patient les moyens de se rééquilibrer lui-même autant qu'il le peut (en bénéficiant bien sûr s'il le faut d'un traitement médicamenteux d'accompagnement ainsi que de la proximité du thérapeute ou de tiers pouvant l'accompagner également dans ce rééquilibrage de son existence).

En ce qui concerne la compréhension (du malade par le thérapeute), la thérapie devrait également pouvoir s'inspirer de la proximité que l'on peut trouver entre les formes d'existences malades et ses formes « normales », proximité qui permettrait ainsi de « comprendre » le malade.

En effet, indépendamment des névroses (où le qualificatif de pathologie peut être appliqué), on peut considérer que des formes « normales » d'attitudes pathologiques existent, dans lesquelles le sujet ne serait que temporairement et de façon modérée soumis à ces mêmes variations de forme. On peut ainsi avoir des comportements maniaques, mélancoliques ou schizophréniques sans que cela ne soit perçu ni étiqueté comme comportement pathologique. On peut être maniaque lors de situations dans lesquelles la réalité semble « vouloir » nous empêcher d'atteindre l'objectif que l'on s'est fixé, mélancolique si une situation nous fait

percevoir la vanité de l'existence, schizophrène si une ambiance nous semble décalée et étrange. Pour autant, même si le fond de signification induit par la situation (impliquant à la fois la réalité extérieure et notre constitution du jour) fait disparaître pour un moment la forme habituelle et normale qui nous maintient « existant », cette forme réapparaît assez rapidement. Pourquoi ? Parce que nous arrivons à lui opposer d'autres fonds de signification. Ne faut-il pas alors que la thérapie ait cette fonction et ce rôle avant tout, à savoir donner au sujet malade la possibilité de s'opposer à la réduction et au basculement de son monde dans un monde étriqué et douloureux voire dangereux? La prise en compte, par le thérapeute, de sa « proximité » avec son patient (le fait de se sentir également concerné voire menacé par ce qui « arrive » au patient) peut être importante pour bien comprendre le malade et ses troubles.

Mais pour cela, il faut semble-t-il que le thérapeute « aille chercher » le malade « là où il est », à savoir dans son monde « malade ». Il lui faut abandonner ou mettre entre parenthèse, le temps de la thérapie, « son » monde « normal » pour entrer dans le monde particulier de son patient, en se mettant « à sa place », en faisant comme si son monde (malade) était somme toute normal. Ainsi à celui qui entend des voix ne convient-il pas de lui demander « et que vous disent vos voix ? » plutôt que de lui dire qu'il a des hallucinations (ce que le malade ne peut « entendre » puisqu'il « croit » à ses hallucinations) ? De même, savoir que l'on entend des voix aussi quand on rêve et qu'il nous arrive de nous parler à nous-même à haute voix, par exemple, peut nous rendre proche de nos patients malades. Savoir aussi que l'on n'est pas à l'abri d'un deuil impossible (d'une perte nous laissant inconsolable), d'une « déprime » pouvant s'éterniser, d'un enthousiasme excessif ou d'une colère disproportionnée, tout cela peut rendre le patient plus proche et mieux compris, avec lequel un dialogue est toujours possible malgré l'apparente incohérence de son discours. Comme le suggère C. Chaput « nul thérapeute ne peut faire l'impasse sur ce qui l'a fait thérapeute, son histoire personnelle familiale et autre, mais aussi la faille potentielle qui est en lui et qui est génératrice de sa créativité, même dans la relation thérapeutique »¹²⁴⁰.

Pour cela, il faudrait peut-être arriver à penser que la folie et la maladie seraient au fond aussi « normales » que la normalité. Il est ainsi normal de se trouver à un moment ou à un autre de son existence confronté à une absence ou perte ou excès de sens (perçu et pensé), d'être face à une mise en question de la croyance ordinaire (voile masquant la manière pathogène dont la réalité peut nous apparaître). Pour l'individu normal, ce voile du quotidien est solidement maintenu par différents procédés eux-mêmes sans cesse garantis ou maintenus quels que soient les événements perturbateurs pouvant venir le déchirer (ce déchirement possible étant

¹²⁴⁰ « De la transpassibilité du thérapeute » dans *Penser l'humain avec* Maldiney, Italie, Editions Mimesis, 2016

lui-même compris dans la croyance fondatrice). Pour l'individu tombant malade ou devenant fou, ce masque est fragile et menacé par l'événement. L'impossible fait irruption. Le thérapeute doit donc se confronter lui-même à l'impossible avec son malade : il doit « entrer dans la gueule du monstre » (Benedetti), faire « corps à corps avec les patients » (Pankow)¹²⁴¹. Chez les stoïciens, le fou est qualifié de « *stultus* » en rapport avec le « *stolidus* », il désigne celui qui est devenu « inerte », sans mouvement (en lien avec le terme « locus », lieu). Le fou aurait donc perdu sa capacité à se mouvoir, ou encore il serait « sans lieu », déplacé. Ramener le malade ou le fou « à la raison », c'est chercher à le faire revenir « parmi nous », dans « notre monde », dans « la cité », dans le lieu où prévaut un sens « commun » conçu pour éviter trop de souffrance, pour vivre ensemble, pour accepter une réalité parfois contraignante ou exigeante, mais où l'on est aussi capable de comprendre, d'accepter et de soutenir celui ou celle pour qui ce sens évident est perdu ou menacé. Il est clair que ces considérations présupposent que la société et les institutions soient capables de porter un certain ou nouveau regard sur la maladie mentale, un regard inclusif, invitant la maladie à « faire partie » de la société, voire à être considérée comme un enrichissement potentiel, les individus « malades » pouvant apporter quelque chose aux individus « normaux », par leurs différences. On le voit aujourd'hui un peu avec les individus souffrants d'autisme ou les individus souffrant de trisomie, et que la société tente de plus en plus (même si cela reste encore insuffisant sans doute) à intégrer à la vie éducative (école) et professionnelle. Pour les individus souffrant de psychose ou même de névrose (phobies ou dépressions par exemple), le maintien dans la vie sociale demeure compliqué (écoles inadaptées ou alors il s'agit d'écoles spécialisées « prises » dans l'institution psychiatrique, incapacité de travailler). Si pour nous les facteurs sociaux ne sont pas en soi des « causes déterminantes » de la maladie, ils nous paraissent pour autant déterminants lorsqu'il s'agit de contribuer au soin des malades. La société en ce sens n'a pas encore réussi à avoir un effet thérapeutique bénéfique sur la maladie, elle contribue plutôt et encore à avoir un effet anti-thérapeutique (notamment par le maintien de la pratique de « l'enfermement » : on ne peut que douter de ce que l'enfermement puisse « rouvrir » un sujet déjà « enfermé » en lui-même à de nouvelles possibilités). Comme le constate une patiente « entenduse de voix »¹²⁴², son internement suite à son premier épisode schizophrénique a constitué un traumatisme « extérieur » venant s'ajouter à son traumatisme intérieur. La société n'a plus ses « fous ou idiots du village » dont on acceptait et reconnaissait qu'ils soient bizarres ou différents sans les exclure pour autant de la sphère sociale. Ici, les associations peuvent jouer pleinement leur rôle en venant compléter ou compenser le travail des

¹²⁴¹ cités par C. Chaput dans « De la transpassibilité du thérapeute », dans *Penser l'humain avec Maldiney*

¹²⁴² Infrarouge, « J'entends des voix qui me parlent »

institutions. Celles-ci bien sûr restent nécessaires pour « traiter » les malades durant leur « chute » (elles doivent assurer leur rôle médical ou psychologique de « soin »).

Concernant la difficulté d'entrer en relation justement avec le malade lorsqu'il est au point fort ou culminant de la maladie (rôle justement des soignants et des institutions), il semble « évident » d'encourager les traitements capables d'agir sur la pluralité des facteurs en cause et en jeu dans la constitution pathogène (constitution constituée de tout ce qui compose une existence humaine et interagissant avec le monde extérieur, comme nous avons essayé de le montrer). Il semble indiscutable de reconnaître aux médicaments une action efficace et nécessaire lors des épisodes aigus (et dans un traitement médical sur le long terme lorsque cela est nécessaire), mais il s'avère aussi nécessaire de compléter cet accompagnement médicamenteux par d'autres actions thérapeutiques. Tatossian (dans *La phénoménologie des psychoses*) suggère par exemple ceci, à propos de la mélancolie (endogène) : « pendant la psychose, le mélancolique est plus ou moins indifférent à la situation mais plus la mélancolie s'améliore, plus il y redevient sensible. C'est dire que la « phase thymoanaleptique du traitement » [prise de médicaments antidépresseurs ou neuroleptiques] doit être suivie d'une phase « non thymoanaleptique » où le but doit être à la fois de prévenir l'apparition des situations spécifiquement pathogènes pour le type mélancolique - qu'elles soient de nature névrotique, ménopausique, gravidique ou même artérioscléreuse cérébrale - et aussi de diminuer la fixation du type mélancolique à ses caractéristiques ». Pour autant, Tatossian rappelle bien les limites de la thérapie, à ce niveau, en soulignant qu'« en fait, la psychothérapie rencontre ici des difficultés mal surmontables si tout au moins elle prétend modifier réellement le type mélancolique : la principale est que le mode de communication symbiotique-sympathique tend à faire se développer une relation de dépendance avec le thérapeute lui-même et aussi que le type mélancolique répugne à la communication libre et tend à l'organiser par les barrières rigides »¹²⁴³.

Il semble ici qu'interviennent deux choses. Tout d'abord un facteur temps important, suggérant que la thérapie ne peut et ne doit agir que progressivement et par étapes, avec pour chaque étape une réactualisation des modalités de traitement. Ce facteur temps semble pouvoir être associé (comme en négatif) au temps « malade », au temps mis par l'existence du sujet à constituer une existence potentiellement malade. Le temps de la thérapie se propose donc de reparcourir ce temps comme en chemin inverse, mais non pas tant pour retrouver une constitution « normale » de « départ », inexistante et illusoire, que pour recréer les conditions d'une existence possible. D'autre part et cela rejoint l'idée précédente, apparaît aussi l'idée que

¹²⁴³ A. Tatossian, *Phénoménologie des psychoses*, p. 145.

le projet thérapeutique de « supprimer » la maladie, de la guérir, de s'en débarrasser comme on se débarrasserait d'un virus ou d'un cancer, est également à écarter. Il ne s'agit pas, dans l'action thérapeutique, de changer la personne malade en personne « normale », il ne s'agit pas non plus de lui permettre de « revenir » à « son » ou à « un » état « normal ». De fait, cet état n'a sans doute jamais existé en elle et n'existe sans doute chez personne, d'autre part la maladie « laisse des traces » et dessine comme une frontière séparant un « avant » et un « après » (l'avant correspondant à ce qui précédait la visibilité des symptômes, l'après correspondant à ce qui a suivi leur visibilité) même si dans l'absolu la personne est au fond toujours la même (sa constitution ne change pas radicalement). Dans le cas des personnes souffrant de troubles schizophréniques par exemple, on peut penser qu'elles portaient déjà en elles la possibilité de déclencher la maladie et qu'elles resteront sujettes à ces troubles. Pourtant il y a bien en elles, dans le témoignage de leur vécu, un « avant » et un « après » suggérant qu'elles ne seront plus jamais « comme avant » (avant le début de leurs troubles). Quant à l'action thérapeutique, elle semble là aussi, comme dans le cas de la mélancolie évoqué par Tatossian, devoir procéder en différentes phases temporelles et complémentaires : d'abord compenser les effets négatifs de la constitution (rôle des médicaments par exemple pour limiter la fréquence et la violence des hallucinations) puis soutien et accompagnement autre afin d'aider le malade à comprendre sa constitution et à limiter ses effets pathologiques sans pour autant prétendre ou tenter de changer cette constitution (par exemple certains schizophrènes arrivent progressivement à gérer les voix qu'ils entendent).

Les méthodes thérapeutiques utilisées pendant ces phases d'accompagnement peuvent être de plusieurs types et il en existe déjà qui s'inspirent de la psychiatrie phénoménologique. Il s'agit principalement de méthodes susceptibles d'agir sur la temporalité mais aussi sur l'espace, c'est-à-dire sur la structure intentionnelle du sujet ainsi que sur sa corporéité. Il s'agit de rouvrir son rapport au monde à d'autres possibilités. Par exemple, certains psychiatres ou psychothérapeutes comme Corinne Gal utilisent des techniques psychodramatiques inspirées de Moreno (psychothérapie de groupe et psychodrame), en reliant ce procédé à la conception binswangerienne de l'homme comme être constitué par des « directions de sens ». « Dans ces significations, la présence humaine s'y déploie, projette l'étendue, s'y déplace, projette la hauteur, s'y élève et ainsi habite un espace devenu présentiel (espace thymique). « Je suis au fond du trou », « J'ai le vertige », « Je n'arrive pas à faire le pas », « J'ai mis la barre trop haute », autant de métaphores « classiques », coutumières aux cliniciens, énoncées par le patient. Or la métaphore participe à la dynamique ontologique de ce qu'elle décrit. Le psychodrame, comme technique psychothérapeutique, nous permet de travailler au cœur de la

métaphore, au cœur de l'espace thymique, de l'amplifier afin de permettre une « fabrique » de la présomption [présomption que Binswanger met au centre de la constitution schizophrénique]. Présomption comme mouvement fondateur d'une possible réélaboration psychique »¹²⁴⁴. Ici, on le comprend, il s'agit de permettre au patient d'ouvrir de nouvelles possibilités à partir de sa constitution même, en jouant ou rejouant des fragments de son existence afin de leur donner un nouveau sens. En cela, « le psychodrame favorise l'oubli, en ce sens que, abandonnés, absorbés par un jeu sérieux, nous vivons l'écart d'avec la réalité comme vérité. L'interaction entre les joueurs favorise l'oubli et la métamorphose de fragments d'existence. Rendre présent accorde un présent authentique comme nouvelle vue sur les choses. Une vue en surplomb, non pas distanciée mais nouvelle. Un présent oublieux d'un passé sans attente de futur ouvrant à un à-venir. Le jeu est puissance d'être comme hauteur, il ordonne ici et maintenant la direction d'ensemble de l'existence »¹²⁴⁵.

On peut penser aussi que ce n'est pas tant le jeu ou le théâtre qui permettent de réaliser la vocation thérapeutique de la phénoménologie psychiatrique que ce qu'ils contiennent de « vivant » et que peuvent contenir d'autres formes d'initiatives thérapeutiques. La danse, la musique, le travail, la discussion, les sorties extérieures dans la nature, le contact avec les animaux etc, tout cela semble pouvoir et devoir favoriser une réouverture des possibilités au sein d'un « temps » (espace-temps en réalité) où le présent réopère sa capacité d'ouverture et réactive le flux temporel (existentiel, vivant). Ce qui permet cette réactivation, c'est en réalité le fait de permettre au « malade » de se « retrouver » dans un « monde » où peut se faire le rééquilibrage de sa constitution défaillante, monde du jeu ou du psychodrame par exemple pour certains, monde du travail pour d'autres (exemple d'Aby Warburg), monde de la danse pour d'autres encore etc. La base de la thérapie semble être ainsi la vie elle-même, mais délestée de ce qui pourrait venir renforcer une constitution qui la mettrait en question, pleine au contraire de ce que la vie contient de réparateur et de créateur. La thérapie doit fonctionner comme un « sas » ou comme une « chambre stérile » permettant au sujet de se « reposer » en quelque sorte hors de « lui-même », hors de son rapport au monde chutant et tombant, hors de sa constitution. Il doit en même temps pouvoir saisir cette constitution « au repos », à distance, comme « à froid », pour lui opposer de quoi la rééquilibrer ou la « stabiliser » (comme on dit d'un patient psychotique qu'il est « stabilisé », en suggérant que le renforcement de sa constitution est au moins stoppé ou ralenti). Cet espace-temps ou « monde » que doit selon nous « constituer » la thérapie peut prendre la forme d'une

¹²⁴⁴ Corinne Gal, *L'expérience de la présomption binswangerienne en psychodrame*, dans Binswanger, *Philosophie, Anthropologie clinique, Daseinsanalyse*, Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2011, p. 255.

¹²⁴⁵ *Ibid.*, p. 255.

« transition » et nous illustrons cette idée par un exemple de thérapie s'appuyant sur cette idée. Cet exemple est rapporté dans un article d'A. Haddad¹²⁴⁶ où il s'agit de montrer que la maladie étant un mécanisme de défense, les symptômes jouent par conséquent un rôle rassurant imposant la nécessité d'une transition thérapeutique (le maintien des symptômes en même temps qu'une nouvelle configuration). L'auteur part aussi du constat qu'il est possible de rapprocher certaines psychopathies de la schizophrénie (laissant espérer une amélioration et une prise en charge thérapeutique possible) : le cas de M. M. délinquant (braquages, usage de chèques falsifiés) adressé par la prison de Fleury Mérogis y est ainsi présenté et analysé de la façon suivante, que nous rapportons ici : « Il nous est apparu à plusieurs reprises que la psychopathie était une défense du Moi archaïque contre l'angoisse dissociative et psychotique. Le mécanisme psychopathique, à savoir : la délinquance, l'antisociabilité, l'impulsivité, l'inadaptabilité, le passage à l'acte, était un écran derrière lequel se cachait le schizophrène qui, confronté à sa difficulté de percevoir et d'appréhender le réel, arrivait de cette manière à ébaucher une pseudo-rationalisation quant au comportement »¹²⁴⁷. Précisons ici que la perspective adoptée pour comprendre la maladie est plus psychanalytique (allusion au Moi archaïque) que phénoménologique mais que cela ne change rien à l'approche thérapeutique. Cela montrerait au contraire que l'approche phénoménologique est quelque part présumée par les autres approches, l'idée même de transition thérapeutique et de reconfiguration étant d'inspiration phénoménologique. La suite de l'analyse le confirme : « Le choix de la société comme support des fantasmes archaïques est dans une certaine mesure rassurant. Celle-ci étant constituée d'un ensemble d'individus, le sujet y verra l'image de son Moi morcellé et dissocié. Chaque individu de la société n'étant qu'une parcelle de son Moi expansif et mégalomane, le Moi archaïque pourra ainsi diffuser et devenir un « Ego social » à l'image de l'Ego cosmique de Freud dans le cas Schreiber. Le psychopathe se sentant agressé et persécuté par elle, justifiera ainsi sa délinquance »¹²⁴⁸. De fait, « Cet Ego social mégalomane fait que le délinquant n'éprouve apparemment aucune culpabilité quant à ses acting out. Comment d'ailleurs pourrait-il en éprouver, puisque sa toute puissance lui autorise ce comportement ? Accepter une limitation serait entraîner une blessure narcissique insupportable qui remettrait en cause son existence même. « Cette composante narcissique se manifestait de différentes façons. Elle transparissait, d'une part, à travers les fantasmes de réussite, asociale ou non, de ces jeunes qui nourrissaient des illusions marquées au coin de l'omnipotence, excluant tout obstacle ou tout risque, et, d'autre part, à travers la

¹²⁴⁶ dans *Psychopathie et schizophrénie*, L'Évolution psychiatrique, tome 45, juillet-septembre 1980

¹²⁴⁷ *Op. cit.*, p. 519.

¹²⁴⁸ *Ibid.*, p. 520.

fréquence du recours à une image idéalisée d'un adulte tout-puissant, qu'il s'agisse soit d'un père utopiquement idéalisé, soit d'une image anonyme de l'homme idéal »¹²⁴⁹ »¹²⁵⁰. L'analyse des différentes étapes de la prise en charge distingue alors une première étape où le comportement psychotique est l'essentiel, une deuxième étape où se combinent relation transférentielle plus durable et apparition en même temps des mécanismes psychotiques dissociatifs, délirants, persécutoires, et enfin une troisième étape de restructuration, le tout sur une durée de trois ans. Le rôle de la transition thérapeutique est précisé et présenté comme une « structure » qui « ainsi établie acceptera, dans un premier temps, d'être utilisée, manipulée, niée dans son rôle thérapeutique. Ce sera la condition de sa réussite, car acceptant cela dans sa permanence, elle pourra rappeler au sujet [...] les limites indispensables de la vie en société, avec essai de compréhension et d'analyse des comportements antisociaux »¹²⁵¹. La thérapie ici prend en compte l'ambivalence psychotique de besoin et de rejet décrite ainsi: « le sujet investit l'objet et lui confère une toute-puissance dont le sujet profitera en retour dans la relation symbiotique ; mais n'exister que dans une telle relation rend la situation très précaire, et le risque d'anéantissement par l'objet dans cette relation entraînera secondairement le rejet et le désir de destruction de l'objet. Pris dans cette dynamique de besoin et de rejet, le délire intervient alors pour donner une extériorisation, un semblant de réalité à ce conflit intérieur des affects. La relation transférentielle instaurée depuis plusieurs mois empêche la résolution ou la baisse des tensions par le passage à l'acte. Le mécanisme délirant beaucoup plus angoissant que les acting out pour le psychopathe est devenu possible grâce à l'établissement de la relation thérapeutique. Le délire fonctionne alors comme un mécanisme de guérison, car il n'entraîne pas de rupture avec les soignants ; il permet la continuité des échanges et il sert d'intermédiaire dans la relation »¹²⁵².

Nous pensons que cette étape de transition permettant un réaménagement de notre rapport au monde est au cœur de la plupart des thérapies et qu'elle en est le fondement même y compris dans les thérapies dites « nouvelles » (thérapies dites « brèves » : thérapie comportementale, développement personnel, ergo-thérapie, art-thérapie, hypnose...). Nous ne pouvons ici reprendre toutes ces formes modernes de thérapie mais nous pouvons résumer le principe de la thérapie EMDR (intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires) mise au point par Francine Shapiro dans les années 80¹²⁵³ afin de traiter les stress post-traumatiques. Il

¹²⁴⁹ Van Thiel Godfrind, *Essai de systématisation de la notion de psychopathie*, Psych. Enf., XII, 1969

¹²⁵⁰ *Psychopathie et schizophrénie*, L'Évolution psychiatrique, tome 45, p. 522.

¹²⁵¹ *Ibid.*, p. 522.

¹²⁵² *Ibid.*, p. 523.

¹²⁵³ qui lui valu le prix *Award for Distinguished Scientific Achievement in Psychology* en 1992 et *Prix Sigmund Freud* en 2002

s'agit de montrer en quel sens une thérapie en apparence éloignée de la psychanalyse et de la phénoménologie reprend en fait le même principe et la même finalité, à savoir permettre au sujet souffrant de se reconfigurer afin de moins souffrir. Ainsi cette thérapie part de l'idée que le fait de parler d'un traumatisme ne suffit pas voire n'est pas désiré par le patient qui craint de re-souffrir. Il s'agit alors d'accompagner le rappel du traumatisme par un protocole sécurisant faisant contrepois en sollicitant d'autres registres que le registre verbal (notamment perceptifs) et où l'on intègre également des stimulations permettant des mouvements oculaires (élargis depuis à d'autres domaines : tactiles, olfactifs, auditifs). La séance vise ainsi à envoyer au cerveau de nouvelles informations (plus positives) venant s'intégrer aux informations passées non intégrées (à cause du traumatisme) et permettant ainsi leur résolution, leur traitement. Le principe est de solliciter les deux hémisphères cérébraux (stimulation bilatérale alternée, SBA) pour envoyer à l'amygdale (centre de la peur) des informations apaisantes issues des stimulations sensorielles (ou des mouvements oculaires dont l'effet apaisant, dit cholinergique, est reconnu). Le lien ainsi établi entre les cerveaux limbique (dit émotionnel) et cognitif permettrait un retraitement de l'information liée au souvenir traumatisant (par de nouvelles associations rendues possibles par la baisse des tensions émotionnelles).

C'est dire ici que la relation thérapeutique a bien pour rôle de permettre au sujet malade de confronter sa structure (dans sa défaillance même) à un espace (temps) de vie où cette structure ne s'emballe pas, ne se renforce pas mais au contraire est contrebalancée par des éléments capables de l'accueillir et de la reconfigurer de façon bénéfique et adoucie, constructive ou réparatrice.

Nous pouvons à partir de là suggérer qu'une autre étape est possible et nécessaire, pouvant intervenir soit « avant », soit « après » la « chute », et que l'on nommera ici « auto-thérapie ». En effet, il apparaît à travers l'idée même de thérapie que la mise en place d'un « monde » (espace-temps) où le sujet « malade » cesse de « tomber » malade et où il « récupère » de lui-même (au sens où il « se » récupère et le fait par lui-même grâce au thérapeute ou à la thérapie) est possible. De là, il devient possible d'affirmer que la mise en place de ce monde peut être poursuivie par soi-même, soit en « sortant » de thérapie, soit « avant » même de « tomber » malade. Cela semble rendu possible par la prise en compte de la constitution qui est la « nôtre », non pas en ce qu'elle nous « définit » ou constitue notre « nature » ou notre « essence », comme nous l'avons souligné, mais en tant qu'elle configure à tel ou tel moment de notre existence et à la faveur des événements qui nous arrivent, notre manière d'être et de réagir, notre manière de percevoir et de donner sens. Cette prise en compte peut être favorisée par la connaissance et la compréhension de soi, par le souci de soi, que ne permet pas

toujours, certes, l'environnement social, familial ou éducatif (il n'y a pas de « cours » obligatoires de psychologie, ni d'ateliers de « découverte » de soi par exemple, on ne rencontre un « psychologue » que lorsque justement on « tombe » malade ou que l'on « ne va pas bien »). Il y a un vrai travail à faire selon nous à ce niveau qui pourrait permettre une certaine prévention et anticipation des « maladies » ainsi qu'une meilleure prise en considération (reconnaissance) des maladies psychiques et mentales par la société. Il s'agirait de permettre aux individus susceptibles de tomber malades (maladies endogènes ou neuro-psychiques avec facteurs héréditaires par exemple comme souvent dans le cas des psychoses) de pouvoir prévenir l'apparition des premiers symptômes en se constituant autant qu'il leur est possible un « monde » à l'abri de ce qui pourrait venir renforcer leur constitution (comme quand on se sait diabétique et que l'on évite le sucre ou quand on se sait fragile des os et que l'on ne fait pas de sport à risque, ou, exemple plus récent, quand on sait que l'on peut attraper un virus, et que l'on s'en prémunit). Le principe de l'auto-thérapie doit aussi permettre une prise en charge plus rapide (en sachant de « quoi » on souffre). Dans le cas de la schizophrénie par exemple, savoir que l'on peut souffrir de ces troubles (parce qu'ils touchent 1% de la population) ou que l'on peut avoir un enfant souffrant de ces troubles, permettrait d'être vigilant et réactif, à condition que la société aussi soit elle-même en mesure d'accueillir et de « comprendre » ces maladies (pour que les personnes concernées par la maladie ne se sentent pas « rejetées », « folles », ni même « malades », mais simplement « souffrant de tels ou tels troubles »).

