

UNIVERSITE PARIS VII – DENIS DIDEROT

FACULTE DE MEDECINE XAVIER BICHAT

Année 2004

N°

THESE

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

Julien FOUSSON

Né le 1^{er} juillet 1975 à Paris (16^e)

Présentée et soutenue publiquement le mardi 9 novembre 2004
à la Faculté de Médecine de Bobigny

**Ethique relationnelle :
approche phénoménologique de la
situation clinique en psychiatrie**

Présidente : Madame le Professeur Marie-Rose Moro

Directeur : Monsieur le Professeur Jean Naudin

A mes parents

Vous avez toujours été là pour moi, à travers les joies et les peines. Votre présence discrète mais attentive m'a accompagné tout au long de mon parcours ; sans elle, sans vos encouragements et votre ouverture, je n'aurais pu choisir aussi librement ma voie. Je veux tout simplement vous remercier ici de ce que vous êtes. Ne changez pas !

A Muriel

Ma « grande » sœur parisienne, toujours prête à rendre service et à me « culturer », j'admire ta capacité à transformer les instants de la vie en autant de petits écrins de bonheur. Que ladite (et hop !) capacité puisse vous permettre, à toi et Sylvain, de continuer à éclairer nos vies.

A Laure

Ma petite sœur marseillaise, je suis fier de la détermination avec laquelle tu parviens à affirmer chaque jour un peu plus tes qualités. Comme le Petit Prince, tu as compris qu' « on ne voit bien qu'avec le cœur », ce qui me laisse penser que, même si tu ne connais pas encore précisément le but de ton parcours, tu possèdes la boussole qui guidera tes pas.

A mes grand-mères

Chacune à votre manière, vous m'avez enseigné l'importance de la générosité et de l'humilité. Quelle chance de vous toujours auprès de moi ! Je regrette seulement de ne pas pouvoir vous témoigner plus souvent toute mon affection...

A Jackie

La passion qui t'anime, quelque soit ce que tu entreprends, est vraiment contagieuse. Non seulement tu m'as passé le virus de la médecine, mais tu m'as ouvert bien des horizons à explorer. Un grand merci !

A Caroline

C'est un immense plaisir que de te découvrir chaque jour un peu plus. J'apprécie ces moments que nous partageons, illuminés par ton humour et ton sourire. J'aime à penser qu'il en sera toujours ainsi...

A Tutu

Sans conteste le plus « psy » de tous les chirurgiens, mais surtout le plus fidèle des amis que l'on puisse souhaiter. Toujours disponible et avenant malgré un manque cruel d'heures de sommeil... Quel talent !

A Past'

Quand amitié rime avec passion commune, et que s'y ajoute "un peu" de bantou, le mélange ne peut être que savoureux! A consommer sans modération...

A Sam & Elise

Dix ans après, c'est toujours un bonheur de vous retrouver, à Paris comme à Marseille. En espérant que l'avenir réduira ces kilomètres qui nous éloignent...

A Céline

Ou l'art de la mine joyeuse, tellement réconfortante quand le moral s'aligne sur la météo locale...

A Anne-Sophie et Guilhem

Mille mercis à tous les deux pour vos corrections et votre soutien tout au long de la rédaction de cette thèse. Que serais-je devenu sans vous ?

A Serge, JB et Tanguy

Mes chers complices, il est toujours bon de vous retrouver lors de mes escapades aixoises. Ne nous laissons surtout pas séparer par les hasards de la vie !

A Mikao

Ma plus vieille pote (eh si !), mais éternellement jeune comme tous les véritables artistes. A nos délires et à nos randonnées, passés et à venir !

A Dany & Mathilde

Si chaleureux et attentifs... Quel plaisir ce fut de vous (re)découvrir à l'occasion de notre « exil » commun !

A Mister Bout'

Mon ami cosmonaute, je ne peux, en cette fin d'internat, que penser à toi et à nos révisions acharnées. N'oublie pas de redescendre sur terre de temps en temps pour me rendre visite !

Au groupe E.R.I.C.

Et à chacun des soignants de cette belle équipe. Je me réjouis de pouvoir bientôt (et enfin !) vous retrouver...

A tous ceux que je ne peux citer ici, faute de place, mais à qui je pense très fort...

A mes maîtres en psychiatrie

Madame le Professeur Marie-Rose Moro

Monsieur le Professeur Jean Naudin

Monsieur le Docteur Thierry Trémine

Monsieur le Docteur Eduardo Mahieu

Monsieur le Docteur Michaël Robin

Monsieur le Docteur Frédéric Mauriac

Monsieur le Docteur Didier Destal

Madame le Docteur Véronique Spahr

Madame le Docteur Michèle Brian

Madame le Docteur Clémentine Rappaport

A mes maîtres en philosophie

Madame Eliane Escoubas

Monsieur Marc Richir

Madame Nathalie Depraz

A Madame le Professeur Marie-Rose Moro

Je ne peux qu'à nouveau vous remercier pour votre gentillesse et votre soutien. Mon passage dans votre service m'a permis de constater combien la vivacité de votre intelligence, alliée à une rare capacité d'ouverture, se révèlent précieuses pour tous ceux qui vous entourent. Je ne pouvais espérer de meilleure présidente de jury !

A Monsieur le Professeur Jean Naudin

Je n'oublierai jamais avec quelle bienveillance vous avez accueilli et encouragé mes réflexions. Chacune de nos rencontres, hélas trop rares, a représenté pour moi un instant privilégié. J'admire la précision et l'inventivité de votre pensée, mais tout autant votre simplicité et votre générosité. J'espère que nos échanges se poursuivront longtemps.

A Monsieur le Docteur Thierry Trémine

Je suis très heureux de pouvoir vous compter parmi les membres du jury. En effet, vous m'avez fait découvrir Kimura Bin lors de mon stage dans votre service. Plus encore, votre immense culture et votre méfiance vis-à-vis de tous les dogmatismes constituent pour moi des modèles. J'espère que vous pourrez constater, à la lecture de cette thèse, que les p'tits cochons ne m'ont pas encore mangé...

A Monsieur le Professeur Marcel Rufo

Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant de faire partie de mon jury de thèse. Je ne doute pas que vous y apporterez cette passion et cette liberté de ton qui vous caractérisent, et que votre regard à la fois original et incisif enrichira la discussion.

A Monsieur le Professeur Lazarus

Je me réjouis que vous ayez consenti à participer à mon jury de thèse. Nos brefs échanges téléphoniques m'ont en effet donné envie de vous rencontrer, ainsi que d'avoir votre sentiment sur mon travail.

Je me méfie de tous faiseurs de systèmes et m'écarte de leur chemin. L'esprit de système est un manque de probité.

F. Nietzsche

Introduction

Il paraît aujourd'hui difficile d'appréhender la psychiatrie dans sa globalité. L'extension progressive de son champ d'action dans la société participe à brouiller les repères d'une discipline qui se trouve déjà, de par son objet même, à l'intersection de recherches et de pratiques émanant d'innombrables domaines. Cette situation particulière se traduit, au sein même de la psychiatrie, par une multiplicité d'approches. Une telle diversité, si elle représente une richesse indiscutable, peut néanmoins laisser perplexe le psychiatre en formation qui tente de s'orienter dans son activité clinique.

Ce dernier peut alors chercher à déterminer, derrière cette diversité apparente, un fondement théorique commun qui confèrerait une certaine unité à sa discipline. Une telle approche, que l'on pourrait qualifier d'épistémologique, viserait alors à dégager le paradigme qui organise le savoir psychiatrique actuel et qui tient lieu de référence aux diverses approches.

Néanmoins, les travaux de Georges Lantéri-Laura (1998) sur la notion de paradigme¹ nous incitent à nous détourner d'une telle démarche. En effet, si ces travaux montrent que le recours à cette notion permet de repérer les grandes orientations qui ont prévalu au cours de l'histoire de la psychiatrie, délimitant trois périodes successives auxquelles correspondent trois paradigmes distincts, ils s'achèvent sur un constat d'échec pour la période actuelle. L'auteur souligne combien il est malaisé de déterminer le paradigme qui aurait remplacé, depuis la fin des années 1970, le paradigme précédent, et s'interroge même sur son existence.

¹ Lantéri-Laura (1998) rappelle que la notion de paradigme a été introduite par T.S. Kuhn dans le champ de l'épistémologie scientifique pour désigner « l'ensemble des connaissances reçues qui constituent la science normale tant qu'elle remplit bien son rôle et qu'elle sert de référence majeure et efficace à tous les savoirs et à toutes les questions qui se posent à son intérieur » (p. 36). Pour l'auteur, l'utilisation de cette notion en psychiatrie reste justifiée car, si cette discipline n'est pas une science, « par sa nature même de *connaissance clinique prévalente*, à la fois éclairée par plusieurs autres savoirs, et débouchant sur une *praxis* thérapeutique, elle-même régulée, elle peut correspondre, dans ses parties les plus assurées, à des connaissances rigoureuses » (p. 41).

Il n'est pas certain que seul soit à incriminer le manque de recul, la difficulté pour le chercheur de repérer les tenants et les aboutissants d'une histoire qu'il est en train de vivre. Thierry Trémine (2001) suggère pour sa part que « la notion de paradigme était plus adéquate à des périodes où la communauté scientifique était homogène, où le savoir était restreint, où les influences extérieures étaient réduites par l'isolement même, où la pathologie était continue et stable sous l'œil de l'observateur, du fait des hospitalisations prolongées et des conséquences asilaires » (p. 10). Pour cet auteur, l'éclatement du champ psychiatrique, lui-même paradigmatique, rend nécessaire « une réflexion sur ce qui se passe *hic et nunc*, dans l'acte clinique » (p. 7).

Reprenant cette dernière hypothèse à notre compte, nous nous posons dans ce travail la question suivante : comment décrire cette donnée immédiate de la pratique psychiatrique qu'est l'acte clinique, c'est-à-dire comment cerner au plus près « ce qui se passe » dans le quotidien de la rencontre entre le médecin et son patient ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons choisi de nous référer principalement à la psychiatrie phénoménologique, courant qui occupe une place à part au sein des diverses approches. Ce courant ne prétend pas en effet viser à la constitution d'un quelconque corpus théorique, mais entend plutôt proposer à la fois une « critique de la raison (pratique) psychiatrique » (Tatossian, 1986) et une méthode d'exploration de l'expérience vécue.

Dans cette perspective, la rencontre entre le psychiatre et son patient se révèle être, par-delà les aspects purement techniques renvoyant aux différents courants psychothérapeutiques, une expérience profondément humaine qui ne peut être appréhendée qu'à partir d'une réflexion sur l'homme dans sa globalité, et sur ce que signifie pour ce dernier « l'être avec et pour l'autre » (Binswanger, 1935).

Notre première partie aura pour tâche d'exposer les idées directrices de cette méthode phénoménologique telle qu'elle a été élaborée par ses fondateurs. Nous verrons que celle-ci entend aborder les troubles du patient comme une modification profonde de son expérience vécue que le médecin doit s'efforcer d'appréhender dans le cadre de leur rencontre. Nous illustrerons notre propos d'un exemple clinique montrant la démarche clinique proposée par la psychiatrie phénoménologique. Nous

remarquerons alors que cette démarche apparaît limitée par sa difficulté à surmonter la question de l'intersubjectivité posée par la rencontre clinique.

Au début de notre deuxième partie, un détour par le courant des thérapies familiales systémiques nous permettra, à partir du même exemple clinique, de souligner une autre dimension de la rencontre clinique passée sous silence par la psychiatrie phénoménologique classique : l'insertion de cette rencontre duelle dans un contexte relationnel plus large englobant aussi bien l'entourage du patient que celui, professionnel, du psychiatre.

Nous aborderons alors des recherches phénoménologiques récentes qui, en se centrant sur la question de l'intersubjectivité, ont cherché à résoudre la tension entre la prise en compte de la pathologie du sujet et celle de son insertion dans le monde des relations interpersonnelles. Nous reviendrons ce faisant sur notre cas clinique afin de souligner les implications pratiques de ces recherches théoriques.

Dans notre troisième et dernière partie, nous analyserons comment la philosophie d'Emmanuel Lévinas permet de prolonger ces réflexions en proposant une conception de l'éthique comme relation à l'autre homme dans sa singularité. Si, de l'aveu même de son auteur, cette philosophie n'est pas phénoménologique jusqu'au bout, limite qu'il conviendra de discuter, nous montrerons qu'elle ouvre néanmoins des perspectives cliniques intéressantes. Nous envisagerons ainsi les conséquences que l'on peut en tirer dans le cadre de la rencontre entre le psychiatre et son patient, tant dans ses aspects cliniques que thérapeutiques. Nous évoquerons aussi comment les conceptions d'Ivan Boszormenyi-Nagy se proposent, à travers la notion d'éthique relationnelle, d'étendre ces considérations au contexte relationnel de cette rencontre.

Enfin, nous reviendrons en conclusion sur notre parcours pour souligner combien la réflexion psychiatrique ne peut faire l'économie d'une confrontation aux limites de son savoir, limites qui apparaissent comme constitutives de ce savoir du fait même de son objet : l'homme dans sa singularité.

Première partie : la méthode phénoménologique en psychiatrie

Avant d'exposer la méthode proposée par la psychiatrie phénoménologique, nous allons présenter dans un premier chapitre une situation clinique sur laquelle nous reviendrons tout au long de notre travail.

I. Leïla ou le poids des anges

L'action est l'aiguille indicatrice de la balance. Il ne faut pas toucher à l'aiguille, mais aux poids.

Simone Weil

Leïla est une jeune patiente de 19 ans que nous avons rencontrée lors de son hospitalisation à l'hôpital Avicenne pour retentissement somatique d'une anorexie mentale. Nous faisons alors partie de l'équipe de psychiatrie de liaison de cet hôpital, service du Professeur Marie-Rose Moro, équipe par ailleurs constituée d'un psychiatre et d'une infirmière.

A. Leïla

Nous allons tout d'abord présenter les antécédents psychiatriques, les éléments biographiques et l'histoire évolutive des troubles de la patiente.

◆ Antécédents psychiatriques

On ne retrouve aucun antécédent psychiatrique jusqu'à l'âge de 16 ans, date de début du trouble du comportement alimentaire (cf. ci-dessous l'histoire évolutive des troubles).

◆ Éléments biographiques

Les parents de Leïla sont originaires d'Algérie (ils sont kabyles). Son père est actuellement âgé de 67 ans. Celui-ci est issu d'une famille très pauvre, sa propre mère est décédée quand il avait trois ans. Arrivé très jeune en France pour travailler à

l'usine, il a d'abord été accueilli par un oncle qui était déjà en France, puis a longtemps vécu seul tout en continuant à travailler comme ouvrier. Il est depuis quelques années à la retraite.

La mère de Leïla est beaucoup plus jeune (45 ans). Elle est la dernière d'une fratrie de six, elle a quatre sœurs et un frère. Ce frère a fait fortune et possède dans une grande ville de Kabylie une villa où vit le reste de la famille. Leur père était paysan, il est décédé il y a 25 ans. Leur mère est décédée il y a une dizaine d'années, en 1993.

Les parents de Leïla se marient en 1975, les deux aînés de la fratrie naissent dans les années qui suivent en Algérie. En 1983, la mère et ses deux enfants rejoignent le père en France (regroupement familial). C'est l'année suivante que naît Leïla, qui est donc la première fille de la fratrie, ainsi que la première née en France.

La grossesse et l'accouchement se déroulent sans problème, ainsi que l'enfance. Leïla est en effet décrite comme très sage, une enfant modèle : « c'est la meilleure de la famille » dit sa mère. De cette période, Leïla se rappelle avoir appris à lire très tôt, avec sa mère, que ses jeux préférés étaient la dinette et le maquillage, et qu'elle recherchait la compagnie des adultes : « J'étais mûre très tôt, je discutais beaucoup avec les adultes » (mais elle ne peut citer que ses parents). On peut noter qu'elle ne mentionne pas à ce sujet ses frères et sœurs, alors qu'elle est la troisième d'une fratrie de cinq enfants :

- deux frères aînés (25 et 21 ans) ;
- un frère cadet (17 ans) dont Leïla est très fière : « Il fait grand frère... Il est mûr, on peut parler avec lui » ;
- une sœur cadette (15 ans), Lilia, dont Leïla est très proche (et dont le prénom a été choisi par la mère « parce qu'il ressemblait à celui de Leïla »²).

Tous vivent ensemble dans un petit appartement de deux pièces (des démarches de relogement sont en cours).

Sur le plan scolaire, Leïla prépare un Baccalauréat Professionnel (filiale Services) ; ses parents nous rapportent un investissement scolaire important et des

² Les prénoms ont bien entendu été changés afin de préserver le secret médical.

résultats satisfaisants. On peut cependant remarquer qu'elle a redoublé à deux reprises.

Par ailleurs, on ne note ni activité extrascolaire, ni relation extrafamiliale : Leïla nous explique qu'elle avait des amis au collège, mais que ceux-ci ont arrêté leurs études pour travailler et qu'elle les a alors perdus de vue. Elle n'a pas renoué de véritables relations par la suite.

◆ Histoire évolutive des troubles

Le tableau clinique d'anorexie mentale (restriction alimentaire volontaire, aménorrhée secondaire, amaigrissement, vomissements, déni des troubles) s'est installé il y a environ trois ans, alors que Leïla avait 16 ans. On ne retrouve pas d'autres circonstances favorisantes qu'un régime alimentaire débuté à ce moment-là du fait d'un léger surpoids (55 kg précise la mère, pour une taille d'1,64 mètre)³. On peut noter que cela correspond chronologiquement à la fin du collège.

Les troubles, bénéficiant d'une grande tolérance familiale, ne donnent lieu à aucune prise en charge spécifique pendant un an et demi.

Puis Leïla est adressée par l'infirmière de son lycée aux Urgences où elle est orientée sur un service de Pédiatrie. Elle y reste hospitalisée pendant 12 jours, bénéficiant d'une rééquilibration hydroélectrolytique (elle présente à son arrivée une légère hypokaliémie) et d'une prise en charge psychologique. Cette courte hospitalisation n'entraîne aucune amélioration sur le plan symptomatique (au contraire, la patiente passe de 44 à 42 kg pendant son séjour), mais permet à l'équipe de Psychiatrie de Liaison de cet établissement de l'adresser sur le C.M.P. de son secteur pour un suivi.

Cependant, Leïla et ses parents interrompent ce suivi au bout de quelques consultations. Pendant un an encore, l'amaigrissement de l'adolescente s'accroît progressivement, au point qu'elle ne pèse plus que 34 kg⁴ au moment de l'hospitalisation au cours de laquelle nous sommes amenés à la rencontrer. Cet amaigrissement entraîne une très grande faiblesse physique farouchement déniée :

³ Il n'y a donc pas de surpoids au sens médical du terme, puisque ce poids de 55 kg pour 1,64 mètre correspond à un Indice de Masse Corporelle (IMC) légèrement inférieur à 20,5 (rappelons que l'IMC est considéré comme normal entre 18,5 et 25).

⁴ Soit un indice de Masse Corporelle d'environ 12,6.

Leïla insiste pour aller au lycée, mais peine à monter les escaliers et même à taper à la machine à écrire. C'est à nouveau l'infirmière scolaire de son établissement qui l'adresse aux Urgences.

B. Déroulement de l'hospitalisation

L'hospitalisation sur cet hôpital durera trois semaines. Nous allons présenter ici un résumé de ses différentes étapes.

◆ Aux urgences

Leïla arrive aux Urgences de l'hôpital Avicenne accompagnée d'une lettre de l'infirmière scolaire indiquant que la patiente « arrive à peine à monter les marches du lycée, pèse 34 kg pour 1,64 m et a une tension artérielle de 8/5 ». Derrière la précision des chiffres perce l'inquiétude de l'infirmière et de l'établissement scolaire. Le courrier précise : « Leïla refuse l'hospitalisation, ne se rend pas compte de la gravité de son état de santé et persiste dans le déni ».

La patiente accepte sans difficulté l'entretien psychiatrique proposé aux Urgences, entretien au cours duquel elle évoque les cours de gymnastique à son lycée, le Ramadan qui vient de s'achever, son désir de devenir hôtesse de l'air, ainsi que la tuberculose de sa mère. En revanche elle dénie totalement la gravité de ses troubles et n'exprime que peu d'affects. Mais le temps passant, elle s'inquiète de plus en plus de ne pas voir arriver ses parents (il a été très difficile de les joindre⁵).

Finalement, ses parents se présentent aux Urgences et, les examens montrant une hyponatrémie et une hypokaliémie, une hospitalisation de quelques jours en service de Médecine Interne est décidée, ce que Leïla accepte avec ambivalence.

◆ Début de l'hospitalisation

Dans le service de Médecine Interne, la patiente est réalimentée par perfusion. Les premiers contacts avec l'équipe soignante de ce service sont plutôt difficiles. Leïla est en effet décrite comme « hostile à tout » et provoque l'exaspération des

⁵ N'ayant pas le téléphone chez eux, ils n'ont pu être appelés ni par le lycée, ni par les Urgences, et c'est finalement la police qui s'est déplacée à leur domicile pour les prévenir de l'hospitalisation de leur fille !

infirmières en interrompant ses perfusions. Elle est, dit-on dans l'équipe, très différente des autres anorexiques dont le service a l'habitude.

Premier entretien individuel

Lorsque nous la rencontrons dans le cadre de l'équipe de Psychiatrie de Liaison, nous sommes d'emblée frappé par l'importance de l'amaigrissement de l'adolescente : les joues creusées et les pommettes saillantes, les yeux exorbités cernés de noir, le teint cireux de la peau, la maigreur extrême mal dissimulée par le pyjama trop ample de l'hôpital forment un tableau des plus saisissants. Il faut ajouter à cela l'attitude recroquevillée de la patiente dans son lit, presque en position fœtale, et la chaleur étouffante qui règne dans sa chambre (un radiateur mobile a été installé tant elle se plaignait de grelotter).

Pourtant, quand Leïla prend la parole, c'est avec une grande énergie, d'une voix claire chargée de colère, adoptant parfois un ton geignard lorsqu'elle se fait suppliante.

Elle évoque immédiatement son souhait de sortir au plus vite : « Je ne me sens pas bien à l'hôpital ». Bien que disant concevoir l'inquiétude de ses parents et de l'infirmière scolaire, elle banalise totalement ses troubles et se déclare hostile à toute idée de prise en charge spécifique, que ce soit dans ce service de Médecine Interne à travers un contrat de poids ou dans une unité spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire.

Lors de ce premier entretien, la patiente ramène toute discussion à cette question de la sortie, ne permettant pas d'aborder d'autres aspects plus personnels. On note cependant à nouveau combien il est difficile pour elle d'être ainsi séparée de ses parents (nous apprendrons par la suite qu'elle ne les a jamais quittés, ne serait-ce que pour une nuit).

Premier entretien familial

Un premier entretien familial, réunissant les parents et le frère cadet au chevet de la patiente, n'apporte que peu d'éléments : tous apparaissent comme sidérés, écrasés par un mélange d'inquiétude et d'impuissance. Aucun discours spontané n'émerge, et les réponses laconiques à nos questions tombent dans un silence de plomb.

Il est décidé que l'état inquiétant de Leïla, tant somatique que psychologique, nécessite la poursuite de l'hospitalisation. Une alliance thérapeutique semble s'ébaucher avec les parents qui se disent soulagés de la savoir à l'hôpital et déclarent nous faire confiance. Leïla, tout en se disant opposée à cette idée, accepte finalement de rester.

Fin de la première semaine d'hospitalisation

Les entretiens individuels qui se succèdent se révèlent peu contributifs : Leïla se montre toujours très agressive verbalement, éludant toutes les questions concernant sa vie personnelle, et ne parle que de l'hospitalisation.

Dans le service, de nombreuses transgressions de la part de la famille sont notées : les horaires de visite ne sont pas respectés (les parents et la sœur Lilia se relayant toute la journée au chevet de la patiente), la mère s'installe dans le lit de sa fille quand celle-ci est levée et mange souvent l'intégralité de son plateau repas.

◆ Ouverture

Au bout d'une semaine, nous observons un premier tournant dans l'hospitalisation, tournant qui semble coïncider avec le deuxième entretien familial. S'ensuit alors une période d'ouverture au cours de laquelle Leïla se confie un petit peu plus.

Deuxième entretien familial

Au cours de cet entretien avec les parents, aucun récit n'apparaît possible autour de la maladie de Leïla. Des éléments de l'histoire familiale peuvent en revanche être abordés. Il est notamment souligné la grande ressemblance, tant sur le plan physique que du caractère, de la patiente à sa grand-mère maternelle. La mère nous confie ainsi : « Leïla a la peau blanche comme elle », puis ajoute à propos de sa propre mère : « Elle était toujours serviable. Si elle voyait quelqu'un avec les pieds nus, elle lui donnait ses chaussures ». Cette grand-mère maternelle, décédée il y a 10 ans, est le seul grand-parent que l'adolescente ait connu, lors de voyages en Algérie. La mère a en revanche beaucoup de mal à nous faire part de son vécu lors de sa migration, au moment du rapprochement familial : « Ça a été un peu dur au début et puis ça a été ».

La décision de poursuivre l'hospitalisation est reconduite, bien que Leïla nous précise que celle-ci n'apportera aucune amélioration en nous rappelant l'échec de sa première hospitalisation (en Pédiatrie) où elle avait perdu du poids : « Quand j'ai décidé quelque chose, je vais jusqu'au bout ».

Évolution dans le service

Les jours suivant cet entretien constituent une période de relatif apaisement pour Leïla dans ses relations aux divers intervenants.

Lors des entretiens psychiatriques individuels, Leïla se confie plus facilement, tout en soulignant qu'elle ne répond aux questions que « par politesse ». Nous détaillerons le contenu de ces entretiens un peu plus loin.

Sur le plan symptomatique, la patiente reprend du poids de manière spectaculaire (5 kg en moins d'une semaine). Bien qu'une partie au moins de cette reprise soit à mettre sur le compte d'une absorption importante d'eau, cette évolution a pour effet de faire baisser la tension avec les infirmières du service qui nous disent commencer à s'attacher à cette adolescente. L'équipe reste néanmoins très inquiète, une infirmière nous rapportant par exemple que, ne la voyant pas bouger sous les draps, elle s'est demandé si elle respirait encore.

En revanche, un nouvel entretien familial montre une sidération importante de la famille qui tend à gagner les soignants de l'Équipe de Liaison Psychiatrique. La mère soutient ainsi qu' « en dehors de Leïla, il n'y a pas d'autre souci dans la famille », et le père ne peut que nous retourner notre question : « et vous Docteur, qu'en pensez-vous ? ».

◆ Fermeture

Une semaine plus tard, Leïla se referme au moment où l'équipe médicale du service de Médecine Interne décide de lui enlever sa perfusion.

Lorsque nous la voyons ce matin-là, elle est très en colère, se plaignant qu'on lui ait dit que l'arrêt de cette perfusion n'était pas synonyme de sortie de l'hôpital, mais marquait le début d'une phase de surveillance au terme de laquelle seulement serait

envisagée une décision de sortie. Elle nous apparaît néanmoins beaucoup plus ambivalente que ce qu'elle veut bien reconnaître. Elle nous confie en effet : « Je pouvais encore tenir », affirmation qu'elle annule aussitôt en reprenant son leitmotiv : « Quand j'ai décidé quelque chose, je vais jusqu'au bout ». Il ne peut être question d'autre chose au cours de cet entretien.

On apprendra par la suite que la décision d'enlever la perfusion a été prise par la Chef de Clinique du service qui ne supportait plus que Leïla la harcèle (« jusque dans mon bureau ») pour qu'on lui retire cette perfusion.

On notera également que cette fermeture de Leïla dans ses relations aux divers intervenants survient le lendemain d'un entretien individuel où elle s'était laissée aller à des confidences plus intimes :

- La patiente nous avait longuement parlé de son histoire familiale, et nous avions commencé à dessiner son génogramme.
- Elle nous avait à cette occasion confié un secret important : sa mère s'est en fait mariée une première fois, très jeune, avec quelqu'un qui lui plaisait. Au bout de quelques mois, elle est tombée très gravement malade (tuberculose), « jusqu'au coma ». Son mari étant trop pauvre, elle serait alors retournée chez ses parents qui ont pu la faire hospitaliser. Elle serait restée un an à l'hôpital. Ses parents et elle auraient ensuite décidé le divorce. Ce secret a été confié à Leïla par sa mère il y a trois ou quatre ans. Seuls sa sœur Lilia, et « bien sûr » son père, sont au courant.

A partir de ce deuxième tournant dans l'hospitalisation, le comportement de la patiente change radicalement.

D'une part, elle se montre de plus en plus opposante aux entretiens psychiatriques, réclamant à cor et à cri sa sortie et refusant comme au début de l'hospitalisation d'évoquer tout autre sujet.