Ici, la question de la « reconnaissance » (de la maladie) se pose et elle déborde notre sujet mais il est clair qu'elle se pose lorsque l'on aborde la question de la thérapie et de l'auto-thérapie. Selon nous, la reconnaissance de la maladie ainsi que sa « normalisation » ne sont pas nécessaires ni forcément bénéfiques. Ce qu'il convient surtout c'est la reconnaissance par soi et la normalisation par soi. Etre par exemple « reconnu » schizophrène par la société et voir la schizophrénie reconnue au fond comme « normale » par la société peut certes aider le « malade » à savoir qu'il a une « place » où on reconnaît et accepte ses troubles ainsi qu'un espace de soin et d'accueil. Mais cela peut aussi l'enfermer dans une « définition » (la société lui demande de dire qu'il « est » schizophrène) et dans un « modèle » (institutionnel et thérapeutique). Ce qui compte davantage selon nous est qu'il puisse savoir (suffisamment tôt voire à l'avance) qu'il « souffre » de « troubles schizophréniques » (par exemple), ou qu'il « a ou entend des voix », et qu'il puisse trouver les moyens qui lui conviennent pour « reconnaître » ses propres troubles, les admettre comme « siens », faisant partie « normale » de son existence, et qu'il puisse vivre avec ou en limiter la portée négative, ou en faire une

force. Le « modèle » de cette auto-thérapie peut selon nous être éclairé par les « progrès » réalisés en faveur des personnes souffrant d'autisme. La société semble de mieux en mieux connaître cette « maladie », l'admettre et l'accueillir (même au sein de l'école). Elle ne l'appelle pas non plus « maladie » et les autistes ne se disent pas « malades ». Il est dit que l'autiste « souffre de troubles autistiques » et l' « on » fait en sorte que les personnes « autistiques » (l'adjectif ici est révélateur) puissent bénéficier au quotidien (et hors de l'hôpital) d'un environnement « adapté ». La personne autistique est également encouragée à se prendre en charge elle-même et à savoir « gérer » ses troubles. Ceux-ci sont admis comme « constitutifs » dans le sens que nous avons suggéré, non pas au sens qu'ils définissent une « nature », non pas au sens où ils seraient « organiques », mais au sens où ils dessinent et configurent une « manière » d'être au monde, un type de « rencontre » potentielle avec tel ou tel événement (réalité).

L'auto-thérapie prend également la forme d'un soin « post » traumatique, d'un soin et souci de soi (par soi) « après » la maladie, consistant à se créer autant que possible un espace (temps) d'existence capable d'accueillir sa constitution sans la mettre à l'épreuve de sa défaillance éventuelle et en l'ouvrant à des possibilités pouvant révéler sa force et sa singularité (comme c'est aussi le cas pour les personnes autistiques dont on cherche à valoriser les capacités). Dans tous les cas, le principe d'une auto-thérapie semble à la fois la base et le support de la thérapie en général (rendre au sujet son autonomie) et de la thérapie inspirée par la phénoménologie où la question de la maladie se concentre sur la totalité de l'existence, sur le concept de « Soi » et sur l'existence comme « devenir Soi ».

Pour autant, il nous faut maintenant tenter une distinction entre les différentes maladies selon qu'elles se soignent peut-être différemment, et là réapparaît semble-t-il la question de la différence entre les névroses et les psychoses.

C - Névrotes et psychoses

Notre question est ici de savoir si, malgré leurs différences, les névroses et les psychoses ne sont pas à comprendre de la même manière (phénoménologiquement parlant), lorsqu'il s'agit de s'interroger sur le « temps » de leur manifestation (chute, basculement). N'y a-t-il pas autant dans les névroses que dans les psychoses un phénomène de renforcement et de circuit impliquant une constitution et un type ou style de rapport au monde ? Rappelons tout d'abord ce qui relie ces deux classes de maladies et qui tient au fait qu'il s'agit précisément des deux formes basiques de maladies psychiques. Ainsi pouvons-nous admettre que le « domaine des troubles du fonctionnement diffus en rapport avec l'esprit directeur » est ce qui « constitue le

domaine des psychoses et des névroses »¹²⁵⁴. Leurs différences et points communs peuvent être résumés ainsi : « en fait les manifestations dites névropathiques constituent la forme atténuée des troubles mentaux qui lorsqu'ils sont plus accentués donnent lieu à des troubles du comportement et aux psychoses. Celles-ci ont les mêmes causes et peuvent aussi bien régresser et guérir et c'est pourquoi il reste une certaine unité entre névroses et psychoses »¹²⁵⁵. Quant à la question de savoir s'il y a entre elles une différence de degré plutôt qu'une différence de nature, nous pouvons admettre que ces troubles (de la pensée, subjectifs), que l'on ne peut étudier que « par l'introspection, l'interrogatoire ou des moyens indirects, peuvent être d'intensité et de degré très variables. Tantôt ils restent légers, suffisants pour être perçus subjectivement, mais insuffisants pour donner à l'extérieur des perturbations importantes du comportement apparent. Ce sont ces cas que l'on désigne sous le nom de névroses. Tantôt au contraire ils sont plus marqués et perturbent tout le comportement, le malade devenant en quelque sorte comme étranger aux hommes normaux (aliénus, aliéné). Ce sont là les psychoses. Dans le premier cas, le trouble psychique reste insuffisant pour altérer très ostensiblement le fonctionnement de la personnalité. Dans le second cas, la personnalité elle-même est touchée de façon manifeste plus ou moins profondément »¹²⁵⁶. H. Baruk suggère cette proximité en analysant d'une part la confusion mentale et d'autre part la névrose obsessionnelle qui selon lui peuvent dégénérer en schizophrénie, la première si elle se prolonge trop longtemps et l'autre si les idées qui assaillent le sujet ne rencontrent pas de résistance. Ainsi en effet, « le sujet devient alors totalement impuissant, sa volonté est suspendue, et il est la proie du jeu automatique et incohérent des idées les plus variées et sans suite qui passent dans son esprit. La synthèse mentale ne peut plus se faire, et non seulement les éléments psychiques sont séparés en blocs incohérents, sans lien les uns avec les autres, mais encore le malade, dans l'incapacité d'agir, est en quelque sorte séparé du monde extérieur, d'où le nom de *schizophrénie* proposé par Bleuler pour désigner ce syndrome, marqué aussi par des troubles importants de l'affectivité et une attitude de repliement sur soi-même, dans une pensée intériorisée et perdant le contact avec la réalité (pensée autistique de Bleuler et Minkowski) »¹²⁵⁷. La description de la manière dont la maladie progresse (émoussement de la vie affective au profit d'une vie purement intellectuelle, « conceptions éthérées », exaltation intellectuelle avec possibilités artistiques, ésotériques, symboliques...) semble confirmer ce passage possible de l'une à l'autre. La mélancolie peut également être décrite dans ses

¹²⁵⁴ Henri Baruk, *Psychoses et névroses*, Paris, PUF, QSJ, 1973 (1946) p. 8

¹²⁵⁵ *Ibid.*, p. 8.

¹²⁵⁶ *Ibid.*, p. 10.

¹²⁵⁷ *Ibid.*, p. 25.

symptômes spécifiques (notamment en tant que cénesthopathie) : trouble de la conscience du corps mais surtout de la conscience morale (« hyperesthésie de la conscience morale »), syndrome de Cotard (impression et idée de négation des organes), spleen (tristesse lente), anorexie (dégoût se polarisant sur la nourriture). H. Baruk répertorie ainsi huit « classes » de maladies : 1) asthénie, confusion mentale, 2) cyclothymie, maniaco-dépression, 3) hystérie, catatonie, 4) psychasténie, schizophrénie, 5) cénesthésie, mélancolie, 6) hallucinations, 7) paranoïa, 8) angoisse. A propos du « délire », Baruk l'associe à la paranoïa (classe 7) en en faisant un trouble du caractère et en l'appelant « délire d'interprétation » (selon les analyses de Sérieux et Capgras) ou « folie lucide » (Trélat). Il s'agit d'un trouble qui ne porte que sur un sujet déterminé ou certaines personnes, sur un incident, le reste de l'intelligence paraissant normal, d'où aussi le terme de folie partielle ou monomanie (Esquirol). Ce délire correspondrait à un « trouble de l'affectivité et du caractère : état passionnel à base d'orgueil, qui empêche de juger impartialement et qui accuse avec évidence et de façon arbitraire les personnes supposées capables de gêner le sujet dans ses ambitions ou ses projets »¹²⁵⁸. Lorsque ce trouble est plus accusé, il prend chez les sujets qui en souffrent la forme de la paranoïa, selon le type « persécutés-persécuteurs » (Falret) (avec anesthésie particulière de leur conscience morale vis-à-vis d'eux-mêmes et le sentiment que tout ce qu'ils font leur semble parfait et que ce que font les autres est critiquable). De fait, les paranoïaques se disent persécutés mais sont en fait persécuteurs (il s'agit d'un type clinique dont la nature pathologique est difficile à établir car l'intelligence est conservée). Les contenus des délires sont souvent les mêmes (jalousie, amour, orgueil... : états passionnels de Clérambault (érotomanie)).

Autre point commun semble-t-il : dans les névroses et les psychoses, les troubles se ressemblent. Il s'agit d'un certain nombre de troubles « fonctionnels » portant notamment sur l'initiative, la volonté, la régulation de l'activité, la sensibilité générale, les fonctions psychosensorielles, le courant de la pensée et l'association des idées, le caractère et l'humeur, la conscience morale et le comportement. Pour Baruk, si les troubles sont légers et subjectifs (intérieurs et conscients, perçus comme pénibles) et sans grande répercussion sociale, alors il s'agit de névroses, si les troubles sont accusés et objectifs, perturbant le comportement social, alors il s'agit de psychoses. La « loi des stades » évoquée par Baruk laisse également supposer un mécanisme évolutif commun, auxquels obéissent ces troubles, avec notamment une phase de dépression initiale, puis un stade subjectif de syndrome d'influence, puis un stade dissociatif avec incohérence puis un stade d'apparence démentiel. Baruk précise toutefois que

¹²⁵⁸ *Ibid.*, p. 38.

« tous ces stades sont éminemment réversibles : par exemple, la maladie, en rebroussant chemin et en retournant vers la guérison, parcourt en sens inverse tous les stades précédents. En outre, elle peut se fixer à un moment donné à n'importe quel stade, parfois même s'immobiliser au stade initial dépressif, ou d'angoisse, stade essentiellement névropathique. Cette loi des stades essentiellement clinique nous paraît plus pratique que les conceptions néo-jacksoniennes (Ey et Rouart, Delay etc) qui conçoivent la maladie comme des dissolutions progressives de fonction, mais l'une et l'autre de ces conceptions s'accordent sur une compréhension plus souple des maladies mentales, dégagées d'une rigidité nosographique inexacte »¹²⁵⁹.

Baruk montre également que l'anxiété, symptôme très fréquent accompagné de sensations d'angoisse, constituerait le stade initial des névroses et des psychoses (aussi bien que des atteintes organiques du système nerveux), équivalent à la prise de conscience d'une menace pesant sur l'organisme. Mais selon lui, l'anxiété peut aussi s'observer à vide, soit qu'elle soit constitutive (constitution émotive de Dupré), soit qu'elle soit acquise (par secousses morales ou physiques répétées). Ou encore, il peut s'agir d'une névrose d'angoisse (allusion à Freud pour qui l'origine serait sexuelle, et allusion à Stekel pour qui l'origine est psychologique et affective, ou issue de causes toxiques ajoutées à un tempérament prédisposé). Une classification physiologique¹²⁶⁰ permet de réduire le nombre des symptômes à des troubles fonctionnels plus simples, tous rattachables à des troubles de la conscience (avec deux ordres de facteurs : facteurs toxiques/infectieux et facteurs émotifs/affectifs soit des facteurs organiques ou des facteurs moraux). Enfin dans les deux types de « maladies » que sont les névroses et les psychoses, on peut reconnaître que « tous les mécanismes psychophysiologiques [...] sont en quelque sorte éclairés et orientés par la conscience », qui « présente un double rôle de connaissance et de direction ». Par ailleurs, « la connaissance doit s'exercer sur deux milieux très différents : le milieu extérieur, le milieu interne, c'est-à-dire la propre pensée du sujet »¹²⁶¹. C'est dire ici le rôle fondamental que joue la conscience dans la maladie psychique en général, et plus largement dans n'importe quel trouble de nature psychique nous faisant souffrir sans constituer pour autant une « maladie ». Ce rôle de la « conscience » peut être associé à la capacité à faire retour sur soi pour se représenter ce qui « nous » « arrive », pour ainsi le décrire et le communiquer à autrui de façon verbalisée et compréhensible.

Enfin, tout comme les psychoses, les névroses peuvent être également rattachées à des formes d'existence en échec, des manières pour le sujet d'être confronté à une perte de ce qui sinon

¹²⁵⁹ *Ibid.*, p. 42.

¹²⁶⁰ *Ibid.*, pp. 50-79.

¹²⁶¹ *Ibid.*, p. 80.

constitue un sol ou appui (ou évidence) existentiel.

Ainsi, ce qui distinguerait la névrose de la psychose serait plutôt une différence de degré, dans la profondeur des troubles et dans la manière dont la personnalité est plus ou moins perturbée dans son ensemble.

Toutefois, nous pouvons nous demander si la différence ne peut pas être également qualitative, au sens où ne seraient pas « touchés » les mêmes éléments ou « objets ». On associe ainsi parfois la névrose à un trouble touchant la relation d'objets et l'on associe plutôt la psychose à un trouble touchant la relation à soi (Freud), ou encore on réserve à la psychose l'idée d'une perte de contact avec la réalité (soi et autrui, les objets) alors que l'on suppose que ce contact est maintenu dans la névrose. Ces distinctions semblent pouvoir et devoir être maintenues pour ne pas confondre par exemple une personne souffrant de dépression et une personne souffrant de schizophrénie, et se montrer capable de mesurer le degré de perte de contact avec la réalité, par où la souffrance apparaît. Ainsi on range classiquement le cas du Président Schreber (délire de persécution lié à un désir homosexuel refoulé) dans le cas des psychoses et celui d'Anna O. (hystérie de conversion liée à la maladie et à la mort de son père) dans le cas des névroses. Lacan reprend d'ailleurs le cas du Président Schreber pour élaborer sa théorie des psychoses (à partir du modèle que constitue pour lui la *paranoïa*).

L'approche phénoménologique de cette distinction se fait pour autant d'une autre manière semble-t-il, l'intérêt de la psychiatrie phénoménologique se portant apparemment davantage sur les psychoses que sur les névroses tant le « critère » d'existence « en échec » semble ne pouvoir s'appliquer « vraiment » qu'aux psychoses, et sans doute aussi parce que la phénoménologie psychiatrique est apparue sur le terrain de la psychiatrie, qui traite avant tout des psychoses. Mais une autre raison semble pouvoir être donnée, que C. Chaput rappelle en affirmant : « on sait que la névrose n'a jamais intéressé Maldiney qui la considère comme une aptitude finalement généralisée à se mentir, mentir à l'autre et faire des accommodements. Le schizophrène lui, ne peut mentir »¹²⁶². C'est dire ici sans doute que l'existence qui « inquiète » (intéresse) le phénoménologue est une existence pour laquelle la menace (crise) est réelle, au sens d'objective (terme utilisé par Baruk plus haut), tant le sujet est « livré » à ses troubles, sans plus aucune distance, en perdant du coup ce qui fait de lui un « Soi » (un moi distancié par les possibilités qui lui sont offertes de « devenir » « lui » à partir de son être-jeté). Cette réalité objective de la crise ne s'observe pas de manière aussi évidente et cruelle, violente, dans les névroses quand bien même celles-ci occasionnent des souffrances tout aussi réelles pour le sujet qui souffre. On suppose que ses souffrances sont vécues subjectivement, comme

¹²⁶² *De la transpassibilité du thérapeute*, p. 29.

s'il se faisait souffrir lui-même en gardant une certaine distance avec ses souffrances.

C'est cette distance (conservée ou perdue, à l'égard de nous-même et de ce que nous percevons de la réalité) que nous retenons pour distinguer au final les névroses et les psychoses malgré les similitudes qui les lient. Ainsi, selon G. Charbonneau¹²⁶³, le Soi en tant que tel ne peut pas être nié ou aboli par autrui, « seul le sujet peut nier l'existence qui lui est propre », de même que « seul le Soi peut s'affecter lui-même au cours de son existence. Plus encore, seule la formidable énergie qui lui sert à se tenir comme ipséité est capable d'engager les distorsions de son être. Le Soi peut perdre par exemple cette énergie qui lui sert à se rassembler et se tenir comme tel, et dans le mouvement de cette perte, tenter de la compenser par d'autres processus identitaires ». Or « Son affection primaire ne se produit que dans les psychoses et cette affectation peut définir phénoménologiquement les psychoses, car les névroses et les personnalités pathologiques en sont épargnées, à quelques situations limites près »¹²⁶⁴.

Cela veut dire que la névrose n'est pas une affection primaire du Soi, mais une affection secondaire, à un niveau plus élaboré du Soi, lequel serait déjà constitué et établi. La névrose affecterait donc plutôt la manière pour le Soi de se déployer une fois constitué, mais n'atteint pas la constitution même du Soi en tant que Soi. Dans les psychoses, il s'agit de « crises plus profondes », où le Soi est « en menace ontologique ». Ainsi les « pseudo-délires dits hystériques » constituent des « délires à forte charge affective (affective et non pas émotionnelle, car il n'en va pas de l'ipséité), qui se constituent et se dispersent rapidement », ce sont « des proclamations marquées par le désir de partager certains événements et phénomènes de centralité », ce sont « davantage des discours *en-vue-d'être-raconté*, ayant pour fonction d'être partagés pour créer un événement que des témoignages de néo-réalité», ils n'ont « pas de fonction réparatrice » et sont « issus d'un affect d'immédiateté et d'une excitation névrotique vis-à-vis du On ». Leur fonction serait d'obtenir un « bénéfice de gratification »¹²⁶⁵.

Cette distinction nous permet de prendre l'exemple de l'analyse que l'on peut faire de la « nausée » du personnage de Sartre, Antoine Roquentin, en nous appuyant pour cela sur l'article de Pierre Siguret¹²⁶⁶, pour nous demander s'il s'agit plutôt d'une névrose ou d'une psychose. Notre idée est qu'il s'agirait plutôt d'un épisode psychotique (avec perte de distance et remise en question du rapport à la réalité) mais, par la manière dont le personnage parvient

¹²⁶³ *Introduction à la psychopathologie phénoménologique II*

¹²⁶⁴ Op. cité., p. 42.

¹²⁶⁵ *Ibid.*, p. 66.

¹²⁶⁶ *La théorie phénoménologique de la névrose existentielle : le cas d'Antoine Roquentin dans la Nausée*, Revue SEMEN 12/2000

à analyser ce qui lui « arrive » au « moment » même où cela lui arrive, on pourrait également parler de névrose. Le « bénéfice de gratification » tiendrait ici au fait pour le personnage d'avoir le sentiment de vivre ou d'expérimenter quelque chose d'exceptionnel.

Dans son analyse du personnage de Sartre, P. Siguret met en évidence les différents stades de la maladie, qui sont vécus comme des crises de plus en plus profondes, et dont l'issue est donnée par l'écriture romanesque (à comprendre comme thérapie). Ce que l'on pourrait toutefois observer, c'est que les « symptômes » dont souffre le personnage peuvent être également interprétés comme étant d'ordre psychotique, car c'est tout le rapport au monde (et aux objets) qui est vécu comme problématique. « À un premier niveau, il s'agit de l'observation d'une forme psychopathologique de perception aliénée et pervertie. A un second niveau, la victime, le malade, en l'occurrence Roquentin, analyse, sur lui-même, les effets de la dissolution de la réalité dans la contingence ». Pour le personnage, le fait que son mal-être porte sur les objets est au contraire le signe pour lui qu'il n'est pas fou, parce que son mal-être ne vient pas de lui-même : « il suppose la folie, mais il l'écarte immédiatement, en présentant une névrose qu'il relie au monde des objets. Tout se passe donc comme si Roquentin avait le sentiment que ce sont les objets de son entourage qui avaient changé, et non lui-même »¹²⁶⁷.

Pourtant, le rapport à la réalité est vraiment perturbé et la description que le personnage fait de ses symptômes peut faire penser à la description que font certains psychotiques schizophrènes de leur perception de la réalité, comme par exemple l'expérience du galet où le personnage a l'impression que le galet est sale et que quelque chose passe du galet dans ses mains : « cela passait du galet dans mes mains », et où il croit à une influence maléfique des objets. De même, suite à une déconvenue avec sa maîtresse qui ne vient pas à un rendez-vous, un malaise lui fait penser « je ne savais même plus où j'étais », « je voyais tourner lentement les couleurs autour de moi », et « j'avais envie de vomir ». P. Siguret parle d'une tendance à la délocalisation, d'un délire perceptif et d'une sensation pathologique d'écoeurement, ainsi que d'une tendance à un délire psychomoteur, « lorsque, ayant perdu le sens des couleurs, il [Roquentin] s'appesantit sur les bretelles violettes » de son cousin. Le personnage décrit ainsi sa perception : « sa chemise de coton bleu se détache joyeusement sur un mur chocolat. Ça aussi ça donne la Nausée. Ou plutôt c'est la Nausée. La Nausée n'est pas en moi : je la ressens là-bas sur le mur, sur les bretelles, partout autour de moi. Elle ne fait qu'un avec le café, c'est moi qui suis en elle ». La musique a alors un effet apaisant qui fait dire au narrateur : « je commence à me réchauffer, à me sentir heureux. Ça n'est encore rien d'extraordinaire, c'est un petit bonheur de Nausée : il s'étale du fond de la flasque visqueuse, au fond de notre temps

¹²⁶⁷ *Ibid.*

– le temps des bretelles mauves et des banquettes défoncées ». P. Siguret explique à ce propos que « grâce à la musique, qui représente la permanence du temps, la nausée s'est édulcorée, progressivement dénaturée ». Malgré ce soulagement momentané, l'analyse causale de la Nausée qui tiendra lieu de thérapie n'est faite que plus tard, sur fond de révélation : « Il faudra attendre l'ultime séquence névrotique [...] pour que Roquentin, appliquant, comme à son insu, l'analyse phénoménologique qui lui tient lieu de thérapie, découvre la cause fondamentale de la nausée, à savoir la contingence ». Ainsi, « la levée du mystère, la découverte de la cause de la névrose permet, selon le schéma freudien, le soulagement définitif du patient ». C'est l'expérience célèbre du marronnier qui fait que « l'existence s'était soudain dévoilée » et qui donne au personnage le sentiment d'être envahi par l'existence pure des choses et qui l'oblige à « surtout ne pas bouger, ne pas bouger »¹²⁶⁸. Les choses deviennent ainsi, parce que superflues, de trop, et le sujet est renvoyé lui-même au caractère superflu de sa propre existence. Il est en quelque sorte vidé de sa substance et livré à la gratuité de l'être, au fait d'être « pour rien ». Selon P. Siguret qui reprend une analyse de Georges Poulet¹²⁶⁹, le sujet est ainsi vidé de son passé et plongé sans raison dans le présent.

Ici, ce qui nous intéresse également, c'est la présence du thème du temps, suggérant que ce qui plonge le personnage dans la maladie est une altération du temps vécu (avec négation du passé et plongeon dans un présent pur), comme c'est un rétablissement du flux du temps qui opère un soulagement. On aurait donc affaire à une crise d'ordre psychotique, mais qui pour autant n'altérerait pas la distance entre le sujet et lui-même, et lui permettant de ne pas « croire » à ce qui lui arrive, et où l'analyse phénoménologique a valeur de thérapie.

Ce critère que constitue ainsi pour nous la « distance » (de soi à soi, constitutive du Soi) est selon nous ce qui permettrait également de déconstruire progressivement la distinction classique entre les névroses et les psychoses afin de déconstruire aussi l'image (sociale) qui est associée à cette distinction. Autant en effet la névrose semble « inoffensive » et intégrable sur le plan social et thérapeutique : on prend soin des « névrosés », on adopte des mesures afin de prendre en compte leur « santé mentale » et quand on parle de santé mentale ce sont les troubles névrotiques que l'on a en vue, comme l'angoisse, l'anxiété, le stress, la dépression ; autant la psychose (à part l'autisme qui semble maintenant devenu autre chose qu'une maladie et qu'une folie) semble encore souffrir de son renvoi systématique à la maladie et à la folie, ce qui semble dommageable. En suggérant que la distanciation et la réintégration du Soi reste possible dans la psychose et que ce doit être le but premier des premiers soins (restaurer la

¹²⁶⁸ *Ibid.*

¹²⁶⁹ *Le point de départ*, Paris, Plon, 1964 p. 227

lucidité, permettre une verbalisation cohérente et compréhensible des symptômes), il deviendrait possible de réduire l'écart radical (hiatus) qui sépare les névroses et les psychoses. A l'inverse, n'est-il pas possible aussi de s'intéresser aux névroses comme on s'intéresse aux psychoses, sur le plan phénoménologique et thérapeutique ? C'est ce que se propose Alain Gillis à travers le questionnement suivant : « si l'Événement, la Transpassibilité et la Transpossibilité, permettent de « penser l'homme et la folie », et plus particulièrement la psychose, comment ces concepts clé peuvent-ils contribuer à l'élucidation des contraintes névrotiques ? De quelle manière peuvent-ils en inspirer et en soutenir la psychothérapie ? »¹²⁷⁰. Ce questionnement est ce qui permet en même temps de revoir les distinctions et points communs entre les névroses et les psychoses. Partant des catégories de Maldiney, A. Gillis explique ainsi que « Maldiney parle du possible comme de la plus dure des catégories ; tout particulièrement pour le sujet psychotique. Ainsi, tandis qu'un sujet névrosé, un « normopathe affairé », peut toujours espérer du possible une manifestation avantageuse, le psychotique, lui, le tient pour un écueil fatal. Demeurant à la limite de l'existence et de l'inexistence, le sujet psychotique subsiste, sans parvenir à se déprendre de la béance autrement que par une défense épuisante »¹²⁷¹ (et par le délire lui permettant un semblant d'existence). Pour autant, selon A. Gillis, il est possible d'appliquer aussi à la névrose ces difficultés existentielles. Ainsi l'équivalent de l'événement vécu comme un « séisme unique et de grande amplitude » par le sujet psychotique peut être « une succession de moindres événements » pouvant « entraîner un sujet dans une chute de Soi allant jusqu'à l'incapacité momentanée d'habiter le monde en le transcendant dans un projet ». Certes la « désorganisation est moindre » et ne va pas « jusqu'à l'établissement d'un délire », car elle « rencontre en chemin la possibilité de s'en tenir au cadre d'une phobie stricte ou d'une obsession contraignante ». Aussi y a-t-il une « défense qui ne met pas en jeu la perte du monde », mais pour autant « ce monde-là est désinvesti, il est parfois désertique », par « une érosion de la transpossibilité dont le sujet pouvait jusqu'alors faire preuve ». Selon A. Gillis, les catégories maldineysiennes peuvent ainsi et aussi être appliquées (dans la thérapie) à « tous les avatars des capacités d'accueil de l'Événement, depuis la défaite du sujet psychotique jusqu'aux formes diverses de la déstabilisation angoissante des équilibres névrotiques »¹²⁷².

Concluons donc sur la distinction classique entre les maladies psychiques qui, sinon oppose,

¹²⁷⁰ « Événement et transpassibilité, A propos de la thérapie des névroses » dans *Penser l'humain avec Maldiney*, p. 129

¹²⁷¹ *Ibid.*, p. 130.

¹²⁷² *Ibid.*, p. 131.

du moins sépare les névroses et les psychoses, sur le plan phénoménologique, en posant la nécessité de revoir cette distinction afin principalement de donner le même crédit et la même valeur aux différentes maladies, aussi bien sur le plan thérapeutique que sur le plan philosophique, aussi bien sur le plan social que politique, aussi bien sur le plan moral que sur le plan humain, puisqu'il s'agit d'hommes souffrant d'exister et perdant leur pouvoir et leur puissance d'exister.

V - Prolongements : la maladie et la folie dans la littérature et au cinéma, vers une approche phénoménologique

Nous souhaitons montrer maintenant, dans le prolongement de notre travail, que tout ce qui vient d'être suggéré relativement à la maladie psychique peut être illustré et confirmé au travers d'une réflexion sur les personnages « malades » que nous offrent la littérature et le cinéma. Nous pensons en effet que la littérature et le cinéma offrent en eux-mêmes une approche phénoménologique de la maladie psychique, et que par ailleurs l'histoire de leurs personnages, qu'ils soient « malades » ou « normaux », est toujours l'histoire d'une « chute » comprise comme « devenir soi », par le fait même qu'elle soit « histoire » ou « récit ». Enfin, nous pensons que la littérature et le cinéma peuvent avoir une portée thérapeutique, en nous donnant à voir précisément des « personnages ». Ne sont-ils pas en effet comme des « images » des « personnes » que nous sommes ou pouvons être, n'instaurent-ils pas cette distance nécessaire entre nous et nous-mêmes, garante de l'équilibre qu'il nous faut maintenir ou retrouver pour « exister » pleinement ?

Ainsi, dans « De la phénoménologie », à propos du *Double* de Dostoïevski, Binswanger écrit que l'auteur y décrit « l'apparition d'une psychose comme cela ne se rencontre jamais en clinique [...] il y a vu et il en a exprimé ce que de nombreux malades nous ont décrit avoir ressenti au début de leur psychose ou, rétrospectivement, après la guérison de celle-ci [...] le phénomène du « devenir-fou » au plein sens du terme, c'est-à-dire le « devenir déplacé » du moi hors de son milieu familial, le « devenir-prisonnier » d'un ordre nouveau inévitable, inconnu et angoissant »¹²⁷³.

Dans le domaine du cinéma, ne trouve-t-on pas aussi des personnages pouvant incarner pleinement ce phénomène ? Si certains psychiatres critiquent la manière dont le cinéma « caricature » la maladie mentale, comme le note le psychiatre E. Zarifian pour qui « au cinéma, comme dans l'imaginaire de la société, on n'échappe pas à la caricature pour parler

¹²⁷³ Binswanger, *Introduction à l'analyse existentielle*, p. 82.

de la psychiatrie », d'autres soulignent que bien que déformant, le cinéma contient « des choses intéressantes pour décrire la réalité clinique »¹²⁷⁴. L'auteur de l'article précise que certains psychiatres américains recommandent ainsi à leurs étudiants de regarder des films pour mieux pouvoir se mettre à la place des malades. Il cite ainsi les nombreux films consacrés aux troubles psychiques en fonction des maladies ou symptômes représentés : symptôme post-traumatique (*Voyage au bout de l'enfer*), TOC (*Pour le pire et pour le meilleur*), troubles névrotiques (*Easy Rider*), troubles psychotiques (*Shinning*, *Batman*, *Vol au-dessus d'un nid de coucou*), manie (*Mr Jones*¹²⁷⁵ avec R. Gere), troubles de la personnalité (*Taxi Driver* /personnalité schizotypique, *Citizen Kane*/ personnalité narcissique, *Autant en emporte le vent*, *Un tramway nommé désir*, /personnalité histrionique, *Orange mécanique* / personnalité antisociale), schizophrénie (*Répulsion* avec Catherine Deneuve, « assez authentiquement » représentative selon le psychiatre américain Ben Green, *Un homme d'exception*, *I never promised you a rose garden* selon le roman autobiographique de Joanne Greenberg considéré comme la représentation la plus fidèle de ce qu'est la schizophrénie), paranoïa (*Le locataire*, *Shutter Island*), l'autisme (*Rain man*).

Nous nous limiterons toutefois ici dans ce travail à faire le lien entre la littérature et le cinéma en nous consacrant plus longuement à la littérature, cette réflexion débordant le cadre de notre recherche et ayant à la base une simple fonction ou finalité illustrative. Pour autant, il convient de préciser que le rôle que jouent la littérature et le cinéma nous paraît aujourd'hui essentiel dans une perspective préventive, thérapeutique et réparatrice, comme le rôle de l'art en général et parce que cinéma et littérature participent de l'art. Le roman (ou la nouvelle) et le film rendent selon nous en effet possible l'Événement que constitue la rencontre avec l'oeuvre d'art (au sens maldineysien de la rencontre comme « surprise »), rencontre à l'issue de laquelle nous « advenons » à nous-mêmes.

A – Exemples littéraires : l'approche phénoménologique de la littérature (une lecture phénoménologique de *Enfance* de N. Sarraute, des *Hauts de Hurlevent* d'E. Brontë, de *La Modification* de M. Butor, de *La Bête humaine* d'E. Zola)

Ici, il s'agit de montrer en quoi certaines œuvres de la littérature contribuent à une approche

¹²⁷⁴ G. Cohen, auteur d'une thèse intitulée « *Psychiatrie et cinéma : la représentation de la clinique à l'écran* » (article « *la folie au cinéma, pour le pire et pour le meilleur* » de Clément Guillet du 8 février 2012, mis à jour le 15 novembre 2019 à 22h48 sur le site Slate.fr)

¹²⁷⁵ Film qui, selon le psychiatre Veyrat, se rapproche de la réalité : cf. *Les Annales Médico-psychologiques* (Paris), 2008, 166, 391-3 : article de J.G. Veyrat « représentation cinématographique des états d'excitation maniaque », vu dans *Cinéma et santé mentale, représentation au cinéma de la psychiatrie et de la maladie mentale*, le 10 mai 2020

phénoménologique de la maladie psychique, en rendant possible une description de ce qui arrive intérieurement et existentiellement au sujet tombant malade ou devenant fou (sujet qui, dans l'œuvre littéraire prend la figure du « personnage »). Ce qui semble intéressant, c'est de voir en quoi l'écriture, en faisant exister des « personnages » et en racontant leur existence, peut aider à la compréhension de la maladie psychique en nous décrivant des « cas » à la manière de la psychiatrie phénoménologique (ici, on fera référence aux patients mis en lumière par Binswanger notamment, et déjà évoqués dans notre travail, comme par exemple Lola Voss, Ellen West, Susan Urban, Jürg Zünd..., ces cas étant « décrits » à la fois par le psychiatre et par eux-mêmes, comme ce peut être le cas pour des personnages littéraires).

Ce qui nous amène aussi à vouloir utiliser ou évoquer des œuvres littéraires dans notre travail de recherche, c'est le constat que les cas rencontrés dans la psychiatrie phénoménologique évoquent spontanément, dans leur description même, des personnages littéraires, comme des figures/modèles dans lesquels on retrouverait le même parcours et le même type de discours. Il y a donc d'une part l'idée que les « cas » psychiatriques sont « racontés » à la manière dont la littérature « raconte » l'histoire de « personnages » et d'autre part l'idée que les personnages littéraires malades apparaissent comme de véritables « cas » (exemplaires, modèles). Cette similitude ou familiarité quasi « étrange » (naturelle et difficile à expliquer) nous fait interroger ainsi ce qui semble unir de manière plus générale la littérature et la « vie » (réelle), et, de manière plus spécifique ici la maladie des personnages et la maladie des hommes. Il s'agit de chercher ce qui pourrait faire que notre vie soit une vie de « personnage » et de montrer qu'à l'inverse la littérature est ce qui permet de saisir ce qui, dans notre vie, est une vie de personnage (et nous nous appuyons ici sur les travaux de M. Macé dans *Styles* notamment ainsi que sur ceux de M. De Gaudemar dans *La voix des personnages*).

En nous faisant ainsi comprendre la maladie, la littérature devient bien plus qu'une illustration de la médecine ou de la psychiatrie, elle devient autre chose que ce que la médecine ou la psychiatrie pourraient « utiliser » dans la littérature, elle devient en elle-même une médecine ou une psychiatrie. On pourrait parler d'une « médecine ou psychiatrie par la littérature » au sens où la littérature nous révélerait l'essence de la maladie à travers des personnages malades, « comme » le font la médecine et la psychiatrie, en ayant sa valeur spécifique, une valeur pas simplement illustrative (comme une sorte de réservoir de « cas »), ni même complémentaire (qui *viendrait* s'ajouter à ce que disent déjà la médecine ou la psychiatrie). Elle aurait en elle-même et de manière totale, à elle seule, « valeur de » médecine (au sens où pour P. Macherey on peut aussi parler de « philosophie de la littérature »). Ce sens de

« médecine ou psychiatrie de ou par la littérature peut par ailleurs être double. Il s'agit en effet pour nous de montrer que la littérature nous éclaire sur ce qu'est la maladie, elle en interroge et en révèle l'essence singulière (notamment son essence phénoménologique et existentielle), et d'autre part elle a également une fonction thérapeutique, en rendant possible le soin par la compréhension ou/et en soignant directement par la lecture.

Par cette étude, nous souhaitons également suggérer la possibilité de voir dans les œuvres littéraires consacrées à la maladie un « genre » littéraire¹²⁷⁶, ou sinon du moins d'établir un « corpus » (ou des corpus) d'œuvres consacrées à la maladie psychique, au sein du(des)quel(s) telle ou telle œuvre éclairerait de manière significative telle ou telle thèse sur la maladie. Ici nous proposerons une étude portant sur quatre œuvres (mentionnées ci-dessus), tout en y intégrant des références à d'autres œuvres pouvant se rapporter à ce « genre » littéraire consacré à la maladie, et plus spécifiquement à la « chute » existentielle. Précisons que l'on a en vue ici toutes les œuvres traitant aussi bien les processus pathologiques faisant tomber malade ou devenir fou que les phénomènes « ordinaires » de basculement. Ce corpus correspondrait à ce que l'on pourrait appeler une littérature phénoménologique du basculement ou de la chute.

Mais plus précisément, il s'agit de montrer en quoi, dans ces œuvres, les personnages et la littérature peuvent illustrer l'idée selon laquelle la chute dans la maladie résulte d'une structure défaillante se renforçant au contact de la réalité, et qu'il n'y a donc peut-être pas, à proprement parler, de « chute », ni de « basculement », et que l'on est donc en quelque sorte « déjà malade » « avant de » « tomber malade ».

Ainsi, il s'agit de montrer que littérature et phénoménologie psychiatrique (lorsqu'il s'agit de cas de malades ou de fous) ont en quelque sorte le même objet à savoir la manière dont on tombe malade ou dont on devient fou (comment, par quel processus).

De plus, il s'agit de montrer que littérature et phénoménologie psychiatriques nous disent la même chose sur cet objet à savoir que l'on tombe malade parce qu'il y a une rencontre qui se produit entre une manière d'être au monde (structure existentielle) et une réalité particulière (événements), rencontre qui aurait pour effet de renforcer et de fragiliser la structure en la faisant passer d'un mode relativement équilibré (mais fragile et vacillant) à un déséquilibre manifeste faisant perdre au sujet cette capacité de se « maintenir ». Cela l'obligerait non pas tant à se reconfigurer qu'à s'abandonner à sa configuration pathologique en se « laissant aller ». Ici, il convient de voir le rôle « déclencheur » de l'événement, qui n'a pas objectivement la valeur d'événement.

¹²⁷⁶ comme S. Cavell le fait par exemple dans le cinéma en distinguant un genre consacré aux comédies de remariage, dans *A la recherche du bonheur : Hollywood et la comédie de remariage*, Paris, Vrin, 2017

Enfin, relativement à la forme, on pourrait penser toutefois que littérature et phénoménologie psychiatrique ne se rejoignent pas sur la façon de donner cette réponse (c'est-à-dire sur la forme), chacune étant limitée par son langage/discours propre (forme littéraire, langage phénoménologique). Pour autant, il semble que ce langage soit au fond le même, à savoir le langage de l'intériorité, du vécu et des sensations, porté ou soutenu par le recours à l'image. Ici, ce qui est intéressant, c'est de voir combien l'écrivain devient comparable au psychiatre phénoménologue. Ceci peut permettre d'appuyer la possibilité d'une thérapie par l'art ou de confirmer la possibilité d'une auto-thérapie.

Nous nous appuyons ici sur quatre œuvres qui peuvent conforter ces thématiques : *Enfance* de N. Sarraute, dont le titre suggère que la maladie s'inscrit très tôt dans l'existence, en tant que possibilité, structure potentiellement malade ; *Les Hauts de Hurlevent* d'E. Brontë, dont le titre suggère le rôle que joue ce que l'on appelle l'atmosphérisation dans la maladie) ; *La Modification* de M. Butor, où le personnage décrit, même sans être malade, la manière dont son projet existentiel -rejoindre en train sa maîtresse en Italie, à Rome, pour lui annoncer qu'il lui a trouvé du travail à Paris et qu'il va quitter sa femme pour vivre avec elle - se voit modifié subrepticement par tout un faisceau d'événements (extérieurs et intérieurs). Nous analyserons également quelques passages de *La Bête Humaine* d'E. Zola. Mais nous ne pouvons qu'évoquer aussi, dans ce « genre » littéraire que l'on pourrait croire consacrer à la chute, des oeuvres comme *Le Double* de Dostoïevski, *La Moustache*, D'E. Carrère, *Madame Bovary* de Flaubert, ainsi que les œuvres de T. Williams (*Une Chatte sur un toit brûlant*, *Un Tramway nommé Désir*, *Soudain l'été dernier*). La liste semble infinie.

Dans ces œuvres, on retrouve l'idée que la folie ou la maladie témoignent de la rencontre entre une manière d'exister, une « constitution » (qui dans le langage phénoménologique correspond à l'idée de structure existentielle) et une certaine réalité (monde, événements, autrui) que la manière d'exister ne peut rendre que pathogène. Ces œuvres témoignent semble-t-il de la question qui est la nôtre dans ce travail, celle de savoir « par où » tombe-t-on malade. Cette question est posée notamment par Flaubert dans *Madame Bovary*, à travers Emma : « Mais qui donc la rendait malheureuse ? Où était la catastrophe extraordinaire qui l'avait bouleversée ? ». et dont Emma cherche la réponse de cette manière « Et elle releva la tête, regardant autour d'elle, comme pour chercher la cause de ce qui la faisait souffrir »¹²⁷⁷.

1. En quoi phénoménologie psychiatrique et littérature se rejoignent sur l'objet/sujet étudié : comment tombe-t-on malade ou devient-on fou (processus par lequel une existence se voit modifiée jusqu'à son point de rupture)

¹²⁷⁷ *Madame Bovary*, Paris, Nov'edit, p. 158.

a) Basculement et événement déclencheur

Les personnages malades ou fous qui sont décrits (dans les œuvres prises en exemple) le sont dans une histoire qui en fait est celle de leur maladie (ou folie). Ce qui sert de trame au récit, c'est précisément le changement même qui a lieu dans leur existence, existence à prendre au sens large, c'est-à-dire incluant leurs rapports aux autres et à la réalité même (et pas seulement leurs pensées ou leurs états d'âme). Parler d'une dimension psychologique de la littérature ici serait réducteur, car ce qui est décrit c'est leur existence totale, dans son déroulement et déploiement existentiel, c'est pourquoi on peut parler de dimension phénoménologique ou existentielle de la littérature (plus que de dimension psychologique) : phénoménologique car il s'agit d'une description des états de conscience, dans leur rapport au monde, et existentielle car il s'agit d'avoir en vue l'homme en tant que sujet existant, se déployant dans le monde et étant pris dans ce rapport au monde. Le sujet (personnage) est décrit dans son existence telle qu'elle lui apparaît comme « projet » ou « projetée », en vue d'une certaine réalisation de soi ou devenir soi (destin). Cette description se fait à la fois du dehors (existence vue par autrui) et du dedans (existence vécue apparaissant à la conscience du sujet). Cette existence est également décrite dans son devenir même (histoire, narration, discours). Ici l'existence des personnages rejoint ce qui en phénoménologie psychiatrique prend la forme de l'étude de cas : le sujet malade est raconté et se raconte (on peut penser que cela n'arrive pas pour une existence « ordinaire », « normale », sauf sous la forme du journal intime écrit pour soi-même auquel il manque donc un point de vue extérieur : nous ne nous racontons pas dans toute notre vie, nous la résumons parfois - discours social - ou de manière plus intime - confidence, confession, cure psychanalytique - mais là encore il semble manquer un point de vue).

Ce qui est ainsi décrit de manière phénoménologique, ce sont les étapes qui ponctuent le basculement dans une existence en perte d'équilibre, auquel le sujet assiste impuissant, prenant la forme d'un processus irréversible et que viennent accélérer ou rythmer différents événements. Nous montrerons plus loin en quoi ces événements ne semblent pas des événements en eux-mêmes, ils ne sont que l'occasion saisie par le sujet pour être vécus comme pathogènes.

b) Exemple dans *Enfance* de N. Sarraute

Dans *Enfance*, il s'agit d'un récit entre la narratrice, adulte, et la petite fille qu'elle était, dans une démarche et intention autobiographiques. Mais plus précisément, le narrateur vise ainsi la mise en évidence des « tropismes », c'est-à-dire des déviations infimes, quasi imperceptibles,

qui font passer le sujet d'un état à un autre, état étant à prendre au sens d'existence, de manière d'être, et qui concerne d'une part l'ensemble de ce que nous sommes, physiquement et psychiquement, et d'autre part l'ensemble de la réalité telle qu'elle nous apparaît. Le but est d'atteindre ce qui a été véritablement perçu, ressenti, vécu sur le moment. Plus encore dans ce récit, il s'agit de saisir les moments de fragilité, de vacillement de l'existence. Ici, la petite fille qui perçoit les paroles désagréables de sa mère ou de sa belle-mère ou des domestiques passe ainsi d'un état à un autre en perdant le sol même par où se tient son existence : c'est tout ce qu'elle est et tout son rapport au monde qui bascule. Ce sont les différentes variations de son état qui sont décrites, qui ne la rendent pas pour autant malade ou folle, mais qui signalent à chaque fois cette possibilité et sinon la fragilité qui rend la folie/maladie possible en soi.

Dans ce récit, ces changements à peine perceptibles sont plusieurs fois analysés, mais nous nous appuyons sur ceux qui décrivent un processus plus marquant que les autres, durant lequel la petite fille se sent devenir folle, et qui précède sa séparation avec sa mère. On peut distinguer plusieurs étapes dans ce processus.

L'extrait du passage qui marque le début du processus (qu'on peut trouver central ici car il peut avoir valeur d'événement déclencheur), est celui qui raconte l'histoire de la poupée. La petite fille voit une poupée dans une vitrine, qu'elle trouve plus belle que sa mère. Cette idée lui crée d'abord un malaise, qu'elle veut dissiper en la révélant à sa mère, espérant qu'elle la dissipera en répondant « mais oui, grosse bête, bien sûr qu'elle est plus belle que moi ». Or sa mère répond, fâchée et en lâchant sa main « un enfant qui aime sa mère trouve que personne n'est plus beau qu'elle ». Peu après cet "incident", la petite fille se dit (mais après-coup, à travers le discours de la narratrice devenue adulte): « Il n'y a plus en moi comme avant, comme en tous les autres, les vrais enfants, ces eaux vives, rapides, limpides, pareilles à celles des rivières de montagne, des torrents, mais les eaux stagnantes, bourbeuses, polluées des étangs... celles qui attirent les moustiques. Tu n'as pas besoin de me répéter que je n'étais pas capable d'évoquer ces images... ce qui est certain, c'est qu'elles rendent exactement ma sensation que me donnait mon pitoyable état »¹²⁷⁸. Ici, on pourrait parler d'une première étape où semble se produire un déséquilibre majeur.

Juste avant, elle dit : « maintenant, cette idée s'est installée en moi [idée qu'elle est une enfant qui n'aime pas sa mère], il ne dépend pas de ma volonté de la déloger. Je peux m'obliger à la repousser au second plan, à la remplacer par une autre idée, mais pour un temps seulement... Elle est toujours là, blottie dans un coin, prête à tout moment à s'avancer, à tout écarter devant elle, à occuper toute la place... on dirait que de la repousser, de trop la comprimer augmente

¹²⁷⁸ *Enfance*, Paris, Gallimard, coll. Folio plus, 1983, pp. 98-99.

encore sa poussée. Elle est la preuve, le signe de ce que je suis : un enfant qui n'aime pas sa mère. Un enfant qui porte sur lui quelque chose qui le sépare, qui le met au ban des autres enfants... des enfants légers, insoucians que je vois rire, crier, se poursuivre, se balancer au jardin, dans le square... et moi je suis à l'écart »¹²⁷⁹.

Il semble qu'on assiste ensuite à une deuxième étape, avec la survenue d'une nouvelle idée, l'idée « maman a la peau d'un singe » mais qui arrive parmi d'autres idées qui l'assaillent : « Les idées arrivent n'importe quand, piquent, tiens, en voici une... et le dard minuscule s'enfonce, j'ai mal... « Maman a la peau d'un singe » Elles sont ainsi maintenant, ces idées, elles se permettent n'importe quoi... Je veux essayer ça, l'effacer... ce n'est pas vrai, je ne le crois pas... ce n'est pas moi qui ai pensé ça. Mais il n'y a rien à faire, la fourrure d'un singe aperçu dans la cage du jardin d'acclimatation est venue, je ne sais comment, se poser sur le cou, sur les bras de maman et voici l'idée... elle me fait mal... »¹²⁸⁰.

Là encore, la petite fille veut la dire à sa mère en espérant qu'elle l'en débarrasse par une certaine réponse comme : « eh bien j'en suis ravie, tu te souviens comme ils étaient mignons ces petits singes », mais là aussi, sa mère répond : « eh bien je te remercie, on n'est pas plus gentil ». D'où la réaction : « je ne crois pas que j'ai jamais été plus seule avant cela –ni même après. Aucune aide à attendre de personne... Livrée sans défense aux idées... »¹²⁸¹.

Ensuite apparaît une sorte de troisième étape, dans laquelle le processus entamé semble avoir pris le contrôle de toutes les pensées au point de signer comme un point de non-retour, irréversible. La petite fille (à travers toujours la narration de son double devenu adulte) se dit : « Je ne me souviens plus de toutes les idées folles, saugrenues qui sont venues m'habiter... seulement de la dernière, elle a fort heureusement précédé de peu mon départ, ma séparation d'avec ma mère, qui a mis fin brutalement à ce qui en se développant risquait de devenir une véritable folie. Elle a été, cette dernière idée-là, de loin la plus cruelle de toutes... » [dernière idée relative à la mesquinerie de sa mère : elle entend la bonne Gacha dire aux autres bonnes : « elle est en somme très bien... et pour la nourriture il n'y a pas à se plaindre, sauf pour la viande, tu as vu ces morceaux ? » et elle constate au cours du repas qu'effectivement sa mère donne comme reste aux bonnes les plus petits morceaux et les plus gras. L'idée qui s'impose alors est : « maman ne traite pas bien Gacha... pourtant si pâle... et non plus l'autre bonne »¹²⁸²]. Ici, on peut se poser une question : pourquoi cette pensée est-elle « la plus cruelle de toutes » ? Deux raisons sont données dans le récit lui-même : parce qu'elle ne peut pas la

¹²⁷⁹ *Ibid.*, p. 98.

¹²⁸⁰ *Ibid.*, p. 100.

¹²⁸¹ *Ibid.*, p. 100.

¹²⁸² *Ibid.*, pp. 101-102.

dire à sa mère (donc elle ne peut espérer être soulagée) et d'autre part, parce qu'elle revient à chaque repas : même si la petite fille peut se convaincre que sa mère n'est pas mesquine et même si elle peut voir sa mère donner une fois des morceaux de viande égaux aux autres, elle explique cela par le fait que sa mère soit occupée à la conversation et elle craint ainsi tous les autres repas.

c) L'exemple de Cathy dans *Les Hauts de Hurlevent*

Dans *Les Hauts de Hurlevent*, c'est l'histoire d'Heathcliff qui en fait est racontée (puisque le livre s'achève quand il meurt et non quand Cathy meurt), personnage qu'on pourrait considérer comme « fou » (par la vengeance destructrice qu'il réalise et par son histoire) mais celui dont on décrit progressivement le basculement est plus le personnage de Cathy, qui passe par différentes crises (de folie) la conduisant progressivement à la mort (elle meurt en quelque sorte de folie ou passion amoureuse). L'histoire qui nous intéresse tient à la relation passionnelle et contrariée entre Cathy et Heathcliff, relation prenant une forme pathologique, racontée par la bonne Nelly. Là aussi, plusieurs étapes semblent ponctuer le processus de basculement.