D'autre part, on observe parallèlement une dégradation de ses rapports à l'équipe soignante de Médecine Interne. Elle multiplie en effet auprès des infirmières les plaintes somatiques (douleurs abdominales, céphalées, dyspnée...) qui ne cèdent à aucune réassurance. De plus, elle perd à nouveau du poids, jusqu'à revenir progressivement à son poids du début de l'hospitalisation. Tout cela entraîne le

découragement et l'agacement des soignants, dont on note à plusieurs reprises les contre-attitudes négatives.

◆ Sortie et mise en place du suivi

Sortie de l'hôpital

Une semaine plus tard, une décision de sortie est prise conjointement par les équipes de Médecine Interne et de Psychiatrie de Liaison.

On note une nouvelle fois à cette occasion l'ambivalence de Leïla dont la première réaction à l'annonce de cette sortie tant réclamée est de dire : « mes parents ne voudront jamais ».

Un entretien familial permet de préciser le cadre de soins dans lequel s'inscrit cette sortie :

- Un suivi individuel hebdomadaire sera assuré en consultation par un des psychiatres de l'équipe de Psychiatrie de Liaison ;
- Des entretiens familiaux mensuels sont également proposés ;
- Un suivi somatique sera assuré par le médecin généraliste de la famille, et de manière plus espacée par un des médecins du service de Médecine Interne ;
- Une hospitalisation dans un service spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire est à nouveau évoquée, une telle hospitalisation devant faire l'objet d'un travail préparatoire au cours du suivi (car Leïla demeure fermement opposée à une telle perspective).

Les parents se déclarent d'accord avec une sortie dans ces conditions.

Début, puis interruption du suivi

La sortie de l'hôpital a lieu quelques jours avant une période de vacances scolaires. Dès le lendemain, Leïla retourne à l'école et reprend sa vie quotidienne partagée entre lycée et famille.

Pendant les quinze jours de vacances, elle revient comme convenu chaque semaine en consultation psychiatrique, et se rend également chez son médecin généraliste.

Mais elle est exclue par son lycée dès le jour de la rentrée du fait de son état de santé. Le lendemain matin, elle retourne avec ses parents au lycée qui les adresse aux Urgences.

Lorsque, appelé par le psychiatre, nous y rencontrons Leïla, celle-ci est littéralement furieuse, criant de toutes ses forces qu'il est hors de question qu'elle accepte une « prise de sang » : « Ne me touchez pas ! ». Intervient alors le Dr G., psychiatre attachée aux Urgences, qui lui déclare : « On ne vous touchera pas. Il s'agit juste d'un bilan biologique afin de vérifier le potassium ».

L'adolescente s'apaise alors et accepte le bilan somatique. Celui-ci ne révélant aucun désordre hydroélectrolytique, l'équipe de Psychiatrie de Liaison décide de laisser ressortir la patiente et de poursuivre comme convenu le suivi ambulatoire. Un rendez-vous est également pris avec les responsables du lycée.

Celui-ci a lieu quelques jours plus tard et confirme l'attitude intransigeante de l'équipe pédagogique du lycée : « pour des raisons de sécurité », Leïla ne sera pas réadmise tant qu'elle n'aura pas repris du poids.

A partir de ce moment-là, et malgré nos relances, Leïla ne revient plus aux entretiens individuels, et la famille ne se présente pas au rendez-vous qui avait été fixé lors de la fin de l'hospitalisation.

C. Contenu des entretiens individuels

Les éléments que nous allons maintenant exposer ont été recueillis au cours d'entretiens individuels que nous avons réalisés à l'hôpital, lors de la période que nous avons qualifiée d' « ouverture ». Néanmoins, cette ouverture n'est que toute relative, la patiente refusant souvent de répondre à nos questions dès que celles-ci touchent à des aspects personnels.

Ce refus est parfois clairement précisé ; Leïla se met alors en colère et répète : « Pourquoi vous me posez ces questions ?... J'aime pas quand vous posez des questions... Laissez moi tranquille ! ». Ces accès de colère laissent parfois place à un abattement au cours duquel la patiente nous assure : « Ce n'est pas la peine de vous déranger, vous avez mieux à faire... Il y a beaucoup de gens qui ont besoin de vous ».

A d'autres moments, l'adolescente refuse de répondre à nos questions de manière plus indirecte. Elle recourt alors de façon systématique au « on » impersonnel et à des expressions du type « comme tout le monde », ou bien nous parle de l'histoire en général. Ainsi, à propos de l'histoire de ses parents en Algérie, elle nous décrit longuement, à la manière d'une historienne, les événements objectifs survenus dans ce pays.

Cette attitude de refus explique que le matériel relevé soit relativement limité. Relevons néanmoins les principaux points abordés.

Au sujet de son avenir, tout d'abord, Leïla nous explique qu'elle voudrait être hôtesse de l'air, ce que curieusement elle justifie ainsi : « Pour aider les gens, indiquer le chemin aux gens qui sont perdus ». Jusqu'à une date récente, elle envisageait des professions comme pilote, médecin, avocat (« il peut mettre en prison à vie »), c'est-à-dire des métiers, soulignons-nous, « où le poids de la responsabilité est important », remarque qui la fait sursauter.

A propos de sa solitude, ensuite, nous remarquons que Leïla ne voit aucune personne en dehors de la famille nucléaire, y compris au lycée où elle n'a pas d'autre relation privilégiée que celle qui la lie à l'infirmière scolaire (« C'est mon ange »).

Nous remarquons également que l'adolescente insiste beaucoup sur sa maturité : « Je ne suis plus une gamine ». Elle nous précise que celle-ci est apparue très tôt : « J'étais une enfant trop sage m'a-t-on dit... Je ne faisais pas de bêtises... J'étais mûre très tôt... Je discutais beaucoup avec les adultes ».

Le seul sujet sur lequel nous sentons la patiente authentiquement émue est son inquiétude pour ses parents : pour son père surtout, qu'elle trouve très âgé et qui de plus est atteint de diabète, mais aussi pour sa mère, qui a été opérée l'année précédente dans le cadre d'une récidive tuberculeuse (lobectomie). Même si le sujet n'a pu être abordé explicitement avec la patiente, nous avons perçu à plusieurs reprises que la préoccupation de ses parents ne la laissait pas indifférente.

Enfin, les questions portant directement sur ses troubles sont celles qui provoquent le plus sa colère. Leïla nous déclare néanmoins à ce sujet : « Je pourrais

pas m'en passer », et nous promet : « Je ne changerai jamais ». Nous pouvons rattacher à cette réponse un leitmotiv souvent répété au cours des entretiens : « Quand j'ai décidé quelque chose, je vais jusqu'au bout ». Par ailleurs, la patiente a disposé côte à côte sur sa table de chevet, à la manière d'un présentoir de librairie, un livre et une carte postale. Sur la carte on peut lire : « Si vous rencontrez un ange... » ; l'ouvrage est une œuvre de vulgarisation consacrée à l'anorexie mentale. Leïla se met en colère lorsque nous la questionnons au sujet de celui-ci, puis déclare : « Tout est vrai dans ce livre ». Quelques jours plus tard, cet ouvrage est remplacé par un autre, un roman celui-ci, intitulé « Un amour de poids ». Lorsque nous demandons à la patiente ce qu'il raconte, celle-ci se contente de nous répondre : « J'aime pas raconter l'histoire parce que chacun raconte à sa manière ».

Surpris par la présence de la carte postale évoquant un ange, nous avons également interrogé l'adolescente à ce sujet. Les anges, nous répond-elle, « protègent les gens », puis elle précise que la carte n'a rien à voir avec elle, elle comptait l'offrir à son infirmière scolaire : « C'est mon ange ». Néanmoins, elle pense que les anges sont de sexe masculin.

D. Remarques cliniques

Sur un plan clinique, nous pouvons remarquer que Leïla présente un tableau typique d'anorexie mentale, qui de plus a évolué de façon presque totalement « naturelle », la patiente et sa famille ayant eu très peu de contacts avec le milieu psychiatrique⁶.

Nous pouvons relever dans cette observation de nombreux éléments constitutifs de ce tableau clinique :

- La triade classique anorexie (restriction alimentaire volontaire), aménorrhée (secondaire), amaigrissement (régulier, actuellement poids le plus bas : 34 kg, soit un indice de Masse Corporelle d'environ 12,6) ;
- Un déni de la gravité des troubles ;
- Des stratégies de contrôle de poids : restriction alimentaire, vomissements provoqués ;

⁶ Nous reviendrons plus loin sur la question des lectures de la patiente en rapport avec ses troubles.

- Un début des troubles par un régime alimentaire banal - élément classique bien que controversé ;
- Un surinvestissement intellectuel que l'on peut discuter (on note certes que la patiente accorde une grande importance à l'école, mais l'on peut se demander si cela s'inscrit dans le cadre général d'un surinvestissement intellectuel, d'autant plus que l'on n'observe aucun élément en faveur de cette hypothèse au cours de l'hospitalisation).

En revanche, on ne retrouve pas :

- d'accès boulimiques ;
- d'hyperactivité physique, ni de prise de laxatifs ou de diurétiques ;
- de tentatives de suicide ;
- d'autres antécédents médicaux ;
- d'éléments en faveur d'une autre pathologie psychiatrique.

Nous proposerons un peu plus loin une analyse phénoménologique des troubles présentés par cette patiente. Mais il nous faut tout d'abord préciser ce qu'est la psychiatrie phénoménologique, et en quoi consiste une telle analyse.

II. La psychiatrie phénoménologique

La phénoménologie est l'un des deux principaux courants philosophiques du XX^e siècle, le second étant représenté par la philosophie analytique⁷. Elle est issue des travaux d'Edmund Husserl (1859-1938)⁸. On peut lui rattacher les œuvres de Martin Heidegger, son élève direct, et celles de nombreux auteurs tels que Maurice Merleau-Ponty, Jean-Paul Sartre, Emmanuel Lévinas, etc.

En psychiatrie, la méthode proposée par Husserl influence les travaux de Karl Jaspers, puis est reprise de manière plus rigoureuse à partir des années 1920 par divers auteurs, notamment Ludwig Binswanger en Suisse alémanique et Eugène Minkowski en France. Tandis que ce dernier développe une œuvre atypique malheureusement peu connue, où l'influence de Bergson se mêle à celle de Husserl, le premier s'oriente dans une perspective résolument heideggerienne et fonde la *Daseinanalyse*⁹ qui connaît un certain succès.

Si la psychiatrie phénoménologique constitue une approche assez répandue dans les pays germanophones, elle reste mal connue en France malgré le travail d'explicitation du neuropsychiatre marseillais Arthur Tatossian¹⁰. Aussi nous permettrons nous d'en présenter brièvement quelques notions fondamentales dans les paragraphes qui vont suivre.

⁷ La philosophie analytique, très présente dans les pays anglo-saxons, est à l'origine de la « philosophie de l'esprit », philosophie sous-tendant la majorité des travaux des sciences cognitives (Pour une analyse des rapports entre phénoménologie, philosophie analytique et sciences cognitives, cf. Dupuy (1994) ; pour une étude des différentes conceptions des sciences cognitives, cf. Varela et al. (1993)).

⁸ Citons en guise de repères chronologiques quatre œuvres fondamentales de cet auteur austro-hongrois : les *Recherches logiques* (1900-1901), les *Idées directrices pour une phénoménologie* (1913), la conférence de Paris de 1929, publiées ultérieurement sous le titre *Méditations cartésiennes*, et enfin son dernier ouvrage, *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale* (1936). Pour une bibliographie complète, cf. Dastur (1995).

⁹ Terme parfois traduit par « analyse existentielle » malgré les contresens auquel peut prêter cette traduction (cf. Dastur (1999/2000)).

¹⁰ Nous renvoyons notamment à sa synthèse des travaux de langue allemande dans le *Rapport sur la phénoménologie des psychoses* (Tatossian, 1979).

A. La méthode phénoménologique

Il ne s'agit pas, dans le cadre limité de ce travail, de prétendre à une présentation détaillée des rapports complexes entre psychiatrie et phénoménologie¹¹. Nous nous contenterons d'en souligner quelques aspects qui nous paraissent essentiels à notre propos.

1. Réduction phénoménologique et psychiatrie

Pour Husserl, la phénoménologie est « essentiellement un concept de méthode et non pas une science caractérisée par son contenu » (Dastur, 1989). Dans son *Rapport sur la phénoménologie des psychoses*, A. Tatossian (1979) définit très clairement cette méthode :

« La phénoménologie se définit (...) par un changement d'attitude qui est abandon de l'attitude naturelle et "naïve", c'est-à-dire de cette attitude où, psychiatres ou non, nous appréhendons ce que nous rencontrons comme des réalités objectives subsistant indépendamment de nous, qu'elles soient des réalités psychiques ou matérielles. La phénoménologie ne s'intéresse pas aux réalités comme telles mais à leurs conditions de possibilité et donc ne commence qu'après avoir, sous une forme ou sous une autre, pratiqué la *réduction phénoménologique* qui suspend l'attitude naturelle et ses affirmations ou mieux ses thèses implicites ou explicites de réalité. » (pp. 86-87)

La réduction phénoménologique¹², ou *epochè*, vise donc, en suspendant la thèse même de la réalité, à dévoiler les soubassements originaires de l'expérience, et notamment ses fondements dans la corporéité, la spatialité, la temporalité et l'intersubjectivité.

Mais l'*epochè*, si elle caractérise la phénoménologie, en constitue également toute la difficulté : c'est une attitude qu'il faut sans cesse reconquérir dans une véritable

¹¹ Pour une présentation plus détaillée, cf. l'article de l'encyclopédie médico-chirurgicale « Phénoménologie et analyse existentielle » (Naudin et al., 1998).

¹² Le mot « réduction » n'indique pas l'idée d'une limitation, il faut au contraire l'entendre dans son sens littéral : « *Reducere*, c'est reconduire, ramener la conscience à sa vérité qui est d'être conscience constituante, plutôt que délimiter la conscience par rapport à ce qu'elle n'est pas » (Dastur, 1989, p. 58).

lutte – tant est grande la force de rappel qui ramène le phénoménologue vers l'attitude naturelle.

En psychiatrie, la place qu'il convient d'accorder à la réduction constitue une difficulté supplémentaire. Dans un article synthétique sur cette question, Naudin et *al.* (2000) distinguent deux "usages" possibles de la réduction husserlienne en psychiatrie.

Le premier place le psychiatre phénoménologue dans une perspective d'épistémologie critique, c'est-à-dire d'une « philosophie appliquée à la compréhension des fondements du savoir scientifique (i.e. le savoir psychiatrique) dans le monde vivant (i.e. la compréhension de ses fondements pré-scientifiques) ».

C'est dans ce sens que l'on peut entendre la déclaration de Binswanger (1958) cherchant à préciser la direction de ses travaux :

Nos recherches sont philosophiques dans la mesure où elles s'évertuent à trouver les bases philosophiques de la psychiatrie en tant que science, elles sont psychiatriques et scientifiques dans la mesure où elles procèdent exclusivement d'états de cause ou de faits empiriques, psychiatriques et scientifiques et retournent toujours à eux. (p. 157)

Le deuxième "usage" de l'*epochè*, toujours selon Naudin et *al.*, cherche à élaborer une méthode d'accès à l'expérience directe : « La réduction transcendantale peut donner au psychiatre les moyens d'une interprétation possible du discours et plus généralement du comportement du patient en tant qu'ils sont l'expression d'un trouble fondamental de l'expérience ». Cela s'explique par le fait que, « lorsqu'il fonctionne sous le régime de la réduction, le psychiatre accède de façon purement intuitive à la dimension pré-thématique de l'expérience, celle-là même qui est atteinte *spécifiquement* dans l'expérience des malades mentaux ».

On retrouve également cet aspect chez Binswanger (1958) lorsqu'il propose sa définition de la *Daseinanalyse* (ici traduite par « analyse existentielle ») :

[Le mode d'expérience de l'analyse existentielle] est *phénoménologique* parce qu'il veut montrer la chose en question à partir d'elle-même, sans aucune construction théorique qui lui soit étrangère ; il est *existentiellement analytique* parce que la chose dont il s'agit ici est un événement dans lequel la présence entretient essentiellement des rapports avec son être propre. (...) La tâche de la psychiatrie consiste à appréhender les modifications de cette constitution de la présence ou, en d'autres termes, à saisir l'ordre structurel de la présence et de la démarche de la présence d'un certain être humain pris dans sa singularité

structurelle, indépendamment de la discrimination entre bien portant et malade, conforme ou contraire à la norme. (p.149)

C'est ce deuxième "usage" de l'*epochè* qui nous intéressera tout particulièrement au cours de ce travail, puisque nous chercherons à accéder le plus directement possible à l'expérience vécue tant par le patient que par le psychiatre dans la situation clinique.

2. Psychiatrie phénoménologique et psychopathologie

Il est important de souligner que la psychiatrie phénoménologique ne vise en aucun cas à la constitution d'une nouvelle théorie psychopathologique. Cette dernière s'opposerait à l'idée même de la phénoménologie qui refuse tout préjugé. Si elle s'attache à la description des vécus d'un patient, c'est afin de replacer son *être-malade* dans le cadre plus général de l'être-au-monde d'une présence humaine (*Dasein*)¹³ :

La phénoménologie psychiatrique ne prétend pas expliquer les troubles mentaux mais, ce qui est beaucoup et peut-être essentiel, présenter fidèlement ce qui est à expliquer. (Tatossian, 1978, p. 52)

La psychiatrie phénoménologique substitue alors à la notion de symptôme celle de phénomène, en considérant la manifestation individuelle « non comme le symptôme de quelque chose de caché mais comme *phénomène*, c'est-à-dire comme mode d'être de l'individu derrière lequel il n'y a rien à chercher, ou à supposer »¹⁴. Elle cherche ainsi à se dégager d'une vision objectivante qui réduirait le patient à un ensemble de symptômes par lesquels il s'écarterait d'une norme. Comme le note A. Tatossian (1979) :

Le comportement déviant *peut* être anormal mais dans la mesure où celui qui le présente *ne peut pas* ne pas le présenter. La *norme phénoménologique* s'inscrit dans l'équilibre dialectique qui caractérise l'être sain et la psychopathologie est

¹³ Binswanger (1955b) écrit : « ce à quoi la psychiatrie et la psychothérapie ont affaire en tant que science, c'est l'"homme", non pas, en premier lieu, l'homme psychiquement *malade*, mais l'*homme*. » (p. 115)

¹⁴ Tatossian (1997), p. 132.

bien une "pathologie de la liberté" (Henri Ey¹⁵), à condition que la liberté soit comprise non comme bon plaisir et arbitraire mais comme capacité de laisser-être les choses et de s'y laisser aller (...). (p. 103)

De même, si la psychiatrie phénoménologique tente de dégager les conditions de possibilité des troubles, révélant ainsi les soubassements de l'être-malade, il ne faut pas pour autant y voir une nouvelle forme de pathogénie, qui déterminerait de manière causaliste le trouble et ses symptômes. La genèse, en phénoménologie, a une signification logique et non chronologique.

C'est dans ce sens qu'il faut entendre la notion de *trouble générateur* proposée par Minkowski (1933) pour dépasser celle de syndrome :

(...) En présence de certains malades quand nous essayons de saisir sur le vif leur personnalité, [nous avons le sentiment] que tous les symptômes qu'ils présentent "se tiennent", qu'ils reposent tous sur un seul trouble initial, qu'il sont une unité organisée, qu'ils représentent un véritable syndrome psychologique. (...) Le syndrome mental n'est plus pour nous une simple association de symptômes, mais *l'expression¹⁶ d'une modification profonde et caractéristique de la personnalité humaine tout entière.* (p. 211)

Ainsi, le trouble générateur à l'origine de cette modification de la personnalité ne se réduit pas au processus psychopathologique (au sens par exemple de processus schizophrénique) :

(...) Il y a lieu d'admettre, en dehors des processus psychopathologiques, des troubles générateurs d'un autre ordre ; ceux-ci, en intervenant d'une façon plus brutale, pour ainsi dire, que ceux-là, modifient d'emblée et radicalement, au cours

¹⁵ Rappelons la perspective, fort différente de celle présentée ici, dans laquelle se place H. Ey (1948) pour parvenir à cette définition : « Le propre de l'activité psychique étant l'intégration des fonctions dans une série d'actes de plus en plus indéterminés, elle ne peut se définir que par la marche vers la liberté, l'autonomie de la raison et de la personnalité, tandis que le propre des "maladies mentales" est justement, en la faisant régresser, de "sous-intégrer" l'activité psychique dans des cycles de plus en plus automatiques et déterminés. La psychiatrie est une pathologie de la liberté, c'est la *Médecine appliquée aux amoindrissements de la liberté.* » (p. 77)

¹⁶ La notion d'expression, fondamentale chez Minkowski, est issue de la philosophie bergsonienne : « Les états psychologiques, fait remarquer Bergson, ne sont pas des fragments du moi, mais ils en sont des expressions, car chaque état psychologique, du fait qu'il appartient à une personne, reflète et exprime l'ensemble de sa personnalité » (Minkowski, 1933, p. 209).

de processus psychopathologiques ou tout à fait indépendamment d'eux, la forme même de la vie mentale. (p. 216)

Toute la difficulté de la démarche phénoménologique consiste à ne pas voir, dans ce que nous venons de décrire, une simple "déclaration de principe", mais plutôt un fil conducteur : à chaque pas, la réflexion phénoménologique doit revenir sur elle-même pour vérifier qu'elle ne réintroduit pas, à son insu et de manière déguisée, un système explicatif normatif ou un principe de causalité.

Ce danger se révèle particulièrement important lorsque l'on fait référence aux travaux philosophiques de Husserl ou de ses successeurs : il peut être tentant d'y voir une sorte de "physiologie de la conscience" dont il n'y aurait plus qu'à tirer une "physiopathologie", comme le souligne Naudin (1997) à l'occasion de son analyse de la littérature phénoménologique sur la temporalité :

« Le danger est en effet de considérer (...) malgré toutes nos bonnes intentions de principe, la structure de la temporalité comme une grille normative, de laquelle l'expérience psychotique serait extraite comme une variété particulière de "défaut" vis-à-vis de la norme, et non plus désormais dans le sens plein d'une *epochè* que nous lui avons précédemment découvert. » (p. 188)

Cette absence de symétrie entre les données phénoménologiques issues des recherches philosophiques sur la conscience et celles issues de la psychopathologie est également soulignée par Minkowski (1933) dans son ouvrage *Le temps vécu*¹⁷ :

Lorsqu'on se place sous les auspices du temps vécu et de l'irrationnel, il est à peine concevable qu'on recherche à tout prix une symétrie parfaite entre le normal et le pathologique, qui consisterait, à l'instar de la physiologie et de la pathologie générale, en une énumération des différentes fonctions, suivie d'une étude des déviations que peut présenter chacune d'elles. Il ne saurait, là où il s'agit de la personnalité humaine, être question d'un système de cet ordre (...). (p. 162)

¹⁷ Il sépare d'ailleurs dans cet ouvrage ces deux types de données dans deux parties distinctes. Le texte que nous citons ici est justement situé à l'articulation de ces deux parties.

3. Une démarche clinique

Aborder la clinique sous l'angle de la phénoménologie implique donc pour le praticien d'abandonner toute grille de lecture préconçue, mais également de renoncer à ce que Minkowski (1933) nomme le « besoin causal du malade », qui est un enchaînement logique d'idées attribué au patient, mais en fait échafaudé par le psychiatre. C'est par exemple le cas, précise cet auteur, quand ce dernier pense « que le délire mélancolique sert à expliquer la dépression morbide dont le malade ne comprend point l'origine » (p. 203) :

En faisant appel au besoin causal, ces conceptions nous disent comment se serait comporté un être *normal* en présence des troubles qu'éprouve le malade ; par contre, elles ne cherchent pas à pénétrer les particularités de la vie psychique de celui-ci. (*id.*)

Refusant le mécanisme de ces conceptions, Minkowski propose pour sa part une toute autre attitude, l'« attitude phénoméno-psychopathologique » :

Partout où nous nous trouvons en présence de manifestations psychiques, nous avons tendance à les concevoir comme une *unité*. (...)

Il en est de même quand nous avons un schizophrène ou tout autre "aliéné" devant nous. Il s'agit là pour nous non pas avant tout d'un psychisme dissocié et défiguré par un processus morbide, mais d'une vie psychique *sui generis*, formant un tout que nous cherchons à pénétrer.

(...) Il ne sera plus question d'un trouble se rapportant à une fonction quelconque, mais d'une modification *générale* de la *structure* de la vie psychique, en tant qu'un tout indivisible. Au premier plan se trouve non pas "être malade", mais "être différent" qui évidemment, par la suite, mais par la suite seulement, pourra, pour nos besoins médicaux, être interprété comme expression d'une modification pathologique. (p. 233)

Au total, il s'agit donc pour cet auteur d'envisager les faits psychopathologiques « sous l'angle non pas de leur morbidité mais de l' "être autrement" par rapport à la texture de la vie » (p. 162).

Mais comment une telle attitude peut-elle être adoptée par le psychiatre dans sa pratique clinique quotidienne ? Cela ne va pas sans de nombreuses difficultés sur lesquelles nous reviendrons à plusieurs reprises dans la suite de notre exposé.

Examinons pour l'instant les différents « outils » dont dispose le clinicien qui choisit de suivre la méthode phénoménologique, méthode dont le geste fondamental et préalable demeure, rappelons le, l'*époque* telle que nous l'avons décrite plus haut.

◆ L'intuition

Réhabilitée sur le plan philosophique par Husserl, l'intuition est un « outil » clinique largement utilisé par le psychiatre, souvent sans le savoir. Le diagnostic par intuition, né du « sentiment du précoce » (Rümke, 1958), précède ainsi le plus souvent le diagnostic par inférence, qui ne fait que le confirmer a posteriori¹⁸.

L'intuition, si elle est repérée et analysée, peut permettre au clinicien 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 » (Minkowski 1933, p. 213).

◆ Le vécu du psychiatre

Au contact du patient, le praticien est amené à être traversé par des idées et des émotions qui ont à voir avec ce contact. L'analyse de ces expériences en régime de

¹⁸ Nous nous référons ici à un article de Tatossian : *Qu'est-ce que la clinique ?* (1989) dans lequel il distingue en effet deux modèles cliniques. Le premier est le « modèle inférentiel » et correspond à la démarche diagnostique telle qu'on la décrit habituellement : des symptômes regroupés en syndromes conduisant à une inférence diagnostique. Mais on est amené à envisager un second modèle, le « modèle perceptif ou intuitif », devant un double constat. Tout d'abord, le diagnostic est souvent posé dès les premières minutes de l'entretien, avant qu'un recueil suffisant de symptômes ait pu se faire – ce qui ne sera pas sans influence sur ce recueil diagnostique ultérieur. Ensuite, nombre d'informations (ce qui n'est pas "pathologique", le vécu du patient de ses symptômes, les inflexions culturelles et relationnelles de ce symptôme...) ne sont pas prises en compte par le relevé sémiologique, et conditionnent pourtant le diagnostic. A. Tatossian en conclut que « la démarche diagnostique spontanée du psychiatre est le plus souvent globalisante. L'entité en jeu est reconnue bien plus comme une Gestalt unitaire que comme la combinaison additive de symptômes. (...) Comme le disait Minkowski, dans l'excitation maniaque, l'excitation est l'accessoire et c'est la manie qui est essentielle ».

Le « modèle inférentiel », qui à première vue semble plus scientifique et rationnel, ne peut donc suffire à décrire la pratique clinique. « C'est bien plutôt dans un équilibre, variable selon les circonstances, les moyens et les buts, entre modèle inductif et modèle perceptif que la clinique psychiatrique peut accéder à une rationalité scientifique authentique »

réduction phénoménologique offre ainsi un « moyen d'investigation des troubles mentaux » (Minkowski 1933, p. 163).

◆ Les autodescriptions du patient

Certains patients présentent de bonnes qualités d'introspection, mettant à notre disposition un abondant matériel d'autodescriptions qui fournit de précieux indices sur les modifications profondes de son vécu. Blankenburg (1971), notamment, préconise le recours à un tel matériel :

Si l'on a d'abord approfondi la connaissance des modifications structurales en question, à travers des analyses phénoménologiques d'autodescriptions, chez des patients isolés, introspectivement doués, on pourra alors redécouvrir ces modifications structurales d'autant plus facilement aussi chez d'autres malades chez lesquelles elles apparaissent peu ou pas du tout, par suite d'un défaut de possibilités de réflexion et d'auto-explication ou en raison d'une surcharge des symptômes de premier plan. (p. 56)

◆ Autres points d'appui

La recherche philosophique en phénoménologie, si elle ne doit pas devenir une grille de lecture toute faite, permet néanmoins d'indiquer certaines directions de recherche. De même, on peut trouver dans la littérature, qu'elle soit romanesque ou poétique, de profondes intuitions qui peuvent apporter à la clinique un éclairage fécond.

Sans détailler plus cette idée, nous pouvons par exemple souligner que le roman de Boris Vian *L'écume des jours* (1947), par sa description du rétrécissement de l'appartement alors que s'aggrave la maladie de Chloé, fait vivre au lecteur bien mieux que de longues considérations théoriques ce que la phénoménologie désigne par les soubassements originaires de l'expérience dans la spatialité.