Une première crise survient lorsque Heathcliff disparaît : Nelly annonce d'abord à Cathy qu'elle ne l'a pas trouvé et qu'il a dû entendre leur conversation, conversation au cours de laquelle Cathy avoue à sa bonne Nelly qu'elle aurait honte d'épouser Heathcliff et qu'elle lui préfère Linton. On peut lire ainsi : « elle sauta debout , tout alarmée, et courut chercher elle-même son ami, sans prendre le temps de se demander pourquoi elle était si bouleversée, ni en quoi ses paroles pouvaient avoir affecté Heathcliff... Catherine marchait de long en large... elle continua d'aller et de venir, de la barrière à la porte de la maison, dans un état d'agitation qui ne lui permettait pas de repos. A la fin, elle adopta un poste permanent le long du mur, près de la route. Elle resta là, sans se soucier de mes remontrances, ni du tonnerre qui grondait, ni des grosses gouttes qui commençaient à s'aplatir autour d'elle. De temps à autre elle appelait, puis elle écoutait, et ensuite se mettait à pleurer tant qu'elle pouvait. Ce fut une bonne crise de colère et de larmes, où elle surpassa Hareton ou n'importe quel enfant... [tempête]... la tempête passa en vingt minutes, nous laissant tous indemnes, à l'exception de Cathy, qui fut complètement trempée par la suite de son obstination à refuser de se mettre à l'abri et à rester dehors sans chapeau et sans châle pour recevoir autant d'eau qu'en purent absorber ses cheveux et ses vêtements. Elle rentra enfin et s'étendit sur le banc, mouillée comme elle l'était, le visage tourné vers le dossier et caché dans ses mains... Je vis Miss Catherine toujours assise devant la cheminée... Elle est malade, dit Hindley... je suppose que

c'est la raison pour quoi elle n'a pas voulu aller se coucher... il est peut-être parti... Là elle ne put réprimer son chagrin qui éclata, et le reste de ses paroles ne fut plus que sons inarticulés... Je l'obligeai d'obéir (aller se coucher) et je n'oublierai jamais la scène qu'elle me fit quand nous fûmes remontés : j'en fus épouvantée. Je crus qu'elle devenait folle et je dis à Joseph de courir chercher le docteur. C'était un commencement de délire. Mr Kenneth, dès qu'il la vit, la déclara dangereusement malade : elle avait une fièvre. Il la saigna et prescrivit de ne lui donner que du gruau d'eau et de petit-lait et de faire attention qu'elle ne se jette pas par dessus la rampe de l'escalier ou par la fenêtre »¹²⁸³.

Puis survient une deuxième crise lorsqu'elle se dispute avec son mari (Linton) et Heathcliff après le retour de celui-ci, dispute qui a notamment pour point de départ la possibilité qu'Heathcliff épouse Isabelle Linton (dans la version cinématographique de William Wyler, en 1939, c'est la phrase « ce mariage est impossible » qui ponctue cette crise), et dont on sait qu'elle inaugure la mort (psychique et physique) de Cathy (attaque suite à un accès de colère, puis fuite et enfermement, puis jeûne puis délire/demi-rêve¹²⁸⁴).

Puis survient une troisième étape, à travers la convalescence qui suit mais qui la révèle transformée et ayant perdu la raison : « Mrs Linton est à peine convalescente, dis-je. Elle ne sera jamais ce qu'elle était auparavant, mais sa vie est sauvée »¹²⁸⁵, « L'éclat de ses yeux avait fait place à une douceur rêveuse et mélancolique ; ils ne semblaient plus s'attacher aux objets qui l'environnaient ; ils paraissaient toujours fixés au loin, très loin, au-delà de ce monde, aurait-on dit », « la pâleur de son visage... et l'expression particulière que lui donnait son état mental, tout en rappelant douloureusement ce qui en était la cause, ajoutaient au touchant intérêt qu'elle éveillait : ces signes contredisaient... les preuves les plus palpables de sa convalescence et lui imprimaient la marque d'un dépérissement fatal »¹²⁸⁶.

Enfin, on peut distinguer une quatrième étape, où elle revoit Heathcliff pour la dernière fois et meurt quasiment dans ses bras (après qu'elle eut dit : « laissez-moi ! laissez-moi ! si j'ai mal fait, j'en meurs » et « non... ne partez pas, ne partez pas ! c'est la dernière fois. Heathcliff, je mourrai, je mourrai ! »¹²⁸⁷).

[Dans *La Modification*, là aussi on suit les différentes étapes par lesquelles passe progressivement le narrateur, étapes qui vont de la décision au renoncement et qui constituent trois parties : une première qui décrit le projet initial se maintenant et s'affirmant comme résolution, une deuxième qui décrit le moment de doute et de basculement par lequel la

¹²⁸³ *Les Hauts de Hurlevent*, Paris, Payot, coll. Livre de poche, 1984, pp. 127-134.

¹²⁸⁴ *Ibid.*, p. 188.

¹²⁸⁵ *Ibid.*, p. 210.

¹²⁸⁶ *Ibid.*, p. 220.

¹²⁸⁷ *Ibid.*, pp. 227-229.

décision se défait, et une troisième qui décrit le renoncement en lui-même, comment le narrateur va concrètement réaliser, mettre en place ce renoncement même.]

d) Correspondance avec la phénoménologie psychiatrique : la notion de tableau clinique (l'exemple de Lola Voss)

La mise en évidence de ces différentes étapes qui semblent ainsi décrire un processus correspond en psychiatrie phénoménologique au “tableau clinique” (chez Binswanger notamment dans ses différentes études de cas). Par exemple, dans *Le cas Lola Voss*, Binswanger relate le cas de la jeune schizophrène déjà abordé (dont la maladie correspond en parallèle avec son mariage empêché et qui développe des symptômes paranoïaques ainsi qu’une phobie des vêtements). La progression de l’état de la malade est décrite de façon assez neutre dans ce « tableau », à travers des analyses mêlant l’histoire personnelle de la malade et sa maladie, descriptions faites par la malade elle-même ou par la famille ou par les médecins, comme dans l’exemple suivant : « ce parapluie, elle l’aurait laissé traîner partout, si bien que tous les lieux où il se trouvait provoqueraient maintenant en elle la plus grande angoisse. A cause de cela, elle est devenue bien plus malade qu’auparavant. La patiente est très excitée lors de cette déclaration. Effectivement, courant avril, son état empire et elle semble plus torturée et aigrie... »¹²⁸⁸.

Par ailleurs et comme nous l’avons suggéré, la progression de la maladie est décrite, en psychiatrie phénoménologique, comme un changement dans la manière dont le monde apparaît, comme une sorte de “permutation” : “permutation de l’être-présent sous forme de l’oiseau qui s’élève en jubilant dans les airs, en un être-présent sous forme du ver de terre aveugle qui rampe lentement”, ou encore “”ratatinement” avec rétrécissement, marécagisation et terrisation simultanés du “monde””¹²⁸⁹. On retrouve ici les images présentes dans les œuvres littéraires citées.

2. En quoi la réponse apportée par la phénoménologie psychiatrique et par la littérature est la même : une existence se modifie jusqu’à la maladie ou la folie par le jeu/intrication/rencontre entre ce que l’on est et le monde (réalité, événements) de telle sorte qu’on ne peut pas vraiment savoir ce qui, de l’intérieur ou de l’extérieur, est la véritable « cause », celle-ci étant prise dans le rapport même qui se fait entre nous et le monde.

¹²⁸⁸ *Le cas Lola Voss*, p. 26.

¹²⁸⁹ Binswanger, *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne*, p. 57.

a) La rencontre entre une « structure » et la réalité (événement)

Il s'agit de montrer également que la littérature peut illustrer l'idée selon laquelle le processus par lequel on « tombe » malade est en réalité le résultat non pas tant des événements en eux-mêmes, qui seraient « tragiques », traumatisants, insupportables, que de la manière d'être totale du sujet qui, par sa « constitution » (structure), rendrait certains événements pathogènes. Rappelons l'idée que notre projet veut suggérer et qu'illustrent selon nous les personnages littéraires ici choisis : la réalité extérieure (événements) serait le reflet de cette constitution, et inversement, la constitution serait renforcée par la réalité extérieure, dans une sorte de cercle vicieux entraînant le processus pathologique. Il n'y aurait pas, à proprement parler, d'événement « rendant fou », ni « rendant malade », mais il y aurait des événements par lesquels le sujet « se » rendrait malade/fou, parce qu'il donnerait lui-même ce sens aux événements. A noter toutefois (rappel) : cette lecture de la notion d'événement ne consiste pas pour autant à « dédramatiser » des événements qui seraient en eux-mêmes dramatiques (mauvais traitements, violences, graves carences affectives, deuils, catastrophes...) ; il s'agit juste de souligner le fait que de tels événements en eux-mêmes traumatisants n'engendrent pas nécessairement une pathologie, comme si la constitution « normale » contenait la capacité de surmonter et d'absorber de tels événements. A l'inverse, une constitution « défaillante » (fragile, en manque d'équilibre) ferait de la réalité elle-même un « événement » ou une succession ou chaîne d'événements, au sens où « tout » ferait pratiquement événement. De telles constitutions donneraient le sens d'événement à de simples incidents, ou au quotidien lui-même, dans les difficultés qu'il fait nécessairement surgir.

Rappelons aussi que par « défaillance constitutive », il faut entendre plusieurs choses selon les « types » de maladie, et tout notre travail de recherche s'emploie à interroger cette notion de « constitution/structure défaillante » (dont les causes ne sont pas interrogées dans la démarche phénoménologique, laquelle cherche à décrire cette constitution défaillante comme étant la cause elle-même de la maladie). La psychiatrie phénoménologique (inspirée par les auteurs que l'on a retenus et initiée par Binswanger) s'entend en général pour centrer cette défaillance sur la structure temporelle, à savoir la capacité du sujet à intégrer les événements (la réalité) dans un temps continu et dynamique, où le passé est à la fois maintenu, conservé, et dépassé par une ouverture sur le temps à venir. Par ailleurs, cette constitution correspond à un « projet de monde » (idéal) réduit à un « thème », au lieu d'être ouvert librement sur des possibilités multiples. Le sujet dont cette structure est affectée resterait ainsi « coincé » dans un projet de monde rétréci et dans des « événements » non intégrés, non dépassés, ne rentrant pas dans ce projet. Cette défaillance vaudrait pour les névroses et les psychoses, mais à des niveaux

(degrés) différents. Ici, nos choix littéraires se portent plutôt sur des exemples de « névroses », où le contenu affectif des événements non intégrés semble prédominant.

b) Le cas de Léon Delmont dans *La Modification*

Cette idée de constitution qui déterminerait notre « lecture » du réel est illustrée (indirectement certes) par ce que M. Butor explique à propos du personnage de *La Modification*. A noter : ce personnage n'est pas « malade » ni « fou » mais il nous intéresse en tant qu'il décrit un phénomène de basculement (renoncement à une décision). Lorsqu'on demande à M. Butor : « Le choix du titre « La Modification » a quelque chose qui intrigue. Il donne, en effet, le sentiment d'une transformation purement extérieure que le héros du livre subirait. Du reste, il dit lui-même : « tout ceci est indépendant de ma volonté ». Avez-vous essayé dans votre livre de décrire un revirement psychologique comme une transformation naturelle et quasi mécanique ? »¹²⁹⁰, M. Butor explique : « je ne pense pas qu'il y ait rien de purement extérieur, ou de purement intérieur. C'est l'extérieur en nous qui devient intérieur, et cet intérieur, nous le projetons sur l'extérieur. Nous sommes beaucoup moins nous que nous le croyons. Nous sommes notre langage, nos objets, nos décors, nos connaissances, notre famille, notre milieu, le temps qu'il fait. Et de même qu'il n'y a pas de séparation absolue entre l'intérieur et l'extérieur, de même il n'y en a pas entre nature et psychologie. Nous faisons partie de la nature et nous ne sommes pas plus surprenants que le reste. C'est toute la nature qui nous surprend continuellement. Quant à la volonté, c'est la façon dont nous prenons conscience d'une partie de nos désirs. Il est certain que Léon Delmont, comme nous tous, se fait beaucoup d'illusions sur lui-même »¹²⁹¹.

Ce qui est relaté en effet, c'est bien la manière lente et insidieuse, quasi imperceptible, par laquelle le sujet renonce à sa décision initiale, aller à Rome en train pour annoncer à sa maîtresse qui vit là-bas qu'il va quitter sa femme, la faire venir elle, sa maîtresse, à Paris, lui trouver du travail, vivre avec elle, décision dont la fragilité est manifeste dès le début puisqu'elle semble subir un mécanisme la faisant dériver progressivement de son point de départ. Ainsi, au début du voyage, le narrateur se décide à se lever pour rejoindre le wagon-restaurant parce qu'il voit un couple y aller : « Allez-y vous aussi ; ce livre qui vous embarrasse, enfoncez-le dans votre poche et quittez ce compartiment ; ce n'est pas que vous ayez vraiment faim... non, cela fait partie de vos décisions, c'est le mécanisme que vous avez remonté vous-même qui commence à se dérouler presque à votre insu »¹²⁹². Nous notons au

¹²⁹⁰ *La modification*, Préface, Editions Rombaldi, Séville, 1970

¹²⁹¹ *Ibid.*

¹²⁹² *Ibid.*, p. 34.

début du 2^{ème} chapitre : « ce voyage devrait être une libération, un rajeunissement, un grand nettoyage de votre corps et de votre tête ; ne devriez-vous pas en ressentir déjà les bienfaits et l'exaltation ? Quelle est cette lassitude qui vous tient, vous diriez presque ce malaise ? Est-ce la fatigue accumulée depuis des mois et des années, contenue par une tension qui ne se relâchait point, qui maintenant se venge, vous envahit, profitant de cette vacance que vous vous êtes accordée, comme profite la grande marée de la moindre fissure dans la digue pour submerger de son amertume stérilisante les terres que jusqu'alors ce rempart avait protégées ? Mais n'est-ce pas justement pour parer à ce risque dont vous n'aviez que trop conscience que vous avez entrepris cette aventure, n'est-ce pas vers la guérison de toutes ces premières craquelures avant-coureuses du vieillissement que vous achemine cette machine, vers Rome où vous attendent quel repos et quelle réparation ? Alors pourquoi cette crispation de vos nerfs, cette inquiétude qui gêne la circulation de votre sang [...] Est-ce le simple changement de l'horaire [...] Seriez-vous déjà si routinier [...] Ah ! c'est alors que cette rupture était nécessaire et urgente [...] Enfin la délivrance approche et de merveilleuses années »¹²⁹³. Ce qui apparaît ici, c'est que le narrateur est contraint (notamment par le voyage en train qui réduit ses actions et ses pensées) à subir et à observer ses états d'âme (qui ici relèvent plus du sentir que du penser). Il sent que quelque chose se fait en lui à son insu, et il en tire des conséquences ou conjectures quant à sa décision initiale, il cherche en quelque sorte des confirmations à sa décision, comme si celle-ci n'était pas vraiment prise. Ce qui apparaît, c'est que se combinent, dans la modification de sa décision, plusieurs facteurs quasi indissociables relevant aussi bien de ce qu'il est « lui intérieurement » (son manque de volonté, sa lâcheté, son indécision, qu'il reconnaît quand il évoque sa vie à Paris avec sa femme et ses enfants, le vieillissement), et les éléments/événements « extérieurs » (fatigue du voyage, chaleur, position assise inconfortable, voisins de compartiment, paysage qui défile et qui tous ensemble évoquent en lui sa vie future avec Cécile mais de plus en plus ses souvenirs de sa vie passée). Comme le dit M. Butor, les éléments extérieurs deviennent intérieurs (en évoquant des projets puis de plus en plus des souvenirs ici) et ensuite sont projetés extérieurement (plus le narrateur se souvient de son passé, plus il utilise ce qu'il perçoit pour se souvenir de son passé comme dans un cercle vicieux) : son manque de volonté fait que tout ce qu'il perçoit ou vit/ressent à partir de la réalité extérieure fragilise sa décision.

Le point de basculement se fait au passage de la frontière et au passage d'un tunnel : Le narrateur se laisse entraîner par ses pensées et ses souvenirs, qui eux-mêmes souvent prennent appui sur ses perceptions extérieures (voisins, paysage) mais aussi sur d'autres pensées, en

¹²⁹³ *Ibid.*, pp. 36-37.

formant ainsi une sorte de mécanisme procédant par association, mécanisme qu'il constate et qu'il tente d'empêcher lorsqu'il arrive à la pensée « le fait que vous soyez séparé de sa mère ne vous empêchera pas de continuer à le [son fils] voir quand vous voudrez [...] ne l'empêchera pas de vous rendre visite quand vous serez installé avec Cécile, de venir déjeuner chez vous, de vous emmener voir de quelle façon il aura arrangé sa chambre, 15, place du Panthéon, un jour où il saura qu'Henriette est sortie ; le fait que vous soyez séparé de sa mère ne vous empêchera pas au bout d'un certain temps, vous savez que cela ne pourra pas vous en empêcher, de venir la voir quelquefois ; vous vous cacherez de Cécile. Voici que passe un autre tunnel un peu plus long. Il faut fixer votre attention sur les objets que voient vos yeux, cette poignée, cette étagère, et le filet avec ces bagages [...] sur les personnes qui sont dans ce compartiment [...] afin de mettre un terme à ce remuement intérieur, à ce dangereux brassage et remâchage de souvenirs »¹²⁹⁴. Ce mécanisme se reproduit lorsqu'il s'imagine annonçant à sa femme sa décision : « mardi prochain, lorsque harassé par votre voyage en 3^{ème} classe [...] mardi prochain, lorsque vous serez arrivé à Paris, 15 place du Panthéon [...] mardi prochain, lorsque vous trouverez Henriette en train de coudre [...] mardi prochain, lorsque vous entrez dans sa chambre... »¹²⁹⁵ (ici le récit s'interrompt à chaque fois comme pour avancer et en même temps reculer le moment de l'annonce impossible).

Puis vient le moment où le narrateur sent que sa décision lui échappe au point de percevoir aussi l'inversion du sens de sa volonté, qui passe ainsi du « je veux » au « je ne veux plus » et qui amorce la phase de renoncement : « alors terrorisée s'élève en vous votre propre voix qui se plaint : ah, non, cette décision que j'avais eu tant de mal à prendre, il ne faut pas la laisser se défaire ainsi ; ne suis-je donc pas dans ce train, en route vers Cécile merveilleuse ? ma volonté et mon désir étaient si forts... Il faut arrêter mes pensées pour me ressaisir et me reprendre, rejetant toutes ces images qui montent à l'assaut de moi-même. Mais il n'est plus temps maintenant, leurs chaînes solidement affermies par ce voyage se déroulent avec le sûr mouvement même du train, et malgré tous vos efforts pour vous en dégager, pour tourner votre attention ailleurs, vers cette décision que vous sentez vous échapper, les voici qui vous entraînent dans leurs engrenages »¹²⁹⁶, « Vous vous dites : je ne sais plus quoi faire ; je ne sais plus ce que je fais ici ; je ne sais plus ce que je vais lui dire »¹²⁹⁷, « vous les regarderez dormir inconfortablement, vous débattant vous-même parmi les mauvais rêves que vous entendez déjà souffler et hurler derrière les portes de votre tête, derrière ce grillage dessiné sur le tapis

¹²⁹⁴ *Ibid.*, pp. 145-146.

¹²⁹⁵ *La modification*, pp. 150-153.

¹²⁹⁶ *Ibid.*, p. 152.

¹²⁹⁷ *Ibid.*, p. 174.

de fer qui les retient à peine, qu'il ébranlent et commencent à tordre, perdu parmi les lambeaux de ce projet que vous croyiez si solide, si parfaitement agencé, bien loin d'imaginer que toutes ces fissures, à l'occasion de miettes et de poussières, de tout un essaim d'événements insectes conjugués, savamment érodant les écrous, les écrans de votre vie quotidienne et de ses contrepoids, que toutes ces déchirures irrémédiablement allaient s'y dessiner, vous livrant aux démons non de vous seulement, mais de tous ceux de votre race. Pourquoi ce souvenir fatal vous a-t-il été si bien rendu alors que vous auriez pu vivre tous deux, dans l'ignorance, au moins pour quelque temps ? »¹²⁹⁸. Ce souvenir est celui du séjour de Cécile à Paris et de sa rencontre avec Henriette, où le narrateur assiste, médusé, à une sorte d'alliance entre les deux femmes contre lui, contre sa lâcheté, contre son incapacité à les rendre heureuses « avec une sorte d'horreur vous avez assisté à ce prodige : Cécile, votre secours, vous trahissait, passait du côté d'Henriette ; à travers leur jalousie quelque chose comme un mépris commun se faisait jour »¹²⁹⁹.

Notons aussi le passage où le narrateur se reprend et croit un peu à cette reprise, et où l'on voit le rôle que jouent les événements extérieurs qui, en agissant sur lui intérieurement, parviennent à lui redonner une perception optimiste des choses (image du circuit) : « ce n'était qu'un malaise passager ; n'êtes-vous pas de nouveau sûr et fort, avec encore en vous la chaleur de ce vin et de cet alcool, l'odeur de ce dernier cigare, malgré cette somnolence bien sûr qui est la bienvenue, parce que vous n'avez pas pris de café [...] voulant éviter toute raison supplémentaire d'insomnie, d'être repris dans ces lacis de réflexions et souvenirs qui pourraient vous amener vous ne savez quel catastrophique changement d'humeur et de projets »¹³⁰⁰. Ici, on voit que le narrateur a besoin d'endormir ou d'engourdir sa pensée par l'endormissement ou l'engourdissement physique (corps), mais il utilise cela pour également « ruser » avec sa pensée, en lui donnant un autre cours : « usant contre vous-même de cette ruse : penser que ce voyage était comme les autres [...] ou bien fixant votre attention sur [...] écoutant ces conversations italiennes »¹³⁰¹. Mais dès qu'il se remet à penser à sa décision, le doute l'emporte et un discours contradictoire apparaît : il veut à la fois se remettre à penser calmement à sa décision puis retrouve le désarroi qui l'a accompagné. Pour évacuer ce désarroi, il se trouve en quelque sorte coincé : « mais pourquoi restez-vous debout dans l'embrasure à vous balancer selon le mouvement qui se poursuit [...] pourquoi vous êtes-vous figé ainsi comme un somnambule dérangé dans son périple, hésitez-vous à entrer dans ce

¹²⁹⁸ *Ibid.*, p. 176.

¹²⁹⁹ *Ibid.*, p. 172.

¹³⁰⁰ *Ibid.*, p. 179.

¹³⁰¹ *Ibid.*, p. 180.

compartiment comme si toutes ces pensées de tout à l'heure allaient se ressaisir de vous dès le moment où vous serez assis de nouveau à cette place » ?¹³⁰².

Ensuite, on voit que sa perception devient proche du délire hallucinatoire et paranoïaque, comme si peu à peu ce thème unique et restreint venait imprimer tout le reste, lui donner sa teinte ou sa tonalité, idée que l'on trouve en psychiatrie phénoménologique, notamment chez Binswanger, à travers la notion de thématization ou d'atmosphérisation. Le narrateur associe peu à peu le paysage et ses compagnons de voyage à ce qui lui arrive : vieille italienne, son mari, image de la forêt où des hommes sont perdus comme lui, image du personnage du livre qu'il essaie vainement de lire, livre « dans lequel il doit bien se trouver quelque part [...] un homme en difficulté qui voudrait se sauver, qui a fait un trajet et qui s'aperçoit que le chemin qu'il a pris ne mène pas là où il croyait, comme s'il était perdu dans un désert, ou une brousse, ou une forêt se refermant en quelque sorte derrière lui sans qu'il arrive même à retrouver quel est le chemin qui l'a conduit là, car les branches et les lianes masquent les traces de son passage, les herbes se sont redressées et le vent sur le sable a effacé les marques de ses pas »¹³⁰³. Cette image suggère à quel point il ne peut savoir ce qui exactement a causé son renoncement, tant les causes sont multiples et tant elles sont également éphémères au point de ne pas laisser de traces. Il est impossible au narrateur de retrouver le cheminement qui a eu lieu s'il veut le faire en sens inverse, parce que les liens restent invisibles, insaisissables. Ne sont saisissables et visibles que quelques étapes ou sensations mais pas ce qu'elles ont eu comme impact sur sa volonté. Ici s'impose l'idée que quelque chose d'essentiel dans le mécanisme demeure invisible. Autre image quasi identique, celle du « livre où il faudrait bien qu'il soit question par exemple d'un homme perdu dans une forêt qui se referme derrière lui sans qu'il arrive, même pour décider de quel côté il convient d'aller maintenant, à retrouver quel est le chemin qui l'a conduit là, parce que ses pas ne laissent nulle trace sur les feuilles mortes accumulées dans lesquelles il s'enfonce »¹³⁰⁴, ou encore : « vous l'aviez enfin prise cette décision qui s'est peu à peu fanée, calcinée au cours du trajet, que vous ne parvenez plus à reconnaître, qui continue à se transformer sans que vous parveniez à freiner cette hideuse déliquescence »¹³⁰⁵. Ici, ce qui est suggéré, c'est que ce qui demeure ainsi invisible et inextricable est la constitution même du sujet, sa « structure », c'est-à-dire sa manière totale d'être au monde, où extériorité et intériorité sont indivises, et

¹³⁰² *Ibid.*, p. 181.

¹³⁰³ *Ibid.*, p. 182.

¹³⁰⁴ *Ibid.*, p. 185.

¹³⁰⁵ *Ibid.*, p. 190.

« par où » le monde et lui-même se configurent. Ce « par où » est à comprendre phénoménologiquement comme étant l'inconscient lui-même, inaccessible.

c) La constitution de Cathy dans *Les Hauts de Hurlevent*

Dans *Les Hauts de Hurlevent*, Cathy est le personnage dont le processus conduisant à sa maladie est sans doute le plus analysé (même si Heathcliff est lui-même décrit comme un être perturbé). Sa maladie est également attribuée à la combinaison de sa nature et des événements venant la renforcer, événements qui peuvent sembler contingents mais qui en réalité ne sont que des effets de ce qu'est la nature de Cathy. Ainsi lors de la première crise liée au départ brutal d'Heathcliff qui surprend la conversation entre Cathy et Nelly, on peut croire que c'est le hasard et la violence de l'événement qui rendent Cathy malade : si Heathcliff n'avait pas surpris la conversation, il ne serait pas parti et Cathy ne serait pas tombée malade. Cette idée est confirmée par le médecin de Cathy, Dr Kenneth, plus tard, lorsque Cathy est très malade : « Nelly Dean, dit-il, je ne puis m'empêcher de penser qu'il y a là une cause qui m'échappe. Que s'est-il passé à la Grange ? [...] Une fille forte et courageuse comme Cathy ne tombe pas malade à propos de rien ; non, cela n'arrive pas à des personnes comme elle. Il faut quelque chose de sérieux pour déterminer, dans ces organisations-là, des fièvres ou d'autres manifestations semblables. Comment cela a-t-il commencé ? »¹³⁰⁶. Ce que répond Nelly tente de contredire ce discours, en relativisant la part et le rôle des événements : « vous connaissez le tempérament violent des Earnshaw, et Mrs Linton le possède au plus au point. Ce que je puis dire, c'est que cela a débuté par une querelle. Elle a été frappée d'une sorte d'attaque au cours d'un accès de colère. C'est ce qu'elle raconte, du moins. Car elle s'est enfuie au plus fort de cet accès et s'est enfermée. Ensuite, elle a refusé de manger et maintenant elle est alternativement dans le délire ou dans un demi-rêve. Elle reconnaît les personnes qui l'entourent, mais elle a l'esprit plein d'idées étranges et d'illusions ». Ici l'accent est mis sur le tempérament de Cathy qui serait la cause même de sa folie, laquelle apparaît également à Nelly comme provoquée et plus ou moins simulée : « je lui donnai sur sa maladie les détails que je jugeai convenables et il parvint, par un nouvel interrogatoire, à me faire raconter la plupart des faits liés à l'origine de cette maladie. Je blâmai Catherine, à juste titre, de l'avoir elle-même provoquée »¹³⁰⁷.