B. Illustration clinique

Afin d'illustrer les propos quelque peu arides qui précèdent, nous allons revenir à la situation clinique de Leïla exposée dans notre premier chapitre.

Mais nous devons tout d'abord préciser que cette situation clinique ne se prête qu'imparfaitement à son élucidation phénoménologique. En effet, la patiente ne s'est que peu confiée sur son vécu intime, le matériel d'auto-observation qu'elle nous propose est donc relativement limité. Nous devons nous appuyer en grande partie sur notre propre vécu à son contact ainsi que sur certaines réflexions issues de la littérature, tant psychiatrique que romanesque ou philosophique, en y relevant les intuitions qui nous semblent pouvoir être rapportées à l'être-anorexique.

Les conclusions que nous nous permettrons de tirer de ces éléments ne peuvent dès lors prétendre à un quelconque statut définitif, mais se veulent plutôt des indications ouvertes appelant une confrontation à d'autres observations. L'essentiel pour nous est ici de donner au lecteur une idée de la méthode proposée par la psychiatrie phénoménologique.

Notre objet est donc, d'après la présentation que nous avons proposé de cette méthode, de considérer le vécu de cette patiente, indépendamment de toute théorie préconçue, afin de cerner au plus près le « trouble générateur » (Minkowski) à l'origine de sa pathologie, à savoir l'anorexie mentale.

Or, il peut nous être objecté que cette entité nosographique correspond plus à un syndrome, c'est-à-dire une constellation de symptômes, qu'à une véritable structure psychopathologique. C'est en tout cas ce que tendent à montrer les théories psychodynamiques actuelles¹⁹.

Nous devons répondre à cette objection en remarquant que la psychiatrie phénoménologique se place sur un tout autre plan que celui de la psychopathologie, et que la mise en évidence chez notre patiente d'un trouble générateur au sens précédemment défini ne présage en rien d'une structure particulière au sens psychopathologique du terme, mais tout au plus d'un mode d'existence *autre*

¹⁹ Cf. notamment Corcos et *al.* (2003) pour qui le syndrome anorexique ne constitue qu'une des « conduites de dépendance » et non une entité psychopathologique particulière.

susceptible d'éclairer l'inflexion générale de l'expérience vécue dans l'être-anorexique.

Une seconde objection pourrait nous être faite, cette fois-ci du point de vue de certaines recherches en psychiatrie transculturelle. Le débat qui anime ce courant au sujet de l'entité « anorexie mentale » semble en effet indiquer que celle-ci pourrait n'être qu'un *culture-bound syndrome*, un syndrome lié à la culture occidentale, ou tout au moins que les symptômes constituant ce syndrome (et notamment, la peur de prendre du poids et les distorsions de l'image corporelle) devraient être relativisés en fonction de la culture du patient²⁰.

Cette dernière objection est rejetée par Tatossian (1997) qui souligne, en opposant « psychiatrie du symptôme » et « psychiatrie herméneutique »²¹ :

Le relativisme culturel ne compromet que la psychiatrie liée au symptôme – celle qui réduit la clinique psychiatrique au relevé des faits extérieurs observables, mais ce n'est pas la clinique authentique qui échappe à l'hypothèse du relativisme culturel parce que le comportement auquel s'intéresse, ou mieux, le vécu, inclut forcément l'horizon culturel comme partie intégrante de sa signification.²² (p. 178)

La diversité des manifestations symptomatiques de l'être-anorexique en fonction des cultures ne permet donc pas de réfuter *a priori* l'existence d'un mode spécifique de la présence humaine (*Dasein*) à l'origine de ces manifestations symptomatiques.

Laissons là ces débats théoriques pour tenter de cerner quelques traits de l'expérience vécue par notre patiente.

²⁰ Cf. Moro et Baubet (2003, pp. 86-87).

²¹ Tatossian regroupe sous ce dernier terme la psychanalyse et la psychiatrie phénoménologique. Il précise ainsi : « L'acquis ethnopsychiatrique n'invite pas, comme l'ont cru certains, à dissoudre la psychiatrie en une myriade de micro-psychiatries dont chacune serait propre à une société (...). Il s'agit bien plutôt d'une sollicitation à approfondir notre psychiatrie et à la débarrasser de ce qui reste spécifiquement lié à notre culture : cela revient peut-être à la faire passer du plan symptomatique au plan herméneutique. » (1997, p. 135)

²² Notons d'ailleurs que cette conception est très proche de celle du fondateur de l'ethnopsychanalyse, G. Devereux (1970) qui – constatant que, par-delà la diversité des cultures, le simple fait d'avoir une culture est une expérience proprement universelle – soutient que la culture, en dernier recours, doit être définie comme expérience vécue, c'est-à-dire comme manière dont un individu vit et appréhende sa culture aussi bien en état de santé mentale qu'en état de désordre psychologique.

1. L'isolement

La première impression qui nous frappe au contact de Leïla est celle d'un profond isolement.

Si nous nous interrogeons plus avant sur cette impression, nous remarquons alors qu'il ne s'agit pas là d'un isolement au sens de la réalité sociale – même si celui-ci ne fait aucun doute chez notre patiente pour qui les relations interpersonnelles semblent se limiter aux membres de sa famille et à quelques professionnels de son lycée.

Il ne s'agit pas non plus de l'isolement de celui qui, ayant perdu « le goût de la vie », se replierait sur lui-même, comme on peut le ressentir en présence d'une personne déprimée. Dans ces deux cas, cette sensation d'isolement s'accompagnerait en nous d'un sentiment de sollicitude pour celui que la vie a ainsi mis à l'écart, ou parfois d'agacement devant ce que l'on percevrait comme un certain « laisser-aller ».

Il ne s'agit pas non plus de cette impression dont on peut être saisi auprès d'un patient schizophrène et qu'a décrite Blankenburg (1971) sous le terme de « sentiment d'extranéité (*Befremdung*) » – qui correspond à la « perte de contact vital avec la réalité » vécue par le patient²³. Bien que la sensation que nous cherchons à décrire soit plus proche de cette dernière idée que des deux précédentes, ces termes ne nous ont jamais effleuré l'esprit lors de nos rencontres avec Leïla, celle-ci conservant un ancrage certain dans la réalité du monde.

C'est néanmoins en envisageant cet ancrage que nous pouvons approcher d'un peu plus près la texture de l'isolement de la patiente : nous le qualifierions volontiers d'*isolement existentiel* tant elle nous apparaît à distance de ce monde avec lequel elle ne rompt pourtant jamais totalement.

Cet isolement existentiel que nous percevons comme un éloignement immense s'accompagne chez nous d'un malaise vague mais prégnant²⁴. Celui-ci s'apparente,

²³ Blankenburg (1971) distingue le « sentiment d'extranéité (*Befremdung*) » vécu par le psychiatre de l' « extranéation (*Entfremdung*) » qui caractérise le processus morbide comme tel (p. 103-104), tout en soulignant leur intime correspondance : « Le sentiment d'extranéité du psychiatre correspond à l'extranéation du malade » (p. 107). Cette dernière notion (l'extranéation) est très proche de la « perte de contact vital à la réalité » décrite par Minkowski (1927). Cf. également notre prochain chapitre.

²⁴ Ce malaise suscité par l'isolement de la patiente trouve comme un écho dans cet autre malaise que provoque son extrême maigreur et que l'on peut observer chez les personnes, soignants ou autres

avons-nous souligné, à celui que provoque la « perte de contact vital avec la réalité » ; il y a en effet dans celui-ci comme dans celui-là l'impression désagréable que quelque chose de ce qui devrait nous relier à la patiente en tant qu'êtres humains est altéré, ce que Minkowski (1933) exprimait ainsi dans le langage de son époque à propos d'un patient schizophrène : « Arraché à la base commune, notre malade n'a, à ce point de vue, plus rien d'un "semblable" ; nous avons un aliéné devant nous » (p. 167). Mais, encore une fois, nous n'avons pas le sentiment que Leïla soit véritablement « arrachée à la base commune », mais plutôt qu'elle aurait « pris ses distances » par rapport à ce fond commun.

2. Le détachement

Nous touchons là un point important de cet isolement existentiel : celui-ci n'apparaît pas tant comme un phénomène passif, subi par la patiente, que comme un *détachement* qui permettrait à celle-ci de tenir le monde à distance.

Il est en effet frappant de constater l'acharnement avec lequel l'adolescente refuse d'aborder au cours des entretiens tout ce qui a trait à son insertion singulière dans le monde. Alors qu'elle soutient sans difficulté des discussions de portée générale, pouvant nous faire oublier un moment le sentiment de malaise décrit ci-dessus, toute évocation de sa situation personnelle rétablit aussitôt une distance insurmontable. Parfois Leïla se contente de répondre à ces évocations en recourant au « on » impersonnel, par des expressions du type : « comme tout le monde », ou en nous parlant de l'histoire en général. D'autres fois en revanche, nos questions déclenchent immédiatement chez elle de terribles colères : « Pourquoi vous me posez ces questions ?... J'aime pas quand vous me posez des questions... Laissez moi tranquille ! ». Cette dernière réaction est particulièrement fréquente quand ces questions portent directement sur son vécu intérieur en terme d'émotion (tristesse, colère, souffrance...). Notre sentiment est dans ces moments-là que la patiente se comporte comme si le moindre contact lui était extrêmement douloureux, et la comparaison à un « petit animal blessé » qui craindrait que l'on n'avive sa douleur en l'effleurant nous est souvent venue à l'esprit.

patients, dont la première réaction est souvent, lorsqu'ils aperçoivent Leïla, un bref mouvement de recul proche du dégoût face à une image de l'ordre du monstrueux, de l'inhumain.

On observe cette même réaction de colère lorsque nous tentons d'en savoir plus sur son rapport à ses troubles. Elle ne dénie pas pour autant ceux-ci – comme en témoigne sa réponse à notre interrogation au sujet du livre sur l'anorexie exposé sur sa table de chevet : « Tout est vrai dans ce livre ». Mais elle nous laisse entendre que ces questions ne nous concernent pas : « Ce n'est pas la peine de vous déranger, vous avez mieux à faire ».

Cette irritation envers tout ce qui tend à détourner notre patiente de ce détachement transparait également à l'occasion de certaines remarques : « J'aime pas qu'on me regarde manger... J'aime pas regarder les gens dans les yeux ».

3. Le rapport au corps

Ces dernières remarques attirent notre attention sur le rapport de la patiente à son corps, et plus précisément sur son corps comme lieu d'ancrage dans le monde. Pour comprendre cela, il nous faut aborder ce que l'approche phénoménologique peut apporter aux analyses de la corporéité.

Les recherches philosophiques nous ont appris depuis Husserl à distinguer le corps que j'ai (*Körper*), le corps-objet²⁵, et le corps que je suis (*Leib*), le corps de chair ou corps-sujet. Cette distinction, note Tatossian (1997), ne doit cependant pas faire penser que seul le second intéresse le psychiatre, le premier relevant exclusivement de la médecine dite somatique :

Les deux types de corps sont continûment en jeu dans la vie quotidienne qui implique un équilibre entre eux et illustre ainsi l'ambiguïté fondamentale de la condition humaine – même si le plus souvent le corps, avec cette ambiguïté, est "passé sous silence" (Sartre). (p. 157)

Quand le silence habituel du corps est rompu, une seconde distinction apparaît, celle qui oppose le corps externe (*Aussenleib*) et le corps interne ou intime (*Innenleib*). Le corps externe est celui qui renvoie à l'extérieur, au monde, et donc à Autrui :

²⁵ C'est le corps au sens où l'emploient par exemple les Sciences Physiques dans la « mécanique des corps ».

Le corps externe est le corps comme présence et possibilité de présence de moi à Autrui et indissolublement d'Autrui à moi, comme pouvoir d'apparition de l'être humain. C'est le corps externe qui se manifeste dans le regard, dans la poignée de main et qui révèle directement qui il est et surtout où il en est par rapport à moi. (pp. 157-158)

Le corps externe représente donc le corps-en-relation, par opposition au corps interne :

Quand le corps interne sort de son silence, plus rarement d'ailleurs que le corps externe, quand il est vécu dans la sensation d'être-en-forme ou d'être-fatigué, dans l'endormissement ou dans l'éveil, dans la faim ou dans la soif, il est et ne peut être vécu que comme mien. Le corps interne est donné fondamentalement dans le vécu de pesanteur qui peut s'accroître jusqu'à la limite extrême, après quoi il n'y a plus que le cadavre, et qui peut diminuer jusqu'au pôle de la dépersonnalisation. Le corps interne est un corps pesant, ce qui en fait un lest, un support inaperçu et constant de la vie humaine, mais aussi une charge, supportée jusqu'à l'insupportable. (p. 158)

Là aussi, il ne faut pas concevoir la distinction entre corps externe et interne comme une opposition rigide : tous deux sont des « dialectes de la corporéité », l'envers et l'endroit d'une même chose.

Ces précisions²⁶ nous permettent de comprendre combien la corporéité de notre patiente est impliquée dans son expérience rapportée par les phrases : « J'aime pas qu'on me regarde manger... J'aime pas regarder les gens dans les yeux ». Les situations auxquelles elle fait allusion sont des situations relationnelles mettant en jeu le regard d'autrui, c'est-à-dire renvoyant au corps externe. Le ton plaintif de sa voix associé à ces phrases ainsi que les « j'aime pas » nous indiquent combien la patiente se trouve en difficulté dans de telles situations. Cet aspect est plus manifeste encore lorsqu'elle nous confie son aversion pour les pesées dans le service : « Pourquoi on me pèse ? Ça m'angoisse quand on me pèse ».

²⁶ Insistons à nouveau sur le fait que, si nous recourons ici à cette analyse phénoménologique de la corporéité, ce n'est pas pour y découvrir une « norme » dont il suffirait de préciser les perturbations dans l'être-anorexique. Au contraire, cette description n'a d'intérêt qu'en ce qu'elle permet de mettre en relief l'« être autrement » de notre patiente jusque dans son insertion corporelle dans le monde.

On peut également analyser sous l'angle de la corporéité la fureur qui s'est emparée d'elle lors de son deuxième passage aux Urgences, épisode au cours duquel son corps est l'enjeu d'une négociation avec les médecins. Nous avons décrit sa colère (« Ne me touchez pas ! ») à l'évocation de la nécessité d'effectuer « une prise de sang », ainsi que son apaisement après l'intervention du Dr G. : « On ne vous touchera pas. Il s'agit juste d'un bilan biologique afin de vérifier le potassium ». On remarque alors que c'est la référence au corps de chair (« prise de sang », le toucher), au corps-sujet (« ne *me* touchez pas »), qui semble mettre hors d'elle la patiente. La phrase du Dr G., dénuée de toute référence à ce corps-sujet (*Leib*), replace quant à elle le corps de l'adolescente parmi les objets du monde, et plus précisément le désigne comme un objet du monde médical (« bilan biologique ») technique (« potassium ») – cette phrase met donc l'accent sur le corps-objet (*Körper*). L'apaisement de la patiente lors de ce changement d'accent semble ainsi indiquer que la patiente parvient à contenir son angoisse lorsque c'est cette dimension de corps-objet qui est mise en avant.

Mais qu'en est-il chez Leïla du corps interne, cet autre versant du corps-sujet, celui que nous visions par nos questions sur son rapport au corps ? Sa colère à ce sujet semble indiquer que celui-ci pourrait être, tout comme le corps externe, un obstacle au détachement du monde. Serait-ce pour s'affranchir de son ancrage dans le monde que la patiente, par son amaigrissement, cherche à se défaire ce corps « donné fondamentalement dans le vécu de pesanteur » ? Le refus de l'adolescente de nous en dire plus à ce sujet ne nous permet pas de confirmer cette hypothèse.

Le corps de l'anorexique apparaît ainsi comme un obstacle à ce que nous avons nommé son détachement du monde, obstacle qui semble d'autant plus difficile à surmonter lorsqu'il se présente dans son versant corps-sujet, le versant corps-objet pouvant au contraire être vécu avec une certaine indifférence.

4. La détermination

Le détachement de la patiente par rapport au monde, dans lequel nous avons vu la source de son isolement existentiel, et dont la corporéité nous a semblé constituer la dimension phénoménologique principale, n'apparaît pas comme une expérience

subie contre laquelle la patiente lutterait, mais au contraire comme un enjeu vital dans lequel elle engage toute son énergie : « Je ne pourrais pas m'en passer » nous confie-t-elle à propos de ses troubles. Nous avons ainsi à maintes reprises été frappé par la *détermination* farouche de l'adolescente, qui cherchait à se camper comme unique maîtresse de son destin.

Elle insiste en effet plusieurs fois sur sa maturité : « Je ne suis plus une gamine », présentant ce trait comme constitutif de sa personnalité : « J'étais une enfant trop sage m'a-t-on dit... Je ne faisais pas de bêtises... J'étais mûre très tôt... Je discutais beaucoup avec les adultes ».

De plus, cette détermination nous est rappelée tout au long de son hospitalisation, comme un leitmotiv : « Quand j'ai décidé quelque chose, je vais jusqu'au bout... Je ne changerai pas ». Lors de la décision d'arrêter sa perfusion, décision qu'elle réclamait pourtant depuis de nombreux jours, Leïla a d'ailleurs cette remarque étonnante : « Je pouvais encore tenir ».

Cette détermination farouche n'est pas sans nous faire penser au remarquable texte de Kafka, *Un jeûneur*²⁷ (1922), où celui-ci décrit avec beaucoup de finesse le vécu d'un jeûneur professionnel²⁸ :

La limite extrême du jeûne avait été fixée par l'impresario à quarante jours, jamais celui-ci ne permettait que l'on aille au-delà (...). Et à ce moment-là, le jeûneur renâclait toujours. (...) Pourquoi s'arrêter juste là, au bout de quarante jours, alors qu'il était au plus beau de son jeûne, ou peut-être n'y avait même pas encore atteint ? Pourquoi voulait-on le priver de la gloire de jeûner encore plus, de devenir non seulement le plus grand jeûneur de tous les temps – ce qu'il était sans doute déjà –, mais de se surpasser encore au-delà de ce qui était concevable, car il ne se sentait pas de limites à ses capacités ? (pp. 76-77)²⁹

²⁷ *Hungerkünstler*, parfois traduit sous le titre *Un artiste de la faim* ou *Un champion de jeûne*.

²⁸ Cette attraction, consistant à enfermer dans une cage sous surveillance constante un jeûneur dont on comptabilisait le temps de jeûne, était en vogue dans les trente années précédant la première guerre mondiale (cf. l'introduction à *Un Jeûneur* de Lortholary ; cf. également Maître (2001))

²⁹ Il ne s'agit pas ici de rabattre l'expérience de notre patiente sur celle de ce jeûneur professionnel décrit par l'auteur, d'autant plus que la nouvelle *Le Jeûneur* comporte à l'évidence une dimension métaphorique de la condition d'écrivain telle que l'envisage Kafka. Comme le note Lortholary dans son introduction : « L'abstention de nourriture est évidemment un aspect de ce renoncement à la vie que Kafka dit sans cesse lié chez lui à la création littéraire » (p. 30).

Nos observations sur la détermination de la patiente rejoignent également celles de Lasègue lors de sa description princeps de « l'anorexie hystérique », en 1873, dans un article analysé avec précision par Ginette Raimbault (1994)³⁰. Cette dernière rapporte :

Lasègue décrit chez l'anorexique mentale comme une quiétude, je dirais presque un contentement vraiment pathologique. Non seulement elle ne soupire pas après la guérison, mais elle se complaît dans sa condition, malgré toutes les contrariétés qu'elle lui cause. L'attitude rigide et systématique adoptée dès le début et maintenue contre vents et marées lui fait dire : "En comparant cette assurance satisfaite à l'obstination de l'aliéné, je ne crois pas excéder la mesure."
(...) Médecin d'elle-même, l'anorexique connaît l'origine de son mal et sait comment y remédier : elle s'impose un régime qui est une prescription, un traitement et non une privation. (p. 958)

5. La douleur

Cette dernière remarque de Raimbault nous amène au dernier point que nous voulions aborder dans cette étude. Nous avons souligné en peu plus haut combien la patiente nous paraissait lutter contre une douleur profonde, et l'image associée de « petit animal blessé » qui nous était venue à plusieurs reprises. Cette douleur ne nous apparaît pas tant comme la *cause* du détachement que comme son envers, formant avec ce dernier les deux aspects indissociables du trouble générateur que nous cherchons à cerner chez cette patiente. L'anorexie-détachement comme remède de son mal (dimension soulignée par Raimbault) ne peut ainsi être séparée de l'anorexie-douleur comme prix à payer pour conserver, malgré le détachement, un certain ancrage dans le monde.

Ces dernières considérations suffisent à indiquer notre refus de rabattre l'anorexie mentale sur une simple « mystique » ou une sorte d'ascétisme laïc. Cette dimension est largement soulignée dans les études, notamment historiques, qui dessinent une

³⁰ L'étude de Lasègue nous apparaît comme d'autant plus précieuse que, comme le note Raimbault (1994), « avec les anorexiques, Lasègue n'a pas hésité à renoncer momentanément à son savoir et à tenter d'articuler ce qu'il voyait avec ce qu'elles disaient » (p. 956) – méthode que l'on pourrait presque qualifier de phénoménologique avant l'heure.

continuité entre le phénomène de l'inédie³¹ et l'anorexie mentale³². Si ce que nous avons proposé sous le terme de « détachement » à propos du cas singulier de notre patiente présente une parenté indéniable avec le vécu mystique, la douleur quasi palpable qui en est indissociable ne peut que nous inciter à la plus grande prudence quant à de tels rapprochements. Le « détachement » évoqué ici est probablement qualitativement différent du détachement mystique.

Au fond, le psychiatre se trouve, par rapport aux troubles de son patient, devant la même difficulté de description que ce dernier, devant tout comme lui « puiser dans la quantité restreinte des concepts formés pour les besoins de la vie normale et appropriés, par conséquent, uniquement à celle-ci »³³.

6. Commentaires

Nous reviendrons sur ce cas clinique tout au long de notre travail. Toutefois, nous voudrions apporter, en guise de conclusion à cette première exploration, deux commentaires.

Le premier porte sur la question de l'anorexie mentale dans la littérature en psychiatrie phénoménologique. A notre connaissance, il n'existe qu'un seul article abordant ce sujet. Il s'agit des réflexions de Lang (1986) à propos d'une observation clinique de Binswanger. Ce dernier avait retenu pour sa patiente, qu'il nomme Ellen West, le diagnostic de « forme polymorphe de la schizophrenia simplex ».

Revenant sur ce cas clinique, Lang estime pour sa part qu'il s'agit d'un tableau d'anorexie mentale, notant que, dans son rapport au corps, le schizophrène « se retire

³¹ Voici comment Maître (2001) situe ce phénomène historique de l'inédie : « Il s'agit au départ [au XV^e siècle] d'une amplification hagiographique des performances ascétiques alimentaires. De la stupeur devant l'hyperactivité de personnes qui se nourrissent à peine, on passe [vers le XVII^e siècle] à une interprétation miraculiste de ce paradoxe. » (p. 1556)

³² Nous renvoyons ici aux travaux de Maître (2001) qui ont le mérite de proposer un tel rapprochement avec la plus grande prudence à travers le concept de « façon anorectique d'être au monde », concept défini à partir de théories psychanalytiques. On trouve d'autres façons d'aborder les rapports entre mystique et anorexie chez Laxenaire et Marchand (1978), Bideau (1996), ou encore Pewzner-Apeloig (1998).

³³ Minkowski (1933), p. 211.

d'une manière hébéphrène-inerte, ou autistique-passive, tandis que l'anorexique reste actif, et dans un certain sens tourné vers le monde » (p. 50).

Retenons une seconde remarque de Lang à propos du rapport au corps :

Ellen West parle de son idéal d'être maigre comme "être sans corps". Elle orientait toute sa vie vers cet objectif conducteur : "être maigre". Être maigre, cela veut dire pour elle qu'une existence dans un monde éthérique est rendue possible. Ce qu'elle cherche à atteindre, c'est une éthérisation du déroulement global de l'existence (*Dasein*). (p. 52)

Nous pouvons souligner une certaine concordance entre ces observations et nos propres analyses : l'« éthérisation du déroulement global de l'existence » semble correspondre à ce que nous avons décrit sous le terme de détachement – détachement qui pour Lang comme pour nous se distingue de la perte de contact vital avec la réalité du schizophrène par le fait que l'anorexique demeure « dans un certain sens tourné vers le monde ».

Néanmoins, la brièveté de l'article de Lang ne nous permet pas d'aller plus loin dans cette confrontation. Seules de nouvelles observations cliniques envisagées selon la démarche phénoménologique pourraient permettre de préciser ces réflexions sur l'anorexie mentale.

Notre second point porte sur l'écart entre l'abondance du matériel proposé lors de notre exposé du cas et le peu d'éléments retenus ici. Le psychopathologue ne manquera pas de souligner de nombreuses dimensions, comme par exemple la sexualité, le désir, le rapport des troubles à la biographie, ou encore la migration des parents, que la psychiatrie phénoménologique, en tout cas telle que nous l'avons envisagée, semble ignorer. Nous n'aurions pas manqué d'analyser toutes ces dimensions si nous avions cherché ici à présenter une *étude psychiatrique* exhaustive de cette situation. L'abord phénoménologique n'entendant pas se substituer à celui de la psychopathologie, nous aurions alors consacré une part importante de nos développements à une lecture notamment psychanalytique du cas clinique de Leïla. Mais tel n'est pas notre propos, puisque notre étude ne constitue que le premier pas d'une réflexion sur la *rencontre psychiatrique*³⁴. Si nous avons néanmoins choisi

³⁴ C'est également pour cette raison que nous avons choisi ce cas clinique bien qu'il ne se prête, comme nous l'avons souligné, qu'imparfaitement à une élucidation phénoménologique.

d'exposer la situation clinique en détail, c'est afin que le lecteur puisse se faire par lui-même une idée de la psychopathologie de cette patiente et, pour ainsi dire, du complément que peut y apporter la psychiatrie phénoménologique.

III. La situation clinique

Nous avons jusqu'à maintenant envisagé la méthode selon laquelle la psychiatrie phénoménologique entend appréhender les troubles d'un patient. Nous allons préciser dans ce chapitre comment les auteurs de ce courant ont cherché à aborder la question de la rencontre dans la situation clinique.

A. Psychiatrie phénoménologique et psychothérapie

Si la psychiatrie phénoménologique ne prétend pas à la constitution d'un nouveau corpus théorique dans le domaine psychopathologique, elle ne propose pas non plus – et pour les mêmes raisons – de technique psychothérapeutique spécifique.

Binswanger insiste fréquemment sur ce point, soulignant que les implications de ce courant dans le domaine thérapeutique sont uniquement liées aux éclaircissements qu'ils apportent sur ce que vit le patient :

Le nouveau mode de compréhension, originellement issu de la recherche pure, est aussi tombé, chez beaucoup de nos malades, sur une compréhension frappante de leur part, instituant ainsi un contact avec eux, qui n'aurait pu être atteint d'une autre façon. (1970a, p. 103)

Cette analyse est partagée par Tatossian (1979) :

Si la Daseinanalyse, pas plus que la phénoménologie, ne proposent de techniques psychothérapeutiques spécifiques, elles peuvent proposer quelques principes généraux pour la psychothérapie. (...) A la vérité ces principes restent très généraux et *ne constituent que l'envers de la conception de la folie* dans la Daseinanalyse. (p. 107-108, souligné par nous)

Nous allons envisager tour à tour deux de ces principes généraux repérés par la psychiatrie phénoménologique.

1. La rencontre comme condition de possibilité de la psychothérapie

Le premier est lié à la conception de la pathologie mentale comme expérience fondamentalement humaine, c'est-à-dire comme une modalité autre d'être-au-monde et non comme un déficit. Dans cette perspective centrée sur l'humain, la rencontre entre le psychiatre et son patient apparaît comme la condition de possibilité de toute psychothérapie (Binswanger, 1935) :

La possibilité de la psychothérapie (...) [repose] sur un trait fondamental de la structure de l'être-homme en tant qu'être-dans-le-monde (Heidegger) l'être avec et pour l'autre. (p. 122)

Pour cet auteur, le psychothérapeute ne peut donc déployer une activité technique qu'au sein d'une « communication authentique d'existence à existence »³⁵ ; toute pratique psychiatrique suppose un rapport dialectique entre cette communication dans l'existence d'une part et le « savoir médico-psychologique » et « l'action selon le savoir »³⁶ d'autre part.

Néanmoins, comme le souligne Vauterin (1986), la description de cette rencontre entre deux existences (*Dasein*) apparaît problématique dans le cadre de la perspective heideggerienne adoptée par Binswanger :

Parce que l'existence est ek-stase temporelle, deux Dasein ne peuvent avancer ensemble dans le même "projet" et la même "compréhension", partager le même "souci". On ne peut répondre à deux au "deviens qui tu es". Ils ne peuvent que se rencontrer dans l'ici-et-maintenant et cette rencontre, sur laquelle insistait Binswanger, est peut-être vouée à n'être que brève rencontre, même si elle s'inscrit dans la durée d'une relation, d'une co-existence, d'un être-là-avec (*Mitdasein*). (pp. 167-168)

La prise en compte de cette limite doit-elle alors nous conduire, comme le suggère Vauterin, à délimiter une « psychothérapie sur le mode de la rencontre », psychothérapie brève dont le champ privilégié serait constitué par les situations de crise ?

Nous pensons au contraire que l'intuition de Binswanger selon laquelle la rencontre représente la condition de possibilité de *toute* psychothérapie mérite d'être développée. La limite des conceptions de cet auteur, que pointe fort justement

³⁵ *id.*, p. 131.

³⁶ *id.*, p. 122.

Vauterin, réside peut-être moins dans la notion de rencontre que dans la perspective heideggerienne adoptée pour décrire cette dernière. Nous reviendrons sur cette question plus en détail dans notre troisième partie. Mais envisageons pour l'instant un développement intéressant proposé par Vauterin depuis cette même perspective.

2. Les deux modes de l'assistance

Cet auteur dégage en effet un second principe général de la psychothérapie, qui constitue l'envers de la conception de la pathologie mentale comme pathologie de la liberté.

Pour Heidegger, note Vauterin (1986), une des modalités de l'être-avec-autrui (*Mitsein*) est le souci-pour-autrui (*Fürsorge*), terme que l'on peut traduire par « assistance »³⁷. Cette assistance oscille entre deux pôles :

Le premier (*einspringend*) consiste à se mettre à la place de l'autre, à se substituer à lui, à lui ôter son "souci", à atténuer pour l'autre ce dont il se préoccupe.

Le deuxième (*vorausspringend*) consiste à devancer, à précéder l'autre dans son pouvoir être existentiel, non pour lui ôter son "souci" mais, au contraire, pour le lui restituer. (p. 169)

La pratique du psychiatre peut ainsi prendre la forme d'une assistance « substituante dominante », où ce dernier tend à se substituer au patient entravé dans sa liberté afin de prendre pour lui certaines décisions, ou au contraire la forme d'une assistance « devançante libérante », où le thérapeute cherche à aider le malade à retrouver une certaine liberté par rapport à sa propre existence.

Néanmoins, souligne Tatossian (1997), ces deux formes d'assistances ne sont pas antinomiques :

En fait, le soin courant des malades psychiques se déroule dans l'entre-deux de ces modes positifs de l'assistance et selon les circonstances et l'état clinique du patient doit les combiner, successivement ou simultanément. Mais il est essentiel

³⁷ Comme l'indique Tatossian (1997), la traduction de *Fürsorge* par « assistance » (R. Bohm et A. de Wählens) semble préférable à celle par « sollicitude » proposée par E. Martineau car elle exclut « une résonance affective peu adéquate ici » (p. 218).

que, d'une façon ou d'une autre, un champ minimal de liberté reste ouvert au patient pour ce qui est en lui subjectivité ou possibilité de subjectivité. (p. 219)

Ainsi, les soins sous contrainte, s'ils apparaissent au premier abord ne relever que de l'assistance « substituante dominante », peuvent être l'occasion pour le psychiatre d'offrir au patient un champ minimal de liberté – relevant également de l'assistance « devançante libérante ». C'est précisément ce que pointent Robin et *al.* (1998) lorsqu'ils évoquent l'intérêt pour le psychiatre de qualifier ouvertement le niveau de contrôle social qu'implique tout soin sous contrainte :

Cela fera apparaître l'aspect paradoxal de la contrainte. Celle-ci restreint, certes, la liberté du patient, mais lui ouvre aussi un choix : celui de décider s'il réduit sa relation au professionnel à l'aspect contrainte, ou bien encore, s'il décide de risquer de complexifier sa relation en acceptant aussi le niveau psychothérapique qui n'a pas pour autant cessé d'exister. (p. 228)

Il convient d'insister sur le fait que les deux formes d'assistance que nous venons de décrire constituent les deux pôles de *toute* psychothérapie et ne reflètent en rien les options théoriques et techniques que chacune d'entre elles entend préconiser :

Il est important de voir que la distinction des deux types d'assistance ne se confond pas avec les modalités proprement techniques de la psychothérapie et que n'importe quelle technique peut être appliquée de l'une ou l'autre façon. (Tatossian, 1997, p. 219)

Le maintien d'une certaine possibilité de liberté pour le patient ne dépend donc pas tant des choix théoriques et techniques du psychiatre que de la manière, pourrait-on dire, dont il les utilise dans la situation clinique. Notons d'ores et déjà avec Robin et *al.* que ces considérations indiquent la nécessité d'une réflexion sur une « éthique pratique reposant sur l'expérience clinique et une évaluation *in situ* des modalités de prise en charge » (p. 228) – réflexion qui sera l'objet de notre troisième partie.

B. L'intersubjectivité comme limite de l'épochè

Revenons pour l'instant à la question de la rencontre et à la méthode phénoménologique telle que nous l'avons présentée, c'est-à-dire reposant sur l'exercice de l'épochè.

1. L'épochè comme accès à l'expérience du patient

Les analyses de Binswanger et de Vauterin que nous venons d'exposer relèvent d'un "usage" épistémologique de la réduction, où le psychiatre phénoménologue réfléchit de façon globale à sa pratique. Or, nous avons vu que ce dernier peut aussi adopter l'épochè à l'occasion de sa pratique, au sein même de l'expérience psychothérapeutique – c'est-à-dire lors de sa rencontre avec son patient, dans le but d'accéder à l'expérience de ce dernier. C'est avant tout à W. Blankenburg (1971) que l'on doit d'avoir ouvert une telle perspective.

Ce dernier, en effet, introduit l'idée que l'aliénation schizophrénique peut être considérée comme une forme spécifique d'épochè. Son analyse part de la « perte de l'évidence naturelle », qu'il considère comme le trouble fondamental de la schizophrénie³⁸ et qui expliquerait le sentiment d'extranéation (*Entfremdung*) vécu par le patient. Pour mieux cerner ce sentiment, le psychiatre doit, en quelque sorte, pouvoir l'expérimenter lui-même :

Une appréhension effective de ce qui donne [au psychiatre] le sentiment d'extranéité exige nécessairement quelques pas de la conscience psychiatrique dans la direction de l'extranéation à soi, un certain détachement de son ancrage dans le sol de l'habitualité saine de la conscience quotidienne. (p.108)

Comprenant la réduction husserlienne dans son sens le plus profond de métamorphose complète de la personne³⁹, Blankenburg voit dans cette dernière le moyen pour le psychiatre de « faire quelques pas dans la direction de l'extranéation à soi ». En effet, poursuit-il :

³⁸ La « perte de l'évidence naturelle » ne doit pas être entendue au sens d'un déficit mais comme « un éclatement de la dialectique entre évidence et non-évidence du Dasein au profit de cette dernière » (p. 101).

³⁹ Il écrit : « Certes, l'épochè, conformément au but théorique de Husserl, a trait, avant tout, à la sphère du jugement. Pourtant on ne doit pas se représenter ce changement d'attitude de manière également trop théorique. Il revendique dans toute son étendue *une signification vitale*. » (p. 109, souligné par nous)

Nous utilisons ici l'*epochè* non pas seulement comme artifice technique de toute démarche phénoménologique, mais nous soutenons aussi la thèse qu'au-delà existe une relation de fait plus spéciale avec l'aliénation schizophrénique. (p. 109)

Malgré d'importantes différences entre l'*epochè* schizophrénique et l'*epochè* phénoménologique⁴⁰, leur comparabilité est pour cet auteur « la condition d'une connaissance qui vise à caractériser positivement ce qui est en jeu »⁴¹. Le psychiatre peut ainsi tirer une certaine compréhension de ce que vit le patient schizophrène en analysant ses propres expériences sur le chemin de l'*epochè* – et notamment les « résistances » qu'il rencontre et qui tendent à le ramener dans l'attitude naturelle.

Mais, indirectement, l'approche de Blankenburg met en lumière une limite méthodologique de la réduction phénoménologique dans son sens strictement husserlien, soulignée par Naudin et *al.* (2000) : l'impossibilité de surmonter le « primat de l'observateur sur celui de l'observé... depuis une réduction qui ne serait effectuée que par le seul psychiatre ». Cette dernière « ne permet pas de penser une réduction qui serait d'emblée intersubjective »⁴².

La question de l'intersubjectivité représente en effet une difficulté fondamentale de la phénoménologie déjà repérée par Husserl – qui a sans relâche tenté de la dépasser⁴³.

En psychiatrie, cette question de l'intersubjectivité apparaît donc comme un obstacle à surmonter pour une saisie adéquate de l'essence des troubles du patient – comment l'illustrent nos difficultés à cerner, lors de nos analyses, l'expérience vécue par Leïla.

⁴⁰ Les deux principaux traits distinctifs sont, d'une part l'opposition entre la difficulté du phénoménologue à maintenir l'*epochè* et la lutte du schizophrène pour en sortir, et d'autre part le fait que, pour le schizophrène, elle porte sur les évidences pragmatiques bien plus que sur les évidences théoriques. Les points communs, quant à eux, sont : l'étonnement, la mise hors-jeu de la thèse de la réalité et une activité réflexive sur les évidences du sens commun.

⁴¹ p. 112.

⁴² Ce problème, également repéré par Blankenburg (1971), explique que ce dernier auteur préconise le recours aux autodescriptions du patient pour chercher à saisir son mode d'être (p. 53).

⁴³ Cf. Dastur (1995).

2. Épochè et constitution d'autrui

Si, en outre, on considère la façon dont l'intersubjectivité a été abordée par les psychiatres phénoménologues – à l'occasion de recherches sur les psychoses⁴⁴, nous nous heurtons à une nouvelle difficulté.

En effet, ces recherches concluent à l'échec de la conscience délirante dans la constitution d'autrui⁴⁵. Tatossian (1997), par exemple note à l'occasion de ses *Analyses de la conscience délirante* :

(...) Ou bien se constituant elle-même comme chose matérielle, [la conscience délirante] révoque toute sa subjectivité au profit d'un autrui tout puissant – ou bien assumant elle-même toute subjectivité possible dans son monde, elle accapare celle qui de droit appartiendrait à autrui. Dans les deux cas, la conscience délirante ne constitue qu'un pseudo-autrui ou précisément un autrui qui n'est pas un alter ego. (p. 113).

Pertinente sur un plan descriptif, cette conception devient problématique dans la relation thérapeutique :

En tant que thérapeute, le psychiatre est lui-même engagé par une forme de promesse : celle de guérir ou d'apaiser la souffrance de l'autre. La faillite de la constitution d'autrui chez le schizophrène ne peut donc être pensée que dans la mesure où il lui est opposé l'impossibilité dans laquelle se trouve le thérapeute à

⁴⁴ Rappelons que les psychoses « sont par excellence l'objet de la phénoménologie. Elle propose, en effet, un mode de compréhension autre et plus ample que la compréhension psychologique et voit donc son déficit électif dans les psychoses, c'est-à-dire les manifestations de l'être-humain qui sont rebelles à cette compréhension. » (Tatossian, 1979, p. 85)

⁴⁵ Le terme de *constitution* désigne chez Husserl la "production" du monde par la conscience telle qu'elle est révélée par l'*épochè* : « La réduction phénoménologique transcendantale en son sens authentique n'est rien d'autre que le passage de la limitation inhérente à l'attitude naturelle en tant qu'elle est réceptive, c'est-à-dire passive à l'égard des choses du monde qui ont pour elle valeur d'être en soi, à la pensée philosophique qui voit dans le monde la "production" de la conscience. » (Dastur, 1989, p. 52). Ainsi, la constitution n'est « ni une découverte, car l'objet ne préexiste pas (...), ni une création, car la constitution ne fait pas surgir l'objet *ex nihilo* mais lui donne seulement son sens » (*id.*, p. 55).

La constitution désigne donc le rapport de la conscience du sujet à l'objet qui lui fait face, que cet objet soit une chose matérielle ou un autre sujet : « La réduction phénoménologique fait apparaître l'Autrui humain comme constitué, sans privilège particulier par rapport aux autres étants intramondains, même si c'est comme Alter Ego de dignité égale à mon propre Ego. » (Tatossian, 1997, p. 227)

tenir pleinement sa promesse. Or, cette dernière impossibilité est en soi renforcée par la conviction du thérapeute que l'horizon de l'autrui est fermé au schizophrène. On saisit là une des limites de l'application de la phénoménologie à l'expérience psychiatrique. Cette limite n'est surmontable qu'à la condition de penser l'expérience psychiatrique depuis sa situation primordiale, nécessairement intersubjective, et non pas depuis la position d'observateur extérieur qu'impose trop vite l'activité de théorisation secondaire, position qu'il faut accepter d'abandonner pour pénétrer l'expérience elle-même. (Naudin et Azorin, 1998a)

Cette limite relevée par Naudin et Azorin à propos des patients schizophrènes apparaît également si l'on considère notre analyse du vécu de Leïla : en décrivant ce vécu comme un détachement existentiel auquel celle-ci serait contrainte, nous indiquons chez cette patiente une difficulté dans la constitution d'autrui. Une telle conception des troubles ne s'oppose-t-elle pas à toute possibilité de rencontre authentique ? Et ne participons-nous pas ainsi à accentuer indirectement ce détachement ?

Nous voyons donc que la méthode phénoménologique telle que nous l'avons présentée rencontre une seconde difficulté, elle aussi liée à la question philosophique de l'intersubjectivité. En effet, cette dernière ne représente pas seulement un des modes de l'être-au-monde, au même titre que la temporalité ou la corporéité, dont il s'agirait d'étudier la flexion chez l'être-malade, mais elle constitue plus encore la condition de possibilité de l'exercice de toute psychiatrie. En révélant la faillite de la constitution d'autrui du patient, la pratique de la réduction tend à convaincre le psychiatre de l'impossibilité d'une rencontre authentique avec le malade.

L'*epochè* peut-elle malgré tout permettre de « penser l'expérience psychiatrique depuis sa situation primordiale, nécessairement intersubjective » ? C'est ce que laisse entendre un article de Tatossian (1996) consacré à la psychothérapie des schizophrènes :

La condition de possibilité d'une psychothérapie des schizophrènes réside dans l'effectuation d'une sorte de réduction phénoménologique à deux, patient et psychothérapeute. (p 191)

Néanmoins, cette idée de « réduction à deux », qui n'est pas explicitement détaillée dans ce texte, apparaît problématique. Comment l'*epochè*, acte effectué par

une conscience isolée, celle du psychiatre, pourrait-elle être réalisée conjointement avec le patient, au sein de la relation thérapeutique ?

3. L'épochè dans la situation clinique

A ce point de notre parcours, force est de constater que l'usage de la réduction dans la situation clinique, tel qu'il est préconisé par la psychiatrie phénoménologique, soulève au moins deux difficultés, qui renvoient l'une comme l'autre à la question philosophique de l'intersubjectivité.

La première, constituée par le problème de l'accès au vécu d'autrui, peut être partiellement résolue en s'entourant de diverses précautions, comme nous l'avons vu à propos du cas de Leïla. L'*épochè* permet alors de repérer les indices des modifications profondes du vécu du malade, et de révéler ainsi la dimension existentielle de sa pathologie.

En revanche, la seconde difficulté, soulevée par la question de la rencontre, semble plus problématique. En effet, si cette rencontre apparaît bien comme la condition de possibilité de toute psychothérapie, on peut se demander comment une méthode fondée sur un geste solipsiste effectué par le seul psychiatre pourrait permettre à ce dernier d'entrer en relation avec son patient – qui plus est lorsque l'*épochè* révèle à ce même psychiatre combien la possibilité d'une relation authentique se trouve affectée par la pathologie du malade.

Cependant, il convient de préciser que les difficultés ici repérées à propos de la réduction ne peuvent être considérées comme un problème technique qui ne concernerait que la psychiatrie phénoménologique. Nous avons en effet insisté à plusieurs reprises sur le fait que ce courant ne vise pas à établir un nouveau corpus théorique, mais au contraire à établir une méthode permettant de rendre compte le plus fidèlement possible de la pratique du psychiatre. Comme le soulignent Naudin et *al.* (1998), si l'*épochè* est une attitude que les psychiatres phénoménologues cherchent à adopter délibérément, elle n'est pas pour autant l'apanage de ces derniers :

(...) La phénoménologie ne donne jamais que les moyens de décrire une position de liberté par rapport à la norme souvent adoptée spontanément par les psychiatres lorsqu'ils sont suffisamment libres par eux-mêmes pour accepter de rencontrer le malade mental en tant que sujet humain.

Ainsi, les obstacles relevés sur le chemin de la réduction correspondent aux difficultés que doit affronter tout psychiatre dans sa pratique quotidienne lorsqu'il cherche à « rencontrer le malade mental en tant que sujet humain ». Notons cependant que le psychiatre, le plus souvent, n'y prête pas explicitement attention – ce qui indique qu'il parvient sans doute à les surmonter lorsqu'il est engagé dans une situation clinique précise.

Comment dès lors rendre compte de cet engagement ? Notre première partie nous a permis de montrer que nos réflexions doivent s'orienter vers la question de l'intersubjectivité. Dans notre deuxième partie, nous allons étudier l'œuvre d'auteurs qui, en plaçant cette question de l'intersubjectivité au cœur de leurs réflexions, ont été amenés à se démarquer de la psychiatrie phénoménologique « classique » pour se centrer sur la situation clinique.

Deuxième partie : la résonance intersubjective

Nous avons jusqu'à maintenant présenté la psychiatrie phénoménologique « classique », c'est-à-dire telle qu'elle s'est développée historiquement sur une période s'étendant des premiers travaux de Binswanger et Minkowski en 1922 jusqu'à la synthèse magistrale que constitue le rapport sur la *Phénoménologie des psychoses* de Tatossian (1979). Pour les auteurs de ce courant, tout comme d'ailleurs pour l'immense majorité des psychiatres de cette période, la pathologie mentale demeure avant tout l'apanage d'un individu atteint dans la structure intime de sa subjectivité.

Nous avons vu que, dans cette perspective, la question de l'intersubjectivité se posait à propos des problèmes de l'accès à l'expérience d'autrui et de la possibilité d'une rencontre entre le thérapeute et son patient. Néanmoins, cette question semble ne pas pouvoir être limitée à ces deux problèmes, comme le suggèrent deux remarques de Tatossian (1979).

La première porte sur la nature des symptômes psychiatriques :

On hésitera à localiser le symptôme psychiatrique comme attribut inhérent à l'observé, construction projective de l'observateur ou, ce qui est sans doute le plus vrai, caractéristique d'un certain état d'interaction communicationnel entre eux (Binswanger), fût-ce comme absence de communication. (p. 98)

La seconde remarque concerne la conception phénoménologique de la subjectivité :

Le sujet phénoménologique est inter-subjectivité et en dernière analyse la phénoménologie thématise le problème de la norme comme problème de l'ancrage de l'individu dans un monde commun constitué par l'inter-subjectivité qu'il est lui-même aussi. (p. 103)

Ces deux points semblent indiquer que la question de l'intersubjectivité doit pouvoir être repensée non plus comme un obstacle, mais comme le fondement sur lequel repose à la fois la subjectivité et la pratique psychiatrique.

Nous allons voir dans cette deuxième partie de notre étude qu'il nous faudra pour cela passer de la rencontre duelle entre le psychiatre et son patient à la situation clinique qui englobe cette rencontre sans s'y réduire.

I. Situation clinique et intersubjectivité

Pour poursuivre nos réflexions, nous allons délaissier un temps la psychiatrie phénoménologique afin de nous intéresser à un courant de la psychiatrie qui s'est consacré à l'étude des troubles mentaux depuis une perspective résolument intersubjective : les thérapies familiales systémiques.

Nous verrons que ce détour par cette autre perspective nous permettra de revenir aux origines historiques de la psychiatrie afin de dégager plus précisément la place qu'y occupe la psychiatrie phénoménologique.

A. L'approche systémique

Le courant des thérapies familiales systémiques est né dans les années 1950, sous l'impulsion de l'anthropologue américain Gregory Bateson et du groupe pluridisciplinaire que ce dernier réunit autour de lui à Palo Alto. Ces chercheurs introduisirent en psychiatrie des éléments issus de la cybernétique, de la théorie de la communication et de la théorie générale des systèmes de L. von Bertalanffy. A partir de ces premiers éléments théoriques se développa une approche psychothérapeutique dans laquelle le patient est reçu avec sa famille, l'accent étant porté sur le système interactionnel patient-famille.

Par la suite, les travaux de F. Varela, H. Maturana et H. von Foerster attirèrent l'attention des thérapeutes sur le rôle de l'observateur et de ses interactions avec le système familial, opposant à la cybernétique de premier ordre, centrée sur la description du système observé, une cybernétique de second ordre tenant compte de la participation du thérapeute à ce système.

Comme le suggère le pluriel de l'expression « thérapies familiales systémiques », il s'agit aujourd'hui d'un courant hétérogène qui a prolongé ces premiers travaux dans de nombreuses directions. Les paragraphes qui suivent n'ont pas d'autre ambition que de donner un bref aperçu de la façon dont ce courant a été théorisé par ses praticiens⁴⁶.

⁴⁶ Pour une présentation plus exhaustive de ce courant, cf. K. et T. Albernhe (2000).

1. Bases théoriques

◆ Cybernétique de premier ordre : la famille comme système

Le fondement des thérapies familiales systémiques consiste à envisager le patient et sa famille comme un *système relationnel*. Dans *Une logique de la communication*, P. Watzlawick et al. (1967) définissent un système en ces termes : « un ensemble d'objets et les relations entre ces objets et entre leurs attributs ». « Dans des systèmes en interaction, écrivent-ils, la meilleure manière de décrire des objets n'est pas de les décrire comme des individus mais comme des personnes-en-communication-avec-d'autres-personnes » (p. 120).

Un système défini de la sorte⁴⁷ possède plusieurs propriétés qui permettent de mieux appréhender les conséquences d'une telle définition dans le champ psychothérapeutique :

1. Totalité : « une modification de l'un des éléments entraînera une modification de tous les autres, et du système entier » (p. 123). Cela justifie le fait de recevoir le patient avec sa famille : le patient ne peut voir son état s'améliorer (modification d'un élément) que si la famille le permet par des réaménagements adéquats (modification du système). C'est précisément le rôle du thérapeute familial que de favoriser de tels réaménagements.
2. Non sommativité : « un système n'est pas la somme de ses éléments (...) Il faut négliger les éléments au profit de la "Gestalt" » (p. 124). L'originalité de l'approche systémique ne repose donc pas sur le fait de réaliser un entretien psychothérapeutique avec plusieurs individus, mais sur le changement de regard qu'elle impose au thérapeute : il s'agit de ne plus considérer des individus séparés, mais la globalité de leurs interactions.
3. Circularité : le comportement (au sens large) d'un individu est la conséquence d'une interaction préalable avec un autre individu du système dont le comportement résultait lui-même d'une autre interaction, etc... On ne doit donc pas raisonner en termes de causalité, mais au contraire considérer un comportement comme intégré dans des boucles d'interactions circulaires.

⁴⁷ Il faut préciser que l'on considère ici un *système ouvert* [sur l'environnement].

4. Équifinalité : « non seulement des conditions initiales différentes peuvent produire le même résultat final, mais des effets différents peuvent avoir les mêmes "causes" » (p. 127) ; « (...) le système est ainsi à lui-même sa meilleure explication. La méthodologie adéquate est alors d'étudier sa structure actuelle. » (p. 129).
5. Homéostasie : le système tend à maintenir un état d'équilibre tout comme une cellule vivante maintient les constantes physiologiques de son milieu intérieur dans des limites étroites⁴⁸. L'homéostasie n'est donc pas l'immobilisme, mais un équilibre dynamique.

Cependant, ces propriétés ne caractérisent qu'un système à *l'état stable*. C'est plus particulièrement le cas de la notion d'homéostasie contre laquelle se sont élevées de nombreuses critiques. En effet, celle-ci ne permet pas d'expliquer l'apparition d'un problème par hasard ou par coïncidence, et nie l'existence de crises « normales » au sein d'une famille (K. et T. Albernhe, 2000).

Aussi les systémiciens s'intéressent-ils actuellement aux processus de changement, réintroduisant ainsi une dimension diachronique afin de rendre compte de l'évolution des systèmes humains. Ainsi, M. Elkaïm (1989) note :

Un système ouvert à l'écart de l'équilibre est capable, dans des conditions appropriées, d'évoluer vers différents modes de fonctionnement, mais le "choix" de tel ou tel mode de fonctionnement dépend de l'histoire du système. (p. 60)

Il faut noter que, si la notion de système est le plus souvent employée pour désigner une famille, elle peut également être utilisée pour décrire un groupe social, une institution ou même un individu. Dans ce dernier cas, c'est le concept même de sujet qui est remis en question. Comme le note Bateson (1977a), « si nous cherchons à expliquer le comportement d'un homme ou d'un tout autre organisme, ce "système" n'aura généralement pas les mêmes limites que le "soi" – dans les différentes acceptions habituelles de ce terme. » (p. 274)

⁴⁸ Le concept d'homéostasie a initialement été défini par le biologiste Cannon en 1932, puis repris par von Bertalanffy dans sa théorie générale des systèmes. Ce dernier mettait cependant en garde contre l'importation de ce concept dans le champ des comportements humains.

Enfin, il nous faut retenir un dernier apport de l'ouvrage de Watzlawick et *al.*. Pour étudier les systèmes humains, ce dernier propose une théorie de la communication centrée sur ses effets pragmatiques, c'est-à-dire ses effets sur le comportement. L'axiome principal en est : « *on ne peut pas ne pas communiquer* ». Il faut entendre par là qu'un comportement qui semble signifier le refus de toute communication (retrait, non-sens...) demeure encore un acte de communication. Ainsi, les troubles du comportement des schizophrènes – que la sémiologie psychiatrique qualifie de bizarrerie, impénétrabilité, repli autistique, etc. – sont envisagés comme n'importe quel autre fait de communication, c'est-à-dire comme ayant un sens relationnel au sein du système dans lequel ils surgissent.

◆ Cybernétique de second ordre et résonance

Si nous revenons sur la description de la famille comme système, deux remarques s'imposent – qui sont à l'origine de la cybernétique dite de second ordre.

Tout d'abord, le thérapeute qui reçoit une famille est lui-même en relation avec chacun de ses membres : il ne peut se contenter de décrire le système familial observé, mais doit tenir compte de sa propre participation au sein du *système thérapeutique* ainsi constitué (observation participante).

De plus, tout individu prend part à de nombreux systèmes : famille, institution, contexte social... Le système thérapeutique ne se réduit donc pas au psychiatre, au patient et à sa famille. Pour Pinsot (1994), il résulte au contraire de l'interaction de deux systèmes plus étendus :

- Le système du patient, qui consiste en « l'ensemble des systèmes humains qui sont ou peuvent être impliqués dans la persistance et/ou dans la résolution du problème présent » (p. 174). Ce système ne recouvre pas le système familial, mais se définit par le problème posé : il n'est donc pas le même en fonction du membre de la famille qui consulte et du moment de la consultation.
- Le système du thérapeute comprend quant à lui « tous les systèmes humains qui sont ou pourraient être impliqués dans la psychothérapie avec le système du patient » (*id.*).

Chacun de ces deux systèmes est subdivisé en deux sous-systèmes : le sous-système direct qui comprend tout les membres directement engagés, à un moment ou

un autre, dans la thérapie, et le sous-système indirect⁴⁹. La thérapie, qu'elle soit individuelle ou familiale, se définit alors comme un processus dynamique résultant de l'interaction entre les systèmes du patient et du thérapeute, interaction qui est « continue et dynamique aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur des séances » (p. 176).

C'est pour tenir compte de ces deux aspects, l'observation participante et l'implication de chaque personne dans plusieurs systèmes, que Mony Elkaïm (1989) propose le concept de *résonance*. Les résonances, explique-t-il, naissent à l'intersection de plusieurs systèmes : « Différents systèmes humains semblent entrer en résonance sous l'effet d'un élément commun, tout comme des corps peuvent se mettre à vibrer sous l'effet d'une fréquence déterminée » (p. 183). Les résonances se révèlent donc « des éléments redondants liant les univers les plus disparates » (p. 188), surgissant au sein de toute relation.

Il est important que le thérapeute puisse repérer ces résonances (Elkaïm, 1995) car elles « peuvent aussi bien avoir pour effet de renforcer et rigidifier les croyances ou convictions profondes que de les assouplir » (p. 588), ce qui vaut tant pour les croyances du patient que pour celles du thérapeute. L'intervention thérapeutique consiste en effet pour Elkaïm à « élargir le champ du possible », en favorisant « l'apparition et l'amplification d'assemblages⁵⁰ nouveaux dans le système thérapeutique » (p. 589).