En réalité, on peut aussi et autant affirmer que si tout se passe ainsi, c'est parce que Cathy provoque, par son comportement et sa manière d'être, ces événements mêmes qui accentuent en retour sa nature passionnée . Ainsi en témoigne le point de départ qui inaugure la première

¹³⁰⁶ *Les Hauts de Hurlevent*, p. 209.

¹³⁰⁷ *Ibid.*, p. 210.

crise de Cathy (la demande en mariage d'E. Linton mais qui est précédée par une querelle entre Heathcliff, Edgar, Nelly et Cathy) : « Eh bien ! allez si cela vous plaît, partez ! Et maintenant, je vais pleurer... je vais pleurer à m'en rendre malade ! », ou (discours de Nelly) « Miss est terriblement capricieuse, monsieur, lui criai-je, aussi méchante que le fut jamais enfant gâtée. Vous feriez mieux de retourner chez vous, sans quoi elle sera malade, rien que pour nous ennuyer »¹³⁰⁸, ou (Cathy) « Je suis presque folle, Nelly, s'écria-t-elle en se jetant sur le sofa. Un millier de marteaux de forgerons battent dans ma tête ! Dites à Isabelle de ne pas se montrer devant moi. C'est elle qui est cause de toute ce trouble et si elle, ou tout autre, aggravait en ce moment ma colère, je deviendrais enragée. Et puis, Nelly, dites à Edgar, si vous le revoyez ce soir, que je suis en danger de tomber sérieusement malade. Je souhaite que cela devienne une réalité. Il m'a affreusement choquée et peinée ! Je veux lui faire peur... Il faut que vous lui représentiez le danger qu'il y aurait à se départir de cette prudence, que vous lui rappeliez ma nature passionnée, qui se laisse entraîner, quand elle est excitée, jusqu'à la furie »¹³⁰⁹. La réponse de Nelly, qui raconte toute l'histoire de Hurlevent à un autre personnage, Lockwood, plus de vingt ans après, quand Heathcliff s'est vengé de tous et qu'il vit avec la fille de Cathy et Hareton (fils du frère de Cathy, Hindley) est la suivante : « je pensais qu'une personne capable de projeter par avance de tirer parti de ses accès de colère pouvait bien, par un effort de volonté, arriver à se dominer suffisamment, pendant qu'elle était sous l'influence de ces accès »¹³¹⁰. Ici, Nelly suppose que Cathy est partie prenante de sa maladie, mais au point de pouvoir « se reprendre », c'est-à-dire empêcher le phénomène de basculement.

Les propos que tient Cathy à Edgar confirment l'idée qu'elle participe à sa maladie, mais pas au point de pouvoir la contrôler : « votre sang toujours calme ne connaît pas les ardeurs de la fièvre ; vos veines sont remplies d'eau glacée. Les miennes sont en ébullition et la vue d'une telle froideur les fait bondir »¹³¹¹. Ici, on ne peut que noter le phénomène de circuit ou de boucle, par lequel la constitution (en ébullition) de Cathy ne peut que rendre pathogène la perception ou vue de ce que fait/dit le froid Edgar (ou Isabelle, mentionnée plus haut comme étant « la cause de tout »).

Pareillement, on peut penser que ce que fait et dit Nelly ne peut qu'alimenter la constitution (structure) de Cathy. En effet, Nelly maintient une indifférence à l'égard de Cathy (qui s'enferme et jeûne pendant trois jours), elle fait en sorte qu'Edgar, le mari de Cathy, ne

¹³⁰⁸ *Ibid.*, p. 113.

¹³⁰⁹ *Ibid.*, p. 170.

¹³¹⁰ *Ibid.*, p. 170.

¹³¹¹ *Ibid.*, p. 172.

s'inquiète pas, et du coup persuade Cathy de l'indifférence d'Edgar envers son état : « elle se jugeait mourante. Je considérai ces propos comme destinés aux oreilles d'Edgar. Je n'en croyais pas un mot, de sorte que je les gardais pour moi »¹³¹². Nelly se pose toutefois rétrospectivement la question de savoir si elle a bien agi : « Je n'aurais pas parlé de la sorte si j'avais connu son véritable état ; mais je ne pouvais me défaire de l'idée que sa maladie était en partie jouée »¹³¹³ (état qui pourtant, tel qu'il apparaîût, lui semble inquiétant). De fait, « elle était là, étendue, frappant de la tête sur le bras du sofa et grinçant des dents, à croire qu'elle allait les faire voler en éclats [...] elle n'avait plus de souffle pour parler [Nelly lui asperge de l'eau sur la figure] [...] en quelques secondes, elle s'allongea, devint raide et renversa les yeux, tandis que ses joues, décolorées et livides, revêtaient l'aspect de la mort. Linton paraissait frappé de terreur. – Il n'y a pas à s'inquiéter le moins du monde, murmurai-je. Je ne voulais pas qu'il cédât, quoique je ne pusse m'empêcher d'être effrayée en moi-même. – Elle a du sang sur les lèvres, dit-il en frissonnant. – Peu importe, répondis-je sèchement »¹³¹⁴. L'analyse de cette responsabilité indirecte de Nelly est évoquée ensuite: « L'idée de la résignation philosophique de Mr Linton, que je lui avais mise dans la tête, lui était insupportable. Elle s'agita tellement que son égarement fébrile devint de la folie et qu'elle se mit à déchirer l'oreiller avec ses dents [...] Les expressions fugitives de son visage et ses sautes d'humeur commençaient à m'alarmer terriblement et me remettaient en mémoire sa première maladie et les recommandations qu'avait faites le docteur d'éviter de la contrarier »¹³¹⁵. Cette idée est confirmée par Cathy elle-même : « Vous aurez beau secouer la tête, Nelly, vous avez aidé à me déranger la cervelle. Vous auriez dû parler à Edgar, certainement vous l'auriez dû, et l'obliger de me laisser tranquille ! Oh ! Je suis brûlante ! Je voudrais être dehors ! Je voudrais me retrouver petite fille, à demi-sauvage, intrépide et libre ; riant des injures au lieu de m'en affoler ! Pourquoi suis-je si changée ? Pourquoi quelques mots font-ils bouillonner mon sang avec une violence infernale ? Je suis sûre que je redeviendrais moi-même si je me retrouvais dans la bruyère sur ces collines »¹³¹⁶. Il s'agit du passage où, après ses trois jours de jeûne, Cathy en ressort transformée et délirante, incapable de retrouver la raison et où elle se montre en même temps assez lucide sur la manière dont elle en est arrivée là : elle en situe le point de départ au moment où son père meurt et où son frère Hindley dégrade Heathcliff tout en le séparant d'elle, événement qui selon elle l'a conduite à vouloir épouser Edgar Linton et à mépriser Heathcliff. Il peut s'agir là du point de

¹³¹² *Ibid.*, p. 175.

¹³¹³ *Ibid.*, p. 176.

¹³¹⁴ *Ibid.*, p. 173.

¹³¹⁵ *Ibid.*, p. 177.

¹³¹⁶ *Ibid.*, p. 182.

départ de l'histoire, sans lequel sans doute n'auraient pas eu lieu les autres événements. Ici, elle attribue sa maladie à des causes extérieures. Dans tous les cas, Cathy attribue la cause de sa maladie à la manière dont sa nature est affectée par autrui ou par la réalité contingente des événements extérieurs, vécus comme insupportables.

Ce qui apparaît doublement significatif ici, c'est à quel point justement les « causes » de la maladie semblent multiples et indivises (entremêlées, inextricables, prises les unes dans les autres dans un mécanisme de cercle vicieux). En même temps, semble donnée la clé de l'issue qui permettrait ou aurait permis de ne pas tomber malade : soit un autre déroulement des événements (une autre histoire), soit l'effet compensateur d'un certain « paysage » ou lieu ou atmosphère (collines, bruyère), soit une plus grande bienveillance de la part d'autrui (voir la troisième partie).

d) Correspondance avec la phénoménologie psychiatrique : “l'analyse existentielle” (l'exemple d'Ellen West)

Dans les études de cas réalisées par les psychiatres phénoménologues, l'idée d'un cercle vicieux entre une structure défaillante et la réalité (événements) est mise en évidence dans “l'analyse existentielle”, laquelle suit en général le tableau clinique chez Binswanger. Ainsi, à propos d'Ellen West (dont le cas est rappelé dans *Le cas Lola Voss*), jeune fille anorexique que nous avons déjà évoquée, Binswanger explique : « nous devons remettre sous notre vue le combat entre idéal et résistance du monde accablant (la “réalité”). Ce combat s'étale de la façon la plus simple et la plus claire possible dans le cas Ellen West. L'idéal signifie la minceur, la résistance contre la faim. Ici, l'idéal est contredit par un besoin vital, un pouvoir irrésistible ressortissant du monde de la chair. Et plus ce besoin a été réprimé du côté de l'idéal, plus il s'est affiché sous l'aspect de la glotonnerie »¹³¹⁷. Ce que veut expliquer ici Binswanger est l'idée plus générale selon laquelle la maladie provient d'un idéal (projet de monde) restreint dans ses possibilités et qui, confronté à la réalité qui vient le contrarier, ne peut que se réduire de plus en plus en cherchant à se réassurer, en vain. Chez Ellen West, son idéal de minceur est notamment contredit par une tendance à manger et à grossir. Chez Lola Voss, son idéal (se marier avec son fiancé) est contredit par le fait même d'être malade, ce qui pousse sa famille, ses proches et le fiancé lui-même à retarder et repousser sans cesse ce mariage, ce qui en retour entretient et accentue la maladie.

Par ailleurs, le fait que le monde en lui-même change de “figure” pendant le processus pathologique (mentionné dans notre première partie), suggère bien que la constitution du sujet

¹³¹⁷ *Le cas Lola Voss*, p. 44.

“détéint” en quelque sorte sur la réalité extérieure, ce qu’expriment les malades eux-mêmes lorsqu’ils décrivent “leur” monde. Plus rien du monde extérieur ne semble alors pouvoir rééquilibrer la structure/constitution puisqu’au contraire tout l’accentue et la confirme.

3. Littérature et phénoménologie psychiatrique : une même capacité (de l’écrivain et du psychiatre phénoménologue) à « sympathiser » avec la maladie et à la « soigner »

a) Des écrivains « malades » ?

Enfin, il semble que la littérature pose la question (un peu banale) du rapport entre l’art et la folie. On peut se demander en effet d’où vient cette capacité de la littérature à dire la maladie et la folie comme le disent les malades et les fous eux-mêmes, et comme le comprennent les psychiatres phénoménologues, en ayant notamment recours à un langage imagé censé rendre compte de la manière dont une existence se sent devenir folle ou se voit devenir folle. Cela vient-il de ce que les écrivains sont eux-mêmes en proie à la maladie, ou bien qu’ils en ont une certaine « expérience » ?

Dans *Enfance*, l’écrivain est le narrateur qui écrit ses propres mémoires. On peut penser que l’histoire « racontée » est celle de l’écrivain lui-même, qui témoigne de sa propre fragilité.

Dans *Les Hauts de Hurlevent*, le narrateur est Nelly. Le point de vue d’E. Brontë, dont on sait qu’elle menait une existence plutôt sage et recluse (fille de pasteur anglican, bourgeois mais sans fortune, devenue comme ses sœurs maîtresse d’école), semble pouvoir être celui de tous les personnages portant sur la maladie de Cathy un certain regard. La multiplication de ces regards peut donner le sentiment d’un point de vue « détaché » de la maladie, et pourtant comme « averti ». On peut rappeler à ce propos le lien possible entre Heathcliff et le frère cadet des sœurs Brontë, Branwell, ivrogne, opiomane et marqué par une liaison malheureuse avec la mère d’une de ses élèves (dont il était le précepteur). Ce frère avait des crises de folie dont la famille Brontë était témoin. On peut penser qu’il a servi de modèle à Heathcliff. On peut lire dans la Préface de Michel Mohrt la description que fait Robert de Traz de Branwell : « en vain ses sœurs épouvantées cherchèrent à le calmer, à le retenir, il ne proférait que sarcasmes, qu’imprécations, il passait de la fureur aux sanglots...des accès de colère sauvage le secouaient »¹³¹⁸.

Dans ce cas, si l’écrivain n’est pas lui-même malade, fou, on peut penser qu’il est au moins ou sinon « marqué » par cette dimension de l’existence (soit parce qu’il y est sensible, soit parce qu’il en est le témoin direct).

C’est dire que l’écrivain serait une figure ou une expression possible de la maladie psychique

¹³¹⁸ *Les Hauts de Hurlevent*, Préface.

se faisant phénoménologie (qui plus est psychiatrique), la question restant de savoir si c'est dans certaines œuvres seulement et par quelques écrivains seulement que cela se fait, ou bien dans toute œuvre et pour tout écrivain.

Dans le cas d'E. Brontë, est évoquée une imagination morbide (cf. préface) qu'on retrouve dans ses poèmes, et ses lectures (romans noirs qui frappent l'imagination), et sont évoqués également certains événements ou détails de son existence : le frère alcoolique de nature passionnée, cimetière entourant la maison familiale et revenant dans les romans de manière récurrente sous la figure de la tombe.

Ce qui apparaît malgré tout, dans l'œuvre elle-même, c'est la multiplicité des points de vue, multiplicité qui prend de ce fait un caractère phénoménologique et psychiatrique comme ce peut être le cas dans une étude de cas relatée par un psychiatre phénoménologue : ce qui permet cette multiplicité de points de vue, c'est bien l'écrivain, qui en effectue la « synthèse », ce qui témoigne d'une certaine « distance » avec la maladie.

Dans *Enfance*, le point de vue de l'enfant est « retrouvé » comme intact par le narrateur puis critiqué et plus ou moins confirmé par le double du narrateur (« Des images, des mots qui évidemment ne pouvaient pas se former à cet âge dans ta tête »¹³¹⁹). Une distanciation semble ainsi rendue possible.

Dans *Les Hauts de Hurlevent*, plusieurs points de vue apparaissent selon les différents personnages. On a ainsi le point de vue de Nelly, qui n'aime pas Cathy, qui attribue sa maladie à sa nature capricieuse et qui n'y croit pas vraiment, au point d'ailleurs de devenir un facteur déclenchant et aggravant, lorsqu'elle intrigue contre Cathy et contre le médecin ; elle pense qu'il ne faut pas être doux ni laxiste avec elle mais au contraire lui résister : « je savais que la nature de Mrs Linton était obstinée et impérieuse, mais je ne savais pas que vous vouliez encourager son caractère violent »¹³²⁰, « elle pensait que sa récente maladie lui donnait le droit d'être traitée avec considération »¹³²¹, « chapitré par Kenneth et rendu prudent par les menaces d'accès qui accompagnaient souvent ses colères, son frère lui accordait tout ce qu'il lui prenait fantaisie de demander et en général évitait d'exciter son caractère emporté. Il était plutôt trop indulgent à ses caprices ». Nelly veut en quelque sorte contrer cette nature en ne lui cédant pas, en lui résistant et en lui présentant des obstacles – lesquels en fait ne font que renforcer cette nature jusqu'à la folie. Mais on a aussi le point de vue du médecin, qui protège et veut défendre Cathy en attribuant sa maladie principalement aux événements qui lui arrivent – il préconise de « ne pas la contrarier » : « le docteur avait dit qu'elle ne supporterait

¹³¹⁹ *Enfance*, p. 17.

¹³²⁰ *Les Hauts de Hurlevent*, p. 186.

¹³²¹ *Ibid.*, p. 135.

pas la contrariété ; on devait la laisser faire à sa guise ; et ce n'était rien de moins qu'un meurtre, à ses yeux, de prétendre lui résister ou la contredire »¹³²². On a également le point de vue de Cathy elle-même sur elle-même : elle attribue sa maladie à sa nature et à ce qui lui arrive, en suggérant le cercle vicieux qui peut conduire sa nature à être accentuée par les événements jusqu'à la folie.

Il faut bien attribuer à E. Brontë cette capacité d'avoir en vue toutes les causes possibles de la maladie et à suggérer aussi que celle qu'elle privilégie est incarnée par Cathy : personnage qui apparaît comme une figure héroïque, dont le romantisme et l'exaltation sont valorisés. Certes, Cathy est critiquée par la narratrice Nelly, mais celle-ci apparaît comme une figure trouble, à la fois dévouée et compatissante envers les êtres misérables comme Hareton, la chienne d'Isabelle, le bébé de Cathy, mais dure avec Cathy et ne l'aimant pas. Par ailleurs, elle se mêle de ce qui ne la regarde pas et est intrigante voire méchante : « Elle est évanouie ou morte, pensai-je. Tant mieux ! Mieux vaut pour elle la mort que de languir comme un fardeau et une source de misère pour ceux qui l'entourent »¹³²³.

Dans *La Modification*, on a le point de vue du seul narrateur, mais dont les questions sur ce qu'il est train de ressentir et sur les causes qui pourraient l'expliquer, suffisent à donner plusieurs réponses, que l'on peut attribuer à l'auteur lui-même (omniscient).

Tout ceci semble pouvoir suggérer que l'artiste (ici l'écrivain) témoigne à la fois d'une certaine expérience de la maladie et d'une capacité à la comprendre, comme s'il était à la fois le malade et le psychiatre. Il serait celui qui peut à la fois tomber et se maintenir debout par le fait même de pouvoir se décrire tombant (dans ses œuvres).

b) Art et thérapie, pour une auto-thérapie ?

Par ailleurs, on ne peut que poser, à travers ces exemples littéraires, la question de la thérapie, de la possibilité d'inverser le cours (irréversible) du processus pathologique. Certaines pistes sont suggérées par le point de vue de l'écrivain (narrateur omniscient) et par l'écriture elle-même.

Dans tous les cas semble-t-il, il s'agit de contrebalancer la défaillance de la structure en cause dans la maladie, en modifiant le monde par lequel cette défaillance se voit affectée et renforcée. Ce monde est notamment composé d'autrui, dont le comportement est vécu comme le plus « affectant » et faisant événement.

Ainsi, dans *Enfance*, la « solution » est donnée par la séparation avec la mère, dont les réponses et l'attitude sont vécues par sa fille comme autant d'événements déclencheurs. En

¹³²² *Ibid.*, p. 135.

¹³²³ *Ibid.*, p. 135.

effet, ce qui semble relever d'une carence affective ne peut qu'être entretenu et accentué par une attitude froide et « mal-aimante » de la mère.

Dans *La Modification*, la « solution » est donnée par le projet final d'écrire un livre, projet qui permet au personnage de ne plus être confronté à son manque de volonté, lequel, face à des femmes exigeantes et revendicatrices, ne peut qu'être également accentué. Le projet littéraire devient en quelque sorte l'expression inversée de ce manque de volonté raconté.

Dans *Les Hauts de Hurlevent*, la thérapie suggérée est celle consistant à « calmer » sa nature capricieuse (devenue incontrôlable) par le paysage (collines, bruyère) reflétant l'enfance « sauvage » préservée des événements contrariants. Un entourage moins hostile, plus bienveillant est également suggéré lorsque la cause de la maladie est attribuée successivement à tous les personnages environnants (le frère, Edgar, Isabelle, Nelly). La nature est ainsi et également posée comme compensatrice de la violence d'autrui. Dans *Madame Bovary*, lorsque sont évoqués le bonheur et la beauté d'Emma lorsqu'elle est animée par le projet de s'enfuir avec Rodolphe, Flaubert attribue aussi cet état de plénitude à l'effet bénéfique des événements extérieurs sur la « nature » d'Emma : « Jamais Madame Bovary ne fut aussi belle qu'à cette époque ; elle avait cette indéfinissable beauté qui résulte de la joie, de l'enthousiasme, du succès, et qui n'est que l'harmonie du tempérament avec les circonstances »¹³²⁴.

De manière plus générale, il s'agit de comprendre la possibilité de ne pas faire de la maladie une fatalité, quand bien même celle-ci serait induite par un processus irréversible contenu dans une structure défaillante. Que ce soit par l'art (l'écriture) ou par la capacité à opposer à sa structure défaillante des « contre-poids », l'idée qu'une issue est possible se fait jour, tout comme pour le psychiatre en charge de ses malades.

Chez Binswanger, rappelons que la thérapie passe par une relation de compréhension de la maladie, compréhension vécue sur le mode de l'amour, comme un « être-nous » (*Mitsein*). C'est sur le mode de la « rencontre » que semble opérer cette issue, comme le souligne Binswanger, pour qui l'analyste existentiel doit se tenir « toujours avec ses malades sur le même plan, à savoir le plan de la communauté dans l'être-présent. Il ne fera donc pas du malade un objet, face auquel, soi-même, il est un sujet ; mais il verra en lui le partenaire dans l'être-présent. Ce qui relie les deux partenaires, il ne le définira donc pas, selon l'analogie du contact entre deux batteries électriques, comme un « contact psychique », mais comme une *rencontre* « sur l'abîme de l'être présent » [Martin Buber] [...] comme un être-avec ou rapport, et comme un être-ensemble ou amour [...] car la rencontre est un être-présent dans un *présent*

¹³²⁴ *Madame Bovary*, p. 176.

intrinsèque, c'est-à-dire dans un présent tel qu'il se temporalise absolument hors du passé, et porte aussi, absolument, en soi les possibilités de l'*avenir* »¹³²⁵. De manière générale, il s'agit de "ramener" le malade (dont le projet de monde a été "fléchi") dans un "parcours" de vie (existence) ouvert : « l'analyse existentielle comprend donc la psychothérapie comme une tentative d'ouvrir à de tels parcours fléchis d'être-présent de nouvelles *possibilités* structurales ». Mais pour cela, il faut « montrer au malade, premièrement la structure de son être-dans-le-monde en général », pour ensuite « le rendre libre pour *tout* le pouvoir-être de l'être-présent »¹³²⁶.

On peut penser qu'il en va de même pour les personnages littéraires malades, dont le récit « bienveillant » et « compréhensif » de leur histoire semble garantir une certaine issue (celle de l'écrivain lui-même ou celle, imaginée comme étant possible, de leur personnage, ou encore celle du lecteur "malade") : dans tous les cas, une rencontre s'opère.

c) Le rôle du « personnage »

On ne peut ici que s'interroger sur le rôle joué par le « personnage », dans les œuvres littéraires où le personnage « tombe malade » ou « devient fou ». Plusieurs pistes apparaissent, si l'on considère que le personnage incarne, comme le montre Martine de Gaudemar dans *La voix des personnages*, une existence virtuelle, ouverte à des possibilités en devenir, et dont les possibilités pourraient être les nôtres, en tant que « style » de vie (en référence cette fois à la thèse de Marielle Macé dans *Styles. Critique de nos formes de vie*¹³²⁷). Le personnage est ainsi comme un « type » ouvert, à la fois collectif et singulier, faisant advenir des possibilités qui peuvent être autant de modèles. Si la maladie et la folie ne sont certes pas des modèles, on peut penser toutefois que l'écrivain qui les met en scène et les anime, peut ainsi raconter et animer sa propre structure existentielle, en l'ouvrant précisément à des nouvelles possibilités le maintenant en équilibre et lui permettant d'exister « normalement », dans un monde commun partagé, celui de l'écriture et de la création. Le personnage peut aussi avoir cette valeur thérapeutique envers le lecteur lui-même potentiellement malade, dont la structure défaillante le place déjà sur un terrain glissant ou sur une certaine pente. En se retrouvant ou en s'identifiant à un personnage malade en proie à la maladie, et dont la maladie est racontée et comprise par l'écrivain qui la décrit, le lecteur peut se sentir « reconnu » et s'ouvrir alors, par la lecture, à de nouvelles possibilités suggérées par le personnage (quelle que soit son issue : même dans la mort de Cathy, une femme passionnée

¹³²⁵ *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne*, chapitre "analyse existentielle et psychothérapie", p. 118.

¹³²⁶ *Ibid.*, p. 119.

¹³²⁷ Paris, Gallimard, 2016.

et « sur le fil » peut se projeter comme ne devant pas suivre le même chemin, du seul fait que ce chemin lui apparaît de manière évidente comme « fatal », et du fait que des « solutions » sont suggérées (ne pas faire comme Cathy)). Ici, la lecture peut permettre ce qui, pour Binswanger, entre dans la thérapie : la compréhension de la défaillance (dit familièrement, cela reviendrait à « voir, comprendre, ce qui cloche »), en rendant possible ainsi la distanciation nécessaire à une réouverture des possibilités, « à froid », sur la base même de cette compréhension censée « calmer » la défaillance. On peut supposer aussi qu'à ce niveau, la lecture opère le même « effet » cathartique que la parole en thérapie (parole du patient et parole du médecin) : en « lisant », une certaine identification a lieu mais « à distance », comme c'est le cas en thérapie où la distance consiste à mettre le patient à l'abri de lui-même tout en le rendant présent à lui-même. Il est clair ici que ce que l'on a en vue rejoint l'idée plus large d'une fonction cathartique de l'art (Aristote, Hegel), capable, par la distance de la représentation, de nous délivrer de nos « passions » (souffrances).

Toutefois, il apparaît aussi que cette thérapie par la lecture ne peut convenir à tout le monde, et qu'elle peut être considérée comme réservée à une certaine catégorie sociale (malades lettrés, érudits, cultivés, intellectuels, bourgeois). Le cinéma en ce sens, comme on le montrera par la suite, offre, semble-t-il des possibilités thérapeutiques plus ouvertes « à tous », en proposant une thérapie plus directe et accessible, par l'image.