Afin de repérer ces résonances, le thérapeute doit être attentif aux sentiments qu'il éprouve, à la « corde sensible » qui vibre en lui. En effet, « le sens et la fonction de la vibration de cette corde ne doivent pas être recherchées uniquement dans l'économie personnelle de l'individu : ils sont liés, en même temps, au système au sein duquel l'individu se découvre en train de vivre ce sentiment » (p. 602).

⁴⁹ Soulignons que les frontières entre sous-systèmes directs et indirects fluctuent au cours de la thérapie.

⁵⁰ Par assemblage, M. Elkaïm désigne un ensemble de singularités, appartenant aussi bien au thérapeute qu'aux autres membres du système. L'exemple de la *Tête de taureau* de P. Picasso (constituée de l'assemblage d'un guidon et d'une selle de vélo) lui fait noter que « l'assemblage non seulement induit une perception inédite de la réalité, mais encore confère souffle et vie aux éléments qui le constituent » (p. 595, note 2).

2. Le rôle de la famille

◆ Double bind

Les troubles du comportement présentés par le patient, avons-nous dit, doivent être envisagés au sein du système dans lequel ils surgissent. Faut-il en conclure que le système familial doit être considéré comme la cause des troubles du patient ?

Ce fut l'hypothèse G. Bateson au cours de ses premières recherches en psychiatrie, recherches portant sur la schizophrénie⁵¹. S'appuyant sur la théorie des types logiques de B. Russel, Bateson proposa le concept de « double entrave » (*double bind*)⁵² : le futur patient serait « victime », au sein de sa famille, de l'émission répétée de messages contradictoires instaurant une confusion entre différents types logiques (par exemple entre un message verbal et un message non-verbal). La force du lien qui l'unit à l'émetteur de tels messages (le plus souvent la mère) et l'absence de clarification possible par les autres membres de la famille l'empêcheraient d'échapper à cette confusion, et expliqueraient le développement ultérieur d'une symptomatologie schizophrénique.

Néanmoins, Bateson corrigea par la suite son hypothèse, expliquant « qu'il fallait dorénavant comprendre cette interrelation en termes d'individus prisonniers d'un système dysfonctionnel produisant des définitions conflictuelles de la relation » (K. et T. Alberne, 2000).

◆ L'aliénation au discours familial

Si donc le système familial ne peut-être considéré comme la cause des troubles du patient, son dysfonctionnement permet toutefois d'expliquer le maintien de ces troubles et justifie une prise en charge familiale.

Une telle prise en charge est-elle néanmoins toujours indiquée ? Les travaux de Neuburger (1988) sur la demande de psychothérapie offrent des éléments de réponse à cette question.

⁵¹ Publiés pour la première fois dans un article de *Behavioral Science* en 1956, ces travaux sont repris dans *Vers une écologie de l'esprit*, T. 2 (1977b), pp. 9-34

⁵² Le terme de *double bind* est le plus souvent traduit par « double lien » ou « double contrainte ». Nous choisissons ici de retenir le terme de « double entrave », proposé par Sami-Ali (2002), qui nous paraît mieux rendre compte du phénomène.

Cet auteur prend pour point de départ la conception psychanalytique, et plus particulièrement lacanienne, de la demande : toute demande d'un individu ne rend pas seulement compte du besoin qu'elle exprime, mais possède aussi un caractère intransitif, elle est demande « pour demander ». C'est de cet écart entre besoin et demande que naît le désir – désir qui fait de l'individu un sujet. Or, pour Neuburger, l'expression d'une demande de soin par le sujet, préalable indispensable au travail psychanalytique, n'est pas toujours possible :

Il semble qu'il y ait une limite au-delà de laquelle aucune demande ne peut plus s'exprimer. Je ne dis pas qu'il n'y a pas demande, mais que la structure groupale dominante empêche l'émergence d'une demande individuelle. (p. 11)

Pour Neuburger, cette question de l'émergence d'une demande individuelle tient à ce que tout symptôme se trouve au carrefour de deux logiques : l'une où il s'agit du « symptôme du malade », l'autre où il s'agit du « malade-symptôme » – chacune d'entre elles indiquant un mode d'approche thérapeutique différent :

L'une, logique symbolique, ternaire, oedipienne, du désir. L'autre, logique de l'imaginaire, binaire, systémique, où le symptôme échappe au sujet et tombe dans l'appartenance au système familial.

(...) Il me semble que ces deux logiques sont toujours en cause dès qu'il y a symptôme. Ce qui reste à saisir est la ligne de partage, en sachant que le thérapeute ne saurait jouer en même temps sur les deux tableaux. Il doit donc repérer ce qui domine de l'aliénation au discours familial ou de l'aliénation du sujet de l'inconscient, c'est-à-dire si le contexte familial autorise une demande ou pas. (p. 22)

Lorsque domine l'aliénation au discours familial, le symptôme ne peut plus être porteur d'une demande individuelle car le patient est alors « confondu avec son symptôme » dans le discours familial. Selon Neuburger, plusieurs points permettent au psychiatre de repérer une telle confusion.

On en retrouve tout d'abord des indices dans le langage familial qui ramène les symptômes à des intentions du patient vis-à-vis des membres de la famille : « il "nous" a fait ceci ou cela... Sa mère ne supporte plus de le voir comme cela... ».

On peut ensuite remarquer cette confusion à la discordance subtile qu'elle introduit entre ce qui est explicitement exprimé dans le discours de l'entourage et le

comportement non-verbal de ce même entourage observé par le psychiatre⁵³. Ainsi, les membres de la famille peuvent se plaindre à longueur d'entretiens des troubles du patient, tout en les supportant avec beaucoup de tolérance dans le quotidien.

On peut enfin repérer cette logique du « malade-symptôme » à travers ce que Neuburger nomme « la dispersion des éléments de la demande dans la famille », c'est-à-dire lorsque l'un de ses membres présente le symptôme (le patient), qu'un autre en souffre, parfois plus que le patient lui-même (un parent par exemple), et qu'un autre encore allègue de ce symptôme pour demander de l'aide au psychiatre (l'autre parent peut-être, mais aussi parfois un travailleur social, le médecin généraliste, etc.).

Pour cet auteur, nous l'avons vu, ces indices sont importants à relever car ils indiquent un véritable changement de statut du symptôme :

Être confondu avec son symptôme, c'est être confondu avec sa fonction dans le groupe... à savoir la tendance du groupe à l'homéostasie. Le symptôme pourrait être l'indice d'un changement dans la famille. Mais s'il est confondu avec l'individu, le symptôme devient un régulateur de l'homéostasie familiale. (p. 51-52)

Dès lors, le symptôme ne renvoie plus à l'économie du sujet, mais bien à celle du groupe familial dont la logique d'appartenance, en quelque sorte, maintient prisonnier le patient.

Ces situations constituent pour Neuburger l'indication préférentielle de l'approche systémique, cette dernière ayant pour objectif la « désaliénation d'un groupe à un mythe imaginaire » (p. 13) :

(...) Ce qui est visé dans l'approche systémique, comme je l'entends, est une désintronisation du groupe familial ; recréer les conditions d'une demande possible ; libre à chacun de poursuivre ou non en analyse. (p. 16)

◆ La compétence familiale

La perspective systémique, en mettant l'accent sur les dysfonctionnements du système familial qui peuvent conduire à une véritable aliénation de ses membres à un mythe imaginaire, ne considère pas pour autant le travail avec les familles comme

⁵³ C'est-à-dire, en termes systémiques, entre les niveaux digital (contenu du discours) et analogique (modalités non verbales d'expression).

une sorte de rééducation par laquelle le thérapeute fournirait des solutions permettant la désintrication du groupe familial. C'est ce que souligne Neuburger :

En thérapie familiale systémique, il n'y a pas de "bonne solution" proposée à la famille. Nous lançons un défi aux possibilités créatrices des familles. Ce sont les familles qui inventent de nouvelles solutions. (p. 15)

Cette conception est partagée par l'immense majorité des auteurs de ce courant qui insistent sur la notion de *compétence familiale* et considèrent l'entourage comme une ressource importante pour le patient : pour eux, il s'agit de passer « des parents-clients » aux « parents-collaborateurs » (Ausloos, 1995).

3. Expérience systémique et psychiatrie

Pour notre étude, ce que nous voulons retenir de cet exposé n'est pas son aspect théorique, mais l'expérience clinique qu'il laisse entrevoir. En effet, il en ressort qu'aborder une famille en systémicien signifie, pour le psychiatre, adopter une attitude très différente de sa pratique habituelle – que nous nommerons *attitude systémique*⁵⁴.

Ce changement d'attitude implique d'abandonner l'idée de maladie mentale par laquelle se définit habituellement la psychiatrie – branche de la médecine. Le thérapeute ne doit plus considérer les symptômes comme signes d'un trouble à diagnostiquer, mais comme prenant leur sens dans le contexte relationnel du patient :

La théorie systémique déplace de l'intrapsychique au contexte les raisons du comportement : un symptôme est une réponse adaptée à certaines relations. L'individu placé dans un autre système relationnel n'aurait pas développé ce symptôme. (M. Graner⁵⁵)

Plus encore, les notions d'observation participante et de résonance, insistant sur l'implication directe du thérapeute dans ce contexte relationnel, remettent en question le savoir et le pouvoir habituellement liés à l'exercice de la psychiatrie :

⁵⁴ Notons que, dans la pratique, être thérapeute familial relève d'une formation spécifique qui n'est pas réservée aux seuls psychiatres. C'est justement le changement d'attitude proposé au psychiatre lors d'une telle formation qui nous intéresse ici.

⁵⁵ cité par K. et T. Albernhe (2000). Soulignons qu'il ne s'agit pas là d'une théorie de la pathogénie – puisque l'idée même de pathologie est d'emblée écartée.

c'est par la mobilisation des ressources de la famille que le thérapeute parviendra à soulager les troubles du patient. Dès lors, comme le souligne Keeney (1983), la pratique du psychiatre systémicien ne doit plus se centrer sur la recherche d'objectivité, mais sur un questionnement éthique :

Une fois que vous prenez conscience d'être un opérateur épistémologique actif, vous réalisez que vous participez toujours à la construction d'un monde d'expérience. La perspective d'un univers où l'on participe suggère que le fondement de la clinique ou de la thérapie repose sur l'éthique plutôt que sur l'objectivité. En d'autres termes, vous devenez responsables de contribuer à la construction de réalités cliniques ou thérapeutiques. (p. 22)

Précisons toutefois que les thérapies familiales systémiques n'ont pas la prétention de se substituer à la psychiatrie, mais plutôt de lui apporter un éclairage complémentaire dans de nombreuses situations. La difficulté à laquelle est alors confronté le psychiatre systémicien réside avant tout dans le changement d'attitude que nous venons de décrire.

B. La situation clinique de Leïla : quelques réflexions systémiques

Afin d'illustrer ces considérations, nous allons brièvement envisager la situation clinique de Leïla depuis l'attitude systémique.

Pour la clarté de notre propos, nous reprendrons le plan de notre exposé théorique en distinguant l'étude de la famille comme système (cybernétique de premier ordre) et l'abord de la situation clinique comme système thérapeutique (cybernétique de second ordre).

1. Leïla et sa famille

On peut penser, si l'on se réfère aux travaux de Neuburger (1988), qu'une approche systémique des troubles de Leïla se révèle particulièrement indiquée. En effet, de nombreux éléments indiquent que la patiente se trouve « confondue avec son symptôme » dans cette famille.

Tout d'abord, si les parents se plaignent de ses troubles et se révèlent authentiquement inquiets, on peut observer qu'ils se montrent, sur le plan non verbal, très tolérants à leur égard : la mère par exemple, que nous avons pourtant mise en garde contre ces comportements, a régulièrement été surprise par des soignants en

train de manger le plateau-repas de sa fille. Sans doute cette tolérance explique-t-elle aussi que les deux seules hospitalisations qui ont eu lieu en trois années d'évolution de la pathologie aient été demandées par l'école et non par la famille.

Ensuite, on note une très nette « répartition des éléments de la demande » dans la famille : si les symptômes sont l'apanage de Leïla, la souffrance en revanche revient aux parents, tandis que la demande explicite de soins émane de l'encadrement du lycée.

Enfin, on ne peut que souligner l'importance de la pathologie de Leïla dans le fonctionnement familial. Comme le souligne la mère, comparant son dévouement à celui de sa propre mère : « C'est la meilleure de la famille ». Jeune fille modèle, Leïla ne peut, de par ses troubles, qu'entraîner une mobilisation massive de ses proches et focaliser sur sa personne toute leur attention. Pendant l'hospitalisation, la présence quasi continue de ses parents et de sa sœur Lilia, souvent au-delà des horaires de visite autorisés, en témoigne. La sidération de ces derniers au cours des entretiens familiaux indique également combien l'anorexie est devenue leur unique préoccupation, au point qu'ils soutiennent qu'« en dehors de Leïla, il n'y a pas d'autre souci dans la famille ».

On pourrait alors faire l'hypothèse que Leïla permet, par ses troubles, de détourner l'attention de ses proches des préoccupations qui les accablent : les problèmes de logement, la santé des parents (tuberculose de la mère, diabète du père), et d'autres préoccupations auxquelles nous n'avons pu accéder (comme peut-être les difficultés que rencontrent les frères aînés, ou encore celles liées aux nécessaires réaménagements du couple parental du fait de la retraite du père). On ne peut pas dire que ces soucis passent au second plan, ils apparaissent plus encore occultés, mis entre parenthèses. En entraînant une focalisation sur l'ici et maintenant, l'anorexie semble ainsi revêtir une fonction de « diversion ».

Soulignons qu'une telle hypothèse ne prend pas en compte les intentions de la patiente, mais décrit les effets de ses troubles indépendamment desdites intentions : il ne s'agit pas de prétendre que Leïla cherche à se sacrifier pour le bien de sa famille, mais de repérer que sa pathologie produit certains effets sur le système familial, *comme si* elle avait choisi de se sacrifier. Cette lecture ne vise donc pas à dépeindre le vécu intérieur de la patiente ou de son entourage ; elle permet en revanche d'ouvrir

des perspectives thérapeutiques. Comme le note Selvini Palazolli (1996), pour qui les intentions de l'anorexique vis-à-vis de sa famille sont plutôt rebelles et revendicatives :

[L'hypothèse des thérapeutes] la faisait enrager au point de lui faire abandonner le symptôme parce que son comportement était connoté comme un acte oblatif auprès de sa famille, un fait qui ne correspondait certainement pas à ses intentions. (p. 91)⁵⁶

Une intervention de type systémique auprès de cette famille aurait donc pu utiliser cette hypothèse de la « diversion », du sacrifice, comme une façon de provoquer un changement en poussant la patiente et sa famille à redéfinir les relations qui les unissent.

2. Le système thérapeutique

Dans la perspective adoptée dans le paragraphe précédent, la famille apparaît comme un système isolé que le thérapeute cherche à modifier de l'extérieur. Comme nous l'avons vu, cette perspective a depuis longtemps été dépassée par les systémiciens pour qui l'étude du système familial ne peut plus être séparée de celle des autres systèmes avec lesquels ce dernier interagit.

Dans le cas de Leïla, le système thérapeutique englobe ainsi de nombreux individus dont les relations participent à l'évolution de la situation clinique. Si l'on reprend la description de Pinsof (1994), on peut distinguer les systèmes thérapeutiques direct et indirect.

Le système thérapeutique direct est constitué par toutes les personnes en interaction au cours de l'hospitalisation. Côté patiente, nous retrouvons les parents, la sœur Lilia et le frère cadet. Côté thérapeutes, nous devons prendre en compte l'équipe de Liaison Psychiatrique, mais aussi tous les soignants du service de Médecine Interne, des aides-soignantes aux médecins.

Le système indirect englobe pour sa part tous les individus concernés par la prise en charge, mais qui n'ont pas participé directement aux soins. Il s'agit des frères aînés de Leïla, de l'infirmière scolaire et des responsables du Lycée, mais aussi du

⁵⁶ Selvini Palazolli, pionnière des thérapies familiales systémiques des anorexiques, évoque ici ses premières recherches. Ses hypothèses ont par la suite beaucoup évolué.

service de Psychiatrie auprès duquel le cas de l'adolescente a été évoqué lors de réunions de synthèse.

Ces quelques réflexions systémiques indiquent combien les troubles de la patiente doivent être situés dans un contexte intersubjectif très large : la situation clinique de Leïla, comme toutes les situations cliniques, ne se résume pas à la rencontre d'un thérapeute et d'une patiente.

Néanmoins, on peut remarquer que l'attitude systémique, tout en permettant de révéler ce contexte intersubjectif dans toute sa complexité, met entre parenthèses la spécificité des troubles de la patiente, et le vécu qui y est associé.

C. La question de l'intersubjectivité en psychiatrie

Si nous avons consacré une telle attention aux thérapies familiales systémiques, c'est que celles-ci ont le mérite d'explicitier un bouleversement qui a concerné le champ psychiatrique dans son ensemble⁵⁷. En effet, la majorité des psychiatres reconnaissent actuellement que les questions de l'observation participante et de la prise en compte du contexte de la rencontre clinique constituent des aspects décisifs de la pratique psychiatrique – sans toutefois toujours en tirer les conséquences théoriques et techniques.

Faut-il pour autant, comme l'indiquent nos développements précédents, accorder une place centrale à la question de l'intersubjectivité en psychiatrie ? Un détour par l'histoire de cette discipline va nous conforter dans cette idée et nous permettre de préciser la place occupée par la psychiatrie phénoménologique classique dans le champ psychiatrique.

1. L'origine de la psychiatrie

Dans son ouvrage *Le sujet de la folie* consacré à l'origine de la psychiatrie, Gladys Swain (1977) s'élève contre ses prédécesseurs – Michel Foucault, mais aussi ses détracteurs – pour qui la naissance de la psychiatrie correspond, estime-t-elle, à

⁵⁷ Ce bouleversement ne peut être attribué aux seules thérapies familiales systémiques. Le changement d'épistémologie qu'elles revendiquent semble s'inscrire dans une évolution plus globale des sciences humaines qui a influencé de nombreux courants de la psychiatrie.

« l'avènement d'une *méthode* se proposant expressément l'exploration sans *a priori* du réel et se voulant neutre à l'égard des phénomènes » (p. 69). Elle cherche pour sa part à dégager les soubassements qui ont rendu possible la psychiatrie comme méthode d'observation. Elle écrit :

La naissance de la psychiatrie, c'est sans doute le début d'une exactitude systématique dans la description des formes de la maladie mentale. Mais c'est d'abord *une rupture dans la pensée de la folie, une novation radicale dans la visée thérapeutique à l'égard du fou, sans laquelle il n'y aurait pas eu de clinique des maladies mentales.* (p. 71, souligné par nous)

Pour l'auteur, cette rupture, à la fois théorique et pratique, est l'œuvre de Philippe Pinel, au tout début du XIX^e siècle.

Rupture, tout d'abord, dans « la pensée de la folie ». Jusque là, en effet, la folie était conçue comme « folie totale », c'est-à-dire comme une complète absence à soi et au monde. Le fou, retranché dans sa folie, était un in-sensé au sens propre du terme – exclu de la communauté du sens, et donc de la communauté des hommes. Dans les écrits de Pinel apparaît pour la première fois⁵⁸ l'idée que la folie, au contraire, est toujours partielle, qu'elle doit être pensée comme écart de soi à soi – comme aliénation d'une subjectivité⁵⁹ qui conserve néanmoins toujours une certaine distance à cette aliénation :

La folie comme mise en cause du sujet en tant que sujet : tel est l'horizon que Pinel assigne à la réflexion psychiatrique ultérieure. Il la loge toute à l'intérieur de ce cadre théorique implicite. (p. 71)

La folie, si elle atteint bien la subjectivité dans sa totalité, la faisant vaciller à tel point qu'elle puisse parfois paraître totalement éclipsee, ne l'annule pourtant jamais entièrement. La folie totale ne constitue alors que la limite en deçà de laquelle doit être pensée l'aliénation mentale :

C'est une *dimension réfléchie*, pourrait-on dire, que Pinel introduit dans la folie : pas de pleine coïncidence de l'aliéné avec lui-même au sein de l'aliénation, mais

⁵⁸ Certes, souligne G. Swain, on peut relever dans les écrits de ses contemporains des indices d'une telle rupture dans l'abord de la folie. Le mérite revient néanmoins à Pinel de l'avoir rendue manifeste, quoi que de manière très indirecte, « non pas tant au travers de la formulation de l'idée qu'au travers de la mise de l'idée au principe de la description et de l'ordonnement des phénomènes » (p. 129).

⁵⁹ Le terme de subjectivité, absent des écrits de Pinel, est ici emprunté aux analyses de G. Swain.

un rapport de soi à soi maintenu en dépit de la menace de son annulation présente comme horizon de l'aliénation. (p. 123)

Cette nouvelle pensée de la folie a pour corollaire immédiat – et c'est là le point qui nous intéresse – une « novation radicale dans la visée thérapeutique à l'égard du fou ». Si ce dernier, d'une part, n'est pas étranger à la communauté du sens, mais au contraire conserve une subjectivité avec laquelle on peut entrer en relation, et d'autre part maintient un certain écart à son aliénation, c'est par son intermédiaire que le médecin peut – et doit – alors agir :

Loin d'être réduit au statut d'insensé-objet sur lequel on agit du dehors, il devient subjectivité déchirée avec laquelle un commerce thérapeutique est possible. (p. 72)

Ainsi s'effectue un changement complet de perspective :

Du même mouvement se trouvent radicalement retournées les conceptions aussi bien du *mode d'action* du traitement que de la *position* du thérapeute et que du *rapport du patient* à son traitement. Et cela en fonction de la reconnaissance de ce que le traitement de l'aliénation passe par une *médiation*, et que cette médiation c'est l'aliéné lui-même. (p. 132)

On voit par là que la possibilité d'une relation entre le médecin et l'aliéné, d'un « traitement moral »⁶⁰, loin d'être l'épiphénomène d'un changement de regard théorique, est au contraire au cœur de la rupture introduite par Pinel. Si la conception de la folie comme « mise en cause du sujet en tant que sujet » est bien à l'origine de la psychiatrie, c'est en ce qu'elle révèle au médecin la possibilité d'entrer en relation avec le patient, aussi insensé que ce dernier puisse paraître. Ainsi, en plaçant la folie au cœur de la subjectivité, Pinel fait indirectement de l'intersubjectivité le pivot central de la psychiatrie.

Néanmoins, souligne Swain, le spectre de la *folie totale* n'en est pas pour autant définitivement écarté. Il rôde toujours en marge de la psychiatrie, ressurgissant tout particulièrement au sujet de ces formes de la folie où l'aliénation à soi est la plus prononcée – formes que nous nommons aujourd'hui psychoses.

Rejoignant par là les réflexions de Naudin et Azorin citées plus haut, il nous faut remarquer que la psychiatrie phénoménologique classique, qui a justement fait des

⁶⁰ Dans cette expression de Pinel, par laquelle il désigne l'ancêtre de nos psychothérapies, « moral » doit être entendu comme opposé à « corporel » – et non dans le sens d'un « traitement *par la morale* » (cf. Swain (1994)).

psychoses son terrain d'élection, expose au risque de considérer ces dernières comme « folie totale » : la « faillite de la constitution d'autrui », décrite chez ces malades, tend à leur refuser tout accès à l'intersubjectivité, et s'oppose ainsi à toute possibilité psychothérapeutique à leur égard.

Par ailleurs, toujours selon Swain, la rupture introduite par Pinel dans la conception de la folie a été rendue possible par deux conditions historiques : la naissance de la médecine clinique d'une part⁶¹, et la disparition du rôle d'organisation du sens dévolu jusqu'alors à la religion d'autre part. Ce second aspect est, pour l'auteur, le fait de la Révolution Française qui a rompu « avec la façon dont l'humanité s'est pensée *depuis ses origines*, c'est-à-dire en référence constante à l'*invisible* et à l'*ailleurs* » (p. 95). Ceci, tout en fondant la possibilité d'une description de la folie, place cette dernière dans une perspective individualisante :

L'autonomie du fait psychopathologique est de la sorte rendue concevable en même temps que l'imputation au sujet singulier de sa folie par la réduction de celle-ci à la sphère privée. (p. 95)

On voit là que les thérapies familiales systémiques, en contestant cette réduction de la folie à la sphère privée, s'exposent à un risque diamétralement opposé à celui évoqué pour la psychiatrie phénoménologique : le *déni de la spécificité de la folie*. Le fait psychopathologique y perd son autonomie, pour être ramené à une simple forme de la communication.

2. L'intersubjectivité, question centrale de la psychiatrie

Ce détour par l'histoire des origines de la psychiatrie nous permet de préciser une certaine organisation du champ psychiatrique.

La folie comme « mise en cause du sujet en tant que sujet » délimite ce champ. A l'une de ses extrémités, la folie est folie totale, le fou, insensé, et le sujet définitivement retranché dans un monde inaccessible. En s'écartant de cette limite, le fou peut être considéré comme aliéné, et réintègre la communauté des hommes. En poursuivant dans cette même voie, on touche à l'autre extrémité de ce champ, où la

⁶¹ A la fois par un effet direct (l'élaboration de méthodes d'observation) et par un effet indirect (le corps comme objet d'un regard positif révèle en négatif la subjectivité bafouée).

folie n'est plus celle d'un sujet, mais semble se loger dans les interstices du contexte relationnel d'un individu dont la subjectivité est mise entre parenthèses. Nous pouvons alors placer la question de l'intersubjectivité au centre de ce champ, là où le sujet et sa folie peuvent être rencontrés par le psychiatre.

Psychiatrie phénoménologique classique et thérapies familiales systémiques, on l'aura compris, peuvent être respectivement situées à proximité de l'un et l'autre de ces pôles. Les changements d'attitude exigés par ces deux approches éclairent chacun à leur façon la question de l'intersubjectivité : l'*epochè* révèle ses liens étroits avec celle de la subjectivité, et donc de la folie ; l'attitude systémique insiste pour sa part sur l'importance de replacer cette folie dans son contexte intersubjectif.

Mais, nous l'avons vu, chacune de ces attitudes expose le psychiatre qui l'adopte à un risque particulier : conception de la folie comme folie totale d'une part, qui a pour conséquence l'impossibilité de rencontrer un sujet considéré comme retranché dans sa folie ; déni de la spécificité de la folie d'autre part, qui lui aussi tend à faire manquer cette rencontre en refusant de prendre en compte l'aliénation, le vacillement de la subjectivité dont le patient est victime. Ainsi, dans les deux cas, la question de l'intersubjectivité semble tenue à l'écart par la théorie même qui cherche à en rendre compte.

Ces réflexions doivent cependant être nuancées par ce que vit le psychiatre dans sa pratique quotidienne. En effet, quelles que soient ses références théoriques – d'ailleurs souvent multiples – il s'engage avec son patient dans une relation d'emblée intersubjective, bien qu'oscillant entre les deux risques que nous venons de décrire.

3. Vers une phénoménologie des relations intersubjectives

Si nous revenons maintenant à la psychiatrie phénoménologique, nous voyons combien celle-ci est demeurée tributaire, dans sa forme classique, d'un présupposé selon lequel la pathologie mentale représente la propriété d'un individu.

Néanmoins, notre analyse du courant systémique montre que la remise en cause de ce préjugé s'accompagne de nouvelles difficultés. En effet, on pourrait considérer

que l'attitude systémique telle que nous l'avons décrite constitue d'une certaine manière un pas supplémentaire sur le chemin de l'*epochè* en mettant définitivement entre parenthèses la notion de pathologie qui conserve une certaine ambiguïté en psychiatrie phénoménologique. Mais ce faisant, l'attitude systémique conduit, nous l'avons vu, à un déni de la spécificité des troubles psychiatriques en laissant de côté le vécu du patient, « l'"être autrement" par rapport à la texture de la vie » (Minkowski).

Dès lors, la possibilité d'une synthèse entre psychiatrie phénoménologique et systémie apparaît bien improbable. La systémie n'offre pas de véritable solution au problème de l'inter-subjectivité car elle se situe dans une perspective d'emblée relationnelle qui ne laisse aucune place à la notion de subjectivité. Pourtant, la pertinence de cette approche dans de nombreuses situations thérapeutiques laisse à penser que cette dernière favorise, à travers des réaménagements relationnels, une évolution subjective.

Nous allons voir dans notre prochain chapitre comment les réflexions de certains psychiatres phénoménologues permettent de rendre compte de cette articulation entre subjectivité et intersubjectivité.

II. La phénoménologie narrative

Dans ce chapitre, nous allons envisager comment certains auteurs de la psychiatrie phénoménologique ont cherché à renouveler ce courant à partir d'approches narratives issues des philosophies de Paul Ricœur et de Wilhelm Schapp.

A. Ricœur : identité narrative et fiction

Nous allons brièvement présenter la théorie narrative de Ricœur en n'en retenant que quelques points nécessaires à la poursuite de nos réflexions.

1. L'identité narrative

Ricœur, lors d'une conférence donnée à l'occasion d'un congrès psychiatrique (1996), propose de caractériser l'identité humaine par trois paradoxes qui portent respectivement sur la structure temporelle de l'identité, sur la polarité du même et de l'autre et sur la tension entre fragilité et responsabilité. Seul le premier retiendra notre attention dans le cadre de ce travail.

Ce paradoxe, qui concerne le rapport au temps, repose sur la distinction entre les deux sens du mot identité, l'identité comme mêmeté (*idem*) et l'identité comme ipséité (*ipse*)⁶².

D'un côté, ce que nous cherchons sous le titre de l'*identité*, ce sont des traits qui permettent de reconnaître une chose comme étant la *même*.

Cela peut déjà signifier plusieurs choses : identité *numérique* de la même chose qui apparaît plusieurs fois ; identité *ontogénétique* ou de *développement* du même être vivant, de la naissance à la mort (le gland et le chêne) ; identité de *structure* : code génétique, empreintes digitales, groupe sanguin. Ce que nous cherchons, c'est la stabilité, l'absence de changement, l'immuabilité du même. (p. 201)

Mais, remarque l'auteur, la personne humaine ne satisfait que très partiellement à cette quête d'identité-mêmeté :

(...) Si nous cherchons un moi immuable, *non affecté par le temps*, nous ne le trouvons pas. Et pourtant nous ne pouvons nous en tenir à ce verdict négatif. En

⁶² La langue française ne permet pas une telle distinction, contrairement à l'anglais (*sameness / selfhood*), à l'allemand (*Gleichheit / Selbstheit*) ou au latin (*idem / ipse*).

dépit du changement, nous attendons d'autrui qu'il réponde de ses actes passés comme en ayant été l'auteur, le même qu'aujourd'hui ; et nous comptons que dans l'avenir nous pouvons compter qu'il tienne parole, c'est-à-dire qu'il prendra en charge l'être d'aujourd'hui dans l'être de demain (p. 202)

Les deux termes du paradoxe de l'identité sont donc l'identité-*idem*, « malgré le temps, substantielle ou structurale » et l'identité-*ipse*, « à travers le temps, mémorielle et promissive » (*id.*). Notons d'ores et déjà que le récit va pouvoir offrir sa médiation dans ce paradoxe.

Dans son ouvrage *Soi-même comme un autre* (1991), Ricœur détaille cette conception à travers l'opposition de deux modèles de permanence dans le temps : celui du caractère et celui de la parole tenue dans la fidélité de la parole donnée. Ces modèles mettent en jeu de façon différente les problématiques de l'*idem* et de l'*ipse*.

Le caractère désigne l'ensemble des dispositions durables à quoi on reconnaît une personne. A la notion de disposition se rattachent celle d'habitude et l'ensemble des identifications acquises par lesquelles de l'*autre* entre dans la composition du *même*. Sa permanence « exprime le recouvrement quasi complet l'une par l'autre de la problématique de l'*idem* et de celle de l'*ipse* » (p. 143) :

Le caractère, c'est véritablement le "quoi" du "qui". (...) Il s'agit bien ici de recouvrement du *qui* ? par le *quoi* ?, lequel fait glisser la question *qui suis-je* ? à la question : *que suis-je* ?. (p. 147).

En revanche, la parole tenue, ou en d'autres termes la « fidélité à soi dans le maintien de la parole donnée », manifeste une identité totalement opposée à celle du caractère :

La tenue de la promesse (...) paraît bien constituer un défi au temps, un déni du changement : quand même mon désir changerait, quand même je changerais d'opinion, d'inclination, "je maintiendrai". (p. 149)

La promesse permet ainsi de définir un second modèle de permanence dans le temps qui met « en quelque sorte à nu l'ipséité du soi sans le support de la mêmeté » :

La parole tenue dit un *maintien de soi* qui ne se laisse pas inscrire, comme le caractère, dans la dimension du quelque chose en général, mais uniquement dans celle du *qui* ?. (p. 148)

Entre les deux pôles constitués par le caractère et le maintien de soi s'ouvre alors « un intervalle de sens qui reste à combler ». C'est le rôle de l'identité narrative :
[L'identité narrative intervient] dans la constitution conceptuelle de l'identité personnelle à la façon d'une médiété spécifique entre le pôle du caractère, où *idem* et *ipse* tendent à coïncider et le pôle du maintien de soi, où l'ipséité s'affranchit de la mêmeté. (p. 143)

2. Le secours de la fiction

Nous ne poursuivrons pas plus en avant l'étude des implications, notamment éthiques, engendrées par une telle définition de l'identité narrative. Nous souhaitons en revanche envisager un instant l'analyse de Ricœur quant aux rapports entre cette identité narrative et les œuvres de fiction.

En effet, cet auteur s'interroge sur la façon dont « les expériences de pensée suscitées par la fiction » contribuent « à l'examen de soi-même dans la vie réelle »⁶³. Il retient alors quatre points qui permettent de distinguer la fiction de la vie.

Le premier tient à l'« équivocité de la notion d'auteur » dans la vie, par opposition à ce qui se passe dans la fiction où auteur, narrateur et personnage sont bien différenciés :

Quand je m'interprète dans les termes d'un récit de vie, suis-je à la fois les trois, comme dans le récit autobiographique ? Narrateur et personnage, sans doute, mais d'une vie dont, à la différence des êtres de fiction, je ne suis pas l'auteur, mais au plus, selon le mot d'Aristote, le coauteur (...). (p. 189)

La seconde distinction, l'« inachèvement "narratif" de la vie », concerne l'absence d'unité narrative de la vie qui ne peut être délimitée, comme le récit de fiction, par un commencement et une fin⁶⁴ :

Rien dans la vie réelle n'a valeur de commencement narratif ; la mémoire se perd dans les brumes de la petite enfance, ma naissance (...) appartient plus à l'histoire des autres, en l'occurrence celle de mes parents, qu'à moi-même. Quant à ma mort, elle ne sera fin racontée que dans le récit de ceux qui me survivront ;

⁶³ p. 188.

⁶⁴ Même si dans la fiction, précise Ricœur, commencement et fin ne sont pas des événements nécessairement racontés, mais peuvent être ceux de la forme narrative elle-même.

je suis toujours vers ma mort, ce qui exclut que je la saisisse comme fin narrative.
(p. 190)

Le troisième point a trait à l' « enchevêtrement des histoires de vie les unes dans les autres »⁶⁵ :

Alors que chaque roman déploie un monde du texte qui lui est propre (...), les histoires vécues des uns sont enchevêtrées dans les histoires des autres. Des tranches entières de ma vie font partie de l'histoire de la vie des autres, de mes parents, de mes amis, de mes compagnons de travail et de loisir. (p. 190)

Enfin, une dernière distinction oppose les histoires littéraires qui semblent tournées vers le passé aux histoires de vie qui se trouvent pour leur part dans une « dialectique de remémoration et d'anticipation », c'est-à-dire dans une « dialectique entre espace d'expérience et horizon d'attente » (p. 191).

Néanmoins, pour Ricœur, ces arguments ne sont pas « susceptibles de mettre hors jeu la notion même d'*application* de la fiction à la vie » (p. 191).

Ainsi, l'équivocité de la position d'auteur dans la vie gagne à être préservée plutôt que résolue : « En faisant le récit d'une vie dont je ne suis pas l'auteur quant à l'existence, je m'en fais le coauteur quant au sens » (*id.*).

De même l'unité narrative de la vie ne mérite pas d'être considérée comme une pure abstraction, mais au contraire doit être envisagée comme « un mixte instable entre fabulation et expérience vive » (p. 191) :

C'est précisément en raison du caractère évasif de la vie réelle que nous avons besoin du secours de la fiction pour organiser cette dernière rétrospectivement dans l'après-coup, quitte à tenir pour révisable et provisoire toute figure de mise en intrigue empruntée à la fiction ou à l'histoire. Ainsi, c'est à l'aide des commencements narratifs auxquels la lecture nous a familiarisés que, forçant en quelque sorte le trait, nous stabilisons les commencements réels que sont les initiatives – au sens fort du terme – que nous prenons. Et nous avons aussi l'expérience, qu'on peut dire inexacte, de ce que veut dire terminer un cours d'action, une tranche de vie. La littérature nous aide en quelque sorte à fixer le contour de ces fins provisoires. (pp. 191-192)

La littérature permet également de sortir de l'enchevêtrement des histoires de vie en rendant intelligible les différentes histoires de vie des uns des autres :

⁶⁵ Nous reviendrons sur cette formule de Schapp, dont s'inspire ici Ricœur, dans notre prochain paragraphe.

Chaque histoire fictive, en faisant affronter en son sein les destins différents de protagonistes multiples, n'offre-t-elle pas des modèles d'interaction où l'enchevêtrement est clarifié par la compétition des programmes narratifs ? (p. 192)

Enfin, les histoires littéraires ne doivent pas être considérées comme se tournant uniquement vers le passé, puisque des attentes ou des projets prennent place parmi les faits racontés à un temps passé :

On croit volontiers que le récit littéraire, parce qu'il est rétrospectif, ne peut instruire qu'une méditation sur la partie passée de notre vie. Or le récit littéraire n'est rétrospectif qu'en un sens bien précis : c'est seulement aux yeux du narrateur que les faits racontés paraissent s'être déroulés autrefois. Le passé de narration n'est que le quasi-passé de la voix narrative. (*id.*)

On voit que ces analyses ne cherchent pas tant à établir un parallèle entre les histoires de vie et les récits littéraires qu'à développer l'idée du « secours de la fiction » pour la vie réelle. Ce secours, Ricœur l'envisage avant tout dans une perspective éthique :

Les expériences de pensée que nous conduisons dans le grand laboratoire de l'imagination sont aussi des explorations menées dans le royaume du bien et du mal. (p. 194)

3. Ricœur et la psychiatrie

Ces conceptions ont connu un large accueil en psychiatrie, champ dans lequel les questions de l'identité et de la narration occupent depuis quelques années une place importante.

Arrêtons-nous un instant sur les travaux d'Olivier Taïeb et *al.*⁶⁶ qui montrent les perspectives que peut ouvrir la philosophie de Ricœur dans l'étude de la toxicomanie. Ces auteurs font l'hypothèse que les patients toxicomanes, du fait du caractère trop « évasif » de leur vie, auraient davantage besoin du « secours de la

⁶⁶ Taïeb O., Revah-Lévy A., Baubet Th., Moro M.-R. : Les histoires des toxicomanes : intérêts de la notion d'identité narrative de Ricœur dans les addictions, article à paraître dans *L'Évolution psychiatrique*.

fiction » pour construire leur identité narrative que les patients présentant d'autres troubles.

Le recours à la littérature, qu'il s'agisse de la fiction, de l'histoire, mais aussi de la littérature médicale, psychiatrique, psychanalytique, sociale ou anthropologique sur la toxicomanie, permettrait à ces patients d'organiser leur vie et de la rendre intelligible, afin d'en devenir « co-auteur quant à son sens ».

Il faut préciser que le plus souvent, les rencontres entre les sujets toxicomanes et ces références ne résultent pas de lectures personnelles mais se font par l'intermédiaire des différents intervenants et soignants. Il est néanmoins frappant de constater combien ces patients usent de ces références dans leurs récits.

Ainsi, à « l'aide des commencements narratifs » auxquels la littérature les a familiarisés, les toxicomanes tenteraient de stabiliser les « commencements réels que sont les initiatives », en particulier les initiatives d'entrer dans un processus de soins, mais aussi de comprendre le début de leur addiction.

Cette littérature leur permettrait également d'avoir l'expérience « de ce que veut dire terminer un cours d'action, une tranche de vie ». La littérature les aiderait alors « à fixer le contour de ces fins provisoires », d'autant plus incertaines et provisoires pour eux : s'agit-il de la dernière consommation, s'agit-il d'un sevrage définitif ?

L'identité narrative de ces patients serait donc spécifique et le type de leurs histoires de vie témoignerait d'une recherche éperdue de repères narratifs pour tenter de ponctuer et de mesurer une expérience temporelle qui leur échappe. Bien sûr, cette recherche de repères est partagée par les spécialistes des addictions et développée dans les différents modèles et théories que ces derniers proposent pour rendre intelligibles les parcours des patients – mais aussi leur vie de soignant. Cela pourrait expliquer que tant d'éléments de ces discours professionnels se retrouvent dans les récits des patients. La littérature spécialisée et les histoires de vie des patients se renforceraient ainsi de manière réciproque.

La théorie narrative de Ricœur, bien que très éloignée de la psychiatrie phénoménologique, a également alimenté les réflexions de certains auteurs de ce courant.

Tatossian (1994) propose ainsi, avec une grande prudence, de rapprocher les types du récit littéraire et les types de troubles psychiques :

Ces types sont autant de variations de la subjectivité humaine selon la proportion de la mêmété et de l'ipséité. Les types du récit littéraire sont à mettre au compte de Ricœur. Quant aux parallèles à faire avec les troubles psychiques, ils sont à mettre à mon propre compte. Il ne faudrait pas imputer ce rapprochement peut-être un peu simpliste à Ricœur. (p. 105)

Cette perspective permet alors d'opposer d'un côté le *Typus melancholicus* qui, à l'instar des personnages de contes de fée, « absorbe l'ipséité dans la mêmété », et d'un autre côté le schizophrène, qui, tout comme l'*Homme sans qualité* de Musil, peut être considéré comme « une ipséité mise à nu et privée de toute propriété durable » (*id.*).

Ces suggestions, que Tatossian ne développent pas plus en avant, sont reprises par Charbonneau (1994) qui entend esquisser, à partir de « la double dialectique *idem-ipse* et ipséité-altérité », un « partage des psychoses selon que l'une ou l'autre de ces dialectiques s'avèrent en échec » (p. 108).

Comme le remarquent Naudin et Azorin (1998a), ces considérations, qui témoignent sans doute de « la nostalgie des psychiatres phénoménologues pour la nosographie », s'écartent considérablement de la démarche phénoménologique qui doit rester ancrée dans la pratique clinique :

On peut se demander si un recours non critique à une telle philosophie de l'écrit [celle de Ricœur] ne risque pas de conduire à manquer une bonne part de la signification intersubjective d'une pratique psychiatrique qui dans tous les cas reste principalement fondée sur un échange oral. (p. 83)

Pour ces auteurs, la phénoménologie narrative de Schapp, prédécesseur de Ricœur, est plus à même d'apporter au psychiatre des éclaircissements sur sa pratique :

(...) Schapp ne cherche pas à rendre compte d'une unité narrative qui serait construite, fabriquée par un soi, mais plutôt d'un monde toujours déjà parlé au sein duquel l'homme rencontre les histoires bien plus qu'il ne les fabrique. (*id.*)

Nous allons maintenant aborder plus en détail les perspectives ouvertes par cette phénoménologie narrative en psychiatrie.

B. Naudin : l'analyse narrative

C'est à Jean Naudin que l'on doit l'introduction de la phénoménologie narrative de Schapp dans le champ de la psychiatrie. A travers une série d'articles⁶⁷ et un ouvrage, *Phénoménologie et psychiatrie : les voix et la chose* (1997), cet auteur montre comment l'approche narrative de Schapp permet de renouveler la psychiatrie phénoménologique classique en dépassant le modèle perceptif husserlien, centré sur la chose.

1. La réduction hallucinatoire

Dans son livre, Naudin (1997) prend pour fil conducteur le phénomène des voix correspondant au symptôme repéré en psychiatrie sous le nom d'hallucination acoustico-verbale et défini depuis Esquirol comme « perception sans objet à percevoir ».

◆ De l'époque husserlienne à l'époque hallucinatoire

Nous ne pouvons ici rendre compte en détail des analyses très fines qui conduisent l'auteur, au cours des deux premières parties du livre, à interroger depuis ce phénomène à la fois la philosophie husserlienne et la psychiatrie phénoménologique classique qui s'y réfère.

Retenons tout d'abord que ces analyses suggèrent, dans une perspective proche de celle de Blankenburg, qu'il est possible de décrire une « époque hallucinatoire » à laquelle serait soumise le schizophrène. Le travail de Naudin va consister à tenir jusqu'au bout l'idée qu'une « réduction en miroir » demeure possible dans la rencontre clinique :

Tout le paradoxe de notre travail tient en ceci : l'époque husserlienne est un acte profondément solitaire mais nous affirmons sans l'avoir quittée (...) que nous pouvons nous "appuyer" sur la rencontre d'autrui pour pouvoir l'effectuer - nous voulons parler ici de la rencontre du schizophrène." (p. 60)

Mais au terme des deux premières parties, la question de la rencontre des deux *époques* n'est pas résolue.

⁶⁷ Naudin et al. (1995, 1996) ; Naudin et Azorin (1998a).

Notre première section montrait comment effectuer l'*epochè* hallucinatoire depuis la situation de face-à-face de la rencontre avec l'halluciné. Plus exactement elle montrait comment l'halluciné pouvait être contraint par l'hallucination à effectuer une forme d'*epochè* caractéristique. Mais à vrai dire, ce que nous voulions signifier était obscurci par un problème de fond : deux personnes se trouvent comme dans un miroir l'une et l'autre contraintes à effectuer la réduction (...), mais ce qui les relie, indépendamment de cette réduction en commun, n'est pas véritablement explicité. (p. 218)

Le seul pont qui apparaît alors possible « entre ces deux monades phénoménologiques » est l'usage de la langue : « L'*epochè* hallucinatoire, dans son essence même, se raconte. » (p.222)

◆ De l'*epochè* hallucinatoire aux histoires hallucinées

Dans la troisième partie de son ouvrage, Naudin propose alors de radicaliser l'*epochè* hallucinatoire. C'est à ce stade qu'il décide de renoncer au modèle perceptif husserlien, centré sur la chose, et d'effectuer un « saut définitif » vers une conception narrative. Ce passage de l'*epochè* hallucinatoire aux histoires hallucinées s'effectue en trois étapes.

Première étape : réduction à la voix

La première étape, la réduction à la voix, consiste en une « réduction préalable de tout rapport indicatif pour laisser apparaître la voix pure, dans sa phénoménalité même » (p. 228). A ce stade, l'*epochè* hallucinatoire peut se définir ainsi :

L'*epochè* hallucinatoire est une *epochè* qui est commencée par autrui et reprise par ma voix, une *epochè* qui s'origine dans l'étrangeté potentielle de l'autre et se développe dans l'étrangement accueillant de ma voix propre. La spécificité de cette *epochè* tient à ce qu'elle ne peut pas avoir de sens en dehors d'une première rencontre avec l'étrangeté de l'étranger chez autrui - il s'agit bien sûr de l'autrui en chair. (p.244)

Deuxième étape : réduction au fantôme

La deuxième étape est caractérisée par la réduction au fantôme :

(...) Le mode d'apparaître du phénomène dans l'*epochè* hallucinatoire est le mode d'apparaître du fantôme, et cette histoire nous apprend que la phénoménalité du monde est toujours d'essence spectrale. (p. 268)

Notant que « faire parler les fantômes est l'impensé du texte husserlien » (p. 257), Naudin propose alors un renversement méthodologique : il faut « comprendre l'expérience normale depuis l'expérience hallucinatoire » (p. 251). Dès lors, c'est la synthèse de l'expérience elle-même qui doit être remise en question :

Une des limites qu'a rencontrées Binswanger dans sa description des "troubles" de la structure temporelle fondamentale dans l'expérience psychotique est d'avoir prétendu à une synthèse de l'expérience. Tant que nous considérons l'expérience normale comme une synthèse trouvant son aboutissement dans l'unité de la conscience, nous courons le risque de manquer sa profondeur et ne pouvons trouver dans l'expérience hallucinatoire qu'une forme de "déstructuration de la conscience".

(...) L'unité structurale synthétique de la conscience n'est sans doute qu'un leurre et la dissémination des idéalités hors de toute synthèse unitaire subjective observée dans la pluralité et l'être-haché des voix révèle sans doute plutôt un trait caractéristique de la structure narrative de toute conscience. En ce sens donc on peut parler d'une émancipation de la conscience et non pas d'une déstructuration, terme qui préjugerait d'une structuration synthétique préalable, quelque chose comme un schéma apriorique de la conscience, ce dont nous entendons nous défier. (pp. 250-251)

Troisième étape : la réduction à l'histoire

La troisième et dernière étape s'appuie sur la phénoménologie narrative de Schapp selon laquelle, nous allons y revenir, la spécificité de l'homme tient à son empêchement dans des histoires :

Il s'agit d'entendre le sens profond de l'horizon en tant qu'il est toujours déjà parlé par d'autres empêtrés, autres qui en eux-mêmes ont le mode d'apparaître évanescents des fantômes et constituent le phénomène dans sa phénoménalité même, l'empêchement tel qu'il se donne toujours déjà à l'horizon de l'empêtré. Parmi ces autres, il y a également le moi, ou ce qu'il en reste, autrement dit un spectre. (p. 292)

2. Schapp : « L'histoire tient lieu de l'homme »

Cette dernière étape de la réduction à l'histoire fait référence aux travaux du philosophe Wilhelm Schapp, publiés en 1953 sous le titre *Empêtré dans des histoires : l'être de l'homme et de la chose*. Nous allons maintenant exposer cet ouvrage en nous appuyant sur la présentation qu'en fait Naudin (1997)⁶⁸.

◆ Empêtrés dans des histoires

Dès les premières phrases de son livre, Schapp définit la condition de l'homme par l'empêtrement dans les histoires⁶⁹ :

Nous autres humains sommes toujours empêtrés dans des histoires. De chaque histoire fait partie quelqu'un qui s'y trouve empêtré. Histoire et être empêtré dans des histoires vont étroitement ensemble, à tel point que, même en pensée, il est probablement impossible de les séparer.⁷⁰

Pour Schapp, même les objets du monde externe, qu'il nomme « choses-pour » (*Wozuding*), doivent être appréhendés depuis cette perspective, et non depuis la sensation ou la perception. La matière n'est que le *à partir* des choses-pour qui, toujours en connexion avec un passé et des histoires, surgissent ainsi à l'intérieur d'un horizon, d'un réseau de signification :

Ce qui caractérise à proprement parler la chose-pour, c'est son *surgissement ensemble avec une histoire*. (p. 274)

La phénoménologie narrative prend donc pour fil conducteur non pas la chose ou l'homme, mais la connexion vivante des histoires entre elles :

L'histoire d'un homme ne surgira jamais non plus dans le vide, de manière à ce que l'homme seul surgisse, mais elle surgit dans un environnement, sur l'arrière-plan de l'histoire des autres, qui finissent par se perdre d'une manière ou d'une autre dans l'horizon ; de sorte qu'on peut avoir l'impression qu'entre toutes les histoires il y a une connexion proche ou lointaine, une connexion du type de celle

⁶⁸ Naudin (1997) cite et commente la traduction française récente (1993) de cet ouvrage, traduction établie par J. Greisch et publiée aux éditions CERF (La nuit surveillée), Paris.

⁶⁹ Greisch choisit de traduire le terme de *Verstrickung* par « empêtrement », contrairement à Ricœur qui lui préfère celui d'« enchevêtrement ». Naudin estime, et nous souscrivons à cet avis, que cette traduction rend mieux compte du caractère inextricable de la *Verstrickung*.

⁷⁰ Cité p. 171.

qui peut exister dans les histoires, précisément de manière tantôt tangible, tantôt infiniment lointaine.⁷¹

Dès lors, il n'y a pas d'histoire isolée. Les histoires dans lesquelles nous sommes empêtrés surgissent en connexion les unes avec les autres, au sein d'un horizon infini d'histoires. Cet horizon apparaît bien différent de l'horizon spatial continuellement dégradé :

(...) Ce qui se situe loin en arrière de l'histoire peut être vivement éclairé en de multiples endroits, alors que des éléments intermédiaires peuvent être dans l'ombre ou recouverts par la pénombre de l'absence de signification.⁷²

Aucune histoire ne disparaît complètement de l'horizon, certaines sont aussitôt présentes tandis que d'autres semblent être « à l'affût d'un mot de passe pour sortir de leur sommeil et venir à notre rencontre » (p. 278).

Si aucune histoire ne peut être considérée comme terminée, on peut néanmoins dégager une certaine unité de chaque histoire, unité qui tient pour Schapp à sa direction de croissance :

Les histoires (...) ont d'emblée une *direction de croissance* : dans chaque histoire est déjà prédisposée l'histoire à venir, l'histoire passée engendre déjà l'histoire à venir (...).⁷³

Ainsi conçue, l'histoire ne peut être appréhendée dans une conception chronologique qui chercherait à la découper en segments temporels :

L'histoire ne se développe pas à partir d'un passé en direction de l'avenir en passant par un présent ponctuel. Au contraire, l'histoire a un rythme différent. Le passé est présent dans l'horizon et les choses à venir sont de nouveau présentes d'une autre manière, selon de multiples directions. Ainsi ce n'est pas une position de présent qui se déplace à l'intérieur de l'histoire. L'histoire n'est pas traversée par un moi. Mais il y a un avant et un après au sein de l'histoire.⁷⁴

On le voit, ces descriptions diffèrent grandement des analyses de Ricœur. Là où ce dernier développe une théorie visant à conceptualiser la façon dont un sujet déjà constitué cherche à se raconter à travers des histoires, Schapp met entre parenthèses

⁷¹ Cité p. 278.

⁷² Cité p. 282.

⁷³ Cité p. 284.

⁷⁴ Cité p. 287.

toute idée préalable d'un moi autonome pour tenter de cerner comment l'être humain se trouve déjà empêtré dans des histoires multiples :

Beaucoup d'histoires dans lesquelles nous sommes empêtrés peuvent toujours se dérouler simultanément. Elles ne se tiennent pas devant nous aussi détachées que les histoires que nous lisons.⁷⁵

◆ Les histoires hallucinées

Pour Schapp, les histoires des malades mentaux ne sont pas fondamentalement différentes des autres histoires :

Les histoires dans lesquelles l'aliéné mental est empêtré ou *celles qui le hantent*, sont encore des histoires. Nous qui sommes sains d'esprit, nous pouvons les comprendre en tant qu'histoires. Ces histoires sont en soi encore pleines de sens et se rattachent les unes aux autres. En elles et dans elles on peut peut-être distinguer et retrouver tout ce que nous avons découvert dans les histoires de l'homme sain d'esprit comme pré-histoire et après-histoire, comme avant-plan et arrière-plan, comme histoire personnelle et comme histoire d'autrui, même si c'est avec une *déformation caractéristique* : le type de déformation pouvant ici former la base pour un discours qui distingue plusieurs types de folie.⁷⁶

Plus encore, tout homme, même « sain d'esprit », est forcément empêtré dans des histoires d'aliénés. Ces dernières font partie du « grand tout » des histoires qui constitue l'horizon de chacun de nous :

L'homme sain d'esprit et normal est toujours encore empêtré dans des histoires du type des histoires de l'aliéné mental ou du fou, peut-être avec la différence qu'on n'aboutit pas à l'empêtrement intégral, qu'on réussit à rompre le charme.⁷⁷

Dès lors, et c'est le point qui intéresse Naudin lorsqu'il expose la philosophie de Schapp, l'histoire hallucinée peut être envisagée depuis une perspective qui n'est plus celle d'une « perception sans objet à percevoir » :

L'histoire hallucinée ne se définit pas strictement par le fait d'être une histoire, un morceau d'histoire racontée par des voix. C'est plutôt un ensemble d'histoires dans lesquelles un homme est empêtré d'une certaine manière, dans un style particulier que nous pouvons cerner par approximations successives. (p. 302)

⁷⁵ Cité p. 281.

⁷⁶ Cité p. 293.