Autre piste procédant de manière inverse : le personnage malade ou fou dont l'histoire nous est racontée et donnée à comprendre, peut aussi inspirer le lecteur souffrant en lui donnant la possibilité de faire de son existence une « histoire » du même genre que celle du personnage, comme c'est le cas pour Emma Bovary, dont les lectures romanesques nourrissent (au lieu de la contrarier) sa constitution passionnée et romantique. Ici, les personnages (Emma et ses héroïnes de roman) s'encastrent en quelque sorte les uns dans les autres, comme pour suggérer le risque d'une vie calquée sur celle d'un personnage, jusqu'à « nous », qui sommes censés comprendre justement le risque d'une telle « névrosation » par la lecture, lorsque celle-ci est « mauvaise ». Il y aurait donc en ce sens des bonnes et des mauvaises lectures (correspondant à de la bonne et de la mauvaise littérature). Mais le risque est, pour une existence fragile, de se nourrir précisément, comme Emma, de mauvaise littérature et donc d'une mauvaise lecture (lecture aggravant la chute déjà en puissance, et contribuant à son actualisation). Cette tentation d'être un personnage et de jouer à être un personnage renvoie à notre partie consacrée à l'analyse du temps vécu comme temps projectif et existentiel, porteur d'une existence ouverte mais aussi d'une histoire. Nous avons montré que c'est lorsque le sujet n'arrive pas à se constituer en histoire, lorsqu'il n'arrive pas à intégrer les événements

dans « son » récit, que la défaillance opère. Ici, il semble que les personnages « malades » soient aussi l'équivalent des malades dont l'existence se voit réduite à n'être qu'une existence de personnage, une existence en partie fausse, faussée, réduite à « faire semblant » d'exister, à « jouer » à exister faute de pouvoir exister vraiment. Le malade peut ainsi être compris comme un « personnage », dont la maladie constitue son « histoire », histoire qu'il s'invente pour se donner le sentiment d'exister là où précisément il n'existe pas vraiment. Dans la littérature, ces « malades » deviennent en quelque sorte des personnages à part entière, leur histoire est en quelque sorte « magnifiée », élevée au rang d'histoire, de destin, là où le malade réel apparaît comme un moindre personnage, comme un personnage s'essayant à être un personnage sans y parvenir pleinement. La psychopathologie en ce sens jouerait le même rôle que la littérature, en élevant leur existence au rang d'une existence « quand même ». La manière dont Binwswanger décrit les formes « manquées » de l'existence nous dit aussi à quel point la schizophrénie est une manière d'essayer d'être celui que l'on n'arrive pas à être, tant celui que l'on veut être est un « personnage » ne pouvant exister réellement (c'est le cas notamment de Jürg Zünd). Mais ce qui est dit de la schizophrénie ne vaut-il pas pour les autres pathologies, ainsi que pour la névrose, et ne vaut-il pas pour une existence normale, à des degrés différents ? L'homme normal n'est-il pas celui qui arrive à se contenter d'une vie de « personne » sans « personnage », ou d'une vie où le besoin d'avoir une histoire ne « tombe » pas dans le travers de se vouloir être un personnage ? Nous évoquerons ici les cas de Christine (dans *Ivresse de la métamorphose* de S. Zweig) et d'Emma (dans *Madame Bovary*), ainsi que quelques personnages de la *Bête Humaine* d'E. Zola.

Le personnage attachant de Christine nous semble pouvoir illustrer cette double lecture du personnage, à la fois modèle (possibilité incarnée) et victime (possibilité en échec). Christine, comme Emma, voit s'offrir la possibilité de devenir elle-même en accédant à une existence idéale, rêvée, incarnée ici par la vie luxueuse. Celle-ci, toutefois, symbolise la possibilité plus universelle de vivre « pleinement » sa jeunesse. Christine a en effet tous les « atouts » de la jeunesse, elle ne fait en quelque sorte qu'accomplir ce qui sommeillait en elle (entravé par la pauvreté et plus largement par la difficulté de vivre). L'ivresse de la métamorphose incarne la mutation quasi instantanée (que l'on préfère rattacher à l'image de l'anamorphose) nous faisant comprendre que ce que devient Christine, en quelques heures, c'est au fond ce qu'elle était déjà depuis toujours, ce qui lui fait répéter d'ailleurs la question inquiète (sur fond constant d'agitation) « qui suis-je ? », déclinée en « qui est-ce ? »¹³²⁸, « est-ce elle ? »¹³²⁹, « qui

¹³²⁸ *Ivresse de la métamorphose*, p. 58.

¹³²⁹ *Ibid.*, p. 59.

suis-je donc ? »¹³³⁰, « qui suis-je moi-même ? »¹³³¹, « qui suis-je donc vraiment ? »¹³³², « qui suis-je en vérité ? »¹³³³, et qui lui fait se demander « de quelle étoffe mystérieusement délicate et malléable notre âme est-elle constituée puisqu'un seul événement suffit pour l'agrandir à l'infini et lui faire englober dans son espace minuscule un univers entier ? »¹³³⁴ ou encore « est-ce le vêtement, est-ce le monde qui m'ont transformée ? Ou bien avais-je déjà tout cela en moi, et n'ai-je pas toujours manqué de courage, été trop timide ? »¹³³⁵.

Christine nous apparaît comme ce personnage confronté à un devenir soi à la fois idéal et tragique, tant il est idéal justement, et par là même menacé de chute. Il est du même ordre que l'idéal romantique incarné par Emma, ou que l'idéal svelte et éthéré incarné par Ellen West. Il est aussi du même ordre que l'idéal de vie maritale de Cécile Münch ou de Susan Urban. Ces projets de monde sont vacillants car ils sont à la fois ce que chacun des sujets cités ressentent comme « eux » et que vient contrarier la réalité en les rendant impossibles. Seule la maladie peut les maintenir existants là où il y a une « mort » de soi qui s'opère, mort décrite admirablement par S. Zweig à propos de Christine : « ...tout est fini. Ce n'est pas un mal précis, analysable, cela reste à l'état de stupeur avec la conscience douloureuse d'un événement obscur, comme, lors d'une opération sous anesthésie, l'on perçoit vaguement la brûlure du bistouri qui ouvre le corps. Car il se passe quelque chose pendant qu'elle reste prostrée, les yeux fixés sur la table comme deux fenêtres vides, quelque chose que son cerveau paralysé ne comprend pas, cet être nouveau, différent, ce double durant neuf jours de rêve, cette irréalité et pourtant réelle Mademoiselle Van Boolean est en train de mourir en elle [...] Une dure mort-en-soi, un refroidissement progressif, elle est assise, figée, épiant le moment où le cœur ardent Van Boolean cessera de battre en elle »¹³³⁶. De fait, « chaque matière supporte un niveau déterminé de tension au-delà duquel une augmentation n'est plus possible, l'eau le point d'ébullition, les métaux le point de fusion, les éléments de l'âme n'échappent pas à cette loi inéluctable [...] Une fois emplie jusqu'au bord la coupe n'admet plus la goutte supplémentaire que lui verserait le monde »¹³³⁷.

Dans *La Bête Humaine*, nous assistons comme en direct à la manière dont les révélations et aveux de Séverine font sens dans l'esprit (déjà troublé) de Roubaud. Ici, le « personnage » ne renvoie pas à un « idéal » contrarié au même titre que les personnages précédents, mais il

¹³³⁰ *Ibid.*, p. 68.

¹³³¹ *Ibid.*, p. 84.

¹³³² *Ibid.*, p. 92.

¹³³³ *Ibid.*, p. 93.

¹³³⁴ *Ibid.*, p. 68.

¹³³⁵ *Ibid.*, p. 68.

¹³³⁶ *Ibid.*, pp. 136-137.

¹³³⁷ *Ibid.*, p. 140.

incarne aussi d'une certaine façon un projet de vie menacé, dont l'assise vacille. Par ailleurs et également, nous ne pouvons qu' « entrer en sympathie » avec ce personnage pourtant violent, dont nous comprenons la « constitution » dans sa « rencontre » avec une certaine réalité qui referme ses possibilités. Ce qui est décrit est là aussi une possibilité existentielle à laquelle on peut se confronter en esprit. Ainsi se fait cette description : « Alors, ce fut abominable. Cet aveu qu'il exigeait si violemment, venait de l'atteindre en pleine figure, comme une chose impossible, monstrueuse. Il semblait que jamais il n'aurait supposé une infamie pareille »¹³³⁸.

Plus loin : « et l'interrogatoire continua, elle disait tout...Et lui, mordu de sa jalousie atroce, s'enrageait à la souffrance dont le déchiraient les tableaux évoqués : il n'en avait jamais assez, il l'obligeait à revenir sur les détails, à préciser les faits. L'oreille aux lèvres de la misérable, il agonisait de cette confession, avec la continuelle menace de son poing levé, prêt à cogner si elle s'arrêtait »¹³³⁹. On assiste également à la crise sans issue que vit le personnage : « Peut-être ça les soulagerait-il l'un et l'autre, quand elle aurait avoué. Mais lui souffrait davantage de ces détails, qu'elle croyait être une atténuation... Cette débauche pourrissait tout, enfonçait et retournait au fond de sa chair les lames empoisonnées de sa jalousie. Maintenant, c'était fini, il ne vivrait plus, il évoquerait toujours l'exécrable image », « Ah ! nom de Dieu... ah ! nom de Dieu !... ça ne peut pas être, non, non ! c'est trop, ça ne peut pas être ! »¹³⁴⁰. Puis suit « l'affreuse douleur, le fer qui lui restait en pleine poitrine, c'était l'irréparable, ce qui avait eu lieu entre elle et cet homme. Il ne souffrait horriblement que de son impuissance à faire que cela ne fût pas »¹³⁴¹. La crise est précisée plus loin : « la fureur de Roubaud ne se calmait point. Dès qu'elle se semblait se dissiper un peu, elle revenait aussitôt, comme l'ivresse, par grandes ondes redoublées, qui l'emportaient dans leur vertige. Il ne se possédait plus, battait le vide, jeté à toutes les sautes du vent de violence dont il était flagellé, retombant à l'unique besoin d'apaiser la bête hurlante au fond de lui. C'était un besoin physique, immédiat, comme une faim de vengeance, qui lui tordait le corps et qui ne lui laisserait plus aucun repos, tant il ne l'aurait pas satisfaite »¹³⁴². Suivent ses questions : « il bégaya, d'une voix d'angoisse : Qu'est-ce que je vais faire ? », et l'évocation de la possibilité de la tuer (ce qu'il juge impossible car il tient trop à elle) puis la possibilité de la chasser (ce qu'il juge impossible également car il en ressent de la souffrance et de la nausée rien qu'à la pensée). Il « sentait qu'il ne ferait même pas ça. Quoi enfin ? », « il ne restait qu'à accepter l'abomination... continuer la tranquille vie avec elle, comme si de rien n'était. Non ! non ! la mort plutôt... tous

¹³³⁸ *La Bête humaine*, p. 34.

¹³³⁹ *Ibid.*, pp. 34-35.

¹³⁴⁰ *Ibid.*, p. 36.

¹³⁴¹ *Ibid.*, p. 37.

¹³⁴² *Ibid.*, p. 38.

les deux, à l'instant ! Une telle détresse le souleva, qu'il cria plus haut, égaré : « qu'est-ce que je vais faire ? »¹³⁴³.

Ce qui est particulièrement significatif également, dans ce personnage dont on doit comprendre la « constitution » et qui peut servir à une distanciation thérapeutique (ou à dessiner un style possible mais imaginaire), c'est la confrontation et comparaison qu'établit à ce moment-là l'auteur entre cette « crise » insurmontable vécue par Roubaud, et le non événement que constitue pour Séverine la même scène. Ainsi, « du lit où elle restait assise, Séverine le suivait toujours de ses grands yeux. Dans la calme affection de camarade qu'elle avait eue pour lui, il l'apitoyait déjà, par la douleur démesurée où elle le voyait. Les gros mots, les coups, elle les aurait excusés, si cet emportement fou lui avait laissé moins de surprise, une surprise dont elle ne revenait pas encore. Elle, passive, docile, qui toute jeune s'était pliée aux désirs d'un vieillard, qui plus tard avait laissé faire son mariage, simplement désireuse d'arranger les choses, n'arrivait pas à comprendre un tel éclat de jalousie, pour des fautes anciennes, dont elle se repentait ; et, [...] elle regardait son mari, aller, venir, tourner furieusement, comme elle aurait regardé un loup, un être d'une autre espèce. Qu'avait-il donc en lui ? Il y en avait tant sans colère ! Ce qui l'épouvantait, c'était de sentir l'animal, soupçonné par elle depuis trois ans, à des grognements sourds, aujourd'hui déchaîné, enragé, prêt à mordre. Que lui dire, pour empêcher un malheur ? »¹³⁴⁴.

Ainsi « chez » Roubaud (c'est-à-dire pour sa manière d'exister « son » monde), on voit que l'événement (les aveux de Séverine sur sa relation avec le vieux Grandmorin) le « touche » « là » précisément où il est le plus sensible, et le moins solide, à savoir dans sa jalousie. Ainsi lorsque Séverine répète ces mêmes aveux à Jacques, il ne réagit pas du tout de la même manière, et si ces mêmes aveux prennent valeur d'événement c'est dans un tout autre sens. Ainsi Séverine réitère sa surprise face à la réaction de Roubaud tout en suggérant une autre interprétation qui aurait été possible et qui sera celle de Jacques justement (entre autre) : « Sans doute, il m'aimait, il a dû avoir un gros chagrin en apprenant tout ça ; et j'accorde que j'aurais agi plus honnêtement, si je l'avais prévenu avant le mariage. Seulement, il faut comprendre. C'était ancien, c'était oublié. Il n'y a qu'un vrai sauvage pour se rendre ainsi fou de jalousie... Voyons, toi, mon chéri, est-ce que tu vas ne plus m'aimer, parce que tu sais ça, maintenant ? »¹³⁴⁵. La réaction de Jacques, contrairement à celle de Roubaud, est très calme : « Jacques n'avait pas bougé, inerte, réfléchissant, entre ces bras de femme qui se resserraient à son cou, à ses reins, ainsi que des nœuds de couleuvres vives. Il était très surpris, le soupçon

¹³⁴³ *Ibid.*, p. 38.

¹³⁴⁴ *Ibid.*, p. 39.

¹³⁴⁵ *Ibid.*, p. 259.

d'une pareille histoire ne lui étant jamais venu. Comme tout se compliquait, lorsque le testament aurait suffi à expliquer si bien les choses ! Du reste, il aimait mieux ça, la certitude que le ménage n'avait pas tué pour de l'argent le soulageait d'un mépris dont il avait parfois la conscience brouillée ». Puis la réponse de Jacques balaye la crainte de Séverine quant à la perte éventuelle de son amour : « Moi, ne plus t'aimer, pourquoi ?... Je me moque de ton passé. Ce sont des affaires qui ne me regardent pas... Tu es la femme de Roubaud, tu as bien pu être celle d'un autre »¹³⁴⁶. Ici, on voit bien que le même fait prend le sens d'un événement pour chaque personnage, mais pas le même sens.

Ainsi, la question (répétée) de Roubaud « qu'est-ce que je vais faire ? », semble également pouvoir s'inscrire dans l'analyse phénoménologique de Maldiney, pour qui la chute dans la maladie semble relever d'une « crise » dans laquelle le sujet se voit confronté à « l'impossible », face à un événement qu'il n'arrive pas à intégrer à son existence (à son histoire), qu'il ne peut « devenir » (il ne peut ici devenir le mari d'une Séverine « souillée »). La crise de folie apparaît alors comme le moment où n'apparaît aucune solution, et où le sujet reste en quelque sorte coincé dans cette impossibilité (avec, face à lui, des solutions possibles théoriquement, mais qui restent impossibles à décider : il ne peut ni rester avec Séverine, ni la quitter, ni la tuer). Ce qui suit la crise proprement dite apparaît alors comme la solution elle-même, assimilable à une résolution ou décision permettant justement une « sortie ». Ici, c'est la décision du crime (contre le vieillard Grandmorin) qui lui permet cette sortie, décision qui est décrite comme instantanée alors même qu'elle a été précédée de la longue crise de fureur. Plusieurs pages sont ainsi consacrées à la crise de Roubaud, une seule ligne est consacrée à la décision elle-même : « Il frissonnait. L'idée de la posséder, cette image de leurs deux corps s'abattant sur le lit, venait de le traverser d'une flamme. Et, dans la nuit trouble de sa chair, au fond de son désir souillé qui saignait, brusquement se dressa la nécessité de la mort ». « Pour que je ne crève pas d'aller encore avec toi, vois-tu, il faut avant ça que je crève l'autre... Il faut que je le crève, que je le crève »¹³⁴⁷.

Ce qui suit est une description de la manière dont Roubaud, ensuite, une fois sa décision prise, échaffaude son plan pour tuer Grandmorin. Cet échaffaudage met fin à sa fureur et est accompagné d'un apaisement physique, d'un retour au calme : « Sa voix montait, il répéta le mot, debout, grandi, comme si ce mot, en lui apportant une résolution, l'avait calmé. Il ne parla plus, il marcha lentement jusqu'à la table, y regarda le couteau, dont la lame, grande ouverte, luisait. D'un geste machinal, il le ferma, le mit dans sa poche. Et, les mains ballantes, les regards au loin, il restait à la même place, il songeait. Des obstacles coupaient son front de

¹³⁴⁶ *Ibid.*, p. 259.

¹³⁴⁷ *Ibid.*, p. 39.

deux grandes rides. Pour trouver, il retourna ouvrir la fenêtre, il s'y planta... Derrière lui sa femme s'était levée, reprise de peur ; et, n'osant le questionner, tâchant de deviner ce qui se passait au fond de ce crâne dur, elle attendait, debout elle aussi, en face du large ciel »¹³⁴⁸.

On peut supposer que ce que contient ce moment d'apaisement et de résolution correspond à l'entrée dans la maladie elle-même : Roubaud devient un criminel à cet instant même, il « bascule » dans une nouvelle forme d'existence, dont le sens provient de la crise subie, et dont le sens apparaît comme étant sa seule issue possible (mais qui ici est un crime). Pour le malade en général, on peut penser que la crise liée à l'événement déclencheur est ce qui fait tomber dans la maladie. Ici Roubaud tombe dans la criminalité comme il tomberait malade ou deviendrait fou (mélancolique, maniaque, schizophrène). Le plan qu'il échaffaude pourrait être assimilé au délire du schizophrène ou du mélancolique, à l'hyperactivité maniaque.

Ce qui est intéressant, c'est que Zola, pour décrire ce moment de réflexion, ce « passage » de la crise à la nouvelle forme d'existence, emploie un vocabulaire emprunté au lexique de la mécanique ferrovière, comme pour décrire les différentes voies ou circuits qui s'offrent à Roubaud. Le passage est particulièrement éloquent et là encore, le rapprochement entre la littérature et l'analyse phénoménologique semble s'imposer : « Sous la nuit commençante, les maisons lointaines se découpaient en noir, le vaste champ de la gare s'emplissait d'une brume violâtre [...] la tranchée profonde était comme noyée d'une cendre, où commençaient à s'effacer les charpentes du pont de l'Europe. Vers Paris, un dernier reflet de jour pâlisait les vitres des grandes halles couvertes, tandis que, dessous, les ténèbres amassées pleuvaient »¹³⁴⁹. Ici, on croit ainsi assister à l'effacement progressif d'un paysage familier, comme disparaît la forme ancienne de Roubaud qui devient quelqu'un d'autre. La description continue : « Des étincelles brillèrent, on allumait les becs de gaz [...] Une grosse clarté blanche était là, la lanterne de la machine du train de Dieppe »¹³⁵⁰. Ici, on assiste à l'apparition de ce qui dessine la nouvelle existence de Roubaud (le plan de son crime se dessine et fait donc de lui un futur criminel). La suite décrit les différentes possibilités ouvertes à partir de cette nouvelle forme d'existence qui apparaît, telles des possibilités existentielles que dessine toute existence « normale », avec des choix à faire, plus ou moins compliqués, parmi lesquels il faut décider et qui constituent notre devenir : « sans cesse, des trains filaient dans l'ombre croissante, parmi l'inextricable lacis des rails, au milieu des files de wagon immobiles, stationnant sur les voies d'attente. Il en partit un pour Argenteuil, un autre pour Saint-Germain ; il en arriva un de Cherbourg, très long. Les signaux se multipliaient, les coups de sifflet, les sons de trompe ;

¹³⁴⁸ *Ibid.*, p. 40.

¹³⁴⁹ *Ibid.*, p. 41.

¹³⁵⁰ *Ibid.*, p. 41.

de toutes parts, un à un, apparaissaient des feux, rouges, verts, jaunes, blancs ; c'était une confusion...et il semblait que tout allait se briser, et tout passait, se frôlait, se dégageait, du même mouvement doux et rampant, vague au fond du crépuscule. Mais le feu rouge de l'aiguilleur s'effaça, le train de Dieppe siffla, se mit en marche. Du ciel pâle, commençaient à voler de rares gouttes de pluie. La nuit allait être très humide. Quand Roubaud se retourna, il avait la face épaisse et têtue, comme envahie d'ombre par cette nuit qui tombait. Il était décidé, son plan était fait »¹³⁵¹. Puis « Dans le jour mourant, il regarda l'heure au coucou, il dit tout haut : « cinq heures vingt ». Et il s'étonnait : une heure, une heure à peine, pour tant de choses ! Il aurait cru que tous deux se dévoraient là depuis des semaines »¹³⁵².

Ici, on voit à quel point le rapport au temps est central et à quel niveau le point de rupture engendré par l'événement et la crise qui l'accompagne modifie ce rapport au temps : en une heure seulement, un changement radical a eu lieu, qui « en temps normal », aurait pris plus de temps (plusieurs semaines). On voit donc que la crise de l'événement accélère le temps et fait faire à l'homme ce qu'il ne peut faire « normalement » que plus lentement. Elle l'oblige en quelque sorte à une reconfiguration totale de son existence en un « temps record ». La question que l'on peut poser est de savoir en quoi cette accélération du temps joue un rôle fondamental dans le basculement lui-même : l'étonnement de Roubaud face au peu de temps passé pendant que se déroulaient « tant de choses » ne montre-t-il pas là ce qui se joue dans le basculement même, à savoir le décalage entre d'une part ce qui s'écroule (disparaît), à savoir toute une existence, tout un monde, et le temps que cela « prend » (très peu en comparaison). De même, on peut supposer que le temps de la crise elle-même, avant la prise de décision, semble ralenti voire arrêté : Roubaud ne cesse d'aller et venir, il « tourne en rond », et se répète la même question (« qu'est-ce que je vais faire ? ») sans trouver de réponse : ce temps-là apparaît donc comme suspendu, figé, dans l'attente d'une réponse, laquelle, en arrivant, produit un phénomène d'accélération du temps car elle met fin à l'existence qui précédait cet arrêt. C'est comme si le temps devenait compressé du fait de la crise, et, en se réactivant, s'accélérait en « lâchant » la nouvelle forme d'existence contenue tout entière dans la décision prise. Ce phénomène semble contenu dans la notion même d'événement, à comprendre comme avènement d'un nouveau monde et fin d'un autre, le tout de manière brutale et comme en « une seule fois », en « un seul coup », ou comme on dit « d'un seul coup ». Pour autant, le « nouveau » monde ainsi advenu était déjà contenu dans l'ancien, de manière latente et « constitutive » (capable de constituer ce monde à la faveur de tel ou tel événement).

On peut donc comprendre que l'événement joue ici le rôle de perturbateur du temps vécu,

¹³⁵¹ *Ibid.*, p. 41.

¹³⁵² *Ibid.*, p. 42.

lequel « normalement » permet l'intégration progressive du passé au présent, lequel s'ouvre également progressivement au futur, dans une sorte de « flux » continu et égal, correspondant au rythme même de l'existence, au mouvement naturel par lequel l'homme intègre la réalité en en faisant son devenir, son histoire. En ce sens, la maladie serait provoquée par des événements (intérieurs et/ou extérieurs) produisant une modification de ce flux temporel existentiel, laquelle modification entraînerait la sensation de chute ou d'ascension. Dans ce cas, tomber malade et devenir fou sont des manières de décrire la maladie psychique à un niveau temporel, en prenant en compte les sensations produites par cette modification du temps vécu. Le sentiment de descente ou de montée correspondrait également à la sensation relative au « niveau » ou « degré » atteint : soit le fait de voir son existence disparaître (chute), soit le fait de la voir nous échapper (monter en devenant hors d'atteinte, hors de prise). Dans les deux cas, le sentiment de vide ou de vertige accompagne ces phénomènes, car il s'agit d'un passage et d'un basculement (lequel peut être vertical ou horizontal).

Evoquons enfin le personnage de Jacques, pour illustrer l'idée d'une thérapie possible par la rencontre avec autrui (thérapie éclairée par le concept d'amour au sens de Binswanger).

Pour Jacques, c'est l'aveu du crime de Grandmorin qui le frappe dans sa propre attirance pour le crime, les aveux de Séverine relatifs à sa liaison ne lui font « rien ». Ce qui se profile, à travers l'image des couleuvres, c'est le projet de tuer Roubaud à son tour, et ici Séverine semble jouer le rôle de celle qui justement pousse ainsi Jacques au crime, comme Roubaud, mais en motivant sa décision à partir d'un autre ébranlement. Cet ébranlement est décrit plus loin : « Et cette créature frêle, si mince entre ses bras, Jacques la trouvait maintenant impénétrable, sans fond, de cette profondeur noire dont elle parlait. Il avait beau la nouer à lui plus étroitement, il n'entrait pas en elle. Une fièvre le prenait, à ce récit de meurtre... »¹³⁵³.

Ainsi, le personnage de Jacques Lantier incarne, avec Roubaud, une autre figure de ce qu'est pour Zola la « bête humaine », à savoir la folie ou la possibilité pour l'homme de rester à l'état animal, instinctif, animé de pulsions violentes et « basses ». La folie à ce titre peut être comprise par Zola comme une traduction de cet état, certains hommes étant fous parce qu'en eux seraient demeurée cette part animale, héritée des ancêtres (soit les hommes primitifs, soit des hommes dégénérés, notamment par l'alcool). Ainsi Jacques a-t-il en lui un désir profond de meurtre de femmes, dont il a conscience, qu'il essaye d'analyser et de contrôler par un comportement adapté, notamment en s'interdisant de boire et en évitant de s'approcher trop près d'une femme. On peut évoquer là une première « thérapie », préventive en quelque sorte, qui pourrait recevoir une traduction contemporaine : il s'agit en quelque sorte de se savoir

¹³⁵³ *Ibid.*, p. 270.

malade, fragile, et d'anticiper ce qui pourrait déclencher tout épisode fatal (comme le maniaco-dépressif qui sent venir sa crise et qui fait en sorte de régler sa vie afin d'amortir cette phase). Il s'agit aussi de maintenir un certain équilibre, en n'encourageant pas tout ce qui relève de la maladie, et en entretenant au contraire les éléments de cet équilibre (Jacques par exemple essaye de calmer ses pulsions en fuyant et en courant dans la nuit et dans la campagne, il choisit des paysages qui calment ses angoisses).

Mais il semble plus encore « guéri » par sa rencontre amoureuse avec Séverine, laquelle, par son amour et les sentiments qu'elle lui fait ressentir en retour envers elle, parvient en quelque sorte à « remplacer » ses tendances malades par des tendances normales, à tel point que Jacques peut croire être débarrassé de son mal.

Concluons sur ce qui permet de rapprocher la littérature de la phénoménologie (psychiatrique), en insistant sur les enjeux à la fois théoriques et thérapeutiques de ce rapprochement. La littérature permettrait non seulement de mieux comprendre la maladie psychique, comme étant le fruit d'une histoire singulière vécue, mais aussi de contribuer à « mieux » la soigner, en faisant jouer aux personnages littéraires leur rôle de « double » de nous, condition d'une distanciation garante de l'institution de notre Soi.

B - Ebauche de réflexion sur le cinéma et la phénoménologie

Terminons ce travail par une simple évocation d'un rapprochement possible également entre le cinéma et l'analyse phénoménologique, pouvant constituer le thème d'une réflexion ultérieure. Nous n'en offrons ici qu'une ébauche.

Le cinéma offre une grande richesse pour illustrer une réflexion de type phénoménologique sur la folie ou les phénomènes de basculement. En effet, le cinéma ne peut montrer l'intériorité que de manière extérieure, en recourant à l'image et à la métaphore (sauf s'il recourt au monologue intérieur comme c'est le cas parfois, pour décrire ce que ressent intérieurement le personnage). Dans la plupart des cas, l'image à elle seule fait comprendre la subjectivité et ce qui rythme une existence dans son histoire. Elle fait voir son processus, notamment ce qui lui « arrive » et qui modifie son cours. Il n'y a en ce sens de film que pour raconter ce qui arrive à quelqu'un, pour raconter une histoire. Le cinéma permet donc de comprendre et de voir la rencontre entre une existence et des événements qui en perturbent le cours. À ce titre, certains thèmes sont récurrents de par ce fait même qu'ils sont en eux-mêmes des événements : la rencontre amoureuse, la maladie, la vieillesse et la mort, la naissance, la rupture... L'image cinématographique reprend la notion phénoménologique de

« phénomène », car elle permet de rendre visible ce qui précisément ne l'est pas, tout comme le récit, qui permet au sujet de décrire son existence et les choses telles qu'elles lui apparaissent intérieurement. L'image cinématographique correspond donc en quelque sorte au langage métaphorique de la phénoménologie pour décrire la manière dont les choses « apparaissent » à une conscience et comment elles sont traduites sur le plan existentiel, en termes de sens, de projection de soi et de réalisation de soi. Ainsi les concepts phénoménologiques d'horizontalité (avancée, recul, stagnation), de verticalité (élévation, chute) trouvent dans les images une manière idéale d'être évoqués et compris, bien plus simplement peut-être que lorsque ces concepts sont mis en mots : il est plus facile de comprendre la sensation de chute (que peut ressentir une personne) en montrant un objet en train de tomber, ou de comprendre que quelque chose en elle est fissuré en montrant une fissure, qu'en expliquant par des mots ce type de sensation. C'est que ces sensations sont elles-mêmes comme des traductions de ce qui se passe intérieurement, et elles sont elles-mêmes des images, des mises en forme de ce que le sujet ne peut pas atteindre et qui reste invisible. [il en va de même pour les sensations de douleur, très difficiles à figurer, sinon par des nombres sur une échelle par exemple, lorsqu'on demande à quelqu'un de décrire sa douleur]. Nous évoquerons ici simplement deux exemples de personnages dont l'histoire est celle de leur chute.

Dans *Les Noces Rebelles* (de Sam Mendès, 2008), la femme qui rêve d'aller à Paris (April, jouée par Kate Winslet) et qui ne le peut plus parce que son mari y renonce et parce qu'elle tombe enceinte prend la décision d'avorter de telle sorte qu'elle en meure. Elle va donc jusqu'au bout de son projet « insensé » (que la réalité de la société américaine ne rend pas possible) tout en acceptant cette impossibilité et en s'abandonnant à ce qui pour elle n'a pas de sens. Elle renonce tout en allant jusqu'au bout. Ellen West décide également de se suicider car elle ne veut pas grossir et sait que si elle continue à vivre elle devra grossir ou souffrir de ne pas manger : elle va donc jusqu'au bout de son projet tout en acceptant le non sens d'être condamnée à être grosse alors qu'elle porte en elle le projet d'être mince. Ellen West aussi n'est-elle pas dans le projet insensé d'être mince et intellectuelle alors qu'elle est issue d'un milieu dont la logique doit plutôt la conduire à se marier et à grossir ? Le mélancolique qui reste « accroché » à son objet perdu cherche une raison à sa perte et fait ainsi revivre sans cesse le passé en changeant les conditions pour que l'événement produit puisse ne pas s'être produit, pour qu'il puisse en avoir été autrement, quitte à se culpabiliser à l'infini pour que le sens (conserver l'objet) soit maintenu : si en effet c'est de notre faute, cela signifie que la réalité en elle-même n'y est pour rien, qu'elle n'est en elle-même ni hostile ni absurde, ni

« comme elle est ». Elle se trouve donc modifiée par le projet rétrospectif qui vient défaire et refaire ce qui « a été ».

Dans le film tiré d'un fait réel *A perdre la raison* (de Joachim Lafosse, 2012), la femme qui finit par tuer tous ses enfants (Murielle, jouée par Emilie Dequenne) le fait parce que son projet de monde est également mis à mal par une réalité qu'elle perçoit comme insensée mais qui au fond obéit à sa propre logique : elle a épousé un homme qui ne peut se soustraire à l'influence de son bienfaiteur et qui impose au couple et à la famille de vivre avec lui selon ses projets à lui. Pourquoi devient-elle folle et toute autre femme serait-elle devenue folle ? Ne devient-elle pas folle et ne tue-t-elle pas ses enfants parce qu'on la fait se culpabiliser sur ses capacités à bien s'occuper de ses enfants ? Et en même temps, ne devient-il pas impossible pour elle de bien s'en occuper ? N'est-ce donc pas une certaine logique hostile rendant impossible un projet de monde limité dans ses possibilités qui « expliquerait » la chute dans la maladie ou le devenir fou ? Quand on dit « c'est à en devenir fou » n'est-ce pas suggérer que les choses s'acharnent contre nous, que notre volonté s'épuise contre une réalité qui résiste et qui finit par pouvoir être perçue comme intentionnellement hostile, animée d'un sens intentionnellement insensé pour nous, les choses donnant le sentiment de « faire exprès » de s'acharner « contre nous ».

Là aussi dans le cinéma, comme dans la littérature mais de façon plus accessible peut-être, et plus démocratique (plus « populaire »), le personnage incarne un double possible de nous-mêmes, à vocation de compréhension et de soin.

Considérations finales

Tout ce travail de réflexion sur les différentes maladies psychiques et sur leur modalités d'apparition nous amène à distinguer ce qui relèverait à proprement parler de la « chute » et qui aurait le sens et la valeur d'un basculement, et ce qui relèverait plutôt de l'ascension, et qui aurait le sens et la valeur d'un « devenir ». Il semblerait au premier abord que l'on puisse distinguer les maladies « descendantes » (incarnées par l'image de la chute) et les maladies « ascendantes » (incarnées par l'image du devenir). Quant au « basculement » proprement dit, il semble convenir davantage à la chute (tomber et basculer semblent aller de paire), mais pourrait s'appliquer aussi à l'étape ultime de l'ascension (le fait d'atteindre le sommet, comme lorsque l'on bascule dans le délire ou dans la paranoïa), ou encore à celui de changement radical. Il peut être ainsi soit vertical (de haut en bas ou de bas en haut) soit horizontal (passer d'un côté à l'autre). À ce titre, autant la dépression et la mélancolie semblent relever de la chute, autant la manie et la schizophrénie semblent relever de l'ascension et/ou du devenir (ainsi que la névrose obsessionnelle). Remarquons que dans le domaine social et politique, les phénomènes de basculement sont souvent évoqués, et renvoient aux deux possibilités, celle de la chute et celle de l'ascension : ainsi un mouvement peut « basculer dans la violence » (là on suggère qu'il « tombe » dans la violence mais aussi qu'il dégénère de façon progressive et ascendante). Dans les deux cas, ce qui est évoqué, c'est un point de rupture. Dans l'expression « devenir fou », il ne semble pas y avoir l'idée de ce point de rupture ni de ce basculement : le temps où l'on « devient fou » semble plus long que celui de la chute et du basculement.

Il nous faut donc nous arrêter sur cette modification du temps qui semble s'opérer dans ces divers phénomènes. Autant le temps semble s'accélérer dans la chute ou le basculement (« cela » prend très peu de temps tout en entraînant une modification radicale, totale), autant le temps semble ralenti et infini, voire arrêté lorsque l'on a le sentiment de « devenir fou ».

Pourtant, le basculement dans la folie semble aussi succéder au fait de « devenir fou ». L'exemple de Roubaud, dans *La bête humaine*, le suggère : Roubaud devient fou (furieux) tant que sa décision n'est pas prise, tant qu'il est face à l'impossibilité de l'événement, la révélation faite par Séverine. Puis il bascule dans le crime par le fait même de sa désision, et le basculement apparaît alors comme une « sortie » de crise, comme une solution, un choix permettant de sortir de l'impossibilité. A noter également que cette impossibilité est double, et c'est pourquoi il s'agit d'une véritable impasse : l'événement inintégré confronte en effet le sujet à ne pouvoir ni l'accepter, ni le refuser (il ne peut ni supporter ses conséquences, ni le

rendre inefficace, inoffensif, banal, anodin). On pourrait supposer en effet que l'intégration de l'événement, donc la réaction « normale », consisterait soit à accepter les conséquences de l'événement (en les faisant siennes, en les assimilant ou en les « digérant » malgré leur gravité) soit à relativiser l'événement au point que rien au fond ne serait changé. C'est semble-t-il cette capacité à « faire avec » l'événement qui, dans l'événement vécu comme pathogène, fait défaut, le sujet se trouvant incapable de réagir ainsi « normalement ». Il se voit alors soit coincé dans la crise, devenant fou sans pouvoir sortir de ce devenir, soit basculant dans une issue intermédiaire coïncidant avec une phase critique de la maladie (passage à l'acte, délire) et qui équivaldrait à une « décision ».

On voit donc ici, à travers cet exemple, que l'on peut associer la chute dans la maladie et le devenir fou non pas tant à des maladies distinctes, descendantes (dépression, mélancolie) ou ascendantes (manie, schizophrénie) qu'à deux phases successives (ascendante puis descendante) de la maladie ou folie en général. Le basculement ou la chute dans la maladie ou la folie suivrait ainsi une phase critique dans laquelle le sujet serait « arrêté », en perte d'équilibre, avant la chute ou basculement. La chute et le basculement marqueraient comme un point de rupture, préparé par la crise, elle-même causée (en partie) par l'événement, lequel viendrait s'intégrer à la structure/constitution elle-même préparatrice de cet accueil défectueux de l'événement.

À ce titre, la chute et le basculement auraient la même valeur que ce qui relève « normalement » d'une « vraie » décision, à savoir la valeur de changement radical, de modification profonde impliquant la disparition de l'avant et l'ouverture à l'après, sans réel point d'appui, sans que le sentiment de continuité (entre les deux moments) soit perçu par le sujet, et avec mise en présence du vide, ou de la perte de fond et de fondement. Celui qui décide vraiment se voit en effet confronté à l'expérience de la perte d'appui, de la prise de risque, de la mise en péril définitive et irréversible de ce qui, dans la décision, est abandonné comme existant et « fondant » au profit de quelque chose qui n'existe pas encore et auquel il ne peut s'accrocher et sur lequel il ne peut s'appuyer. La crise prend le même sens que cette expérience du vide impliqué par la décision. On peut penser que la confrontation à un événement pathogène est du même ordre, elle implique une décision dont l'issue sera la maladie. Il est clair toutefois que cette décision ne relève pas d'un acte de volonté, mais bien au contraire d'une impuissance de la volonté : face à l'événement, ou dans le cas d'une véritable crise impliquant une « vraie » décision, la volonté ne choisit pas ce qui lui semble « le mieux », elle ne s'accroche pas à un « projet » ni ne s'appuie sur un sol rassurant et attractif, elle choisit ce qu'elle ne veut pas pour refuser ce qui lui est impossible. En ce sens,

la chute dans la maladie ou le basculement dans la folie ne font pas vraiment sortir le sujet du vide dans lequel il se trouve durant la crise qui provoque sa chute : la chute ne fait que prolonger le vide, puisque le « choix » effectué n'est pas à proprement parler un choix, il n'est qu'une manière de supporter le vide et d'en faire quelque chose à sa manière, de « l'exister ».

On peut supposer alors que ce qui fait la valeur « événementielle » de l'événement, ce qui lui confère la capacité à faire ainsi « basculer » un sujet dans ce vide décisionnel, c'est sa violence, sa capacité à confronter brutalement le sujet à quelque chose lui imposant la « fin d'un monde » (le sien), la perte de son « sol » ou de son (ses) point(s) d'accroche. Or pour faire ainsi disparaître d'un seul coup tout un monde, il faut un événement qui à lui seul le contienne (dans sa signification ou dans sa réalité). C'est pourquoi les événements qui en eux-mêmes peuvent être « jugés » traumatisants sont souvent d'une extrême violence, soit sur le plan matériel (catastrophes naturelles dont la force est capable de détruire les constructions humaines les plus solides, notamment les « habitations », où les hommes conservent et abritent précisément leurs « habitudes », leur manière d'habiter le monde physique, et ici on peut penser aux inondations, tremblements de terre, volcans... qui « emportent tout sur leur passage »), soit sur le plan physique (maladies, blessures, accidents, agressions, qui ici portent atteinte au corps dans son « intégrité », c'est-à-dire dans ce qu'il contient de « nous » en « propre »), soit sur le plan psychique (perte d'amour, déception, trahison, où ce qui est ici mis en péril de façon totale contient nos désirs et croyances relatives à autrui notamment) ou moral (événement mettant fin à un système de valeurs, injustice). Ils sont capables ainsi de « tout faire s'écrouler » et en ce sens ils peuvent déséquilibrer une constitution pourtant parfaitement équilibrée. Mais de la même façon, on comprend que pour une constitution fragile, déjà mal équilibrée, un faible événement puisse jouer le rôle de « déclenchement » : il ne ferait que précipiter une chute déjà engagée, latente.

On peut supposer aussi que la violence de l'événement ainsi capable de déstabiliser le sujet jusqu'à le faire chuter dans la maladie ou la folie, est un événement tel que son sens soit à la fois anticipé et redouté par le sujet, et qu'il résonne tel un « signe », une confirmation « signifiant » au sujet son déséquilibre, sa faiblesse, son incapacité à « vivre normalement ». On peut penser qu'il agit tel un « coup fatal », mettant le sujet face à « son » impossibilité justement, à ce qui « pour lui » est impossible, inacceptable, inintégrable. Si n'importe quel événement « traumatisant » en soi est en effet profondément déstabilisateur et capable d'ébranler, de traumatiser un homme, on peut tout de même distinguer différents niveaux de traumatismes. L'impossibilité de faire le deuil, qui caractérise notamment le mélancolique (comme dans le cas de Cécile Münch par exemple), suggère que l'événement frappe le sujet

au cœur même de ce qui le rend fragile, « boiteux » : dans le cas de Cécile Münch, l'accident qui tue son mari fait s'écrouler son monde parce que ce monde était structuré par le dévouement de cette femme à son mari justement. Ici, la violence de l'événement est à la fois physique et « existentielle » : l'événement s'attaque à ce qui permet au sujet d'ex-sister, de se tenir « à » ce qui l'arrache à lui-même, à son « fond ».

Conclusion

“ ...Le spécifique, pour guérir un événement malheureux (les trois quarts des événements le sont) c'est une décision ; car elle a pour effet, par un brusque renversement de nos pensées, d'interrompre le flux de celles qui viennent de l'événement passé, et dont elles prolongent la vibration, de le briser par un flux inverse de pensées inverses, venu du dehors, de l'avenir. Mais ces pensées nouvelles nous sont surtout bienfaisantes (...) quand du fond de cet avenir c'est une espérance qu'elles nous apportent. ”

(Proust, *La Prisonnière*, Pléiade, p. 444)

On peut donc penser qu'il n'y a pas à proprement parler de « chute » si par chute on entend rupture brutale d'équilibre, passage de l'équilibre au déséquilibre. Le sujet qui « tombe » malade est déjà malade avant de « tomber », et sa chute n'est que la manifestation visible d'une structure déjà pathologique, subissant un processus graduel et progressif contenu dans cette structure même dont le dynamisme consiste à se renforcer au contact de la réalité et des événements, aussi minimes soient-ils. C'est que la fragilité d'une structure pathologique tient au fait même de ne pouvoir intégrer la réalité que de sorte à se fragiliser davantage, au point de devoir passer à un niveau supérieur de fragilité qu'est la maladie visible à travers des symptômes de plus en plus marqués. Ces symptômes ne sont en fait que la continuité même de la maladie avant qu'elle ne se manifeste, des manières pour le sujet de se maintenir « existant ». Le phénomène dit de « décompensation » n'est qu'un épiphénomène, signalant l'aboutissement d'une structure défaillante ne parvenant pas à s'équilibrer, et qui s'abandonnerait à elle-même, en cessant de chercher à compenser sa défaillance. Le phénomène d'accélération compris dans la notion de chute tiendrait à ce passage de l'invisible au visible, la défaillance cessant d'être compensée par des tentatives de rééquilibrage et se laissant voir en elle-même dans sa défaillance. Le rôle de l'événement est ici majeur même si aucun événement n'a lieu, tout pouvant « faire » événement pour une structure défaillante et d'autant plus un véritable événement (impliquant une intégration et une reconfiguration).

Le sujet malade serait donc dans l'incapacité d'intégrer un événement dans un processus lui permettant (normalement) de devenir soi. La « nouvelle » possibilité offerte par l'événement, dans son sens temporel, serait inintégrable et le sujet malade serait dans l'incapacité par conséquent de « devenir soi », étant réduit à n'être que ce qu'il est.

L'irréversibilité ressentie dans ce processus serait l'irréversibilité même du temps « suivant son cours », irréversibilité du temps physique déroulant ses processus selon des lois mécaniques et physiques. Ici, l'irréversibilité de la chute tiendrait au processus même de la structure défaillante déroulant sa défaillance en l'amenant jusqu'à son terme (symptômes, décompensation). La réversibilité chez le sujet humain consiste précisément à pouvoir décider

de son soi, en donnant telle ou telle forme ou sens à tel ou tel événement, pour l'intégrer à son histoire, à son devenir propre. Le sujet « sain » peut ainsi revenir sur les choses qui adviennent et les faire plus ou moins siennes dans le temps. Il peut orienter et réorienter le sens de ce qui lui arrive. Le sujet « malade » serait privé de cette faculté de par sa structure défaillante.

Les causes de cette défaillance sont à concevoir en termes de « strates » ou « couches » ou « structures » au pluriel, ou encore « niveaux » : niveau affectif, émotionnel, neurologique, physiologique etc, ces structures pouvant fonctionner de manière séparée ou au contraire unitaire, et étant elles-aussi à concevoir dans une perspective et dynamique temporelles. Le « cerveau » peut rendre compte de ces différentes structures si l'on entend par « cerveau » l'organe centralisateur de tout ce que nous sommes, faisons et pensons et si l'on comprend que ce cerveau est pris lui-même dans la réalité extérieure qui l'alimente et le façonne.

L'idée de maladie psychique et l'idée de chute (dans la maladie et dans la folie) suggèrent que le sujet humain et la réalité forment une totalité dont toutes les composantes interagissent sans cesse entre elles, pour le configurer et le reconfigurer à la fois de manière libre et déterminée, et que ce serait la détermination qui l'emporterait dans la maladie, le sujet ne pouvant plus participer librement à son processus de mise en forme de lui-même, et ne faisant plus que subir une configuration orientée « vers » la maladie.

La possibilité de « renverser » le processus et de retrouver une prise sur soi, une forme de réversibilité, tiendrait à l'intervention d'une réalité capable de « réparer » la structure défaillante, réalité pouvant ou devant prendre la forme d'une rencontre (surprenante) avec des événements, des personnes, des œuvres d'art, des activités, des ambiances, et bien sûr avec le psychothérapeute ou le psychiatre. Tous ces éléments sont en effet capables de restaurer la distance nécessaire à l'institution du Soi et à la possibilité de devenir Soi dans un être soi-même symbole de l'exister humain. Sur le plan institutionnel, il semble pour autant que ces éléments de soin ne soient efficaces que si l'on reconsidère la maladie psychique en la « réduisant » à des troubles psychiques à la fois constitutifs et maîtrisables. Il faudrait ne plus se dire ni se penser « malade » ou « fou », mais « simplement » se reconnaître et être reconnu comme atteint et affecté par des troubles dont on admet l'origine constitutive (au sens d'historique) mais qui offrent une prise à la thérapie et au soin, afin de les intégrer dans des formes singulières d'existence, des manières d'exister « pas comme les autres », mais ni malades ni folles.

Bibliographie :

- Abettan C. *Présentation de "Geschehnis und Erlebnis" de L. Binswanger*, Philosophie N°121, 2014
- Abettan C. *Phénoménologie et psychiatrie, Heidegger, Binswanger, Maldiney*, Paris, Vrin, 2018
- Arendt H. *Les origines du totalitarisme*, Paris, Seuil, 1984
- Bachelard G. *L'Air et les songes*, Paris, Corti, 1943
- Bachelard G. *La poétique de l'espace*, Paris, PUF., 1994
- Bachelard G. *La psychanalyse du feu*, Paris, Gallimard, 1985
- Banovic I., Gilibert D., Jehbrane A. *La position temporelle et spatiale dans les histoires hallucinées*, L'Encéphale, vol. 34, N°6, 2008
- Baruk H., *Psychoses et névroses*, Paris, PUF, coll. QSJ, 1982
- Basso E. *Le rêve comme argument, Les enjeux épistémologiques à l'origine du projet psychiatrique de Ludwig Binswanger*, Archives de philosophie, tome 73, avril 2014
- Bastiani F. et Grohmann T. *Penser l'humain avec Maldiney*, Sesto San Giovanni – Italie, Editions Mimesis, 2016
- Begout B. *La découverte du quotidien*, Paris, Allia, 2005
- Bergson H. *L'évolution créatrice*, Paris, PUF, 1907
- Bergson H. *L'énergie spirituelle*, Paris, PUF, 2017 (1919)
- Bettelheim B. *La forteresse vide*, Paris, Gallimard, 1967
- Binswanger L. : *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne, discours, parcours et Freud*, Paris, Gallimard, 1970
- Binswanger L. *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Minuit, 1971
- Binswanger L. *H. Ibsen et l'autoréalisation de soi dans l'art*, Bruxelles, Boeck University, 1986
- Binswanger L. *Mélancolie et manie*, Paris, PUF, 1987
- Binswanger L. *Sur la fuite des idées*, Grenoble, Millon, 2000
- Binswanger L. *Délire. Contribution à son étude phénoménologique et daseinanalytique*, Grenoble, Millon, 2000
- Binswanger L. *Trois formes manquées de la présence humaine*, Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2002
- Binswanger L., Warburg A., *La guérison infinie*, Paris, Payot et Rivages, 2007
- Binswanger L. *Le cas Lola Voss*, Paris, PUF, 2012

Binswanger L. *Le cas Ellen West*, Paris, Gallimard, 2016

Binswanger L. *Le cas Suzanne Urban*, Paris, Allia, 2019

Blankenburg, *La perte de l'évidence naturelle*, Paris, PUF, 1991

Boss M. *Introduction à la médecine psychosomatique*, Paris, PUF, 1959

Bouderlique J. *Jikaku et transpassibilité: la rencontre Bin Kimura – Henri Maldiney*, Séminaire Henri Maldiney, conférence du 07/02/2015 en ligne sur http://henri-maldiney.org/sites/default/files/imce/jikaku_et_transpassibilite_pub.pdf

Bracinha-Vieira A. *Ethologie et psychiatrie, Phylogenèse des comportements et structure des psychoses*, L'Évolution psychiatrique, tome 47, octobre-décembre 1982

Brontë E. *Les Hauts de Hurlevent*, Paris, Payot, coll. Livre de Poche, 1984

Butler J. *Le récit de soi*, Paris, PUF, 2003

Cabestan P. *Phénoménologie, Daseinsanalyse et psychiatrie*, L'Association française de psychiatrie, Journée sur « Les bases philosophiques de la psychiatrie : la nécessaire conscience de la science? », conférence du 18/11/2011 en ligne sur http://www.daseinsanalyse.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=47:phenomenologie-daseinsanalyse-et-psychiatrie-cabestan-p&catid=3:textes-de-base&Itemid=20

Cabestan P. *Daseinsanalyse et psychanalyse, Binswanger, Boss et Freud*, Paris, Vrin, 2011

Cabestan P. *Trauma et corporéité*, Ecole française de daseinsanalyse, journée autour des travaux de Thomas Fuchs, conférence du 4/06/2016 en ligne sur http://www.daseinsanalyse.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=94:cabestan-p-462016&catid=2:textes-des-communications&Itemid=16

Cabestan P. *La notion d'empathie d'un point de vue phénoménologique*, Ecole Française de Daseinsanalyse, conférence du 17/01/2015 en ligne sur http://www.daseinsanalyse.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=80:cabestan-p-17012015&catid=2:textes-des-communications&Itemid=16

Cabestan P. *Quelle phénoménologie en psychiatrie?*, Centre Hospitalier de Ste Anne, conférence de juin 2018, en ligne sur <https://chaire-philosophie.fr/philippe-cabestan-quelle-phenomenologie-en-psychiatrie/>

Cabestan P. *Inclidence et rémanence dans « La mélancolie » (1961) de H. Tellenbach* Ecole Française de Daseinsanalyse, conférence du 11/01/2013 en ligne sur http://www.daseinsanalyse.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=74:cabestan-p-11012014&catid=2:textes-des-communications&Itemid=16

Cabestan P. *Le cas Strindberg. De la compréhension et de ses limites selon Jaspers*, séminaire

«L'épreuve de la maladie. Perspectives phénoménologiques et psychanalytiques », Association Paul Ricœur, conférence du 5 novembre 2011, en ligne sur <http://www.fondsriceur.fr/uploads/medias/texte/le-cas-strindberg.pdf>

Cabestan P. *De l'expérience corporelle et de la pluralité de ses dimensions*, séminaire « Michelle Gennart, corporéité et présence. Jalons pour une approche du corps dans la psychose », Ecole Française de Daseinsanalyse, conférence du 08/06/2013, en ligne sur http://www.daseinsanalyse.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=66:cabestan-p-862013&catid=2:textes-des-communications&Itemid=16

Cabestan P. *Qui suis-je? Identité et crises d'identité: narcissisme, maniérisme et schizophrénie*, Société bretonne de philosophie, Les champs libres, 21/03/2008

Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*, Quadrige, PUF, 1966

Canguilhem G. *La santé, concept vulgaire et question scientifique*, Pin-Balma, Sables, 1990