⁷⁷ *id.*

Notant combien la question des limites entre dedans et dehors se révèle problématique dans la schizophrénie, Naudin reprend alors l'analyse du cas Frantz Weber de Kuhn. Ce dernier auteur décrit comment son patient schizophrène apparaît menacé par le néant et comment il tente alors, à travers son délire, d'établir une délimitation à son intériorité. Or, d'un point de vue narratif, les histoires sont précisément ce qui permet une telle délimitation :

Cette fonction de délimitation s'organise depuis la profondeur des histoires personnelles, selon une direction de croissance propre à chaque histoire. Ce n'est donc pas tant le corps que l'enchevêtrement particulier des histoires propres qui organise les limites du moi. (p. 308)

Dans la schizophrénie, le problème des limites du moi se traduit alors par un empêchement particulier dans les histoires :

Si nous cherchons ce qui caractérise l'infortune du destin schizophrénique, nous pouvons en trouver un trait essentiel dans le néant qui menace de l'accaparer si une histoire ne parvient pas à s'ouvrir vers d'autres connexions. Peut-être l'hallucination (...) peut-elle être comprise ainsi : nul ne peut être empêtré dans le néant, tout au plus peut-on l'être dans une *affaire diamétrale*, quelque chose qui présentifie à la fois dans le paradoxe l'être et le néant, la vie et la mort, la vie propre et l'étrangeté de l'impropre. (p. 307)

Dès lors, l'histoire hallucinée peut se décrire comme une histoire « diamétrale », isolée et comme fermée par les deux bouts, à laquelle se relie toutes les autres histoires :

(...) Lorsque le néant surgit dans les histoires des schizophrènes, ce sont les voix qui prennent en quelque sorte le relais, parce qu'aucune histoire ne peut être isolée sans connexion avec d'autres, et que lorsqu'il le faut, les voix sont toujours prêtes à jouer ce rôle. (p. 312)

L'histoire hallucinée apparaît ainsi comme une histoire impénétrable :

Les hallucinés se plaignent si souvent d'un "*blocage*" que nous tenons ce mot pour acquis sans le considérer comme hautement significatif d'une impasse : celle dans laquelle l'halluciné lui-même bute de façon insurmontable contre la fin d'une histoire. Ce d'autant plus que l'histoire semble finir souvent au milieu ou même avant d'avoir commencé. Il est certainement possible de dire que le caractère impénétrable des histoires hallucinées fait leur charme. (...) L'empêchement intégral de l'halluciné peut donc être compris à la manière de Schapp comme une impossibilité de rompre le charme de l'histoire. (p 314)

3. L'analyse narrative en psychiatrie

Notre exposé des recherches de Naudin sur le phénomène des voix permet d'illustrer la méthode originale que celui-ci entend proposer à la psychiatrie phénoménologique. Ce qu'il nomme « analyse narrative » repose sur l'analyse des connexions vivantes des histoires entre elles :

Cette analyse conçoit l'expérience psychiatrique dans son ensemble, en tant que rencontre et dialogue, et sa plus petite unité d'observation est l'histoire. (p. 302)

Cette dernière citation indique que l'analyse narrative ne se contente pas de renouveler la psychiatrie phénoménologique classique en offrant une nouvelle description des troubles, mais cherche également à penser la situation clinique depuis une perspective résolument intersubjective. En effet, les histoires ne peuvent être envisagées en dehors de la situation dans laquelle elles se racontent :

Par le fait de raconter et d'écouter une histoire, on prolonge également l'histoire, de nouvelles connexions s'établissent. Pour autant qu'il s'agisse de connexions vivantes, il y a une relation étroite de l'auditeur à l'histoire, de l'auditeur au narrateur. Il n'y a pas de narration qui soit simplement une information, dépourvue de connexions vivantes. (p. 278)

La psychothérapie apparaît alors comme un dialogue par lequel le thérapeute parvient à pénétrer l'histoire dans laquelle le patient est intégralement empêtré afin que de nouvelles connexions vivantes puissent s'établir :

(...) Pénétrer dans l'histoire hallucinée doit demeurer au fondement de toute psychothérapie de l'halluciné. Pénétrer dans l'histoire hallucinée présuppose que l'on ait l'intuition de sa direction de croissance propre pour ne pas simplement buter soi-même sur l'un de ses bouts. (...)

La psychothérapie, du point de vue de la direction de croissance des histoires personnelles, ne peut alors être comprise qu'en tant qu'elle ouvre vers le temps et les histoires d'autrui. (p. 317)

Notons pour conclure que l'analyse narrative ne s'oppose pas aux autres histoires qui prennent la pathologie mentale pour objet – et notamment les « histoires objectives », c'est-à-dire les histoires techniques développées par la science psychiatrique :

Le fait de considérer ces histoires objectives, avec leurs critères spécifiques de validation, comme des histoires ne nous fait pas reconsidérer la légitimité de ces critères de type technique mais nous permet de les inscrire dans leurs connexions

vivantes avec l'ensemble des histoires qui de près ou de loin surgissent depuis l'horizon des histoires hallucinées. (p. 298)

Dans cette perspective, le diagnostic, par exemple, apparaît comme une histoire qui entre en connexion avec l'histoire hallucinée :

D'une certaine façon, poser un diagnostic nosographique manifeste un refus de pénétrer dans l'histoire hallucinée. Mais il est bien évident que l'histoire du diagnostic nosographique n'en continue pas moins l'histoire hallucinée. (p.313)

De même, l'*époque* du psychiatre doit en dernier lieu être envisagée comme une histoire, celle, pourrions-nous dire, de la quête de sens :

(...) Le résidu de toute réduction ne peut être lui-même considéré qu'en tant qu'histoire, histoire qui dans le fond finit toujours par motiver le rebondissement de l'intrigue phénoménologique, le fameux "fil conducteur", de la chose au récit. (p. 280)

En ce sens, remarque Naudin, « le fait d'espérer fonder philosophiquement la science », comme cherche à le faire la psychiatrie phénoménologique, « n'est peut-être qu'un leurre particulièrement fécond » (p. 11).

C. Leïla : histoire(s) d'anorexie

Nous allons dans ce paragraphe revenir sur la situation clinique de Leïla afin de la considérer à la lumière des développements précédents.

1. L'anorexie comme identité narrative

Nous avons été frappé de constater combien la patiente semblait revendiquer l'anorexie mentale comme une identité. En effet, celle-ci expose sur sa table de chevet un ouvrage de vulgarisation sur l'anorexie et nous déclare : « Tout est vrai dans ce livre ». Le déni des troubles classiquement décrit dans cette pathologie consiste donc plutôt en un déni de l'anorexie *comme* trouble, l'anorexie en elle-même étant au contraire assumée comme une identité.

Si l'on se réfère aux analyses de Ricœur sur l'identité narrative, on peut observer qu'en nous promettant : « Je ne changerai jamais », Leïla fait coïncider caractère et promesse, figeant ainsi son identité narrative autour de l'anorexie.

De plus, on peut remarquer que les livres qu'elle lit sur le sujet, loin de l'inciter à se remettre en question, la confortent un peu plus dans sa détermination : le « secours

de la fiction » apparaît ainsi avant tout comme un moyen de renforcer cette identité narrative monolithique.

Or, nous avons que la méthode phénoménologique doit nous conduire, dans le champ narratif, à nous décentrer de la question de l'identité, qui tombe sous le coup de l'*epochè*, vers la question de l'empêchement dans les histoires. Comment dès lors comprendre cette revendication de l'anorexie comme identité ?

2. Leïla et les histoires

Laissons un instant cette question de côté pour chercher à cerner dans quelles histoires Leïla se trouve empêtrée.

Tous les éléments que nous avons rapportés lors de l'exposé de la situation clinique constituent, plutôt que des histoires dans lesquelles Leïla serait empêtrée, des bribes d'histoires. Les entretiens montrent combien ces bribes d'histoires peinent à se connecter les unes aux autres, conférant au récit que nous poursuivons ensemble avec la patiente un caractère particulièrement haché.

De plus, et nous retrouvons là une caractéristique de ces entretiens qui nous a conduit à évoquer la question du détachement, les histoires rapportées par l'adolescente apparaissent ne pas pouvoir établir de connexions avec des histoires plus personnelles – des histoires dans lesquelles la patiente serait plus intimement empêtrée. Même lorsqu'elle évoque son enfance ou l'histoire de ses parents, Leïla semble raconter des histoires dont elle est dépositaire, mais qui ne la concernent pas, comme si ces histoires n'étaient pas connectées à ses histoires propres. Ces dernières demeurent quant à elles inaccessibles.

Si nous nous tournons maintenant vers la façon dont s'est développé, au cours des entretiens individuels, notre récit commun, nous pouvons remarquer que nous avons été confronté à une difficulté particulière : peu de connexions se sont établies entre les histoires dans lesquelles nous sommes personnellement empêtré et celles rapportées par la patiente. En effet, comme nous l'avons déjà souligné, cette dernière tend à interrompre tout récit risquant de l'impliquer par le recours au « on » généralisateur, à l'histoire « objective » ou tout simplement en refusant de répondre.

Enfin, nous pouvons observer que la difficulté que nous avons ressentie à établir des connexions vivantes avec l'histoire personnelle de Leïla semble partagée par les autres soignants, mais également par les parents que nous avons décrits comme sidérés. De ce fait, le récit qui commence à se dérouler lors des premiers entretiens tend à se focaliser sur l'ici et maintenant de l'hospitalisation, comme si l'histoire personnelle de la patiente débutait avec son arrivée aux Urgences et coïncidait avec l'histoire de l'hospitalisation. De même, les diverses discussions entre les différents soignants ont eu tendance à se centrer sur cette hospitalisation et sur les modalités de prise en charge.

3. L'anorexie comme piège narratif

Ainsi, l'anorexie apparaît comme un véritable piège narratif qui tend à déconnecter les histoires les unes des autres.

Il s'agit tout d'abord d'un piège subjectif dans lequel s'évanouissent les histoires propres de la patiente. Celle-ci demeure, en quelque sorte, le réceptacle de bribes d'histoires impersonnelles entre lesquelles des connexions vivantes ne parviennent que difficilement à s'établir. L'histoire personnelle disparaît pour laisser place à l'histoire « objective », anonyme, de la pathologie mentale. Nous rejoignons sur ce point précis les conclusions de François Ansermet (1994)⁷⁸ :

On ne peut conclure d'une manière trop générale. Il est en effet important de réaliser qu'une fois sorti du piège anorexique, on retrouve les coordonnées spécifiques de l'histoire du sujet. On peut donc parler d'une généralité du piège, mais pas de l'histoire qui y conduit. (p. 968)

Mais l'anorexie peut également être considérée comme un piège intersubjectif : les histoires des différents membres de l'entourage de Leïla, que ce soient celles de ses proches ou celles des soignants, présentent les mêmes caractéristiques : déconnectées les unes des autres et tendant à se rattacher aux histoires objectives de la littérature médicale.

⁷⁸ Les phrases que nous citons sont extraites de la conclusion d'un article qui aborde la question de l'anorexie sous un angle psychanalytique.

Si nous avons ici distingué, par souci de clarté, les aspects subjectifs et intersubjectifs du piège anorexique, nous voyons bien qu'une telle distinction perd de sa pertinence dans le cadre de l'analyse narrative. L'anorexie constitue en effet une histoire particulière, sans direction de croissance identifiable, qui s'infiltré entre les autres histoires au point de les déconnecter et touche ainsi toutes les personnes qui, de près ou de loin, y sont empêtrées.

On comprend dès lors que la patiente revendique l'anorexie mentale comme une identité : cette histoire anonyme représente tout ce qui lui reste d'histoire propre. Peut-être pourrait-on dire que l'anorexie représente la caricature de l'affirmation de Schapp : « L'histoire tient lieu de l'homme »⁷⁹ ; l'histoire anonyme de l'anorexie tient lieu du sujet.

⁷⁹ Cité p. 277.

III. Kimura Bin : de l'être-malade à l'être en relation

Nous allons maintenant envisager, à travers l'œuvre récente de Kimura Bin, une approche phénoménologique des relations intersubjectives très différente de celle que nous venons d'exposer. Indiquons déjà qu'elle propose, par rapport à la psychiatrie phénoménologique classique, un double décentrement : du sujet vers l'intersubjectivité qui devient centrale et de l'être-malade vers l'être-en-relation.

A. Sujet et intersubjectivité

1. L'*aïda*

Le concept fondamental de la pensée de Kimura est celui d'*aïda*. En Japonais, *aïda* signifie « *entre* » dans le sens d'un intervalle spatial ou temporel entre deux ou plusieurs choses. On utilise aussi ce mot pour désigner « l'entre » des relations interpersonnelles. Il importe néanmoins de bien cerner ce que l'auteur entend désigner par cette notion, car elle lui permet d'introduire des conceptions très éloignées de celles de la tradition philosophique occidentale, comme il le souligne dans le texte d'une conférence, *Entre onozukara et mizukara*⁸⁰ :

Pour les Japonais, l'individu ne saurait d'abord être envisagé en tant que monade isolée instaurant après coup une relation avec les autres. Au contraire ils considèrent que l'*aïda* interpersonnel est premier et qu'ensuite seulement il s'actualise sous la forme du soi-même et des autres. L'*aïda* n'est pas une simple relation mettant en rapport des existences séparées, mais il est le lieu commun originaire de ces existences multiples. Chacune d'entre elles ne peut se constituer en un soi individuel que sur le fondement de cet *aïda*. (p. 37)

Nous voyons donc que « le soi-même en tant que tel comprend l'*aïda* comme un de ses moments constitutifs » (*id.*). Kimura conçoit par conséquent le soi-même comme *aïda* intérieur ou intrasubjectif (par opposition à l'*aïda* intersubjectif, entre moi et les autres).

Pour bien saisir l'originalité de ce concept, il nous faut suivre un instant l'auteur dans son analyse de l'étymologie japonaise. En effet, les japonais écrivent la notion

⁸⁰ Repris in Kimura B. (1992), pp. 35-45

de « soi-même » ou de « moi-même », *mizukara*, avec le même idéogramme (*Ji*) que celle de « de soi-même »⁸¹, *onozukara*. Pour différencier ces deux notions, les Japonais utilisent des mots composés : *Ji-ko* pour « moi-même » et *Ji-nen* pour « de soi-même » ; ce dernier mot, prononcé différemment, est aussi utilisé pour traduire le concept européen de « nature »⁸². Une telle proximité linguistique témoignerait d'une conception radicalement différente du soi :

Par conséquent, pour le mode de pensée japonais, le concept du "soi" embrasse presque la même gamme de significations que le concept de nature, et contrairement au concept de "soi" des langues européennes (*self*, *Selbst*), il ne comporte pas de connotation d'identité à soi-même. Dans ce sens, le "soi" ne peut être un soi authentique qu'en vertu de sa propre participation au mouvement spontané global originaire de la nature. Le "soi" est, si l'on peut dire, de la "nature intériorisée" et la nature en quelque sorte du "soi extériorisé". (p. 39)

L'*aïda* intrasubjectif correspond alors à la « différence interne » entre *mizukara* et *onozukara*, qui est le lieu du « soi intérieur authentique ». S'il est ainsi distingué de l'*aïda* intersubjectif, tous deux demeurent les formes d'un *aïda* originel :

Ces *aïda* sont les deux formes de l'auto-articulation du seul et même phénomène primordial de l'*aïda* qui existe avant la constitution du soi individuel et de toutes relations interpersonnelles entre soi et les autres. Cet *arché-aïda* est le lieu du moi authentique mentionné dans le célèbre kôan zen : "le moi d'avant la naissance de ses propres père et mère". (p. 40)

Dès lors, l'*aïda* intersubjectif ne se limite pas aux relations interpersonnelles d'un individu à un instant donné ; moment constitutif de l'*arché-aïda*, il embrasse tout le champ intersubjectif de cet individu :

Il est toujours en dehors non seulement de chaque personne, mais aussi de tous les participants d'une relation donnée. Il est constitué non seulement par quelques personnes qui y prennent part à un moment donné et expressément, mais en même temps par nombres de personnes anonymes qui demeurent en arrière et se font à peine reconnaître dans la lumière obscure. Aussi s'étend-il à l'infini derrière les participants définis. (Kimura, 1983, p. 83)

⁸¹ A entendre « dans le sens impersonnel d'un mouvement spontané, d'un changement des choses » (p. 38)

⁸² Pour plus de clarté, nous renvoyons au tableau en annexe (p. 148).

Le concept d'*aïda*, on le voit, peut difficilement être rendu en français. La meilleure traduction serait sans doute celle d'« espace de jeu » suggérée fort à propos par la philosophe Nathalie Depraz (2001). Néanmoins, une telle traduction risquerait d'entraîner, dans le champ psychiatrique, une confusion avec le concept d'« espace transitionnel » ou « aire de jeu » forgé par Winnicott (1971) – concept qui, malgré le mésusage dont il fait parfois l'objet, s'oppose à celui d'*aïda* en ce qu'il demeure centré sur l'individu⁸³.

2. Sujet et Soi

Dans son livre, *L'entre, une approche phénoménologique de la schizophrénie*, Kimura (1988) reprend sa description de l'*aïda* sous un angle quelque peu différent. Son point de départ, cette fois-ci, est la définition du *Sujet* telle qu'il la trouve chez le biologiste Viktor von Weizsäcker⁸⁴. Pour ce dernier, le *Sujet* présente deux aspects.

Tout d'abord, c'est le rapport au « fond de la vie », à ce fondement qui ne peut être objectivé par la science, mais auquel tout vivant se rapporte : « le rapport au fond, c'est la subjectivité appréhendée d'une façon concrète et sensible »⁸⁵.

Par ailleurs, la subjectivité désigne aussi chez Weizsäcker, pour un organisme, « le principe qui permet sa confrontation avec le milieu »⁸⁶, avec son environnement. Menacé de disparition à chaque crise, c'est-à-dire lors de chaque modification de la rencontre avec l'environnement, le *Sujet* ainsi conçu « n'est pas une possession immuable, il faut inlassablement le conquérir pour le posséder »⁸⁷. Ce qui est valable pour tout organisme vivant l'est bien sûr pour l'homme :

⁸³ Rappelons que pour Winnicott (1971), le stade du jeu ne correspond pas à l'établissement d'un espace transitionnel *entre* l'enfant et sa mère mais consiste à « permettre le chevauchement de deux aires de jeu et y prendre plaisir » (p. 68)

⁸⁴ Ce qu'il justifie ainsi : « L'être humain a certes un intellect complexe et une conscience articulée verbalement, mais avant tout il est un être vivant dont les facultés intellectuelles visent en dernière analyse à pouvoir vivre, et en ce sens l'anthropologie devrait avant tout être une science de la vie. » (p. 26)

⁸⁵ Cité p. 24.

⁸⁶ Cité p. 28.

⁸⁷ Cité p. 29.

L'individu demeure un sujet en toute relation, même si le partenaire change ou si les modalités de la rencontre sont modifiées, c'est-à-dire à chaque crise dans les rapports humains. (p. 31)

C'est à partir de cette notion de Sujet, entendu comme double rapport au fond de la vie et à l'environnement, que Kimura entend penser le Soi (*Ji-ko*). Pour cela, il reprend les concepts husserliens de noèse et de noème, mais dans des acceptions très différentes :

- la noèse décrit « l'activité pratique dans son aspect agissant, en ce que le mouvement et la perception, l'acte et la reconnaissance sont une seule chose » (note 7, p. 35) ;
- le noème est « le représentant de l'activité vitale noétique transposé au plan de la conscience. C'est un représentant et également une représentation. » (p. 47).

Ainsi définies, ces notions permettent à l'auteur de mieux préciser sa conception du Sujet humain :

Nous pouvons ainsi penser la structure dans son ensemble : l'humain comme vivant est en relation constante avec le fond de la vie. Cette relation se maintient à chaque instant par le biais de l'acte relationnel noétique et pratique qui s'accomplit avec (*aida*) le monde. Chaque noèse envoie des représentations noématiques dans la conscience, et comme "intuition agissante"⁸⁸ elle peut illusoirement être conçue comme provenant d'une activité cognitive ou représentative. En fait, les représentations noématiques fonctionnent comme repère contrôlant l'acte noétique afin qu'il ne dévie pas de son rapport à la vie. Quand cette relation fonctionne comme une dimension métanoétique englobant chaque noèse, la complexe totalité de chaque représentation noématique, autrement dit ce qui tient lieu de vision du monde, a un rôle de contrôle. (p. 88)

Le *Soi* humain, compris dans le prolongement de la subjectivité ainsi conçue, se constitue dans l'activité noétique, tout en présupposant la conscience et ses représentations noématiques :

L'essence du soi est le sujet comme principe noétique, mais ce sujet étant soi implique nécessairement une représentation noématique de soi. (p. 89)

⁸⁸ Le concept d'*intuition agissante* est emprunté par Kimura au philosophe japonais Nishida Kitarô : « Selon Nishida, connaître le monde et voir les choses sont de l'ordre du faire, de l'agir ou du pratique. Acte et intuition, souvent pensés comme contradictoires, en viennent à être compris comme un sous la forme d'une "auto-identité des contradictions absolues". » (pp. 48-49)

3. La rencontre comme résonance intersubjective

La description du Soi, que nous avons isolée par souci de clarté, ne doit pas nous faire oublier le point de départ des réflexions de Kimura Bin : le Soi authentique, avons nous dit, se constitue dans l'*aïda* intra-subjectif, l'*aïda* entre *mizukara* (moi-même) et *onozukara* (de soi-même, l'état de nature) – ce qui le distingue sur un plan formel de l'*aïda* intersubjectif, bien que tous deux se fondent dans le même *arché-aïda*. Les termes de noèse et de noème peuvent maintenant nous permettre de penser l'articulation de ces deux *aïda*.

Pour expliciter cette articulation, Kimura choisit l'exemple d'un ensemble musical. La musique jouée circule dans l'*aïda* intersubjectif des musiciens, c'est-à-dire qu'elle n'appartient en propre à aucun d'entre eux, et qu'elle ne peut pas plus être localisée en dehors d'eux, dans l'espace réel. Or, chaque musicien appréhende cet *aïda* comme intérieur à sa propre subjectivité :

L'*aïda* intersubjectif, qui embrasse l'*aïda* intrasubjectif, fonctionne comme un principe noétique intégrateur. Et pour autant qu'il unifie intégralement, on peut le qualifier de principe métanoétique. (p. 46)

Si l'on se place sur le plan noématique, chaque musicien a conscience de la musique (jouée par l'ensemble) comme forme sonore et y adapte son propre jeu. Ses représentations noématiques ont alors un rôle de contrôle de son jeu comme activité vitale, elles fonctionnent comme principe métanoétique :

La subjectivité est continuellement déterminée par cette intersubjectivité métanoétique de l'ensemble dans sa relation avec le monde musical par les incessantes déterminations qui s'effectuent entre l'acte d'exécution noétique et la perception noématique de la musique.

Mais ce principe métanoétique n'est pas distinct du noétique de chacun. Le noétique et agissant de la conscience est lié tel quel au niveau métanoétique intersubjectif. Le principe métanoétique, *aïda* extérieur au sujet, amène à la conscience le noématique en tant que noétique intérieur au sujet. (p. 52-53)

Deux points essentiels de cette description doivent être soulignés :

- Tout d'abord, la distinction entre noèse et noème – entre l'activité vitale et sa représentation sur le plan de la conscience – n'intervient que « par pure commodité » : « dans l'activité consciente réelle, ces deux moments sont en

relations circulaires de déterminations réciproques où ils se supportent mutuellement » (p. 50-51) ;

- Ensuite, une telle conception insiste sur l'intrication entre subjectivité et intersubjectivité :

L'humain vit en tant que soi subjectif son rapport noétique à la réalité en se maintenant dans des relations sociales avec autrui. Ce n'est pas qu'il s'agisse d'une relation entre le soi subjectif d'une part et l'Autre d'autre part. Le rapport noétique entre moi et l'Autre est le soi subjectif, et la représentation noématique du soi n'est que le représentant que l'*aïda* noétique reflète dans la conscience. (p. 91)

Les travaux de Kimura Bin, tels que nous venons de les décrire, semblent présenter des similitudes avec le concept de résonance (M. Elkaïm) que nous évoquions précédemment⁸⁹. En effet, l'*aïda* peut être considéré comme le lieu des résonances. Si ces dernières peuvent être repérées en tant que telles, sur le plan noématique, par le thérapeute, elles correspondent en fait, à un niveau plus fondamental, au jeu entre les activités noétiques du thérapeute et de l'un ou de plusieurs membres du système qu'il rencontre. La résonance qui se produit dans l'*aïda* intersubjectif participe alors, en tant que principe métanoétique, au rapport noétique entre chaque individu et autrui – c'est-à-dire à la constitution de la subjectivité de chacun.

⁸⁹ Il est intéressant de noter que ces deux auteurs décident de recourir à des termes évoquant la sonorité : M. Elkaïm parle de « résonance », de « corde qui vibre », Kimura B. fonde sa description des relations interpersonnelles sur celle des relations au sein d'un ensemble musical et utilise fréquemment des termes tels que « résonne », « vibre »... On peut également en rapprocher l'ouvrage de J. Naudin (1997) où l'auteur, dans ses recherches sur l'intersubjectivité, s'intéresse particulièrement au phénomène de la voix et de l'écho qu'elle suscite. D'une manière plus générale, on peut se demander si le recours à un tel champ sémantique n'est pas particulièrement adapté aux analyses sur l'intersubjectivité. On pourrait en effet dire de cette dernière ce que M. Merleau-Ponty (1964) écrit de la musique : elle est « trop en deçà du monde et du désignable pour figurer autre chose que des épures de l'Être, son flux et son reflux, sa croissance, ses éclatements, ses tourbillons » (p. 14).

B. De l'être-malade à l'être-en-relation

Si, nous venons de le voir, le décentrement de la subjectivité vers l'intersubjectivité est explicitement développé dans la pensée de Kimura Bin, le second décentrement annoncé – de l'être-malade vers l'être-en-relation – peut paraître moins évident.

Le titre même de l'ouvrage – *L'entre, une approche phénoménologique de la schizophrénie* – annonce en effet, dès le premier abord, que l'auteur cherche avant tout à cerner l'essence de la schizophrénie. Néanmoins, nous verrons que, ce faisant, l'auteur s'efforce de poser les jalons d'une phénoménologie des relations interpersonnelles.

1. « De la physiologie d'*aïda* à la phénoménologie des relations interpersonnelles »

Ce titre du paragraphe 11 (p. 85) indique un tournant important de l'ouvrage. En effet, les développements exposés jusqu'à présent ne permettent pas de rendre compte de l'établissement des représentations noématiques du soi, c'est-à-dire de l'existence du soi, pour soi, comme individu.

Or, souligne Kimura, « la conscience de l'individu s'établit clairement quand cette existence personnelle devient prédominante » (p. 90). La spécificité de l'humain réside alors « dans l'acquisition d'une existence propre maintenue dans un environnement vital » ; il doit « rechercher une existence individuelle et impermutable pour lui-même » (p. 147).

Comment une telle existence *personnelle* peut-elle être appréhendée ? Ou, en d'autres termes, comment peut-on prolonger la description, statique, de la résonance intersubjective, par une analyse génétique des relations interpersonnelles⁹⁰ ?

⁹⁰ *Statique* et *génétique* sont ici à entendre dans leur sens husserlien. Kimura suivrait en ceci l'évolution générale de la phénoménologie psychiatrique qui, pour A. Tatossian (1979), serait caractérisée par « le déplacement d'accent de la *phénoménologie descriptive* vers la *phénoménologie génétique* » (p. 93).

◆ L'absolument autre

Le concept-clef permettant un tel passage, l' « absolument autre », est emprunté ici par Kimura Bin à Nishida Kitarô⁹¹, dont il expose les réflexions à travers plusieurs citations :

Ce qui est pensé comme toi pour moi doit être absolument autre. Les choses sont encore dans le lieu du moi, mais le toi doit être absolument indépendant du moi et lui être extérieur. (cité p. 105)

Pourtant, cet absolument autre n'est pas distinct de moi, il est au fondement du moi :

Quand le soi se voit lui-même dans le soi, il y voit aussi l'absolument autre, et cet absolument autre lui-même est soi. (cité p. 106)

En effet, sans cet absolument autre, le moi ne pourrait pas se constituer :

Que je vois l'absolument autre en moi signifie inversement que je me vois en voyant cet absolument autre et c'est par là que ma subjectivité parvient à se constituer. (cité p. 131)

Moi et toi peuvent en quelque sorte se rencontrer par la médiation (négative) de cet absolument autre qui est en leur propre fond :

Moi et toi reconnaissent l'absolument autre dans leur propre fond et ils se déplacent tous deux vers l'absolument autre ; tout en étant absolument autres, moi et toi se déplacent l'un vers l'autre.(cité p. 106)

De la même manière, l'absolument autre permet la médiatisation du « soi d'aujourd'hui » et du « soi d'hier », ouvrant ainsi la dimension d'historicité de la personne⁹². Cette conception, comme le souligne Kimura, s'apparente à celle de Lévinas⁹³ pour qui l'altérité d'autrui est ce qui permet la constitution du temps propre, et donc de la subjectivité elle-même⁹⁴.

⁹¹ Nishida Kitarô (1870-1945) : philosophe japonais, professeur à l'université de Kyoto.

⁹² Notons que « l'inconnu de l'instant futur et celui de l'autre absolu ne se déduisent pas l'un de l'autre, ils s'enracinent co-originaires dans l'actualité absolue de mon vivre » (p. 113).

⁹³ Cf. notamment *Le temps et l'autre* (Lévinas, 1948) ; nous aurons l'occasion de revenir sur les rapports entre ces deux pensées dans notre troisième partie.

⁹⁴ Lévinas (1948) écrit notamment : « La relation avec autrui, c'est l'absence de l'autre ; non pas absence pure et simple, non pas absence de pur néant, mais absence dans un horizon d'avenir, une absence qui est le temps. » (pp. 83-84)

Notant la proximité du concept d'absolument autre avec « le concept d'*aïda* comme empli d'absolu et comme le lieu où s'effectue noétiquement et par appréhension le projet dans l'histoire » (p. 106), Kimura Bin conclut :

Quand j'aborde un inconnu, c'est une même tension qui domine entre moi et lui. L'*aïda* intersubjectif n'est ni un interstice spatial, ni même psychologique, j'y suis affecté par la rencontre avec autrui et je touche en mon propre fond l'altérité absolue. Par cet absolument autre, le temps et le mouvement vers le futur peuvent exister. L'inconnu, comme tension vers le futur, est identique à l'inconnu qu'est autrui et à l'inconnu de l'absolument autre vécu dans *aïda*.