Chamond J. *Les directions de sens*, Argenteuil, Le Cercle herméneutique, 2007

Charbonneau G. *Introduction à la psychopathologie phénoménologique*, Tome II, Paris, MJW Fédérations, 2010

Charbonneau G. *La faute mélancolique: aspects phénoménologiques*, L'Évolution psychiatrique, tome 56, avril-juin 1991

Chauchard P. *Psychisme humain et psychisme animal*, Paris, PUF, 1970

Clancier A. *La mode des thèmes psychiatriques dans la littérature*, L'Évolution psychiatrique, tome 52, octobre-décembre 1987

Coulomb M. *Phénoménologie du Nous et psychopathologie de l'isolement, la nostrité selon Binswanger*, Argenteuil, Le Cercle herméneutique, 2009

Coulomb M. *L'amour ou la folie selon L. Binswanger*, L'Information Psychiatrique, Vol. 86, 2010

Courteline, *Théâtre*, Paris, GF-Flammarion, 1965

Cyrułnik B. *La mémoire traumatique*, conférence du 29/11/2012, en ligne sur <https://www.youtube.com/watch?v=rd13inJYbQk>

Delbraccio M. *Le corps dans la psychiatrie phénoménologique*, L'Information Psychiatrique, Vol. 85, 2009

Deniker P. et Olié J.P. *Fou, moi?*, Paris, Odile Jacob, 1998

Dastur F. *Daseinsanalyse, Temps et espace dans la psychose selon H. Maldiney*, Les Lettres de la Société de Psychanalyse Freudienne, Questions d'espace et de temps, n° 20, 2008

Dastur F. *Henri Maldiney, les structures temporelles et spatiales dans l'existence et la psychose*, Lumière et Vie, N°299, juillet-septembre 2003

Dastur F. H. *Maldiney, une phénoménologie de la rencontre et de l'événement*, Revue de l'Association Internationale Henri Maldiney, L'ouvert N°1, 2008

Delay J., *les dérèglements de l'humeur*, Paris, PUF, 1946

Deniker P. et J.P. Olié *Fou, moi?*, Paris, Odile Jacob, 1998

Doron Cl. O. et Missa J.N. *Les maladies mentales*, Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem, n°2, 2008

Dostoïevski F. *Le double*, Paris, Gallimard, 1989

Escoubas E. *De la création. Penser l'art et la folie avec H. Maldiney* (Essai sur le "pathique", le "pathologique" et le "pathétique"), Lille, Les Nouvelles d'Archimède, n° 59, 2012

Faulkner W. *Le bruit et la fureur*, Paris, Gallimard, 1938

Fédida P. *Des bienfaits de la dépression : éloge de la psychothérapie*, Paris, Odile Jacob, 2001

Fernandez-Zoïla A. *De L'Histoire Intérieure de Vie et du soi selon L. Binswanger*, L'Évolution psychiatrique, tome 47, octobre-décembre 1982

Flaubert G. *Madame Bovary*, Paris, Nov'edit (date non référencée)

Fontaine P. *La croyance*, article en ligne sur http://www.pedagogie.ac-aix-marseille.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/la_croyance.phf.pdf

Foucault M. *Introduction à Ludwig Binswanger "Le rêve et l'existence"*, Paris, Desclée de Brouwer, 1954

Freud *Œuvres complètes*, Paris, PUF, 2005

Gadamer H. -G. *Philosophie de la santé*, Paris, Grasset, 1998

Gaillard R. « L'essor des neurosciences : faut-il parler de désobjectivation ? », Les séminaires de Sainte Anne, 13/02/2018, conférence en ligne sur <https://youtube.be/4G8WVgoCISO>

Gallagher S. and Zahavi D. *The Phenomenological Mind*, New York, Routledge, 2007

Gaudemar (de) M. *La voix des personnages*, Paris, Cerf, 2011

Gebattel von V.-H. *Phänomenologisch-anthropologische Psychiatrie und Psychologie* (1995), Torsten Passie, Hürtgenwald, G. Pressler, 1995

Georgieff N. *Qu'est-ce que la schizophrénie*, Paris, Dunod, 2004

Giudicelli S. *De l'intérêt de la philosophie en psychiatrie*, L'Évolution psychiatrique, tome 51, octobre – décembre 1986

Goldstein K. *Der Aufbau des Organismus* (1934), *La structure de l'organisme. Introduction à la biologie à partir de la pathologie humaine* (trad. E. Burckhardt et Jean Kuntz), Paris, Gallimard, 1952

Goldstein K. *The organism : A holistic approach to biology derived from pathological data in man*, New York, Zone Books, 1934

Goldstein K. *Human Nature in the Light of Psychopathology*. Cambridge: Harvard University Press, 1940

Grivois H. *Tu ne seras pas schizophrène*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 2001

Gros C. *Phénoménologie et expérience psychiatrique chez Ludwig Binswanger*, thèse de doctorat, Paris XII, 2007, sous la direction d'Eliane Escoubas

Guyotat J. (et Fédida P.) *Événement et psychopathologie*, Villeurbanne, SIMEP, 1985

Guillaume G. *Langage et science du langage*, Paris, Librairie A.-G. Nizet, 1964

Haddad A. *Psychopathie et schizophrénie*, L'Évolution psychiatrique, tome 45, juillet-septembre 1980

Hougardy G. *Névroses actuelles et traumatiques. Psychopathologie de l'angle mort*, L'Évolution psychiatrique tome 57, 1992

Heidegger M. *Etre et Temps*, Paris, Gallimard, 1990

Hofmann E. T. A. *L'Homme au sable*, Paris, Flammarion, 2015

Husserl E. *Méditations cartésiennes*, Paris, Vrin, 1931

Husserl E. *Idées directrices pour une phénoménologie*, Paris, Gallimard, 1963 (1913)

James W. *La volonté de croire*, Paris, Hachette Livre, 1916

Jaspers K. : *Psychopathologie générale*, Paris, Alcan, 1933

Jaspers K. *Strindberg et Van Gogh, Swedenborg-Hölderlin, étude psychiatrique comparative*, Paris, Les Editions de Minuit, 1922

Kant E. *Essai sur les maladies de la tête*, Paris, Flammarion (Monique David-Ménard), 1990 (1764)

Kant E. *Rêves d'un visionnaire expliqués par des rêves métaphysiques*, Paris, Vrin, 2013 (1990) (1766)

Kant E. *Critique de la raison pure*, Paris, Flammarion, 1997 (1781)

Kant E. *Anthropologie d'un point de vue pragmatique*, Paris, Vrin, 1970 (1798)

Kierkegaard S. *Traité du désespoir*, Paris, Gallimard, 1988 (1849)

Kimura B. *Ecrits de psychopathologie phénoménologique*, Paris, PUF, 1992

Kimura B. *L'Entre, une approche phénoménologique de la schizophrénie*, Grenoble, Millon, 2000

Laborit H. : *Biologie et structure*, Paris, Gallimard, 1968

Lacan J. *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966

Lacan J. *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Paris, Seuil,

1975 (1932) en ligne sur https://psyaanalyse.com/pdf/lacan_THESE_de_medecine.pdf

Lacan J. *Psychologie et esthétique* (compte-rendu de Jacques Lacan sur l'ouvrage de E. Minkowski, *Le temps vécu*), dans *Recherches philosophiques*, 1935, fac. 4, p. 424-431, en ligne sur <http://aejcpp.free.fr/lacan/1935-00-00b2.htm>

Laing R. *Le Moi divisé*, Paris, Stock, 1970

Lanteri-Laura G., *Processus et psychogenèse dans l'œuvre de J. Lacan*, L'Évolution psychiatrique, tome 49, octobre-décembre 1984

Le Blanc G. *L'esprit des sciences humaines*, Paris, Vrin, 2005

Le Blanc G. *La vie psychique de la maladie*, L'Esprit, janvier 2006, en ligne sur <https://esprit.presse.fr/article/guillaume-le-blanc/la-vie-psychique-de-la-maladie-13355>)

Le Blanc G. *Les maladies de l'homme normal*, Paris, Vrin, 2007

Leroy-Viémon B. *Ludwig Binswanger, Philosophie - Anthropologie clinique - Daseinsanalyse*, Argenteuil, Le Cercle Herméneutique, 2011

Macé M. *Façons de lire, manières d'être*, Paris, Gallimard, 2011

Macé M. *Styles*, Paris, Gallimard, 2016

Maldiney H. : *Existence, crise et création*, La Versanne, Encre marine, 2001

Maldiney H. *Regard, Parole, Espace*, Lausanne, L'Age d'homme, 1973

Maldiney H. *Art et existence*, Paris, Klincksieck, 1985

Maldiney H. *Avènement de l'œuvre*, Nîmes, Théétète, 1997

Maldiney H. *Penser l'homme et la folie*, Grenoble, Millon, 2007 (1991)

Mann T. *La montagne magique*, Paris, Fayard, 1924

Marceau JC. *Freud, Binswanger, Foucault: la psychanalyse à l'épreuve critique de la phénoménologie*, Cliniques méditerranéennes, N°64, 2001

Martin-Du Pan R.-C. *Neurosciences et rapport pensée-cerveau : à propos des traitements de la dépression*, Rémy C. Martin-Du Pan, Rev Med Suisse 2012; volume 8. en ligne sur <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2012/revue-medicale-suisse-351/neurosciences-et-rapport-pensee-cerveau-a-propos-des-traitements-de-la-depression>

Marty P. *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Paris, Payot, 1976

Marty P. *L'ordre psychosomatique*, Paris, Payot, 1980

Merleau-Ponty M. : *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945

Merleau-Ponty M. *Le visible et l'invisible*, Paris, Gallimard, 1979

Mignard M. *La subduction mentale morbide et les théories psychopathologiques*, l'Année psychologique, 1924

Minkowski E. *La schizophrénie*, Paris, Payot, 1927

- Minkowski E. *Le temps vécu*, Paris, PUF, 1933
- Morel B.-A., *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Paris, Baillière, 1857
- Naudin J. *La psychiatrie phénoménologique*, Chaire de philosophie, Les dialogues de la Chaire, Hôpital Hôtel-Dieu, conférence du 21/04/2017 en ligne sur <https://www.youtube.com/watch?v=RAhPAGLc4mA>
- Nerval G. *Aurélia*, Paris, Librairie Générale Française, 1855
- Olié J.P. *Les nouvelles formes de la folie*, Paris, O. Jacob, 1993
- Omert L.R. overblog 24/10/2015 *La névrose: phénoménologie, ontologie*
- Oury J. *Les enjeux du sensible*, Chimères, N° 40, automne 2000
- Pachoud B. *Analyse phénoménologique de la notion d'événement et ses implications pour la psychopathologie*, L'Évolution psychiatrique N°70, 2005
- Prigogine I. et Glandsdorff P., *Structure, stabilité et fluctuations*, Paris, Masson, 1971
- Prigogine I. *Physique, temps et devenir*, Paris, Masson, 1982
- Proust M. *Du côté de chez Swann*, Paris, Garnier-Flammarion, 1987 (1913)
- Proust M. *La Prisonnière*, Paris, Gallimard, 1923
- Ribot Th. *Les maladies de la personnalité*, Paris, Alcan, 1888
- Sartre J.P. *Baudelaire*, Paris, Gallimard, 1947
- Sartre J.P. *La nausée*, Paris, Gallimard, 1970
- Sartre J.P. *Esquisse d'une théorie des émotions*, Paris, Hermann, 1995 (1938)
- Sarraute N. *Enfance*, Paris, Gallimard, 1983
- Sidoun P. et Lalonde P. : *Nouvelles approches thérapeutiques dans la schizophrénie*, L'Évolution psychiatrique, Vol. 52 N°4, 1987
- Siguret P. *La théorie phénoménologique de la névrose existentielle: le cas d'Antoine Roquentin dans La Nausée de J.P. Sartre*, Revue Semen N°12/2000 en ligne sur <https://doi.org/10.4000/semen.1925>
- Straus E. *Du sens des sens*, Grenoble, Millon, 1935
- Straus E. *Geschehnis und Erlebnis zugleich eine historiologische Deutung des psychischen Trauma und der Renten-Neurose*, Berlin, Julius Springer, 1930
- Tellenbach H. *La mélancolie*, Paris, PUF, 1979
- Tatossian A. *Psychopathologie des psychoses*, Paris, Vrin, 1979
- Uexküll J. *Mondes animaux et monde humain* Paris, Denoël, 1965 (1934)
- Van Damne P. *Binswanger, un fondateur méconnu*, Gestalt N°37, 2010 en ligne sur <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2010-1-page-175.htm?contenu=resume>

Vincent J.D. *Biologie des passions*, Paris, Odile Jacob, 1986

Weizsäcker von V. *Le cycle de la structure*, Paris, Desclée de Brouwer, 1958

Weizsäcker von V. *Anonyma*, Bern, A. Franck, 1946

Weizsäcker von V. *Pathosophie*, Grenoble, Millon, 2011

Wiener P. *Vues thermodynamiques sur la psychopathologie de la psychose*, L'Évolution psychiatrique, tome 51, 1986

Wiener P. *Structure et processus dans la psychose*, Paris, PUF, 1983

Williams T. *Un tramway nommé désir*, Paris, Laffont, 1947

Zola E. *La Bête humaine*, Paris, Fasquelle, coll. Livre de poche, 1984

Zweig S. *Amok*, Paris, Stock, 1979 (1922)

Zweig S. *Le joueur d'échecs*, Le Livre de Poche, 2013 (1943)

Zweig S. *Ivresse de la métamorphose*, Belfond, Paris, 1982

Zweig S. *Destruction d'un cœur*, Le Livre de Poche, 2013 (1927)

Zweig S. *Vingt-quatre heures de la vie d'une femme*, Paris, Librairie générale française, 1992 (1922)

Filmographie:

A perdre la raison de Joachim Lafosse, 2012

Chapeau melon et bottes de cuirs : les marchands de peur de Gordon Flemyng, 1967

Chute libre de Joel Schumacher , 1993

Family life de Ken Loach, 1971

Folies douces de Josée Dayan, 2009

Harry Potter et le prisonnier d'Askaban d'Alfonso Cuaron, 2004

Into the Wild de Sean Penn, 2007

La chatte sur un toit brûlant de Richard Brooks, 1958

La fièvre dans le sang d'Elia Kazan, 1961

La moustache d' Emmanuel Carrère, 2005

Le talentueux M. Ripley d'Anthony Minghella, 1999

Les Noces rebelles de Sam Mendès, 2008

L'Appât de Bertrand Tavernier, 1995

L'Enfer de Claude Chabrol, 1994

Mal de pierres de Nicole Garcia, 2016

Mr Jones de Mike Figgis , 1993

Paranoid Park de Gus Van Sant, 2007

Pas de printemps pour Marnie d'Alfred Hitchcock, 1964
Psychose d'Alfred Hitchcock, 1960
Sonate d'automne d'Ingmar Bergman, 1978
Trois fois Manon de Jean-Xavier de Lestrade en 2013
Un tramway nommé désir d'Elia Kazan, 1951
Une femme sous influence de John Cassavetes, 1974
Vol au-dessus d'un nid de coucou de Milos Forman, 1975

INDEX (auteurs)

Bachelard 34
Baruk **425-428**
Bergson 160, **163-166**, 185, 208, 209, 210, 213, 215, 226, 232, 233, 236, 237, **285-290**, 345, 364, 383
Bettelheim 310
Binswanger 33-88, 249
Mélancolie et manie 43, 49, 53, 54, 55, 58, 59, 60, 64, 72, 72, 88, 233, 240, 244, 247, 277, 349, 351, 354, 355, 361, 365, 366
Le Cas Lola Voss 66, 69, 249, 348, 349, 351, 353, 354, 356, 358, 366, 443, 453
Analyse existentielle et psychanalyse freudienne 39, 40, 42, 44, 46, 48, 53, 74, 79, 231, 270, 272, 275, 443, 458
Introduction à l'analyse existentielle 34, 36, 50, 73, 242, 271, 361
Rêve et existence 50, 54, 94, 136, 344
Le Cas Ellen West 69, 246
Aby Warburg, la guérison infinie 74
Blankenburg 17, 19, 20, 232, **332-338**, 367
Bonhoeffer 242
Borel 220
Bouderlique 153
Bracinha-Vieira 406-408
Brontë 434, 437, **454-456**
Bumke 57
Butor 434, 437, 445, 446
Cabestan 2
Canguilhem 16, 166, 355
Cavell 436
Chaput 415, 416, 428
Charbonneau 2, 245, 338-345, 371, 429
Clérambault **182-188**, 194, 227, 228, 426
Courteline 377
Cyrulnik 377
Delay 427
Dostoïevski 200, 433, 437

Eliade 405
 Ey 407
 Fédida 328, 330
 Fischer 205, 227, 228
 Foucault 270
 Freud 47, 48, 80, 190, 192, 214, 234, 236, 237, 245, 270, **272-275**, 278, 282, 298, 352, 386, 387, 410, 420, 420, 427, 428, 431
 Gaillard 287, 310, 311
 Gaudemar 368, 435, 458
 Gebattel 40, 57, **199-200**, 262, 345
 Georgieff 291-293, 298, 299, **302-309**
 Gillis 432
 Giudicelli **378-381**
 Guillaume 139
 Haddad 420
 Heidegger 16, 19, 20, 29, 37, 39, 40, 45, 48, 49, 57, 58, 74, 79, 92, 94-97, 102-106, 113, 114, 125, 127, 148, 149, 153-155, 232, 233, 360, 361, 379
 Héraclite 37, 38, 41, 76, 81, 127
 Hougardy 375
 Husserl 14, 17-20, 29, 43, 49, 50, 54, 55, 58, 59, 61, 62, 63, 127, 134, 246, 255, 275, 339, 360
 Jackson 403, 404, 427
 Jaspers 17, 240, 257, 345, 391, 408
 Jung 214, 216
 Kahn 207
 Kant 53, 80, 90
 Kierkegaard 52, 71, 121
 Kimura 153, 155, 264
 Kramer 311
 Kretschmer 198, 205, 206, 216, 217
 Kunz 128, 129, 151, 152, 333
 Lacan 4, 16, 234, 237, 428
 Le Blanc 1, 2, **328-331**
 Macé 435, 458
 Macherey 436
Maldiney 88-159, 252
Psychose et présence 89, 109, 131, 135, 139, 147, 157
L'existence en question dans la dépression et dans la mélancolie 89, 147
Pulsion et présence 89, 97, 107, 134, 254
Événement et psychose 89, 115, 121, 123, 128, 134
La personne 124-127
De la transpassibilité 89, 93, 110, 127, 156
 Marazia 86, 87
 Marceau 270, 271
 Marty 387
 Matussek 333, 334
 Merleau-Ponty 347
 Mignard 188, 189, 230
Minkowski 160-231
Le temps vécu 40, 160, 161, 164, 165, 176, 182, 186, 188, 189, 198, 200, 224, 225, 226, 227, 230, 231, 361, 366, 367
La schizophrénie 160, 161, 162, 164, 165, 172, 175, 176, 182, 198, 205, 218, 220, 225, 226,

228, 229, 231, 283, 284
Morel 175, 176
Pascal 34, 36, 325, 326
Poulet 431
Prigogine 385, 391, 392
Proust 104, 351, 475
Sartre 127, 429-430
Sarraute 357, 434, 437, 438
Sholokhova 284
Siguret 429-431
Straus 40, 57, 93, 94, 95, 98, 99, **115-123**, 129, 138, 152, 153, 199, 200, 231, 256
Tellenbach 54, 96, 138, 151, 153, **258-269**, 338, 346, 347
Williams 437
Tatossian **255-268**, 417, 418
Uexküll 40, 41, 96, 231
Ulliac 68, 283
Veyrat 434
Weizsäcker von 40, 42, 100, 101, 103, 113, 115, 121, 123, 143, 149, 155, 231
Wiener 241, **385-394**
Winnicott **394-396**
Zarifian 433
Zola 434, 437, 460, 465, 467
Zutt 333
Zweig , 8, 327, 357, 369, 460, 461

INDEX (thèmes)

Aby Warburg **82-88**, 419

Animal 16, 21, 22, 37, 38, **40-45**, 55, 88, 89, **94-103**, 106, 158, 231, 270, 308, 328, 341, 381, **396-409**, 463, 467

Basculement 10, 16, 24, 26-30, 32, 33, 50, 53, 58, 82, 114, 239, 247, 248, 260, 262, 269, 278, 279, 302, 346, 348, 359, 361, 363, 370, 392, 407, 414, 415, 424, 436, 438, 441, 443, 445, 447, 451, 466, 467, 468, 471, 472, 473

Cécile Münch 43, 53, 54, 63, 139, 141, 222, 251, 324, 327, 330, 349, 351, 354, 355, 358, 461, 474

Chute 9, 10, 12, 13, 22-28, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 50-54, 57, 58, 59, 75, 88, 111, 114, 124, 128, 131, 135, 136, 137, 141, 142, 147, 149, 159, 212, 213, 234, 239, 241, 242, 244, 247-252, 254, 260, 261, 264, 265, 266, 268, 269, 271, 272, 273, 276, 278-281, 310, 315, 323, 324, 327, 346, 347, 348, 351, 353, 357, 359, 360, 361, 363, 368, 369, 370, 382, 383, 389, 396, 408, 411, 413, 414, 417, 422, 424, 432, 433, 436, 437, 459, 461, 464, 467, 469-473, 475, 476

Constitution 16, 18, 20, 22, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 38, 40, 42, 44, 45, 48, 49, 55, 56, 57, 58, 60, 62, 65, 80, 84, 88, 94, 98, 99, 157, 159, 160, 162, 175, 176, 183, 187, 190, 206, 207, 232, 234, 237, 239, 240, 247, 252, 254, 255, 259, 260, 262, 276, 279, 293, 296, 297, 305, 309, 310, 326, 328, 334, 335, 338, 341, 342, 346, 347, 354, 356, 357, 359, 361, 362, 367, 371, 372, 376, 378, 382, 393, 401, 409, 410, 411, 413, 415, 417, 418, 419, 422, 423, 424, 427, 429, 437, 444, 445, 450, 451, 454, 459, 462, 463, 472, 473

Dasein 16, 20, 49, 64, 67, 72, 73, 94, 102, 103, 124, 125, 154, 246, 247, 249, 250, 257, 270, 279, 334, 335, 336, 338, 339, 353, 355, 356, 358, 360, 361, 366, 379

Daseinsanalyse 16, 32, 68, 73, 246, 249, 256, 257, 282, 283, 284, 332, 379, 418

Ellen West 44, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 87, 250, 251, 280, 281, 282, 330, 355, 378, 435, 453, 461, 469

Elsa Strauss 59, 60, 251, 327, 349, 350, 351, 352, 354, 366

Irréversibilité 11, 12, 13, 14, 32, 33, 56, 88, 142, 143, 159, 270, 279, 280, 302, 351, 384, 389, 392, 475

Lola Voss 48, 49, 65, 68, 87, 249, 251, 327, 348, 350, 351, 353, 354, 355, 356, 358, 378 435, 443, 453

Manie 12, 44, 50, **59-65**, 72, 73, 89, 115, 122, 128, 134, 136, 137, 145, 146, 180, 199, 231, 239, 251, 252, 255, 269, 278, 279, 325, 341, 345, 349, 350, 354, 374, 434, 471, 472

Mélancolie

Mitsein 457

Névrose 9, 10, 15, 27, 29, 30, 65, 66, 69, 70, 77, 80, 115, 128, 139, 144, 147, 156, 223, 239, 245, 248, 274, 275, 298, 325, 328, 335, 344, 352, 375, 387, 395, 409, 413, 414, 416, 424, 425, 429, 432, 433, 445, 460, 471

Olga Blum 59, 60, 61

Psychiatrie phénoménologique 16, 234, 239, 240, 246, 255, 281, 282, 413, 418, 428, 435, 443, 444, 449

Psychose 9, 10, 15, 26, 27, 29, 30, 41, 44, 45, 46, 51, 62, 64, 68, 69, 76, 80, 82, 89, 102, 107, 109, 110, 111, 114, 115, **121-157**, 164, 165, 166, 175, 176, 183, 184, 186, 188, 198, 205, 207, 214, 215, 235, 237, 239, 241, 245, 246, 248, 252-255, 258, 260, 263, 264, 266, 267, 269, 279, 291, 298, 308, 340, 343, 344, 361, 367, 371, 385, 387, **389-395**, 403, 405, 406, 409, 416, 417, 423, **424-433**, 445

Schizophrénie 9, 12, 27, 35, 44, 46, 49, 50, 53, 54, 65-73, 85, 89, 110, 115, 122, 128-131, 133, 135, 145, 146, 155, 160-162, 171, 172, 176, 177, 181, 182, 186, 187, 191, 192, 198, **205-230**, 239, 244, 249, 252, 256, 261, 264, 269, 276, 279, 282-284, **291-310**, 325, **332-338**, 341, 374, 375, 386, 403, 405, 406, 408, 417, 420, 423, 425, 426, 428, 434, 460, 471, 472

Structure 9, 11, 16, 20, 25, 28, 30-37, 40-49, **50-65**, 68, 71-74, 80, 81, 82, 88, 89, 93, 99, 100, 101, 109, 111, 115, 132, 137-141, 150, 152, 159-161, **176-206**, 227, **232-245**, 252-257, 259, 269, 270, 277, 279, 281, **290-297**, 300, 309, 315-326, 332, 333, 334, 338-346, **351-376**, **383-396**, 403, 405, 408, 411, 412, 414, 418, 421, 422, 436, 437, 444, 445, **450-458**, 472, 475, 476

Susan Urban 65, 68, 251, 281, 330, 378, 435, 461

Symétrie 34, 35, 36, 39, 127, 212, 398, 402

Temps 9-14, 21-25, 28, 29, 31, 39, 40, 43, 51, 55-57, 59, 62, 63, 69, 88, 91, 106, 108, 109, 117-122, 134, 135, 139-145, 152, 157, 159, 161, 164, 182, 187-189, 191, 196, 198-205, 209, 226-228, 231-233, 245, 250, 251, 255, 264, 269, 270, 275, 278-280, 299, 314, 325, 338, 345, 347, 348, 353, 360, 364, 366-368, 374, 381-385, 392, 394, 413, 417, 419, 422, 424, 430, 431, 444, 460, 466, 467, 471, 476

Thérapie (psychothérapie) 8, 27, 31, 32, 33, 73-81, 87, 157, 158, 159, 218, 228, 229, 242, 246, 255, 281, 284, 298, 310, 311, 316, 317, 318, 320, 322, 323, 335, 370, 400, 401, **409-424**, 432, 437, 456-459, 467, 468, 476

Umwelt 99, 100, 149, 150, 157

Verticalité 34, 39, 43, 324, 469