Le futur et l'autre comme inconnus sont des ombres reflétant le mystère de la mort dans le présent de la vie. Il s'agit de la même chose que le rapport au fond de la vie en tant qu'aspect de la subjectivité telle que la conçoit Weizsäcker. (...)

Maintenir la subjectivité dans son rapport au fond de la vie nécessite de nier chaque fois l'autre comme négativité pour le soi. Cette négation de l'autre est rendue possible par la transformation de l'altérité absolue noétique en une représentation noématique parvenant à la conscience, c'est-à-dire qu'il devient, sous mon pouvoir, comme un autre relatif pour moi. (...) Et le langage qui change l'apparence de l'évènement noétique en un signe noématique permet aussi de s'assurer du caractère désormais inoffensif de l'autre. (pp. 113-115)

Nous voyons que, pour Kimura, le passage de la résonance intersubjective aux relations interpersonnelles révèle l'*aïda* comme absolument autre – reflet de l'inconnu du futur et de l'inconnu d'autrui⁹⁵. Mais une telle conception, qui introduit une transcendance dans la relation à autrui, soulève deux questions :

- quelles conséquences faut-il en tirer sur le plan de la psychothérapie ?
- et surtout, une telle transcendance ne remet-elle pas en question la possibilité même d'une connaissance rigoureuse d'autrui ?

Ces questions seront abordées dans la suite de notre développement. Mais il nous faut auparavant envisager les rapports entre la pensée de Kimura, telle que nous venons de l'exposer, et la psychopathologie.

⁹⁵ Ce qui fait dire à J. Naudin (1997) qu'*aïda* est « un lieu où s'originent à la fois le sens, la temporalité et l'intropathie sur le fondement de la chair » (p. 248)

◆ Aïda et psychopathologie

En effet, si, nous l'avons évoqué, les développements précédents visent pour Kimura à la description de la schizophrénie, on peut noter que les considérations sur cette pathologie n'apparaissent qu'en toute fin d'ouvrage⁹⁶. Faut-il alors y voir le souci de l'auteur de présenter d'abord un système philosophique cohérent, qui pourrait, dans un second temps, être *appliqué* au champ psychopathologique ? Ce serait imputer à l'auteur une bien mauvaise compréhension des rapports entre phénoménologie et psychiatrie⁹⁷. Nous y voyons au contraire la détermination de Kimura à ancrer la psychopathologie dans le champ relationnel.

Considérons tout d'abord une première évocation – allusive, et somme toute assez consensuelle – de l'auteur sur les rapports entre ses travaux et la pathologie mentale :

Perdre sa subjectivité dans une relation avec autrui signifie l'abandon de son existence de personne autonome et l'apparition de situations critiques au niveau psychopathologique. (p. 30-31)

Si l'on peut y voir l'esquisse d'une réflexion sur la relation avec autrui – cette citation se situe dans les pages où, se référant à Weizsäcker, Kimura définit la subjectivité comme rapport au fond de la vie et à l'environnement – l'essence des troubles psychopathologiques reste définie par l'atteinte d'un individu au niveau de « son existence de personne autonome ». Le champ de la psychopathologie est encore celui de l'être-malade tel que nous l'avons défini dans notre première partie.

Une telle conception n'est plus possible au terme des analyses consacrées à l'*aïda* :

Cet *aïda* comme objet a une certaine importance en psychiatrie. Les phénomènes généralement qualifiés de psychopathologiques sont, moins que des anomalies de l'activité psychique telle que la perception, la faculté verbale ou les fonctions de reconnaissance, des troubles de distanciation par rapport à autrui, des troubles de la relation avec lui. (p. 126)

Nous comprenons par là l'importance des développements philosophiques mentionnés, qui préparent en fait à une redéfinition du champ psychopathologique.

⁹⁶ A partir du paragraphe 16, page 126 d'un livre en comportant 150.

⁹⁷ Rappelons à la suite de Tatossian (1979) que ces rapports sont « d'implication et non d'application » (p. 88).

L'étude d'une pathologie comme la schizophrénie, si elle est visée par l'auteur, ne peut être entreprise sans avoir préalablement précisé le lieu où elle surgit, et ce lieu n'est autre que l'*aïda*. Nous assistons ainsi, dans le sillage du décentrement de la subjectivité vers l'intersubjectivité, à un second décentrement, plus subtil, de l'être-malade vers l'être-en-relation. Nous allons tenter de préciser cet aspect à travers l'exemple de la schizophrénie.

2. La schizophrénie comme pathologie d'*aïda*

◆ Pathologie et *aïda*

Kimura aborde la question de la schizophrénie sous deux angles distincts – qui correspondent à deux façons d'appréhender l'*aïda*.

Le premier, que nous ne ferons qu'évoquer ici, caractérise cette pathologie par le « non-naturel dans le rapport au monde » (p. 138). Il renvoie à la description de l'*aïda* intrasubjectif comme différence interne entre *mizukara* et *onozukara*. Le schizophrène ne peut que difficilement se rapporter au fond de la vie par des actes noétiques – ou en d'autres termes « puiser dans le soi (*mizukara*) le "de soi-même" (*onozukara*) indéterminé et le déterminer comme soi » (p. 142). Une telle description fait écho au concept de « perte de l'évidence naturelle » de Blankenburg (1971).

Le second, qui nous retiendra plus longuement, est caractérisé par la non-constitution du soi. Kimura le précise en ces termes :

Pathologie de la relation, pathologie d'*aïda*, la schizophrénie doit avant tout être comprise comme étant due à l'insuffisance d'exercice de l'absolument autre qui est le lieu de la constitution du soi. Cet absolument autre, qui apparaît alors sous la forme d'un autre terrifiant en révélant son altérité absolue, est l'inconnu menaçant la subjectivité en son fondement. (p. 130)

La subjectivité du schizophrène se révèle ainsi vacillante, menacée par une altérité en passe de se substituer à l'ipséité. Mais quelle est l'origine⁹⁸ de cette « insuffisance d'exercice de l'absolument autre » qu'évoque l'auteur ?

⁹⁸ Rappelons qu'il ne s'agit pas, dans une approche phénoménologique, de penser la pathogénie en terme de causalité. Kimura l'exprime ainsi : « si nous établissons des liens entre la pathogénie et

Ce dernier, pour répondre à cette question, a recours au concept de « double entrave » (*double bind*) de G. Bateson, qu'il envisage toutefois d'une manière radicalement différente. Ne voyant dans la différence entre deux sortes de messages conçue en tant que différence de niveaux logiques qu'un décalage entre « un message noétique et un message métanoétique » (p. 135), Kimura estime pour sa part que :

C'est moins le décalage lui-même que son intégration dans le soi qui pose problème. Dans l'intersubjectivité dominée par la double contrainte, *aïda* cesse d'être la structure dynamique du mouvement de constitution du soi, cesse d'être, au fond du soi, un lieu de contact avec l'absolument autre. Quand l'absolument autre cesse de constituer le soi, il devient alors le fondement d'un autre qui nie le soi. (p. 135)

Il ne s'agit néanmoins pas de revenir de manière détournée à une explication causaliste – où la famille serait considérée comme à l'origine des troubles du patient :

La différence entre la victime du double lien et celui qui produit cette situation indique seulement que la victime est une personne jeune en train de se constituer comme soi c'est-à-dire non encore suffisamment tolérante face à l'incohérence. En dehors de cette différence, le double lien est à l'origine une situation de complète mutualité et si le psychiatre ressent par intuition un "sentiment du précoce" chez son patient, c'est sans doute que ce dernier reproduit une situation de double lien. (p.145)

On voit là que ce que nous avons appelé l'*être-malade*, caractérisé par la non-constitution de son soi, ne peut être envisagé en dehors du contexte dans lequel il surgit en tant que tel : du fait de la résonance intersubjective, le vacillement de sa subjectivité survient dans « une situation de complète mutualité », impliquant à la fois ses proches – dont la subjectivité se trouve elle aussi menacée – mais aussi le psychiatre qui se trouve également affecté par sa rencontre. Cet aspect est également souligné par A. Tatossian dans une conférence intitulée *Famille et institution : le sujet comme enjeu*⁹⁹ :

Comme partenaires le plus immédiatement concernés par le psychotique, ses proches comme ses soignants éprouvent à son contact, plus que les autres hommes, la *fragilité* (...) de ce qui est sujet en eux. (p. 171)

l'histoire vécue, c'est dans le sens d'un principe conçu comme un acte métanoétique dirigeant les moments noétiques du présent dans l'histoire de la vie » (p. 134).

⁹⁹ Texte publié in Tatossian (1997), pp. 167-174.

Ainsi, la schizophrénie apparaît comme un processus complexe au cours duquel l'aliénation d'un sujet fait écho à la double entrave qui domine le contexte intersubjectif de ce sujet.

Kimura n'entend cependant pas limiter ces réflexions à la schizophrénie, comme il l'indique dans un article ultérieur (1991) :

Toute situation névrotique et psychotique peut tout d'abord être comprise comme des troubles du rapport à soi-même et aux autres. (...) Pour nous, il s'agit alors dans tout trouble névrotique ou psychotique de l'événement de l'*aïda* (...). (p. 209)

D'une manière générale, la description de l'être-malade doit donc être entreprise dans le cadre de la description, plus fondamentale, de l'*être-en-relation*. En d'autres termes, la pathologie mentale comme mise en cause de la subjectivité d'un individu s'inscrit dans l'atteinte de l'insertion intersubjective de cet individu : la pathologie mentale est avant tout une « pathologie de la relation ».

Une telle définition ouvre, sur le plan psychothérapeutique, certaines perspectives que nous allons maintenant dégager.

◆ *Aïda* et psychothérapie

Kimura Bin n'aborde que fort succinctement les conséquences de ses travaux sur le plan psychothérapeutique¹⁰⁰. Il apporte de brèves – mais précieuses – indications à ce sujet dans la conférence *Entre Onozukara et Mizukara*¹⁰¹. Constatant que les symptômes psychotiques peuvent être considérés « comme l'ultime tentative du sujet pour rebâtir l'articulation de son moi-même menacé d'annihilation », il attribue comme objectif à la psychothérapie « la restauration d'un soi-même sain », qui supprimera alors la raison d'être de ces symptômes. Pour cela :

Le thérapeute doit s'impliquer intimement en se rattachant lui-même au soi-même du patient à partir de la source la plus profonde de son propre moi. (p. 45)

Il s'agit, en d'autres termes, de permettre à l'*aïda* intérieur du patient de se rapporter, au sein de l'espace de résonance que constitue l'*aïda* intersubjectif, à un *aïda* intérieur, celui du psychiatre, qui soit « absolument autre » :

¹⁰⁰ Pour des raisons inhérentes à la démarche phénoménologique (cf. notre première partie).

¹⁰¹ Repris in Kimura (1992), pp. 35-45.

C'est seulement quand le thérapeute peut être sûr qu'il est lui-même un tel *aïda* intérieur que sa présence fournit un pont au patient par lequel, *au cours d'une série suffisamment longue de sessions psychothérapeutiques*, ce dernier peut graduellement s'approprier un soi-même fiable et se libérer des symptômes de sa psychose. (p. 45, souligné par nous)

Si l'on peut comprendre, au vu des développements précédents, la nécessité pour le schizophrène d'être confronté à un *aïda* intérieur qui soit « absolument autre », il n'est pas aisé de déterminer à partir de l'œuvre de Kimura ce que « être lui-même un tel *aïda* intérieur » peut signifier pour le psychiatre. Laissons provisoirement ce point en suspens – nous y reviendrons dans notre troisième partie – et examinons pour l'instant les deux conditions que l'auteur reconnaît à la psychothérapie des psychotiques : présence totale accordée par le psychiatre à son malade et durée de leur relation dans le temps.

Tout d'abord, la nécessité pour le psychiatre d'accorder une présence totale à son patient ne correspond pas ici à une recommandation déontologique empreinte de bienveillance naïve. Il s'agit au contraire pour Kimura Bin d'insister sur le caractère profondément existentiel de toute psychothérapie : seule une implication du psychiatre en tant que sujet lui-même concerné par l'aliénation du patient peut aider à la restauration de la subjectivité de ce dernier – implication qui est une activité vitale d'ordre noétique. Bien entendu, les références théoriques du psychiatre, qui participent à la constitution de représentations sur le plan noématique, ont un rôle de contrôle sur cette activité noétique et ne peuvent en être dissociées¹⁰². C'est néanmoins par l'engagement vital du psychiatre en tant que sujet auprès d'un autre sujet que doit être définie la psychothérapie.

D'autre part, l'importance de la durée de la relation psychothérapeutique dans le temps doit nous conduire à insister sur le rôle de l'entourage. En effet, nous avons vu, à travers la lecture faite par Kimura Bin de la notion de « double entrave », que les proches du patient schizophrène sont concernés au plus profond de leur subjectivité par les troubles de celui-ci : eux-mêmes, pris dans une intersubjectivité dominée par la double contrainte, sont exposés au risque de voir leur propre subjectivité vaciller – bien que, le plus souvent, la plus grande tolérance de leur soi

¹⁰² Nous renvoyons ici à l'analyse des « transactions de savoir » proposée par Th. Trémine (2001).

(déjà constitué) face à l'incohérence leur permette de ne pas souffrir des mêmes conséquences symptomatiques.

Or, le temps que passe le patient à leur contact est très largement supérieur au temps consacré aux séances de thérapie avec son psychiatre. L'entourage, en maintenant la situation de *double bind* avec le patient, ne risque-t-il pas de mettre à mal les progrès du travail psychothérapeutique ? Cette réflexion a longtemps conduit les psychiatres à préconiser la séparation du patient et de sa famille le temps des soins – temps souvent fort long. Ne doit-on pas au contraire penser que les proches du malade, s'ils sont soutenus dans leur propre subjectivité, peuvent constituer des *aïda* intérieurs « absolument autres » qui participent aussi, par leur relation avec le patient, à la restauration du soi-même de ce dernier ?

On rejoint ainsi, quoi qu'à un tout autre niveau, les considérations des thérapeutes familiaux sur la « compétence » des familles : l'expérience clinique confirme en effet que les proches peuvent devenir d'importants « collaborateurs » du psychiatre. Pour cela, ce dernier doit prendre en compte l'implication de leur propre subjectivité au sein de l'*aïda*, lieu des résonances intersubjectives.

3. Kimura Bin et la psychiatrie phénoménologique

Arrivé au terme de notre exposé sur l'œuvre de Kimura Bin, nous pouvons nous demander si cette dernière relève encore de la psychiatrie phénoménologique. En effet, en recourant à des notions issues de la pensée traditionnelle japonaise et de la philosophie zen, elle paraît prendre ses distances par rapport à la démarche que nous avons vu caractériser cette approche. Nous pouvons d'ailleurs noter que Kimura lui-même, s'il se réclame bien de la psychiatrie phénoménologique, n'apporte pas de réponse définitive à la question du statut de l'*aïda* :

L'existence de cette *arché-aïda* antérieure à la conscience empirique peut être postulée métaphysiquement ou perçue phénoménologiquement de façon intuitive. Son fonctionnement réel en tant que fondement du soi-même et des relations interpersonnelles peut aussi être déduit, après coup, à partir des formes par lesquelles il se manifeste. (1992, pp. 41-42)

Néanmoins, nous pouvons aussi penser que ces notions convoquées par Kimura permettent de débusquer les préjugés que la psychiatrie phénoménologique classique

réintroduit, à son insu, du fait de son ancrage dans la pensée occidentale. Deux de ces préjugés retiendront notre attention.

◆ La question du langage

Le premier de ces préjugés est explicitement dénoncé par Kimura dans un article consacré à la question du langage en psychothérapie (1991) :

En général, et surtout dans les cultures occidentales, faire l'expérience de quelque chose revient à construire en soi une réalité donnée de façon à ce qu'elle puisse être verbalement transmise à l'autre. Ce n'est que par la communication verbale que la réalité expérimentale peut être partagée avec les autres et faire ainsi partie du domaine intersubjectif commun. (pp. 200-201)

Notre exposé sur la pensée de Kimura indique déjà combien cette pensée, en considérant l'*aïda* comme premier, se distingue d'un tel « logocentrisme ». Cette conception se révèle indissociable d'une approche du langage bien différente de la nôtre. En effet, le terme japonais qui correspond aux termes français de « langage » ou de « mot » est *kotoba*, qui désigne étymologiquement une particule superficielle (*ba*) de la réalité (*koto*) :

Là, nous voyons un aspect essentiel de la manière de penser traditionnelle japonaise selon laquelle la langue ou le mot ne peuvent pas présenter plus que la surface de la réalité. (...) En Orient, (...) le logos (*kotoba*) doit à chaque fois être découpé du *koto* pour représenter verbalement ses ombres superficielles. (p. 205)

Dès lors, la capacité de langage de l'homme ne lui permet d'approcher que superficiellement l'expérience qu'il fait de la réalité. L'essentiel de l'être humain réside donc pour Kimura dans sa relation, en grande partie ineffable, à l'environnement et au fond de la vie :

Quoique l'homme se distingue par sa capacité à la parole, il est pourtant comme tout autre être vivant un être en prise avec son pouvoir-vivre tant qu'il est en vie. L'homme n'est pas seulement une machine parlante. Sa capacité à se représenter verbalement son monde de vie est aussi fondée dans le fait ultime qu'il a à vivre sa vie, que vivant, il a affaire à son monde de vie et à y prendre position. (p. 208)

◆ La question de l'individu

Le second préjugé de la pensée occidentale tient à ce que celle-ci se révèle centrée depuis Descartes, et peut-être même depuis Saint Augustin¹⁰³, sur l'individu. Nous avons vu en détail comment les réflexions de Kimura Bin permettaient de se décentrer d'une telle perspective.

Le concept d'*aïda* apparaît alors comme une incitation à prolonger l'*epochè* : en dernière analyse, le sujet n'est peut-être pas le sujet de la conscience décrit par Husserl, ni un être de langage empêtré dans des histoires (Naudin), mais un être vivant toujours déjà traversé par un jaillissement vital qui le maintient en interaction constante avec son environnement.

Dès lors la conscience et le langage ne peuvent plus constituer, si l'on peut dire, le centre de gravité de l'être humain, mais ne font que participer à la tentative pour cet être humain d'asseoir son autonomie menacée par l'absolument autre – tentative qu'il doit sans cesse renouveler en un mouvement qui est la subjectivité même.

C. Leïla : l'anorexie comme incarnation de l' « absolument autre »

Nous allons envisager, pour conclure ce chapitre consacré à l'œuvre de Kimura Bin, les perspectives ouvertes par cette dernière pour notre étude de la situation clinique de Leïla.

1. Le détachement comme « pathologie de la relation »

Notre analyse de l'expérience vécue par cette patiente nous avait conduit, rappelons le, à voir dans le détachement le trouble générateur de l'anorexie. Nous

¹⁰³ Nous nous référons ici au philosophe Christos Yannaras (1980). Pour celui-ci, l'adoption par la philosophie d'une perspective individualisante ne remonte pas à ses origines grecques, mais résulte de l'influence du christianisme occidental depuis Saint Augustin. La véritable rupture avec la pensée grecque doit néanmoins être attribuée à la Scolastique : avec cette dernière, « la connaissance de la vérité cesse d'être une participation dynamique au "devenir" universel des relations qui constituent la vie, au *logos de communion de la vie* – le fait d'*être-dans-la-vérité* cesse de s'identifier au fait d'*être-en-communion* » (p. 100). Toujours selon cet auteur, Descartes et la tradition philosophique occidentale ultérieure ne font alors que prolonger cette rupture.

avons remarqué que ce détachement se révèle indissociable d'une douleur profonde à laquelle s'oppose la détermination de la patiente.

Or nous pouvons maintenant repérer que ce détachement, que nous avons décrit comme détachement par rapport au monde, concerne avant tout les rapports de l'adolescente aux personnes de son entourage – au rang desquelles nous devons compter les soignants, et par conséquent nous-même.

En effet, c'est en premier lieu à travers la texture, si l'on peut dire, de notre relation à la patiente que nous avons perçu ce détachement. Nous avons remarqué que Leïla pouvait sans difficulté soutenir des conversations factuelles, ou évoquer l'histoire, même tragique, des personnes de son entourage, mais qu'elle ne pouvait en revanche que difficilement s'impliquer personnellement dans les relations.

Le détachement de l'anorexie ne se distingue donc pas seulement de la « perte de contact vital avec la réalité » du schizophrène par un degré d'ancrage dans le monde plus important mais également, et avant tout, par le fait que ce détachement concerne plus spécifiquement le monde des relations intersubjectives.

2. Analyse des résonances intersubjectives

Si, prenant acte de cette dimension relationnelle de l'anorexie mentale, nous cherchons à nous décentrer de l'expérience vécue par Leïla, nous pouvons constater que ses troubles ne peuvent laisser indifférentes les personnes de son entourage. Bien que les réactions de ces dernières se révèlent variables dans le temps, ainsi qu'en fonction de l'histoire de chacune d'entre elles – selon une gamme allant de la compassion au rejet –, toutes ces réactions nous semblent témoigner d'une implication importante, nous pourrions dire : vitale, de chaque subjectivité, implication qui semble s'accompagner d'une véritable fascination pour l'adolescente.

La sidération des parents n'apparaît pas tant comme une inquiétude pour l'avenir de leur fille que comme une déstabilisation profonde de leur propre subjectivité par laquelle la perspective même d'un avenir semble mise entre parenthèses. Si nous ajoutons à cela l'impossibilité pour ces parents d'évoquer le passé ou d'autres préoccupations actuelles, nous pouvons comprendre cette sidération comme le reflet d'une suspension du temps vécu par tous les membres de la famille. Il ne s'agit pour

nous de suggérer que la fascination qu'exerce la patiente sur ses parents serait la *cause* de cette suspension du temps, mais au contraire que cette fascination s'inscrit dans une « une situation de complète mutualité » caractérisée par une temporalité particulière.

De même, de nombreuses discussions avec les soignants du service de Médecine Interne nous ont également permis de noter combien chacun d'entre eux se sent touché au plus profond de lui-même par cette adolescente. Celle-ci les confronte en effet à des questionnements qui méritent d'être qualifiés d'existentiels au sens philosophique du terme. Plusieurs soignants nous ont ainsi confié être hantés par la question de la mort de la patiente, au point de ne parvenir que difficilement à supporter sa présence. Certains d'entre eux ont également exprimé un grand désarroi devant des troubles qui leur apparaissent totalement incompréhensibles : comment est-il possible, se demandent-ils, qu'une jeune fille apparemment sensée puisse « en arriver là » ? « D'où vient une telle maladie ? »

Enfin, si nous nous penchons sur notre propre vécu au contact de cette adolescente, nous constatons que celle-ci nous a affecté bien plus que d'autres patients, ou plus précisément d'une tout autre manière, plus dérangeante pourrions-nous dire. En effet, si certains malades se révèlent particulièrement touchants en ce qu'ils nous renvoient à des événements ou à des personnes appartenant à notre propre histoire, Leïla pour sa part fait ressurgir en nous des questionnements plus fondamentaux, plus « métaphysiques » – questionnements qui ne représentent pas pour nous de simples spéculations intellectuelles. Nous pensons d'ailleurs que le choix de cette situation clinique pour notre travail – travail qui accorde une attention importante à la philosophie et trouve en partie sa motivation dans ces mêmes questionnements – n'est pas étranger à ces résonances intersubjectives que nous cherchons ici à décrire.

3. L'anorexie comme autonomisation absolue

Ainsi, Leïla paraît incarner auprès des différentes personnes de son contexte relationnel ce que Nishida nomme l'absolument autre ; son détachement réveille en chaque sujet le mystère de la mort et l'inconnu de l'altérité. L'implication de chacun

est à la mesure du détachement de l'adolescente : plus celle-ci se dérobe dans la relation, plus elle exerce de fascination sur eux.

Si nous reprenons la description de Kimura Bin, et notamment sa conception de l'*aïda* comme « emplie d'absolu », c'est-à-dire comme lieu où « je touche en mon propre fond l'altérité absolue », le détachement de l'anorexique semble ainsi correspondre à une disparition du sujet en tant que rapport à l'environnement pour ne demeurer que rapport au fond de la vie – fond de la vie qui apparaît pour ainsi dire mis à nu.

L'autonomie de l'anorexique se maintient ainsi non pas *dans* son environnement vital mais indépendamment de celui-ci, dans un mouvement que rien ne semble pouvoir remettre en question : par le détachement, le sujet se dérobe à toute possibilité de crise au sens de von Weizsäcker, dans un processus que l'on peut qualifier d'*autonomisation absolue*. La détermination que nous avons décrite chez Leïla ainsi que le « contentement vraiment pathologique » repéré par Raimbault (1994) peuvent alors être compris comme le reflet dans l'expérience vécue de la patiente de cette autonomisation absolue qui lui est imposée par la pathologie anorexique.

De plus, si l'on considère l'étroite articulation entre temporalité et altérité soulignée par les analyses de Kimura, on comprend que l'anorexie comme pathologie de l'*aïda* envahi par l'absolument autre s'accompagne de modifications profondes de la temporalité. La phrase : « Le futur et l'autre comme inconnus sont des ombres reflétant le mystère de la mort dans le présent de la vie » semble indiquer que la suspension du temps que nous avons repérée ne procède pas tant de la mise entre parenthèses de l'avenir que de l'envahissement du présent par la perspective écrasante d'un avenir dominé par la mort.

Troisième partie : l'éthique relationnelle

Thématiser, c'est offrir le monde
à Autrui par la parole.

E. Lévinas

Comme nous l'avons vu, les réflexions de Kimura Bin sur l'intersubjectivité, si elles s'ancrent dans la description de la subjectivité, définie comme rapport au fond de la vie et à l'environnement (et donc caractéristique de tout organisme vivant), visent en dernier lieu à cerner la spécificité humaine des relations interpersonnelles. En partant du constat que l'homme est un sujet bien particulier en ce qu'il recherche « une existence individuelle et imperturbable pour lui-même », l'auteur est amené à introduire dans la relation à autrui une *transcendance* : ce n'est que confronté à autrui comme « absolument autre » que le sujet humain peut se constituer en tant que soi doté d'une existence personnelle.

Kimura Bin note à ce propos la proximité de ses travaux avec ceux d'Emmanuel Lévinas, qui place cette transcendance au cœur de sa philosophie. Néanmoins, Kimura, poursuivant son propre cheminement, ne s'appuie que sur les premiers écrits de celui-ci¹⁰⁴, laissant de côté les développements ultérieurs de la pensée lévinassienne.

Nous allons pour notre part tenter de préciser comment ces développements peuvent éclairer la question de l'intersubjectivité en révélant le caractère fondamentalement éthique des relations humaines. Nous verrons ce faisant émerger – à travers le concept d'« autre homme » – la nécessité d'une réflexion rigoureuse sur la notion, fort galvaudée, d'humanité, et examinerons alors les conséquences qu'il faut en tirer dans le champ psychiatrique.

¹⁰⁴ Seuls sont cités *De l'existence à l'existant* et *Le temps et l'autre*, textes publiés respectivement en 1947 et 1948 – c'est-à-dire bien avant les deux ouvrages majeurs de Lévinas : *Totalité et Infini* (1961) et *Autrement qu'être ou au delà de l'essence* (1974).

I. Lévinas : la relation à l'autre homme

Ce premier chapitre sera consacré à l'exposé de la pensée de Lévinas qui présente pour nous l'intérêt de chercher à dépasser les limites de la phénoménologie tout en demeurant, avec certaines réserves dont nous discuterons, fortement attachée à sa méthode.

A. La relation intersubjective comme transcendance

1. Transcendance et Désir

Nous avons déjà suggéré à plusieurs reprises que Lévinas décrivait la relation à autrui comme une transcendance. Laissons provisoirement de côté les raisons qui conduisent l'auteur à développer une telle conception, nous allons tout d'abord voir comment celle-ci est précisée, dans l'ouvrage *Totalité et Infini – Essai sur l'extériorité* (1961), à travers l'opposition entre transcendance et objectivité.

L'objectivité, dont le prototype est la relation d'un sujet à un objet du monde, se situe pour l'auteur dans le registre de la possession¹⁰⁵.

Le Moi, qui séjourne dans le monde, peut se saisir des objets qui l'entourent ; il a prise sur eux, même lorsqu'ils semblent se refuser à lui : il peut surmonter leur résistance par son travail, mesurer la distance qui les sépare de lui, etc.

Dans tous les cas, le Moi, retournant « l'altérité du monde en identification de soi »¹⁰⁶, s'approprie l'objet par sa relation avec lui ; il demeure dans ce que Lévinas nomme le Même, c'est-à-dire le lieu dans lequel le Moi retrouve son identité à travers tout ce qui lui arrive. La relation à l'objet naît d'un *besoin* du sujet qui vise, à travers l'objet, la satisfaction de ce sujet ; elle part du sujet pour revenir au sujet – elle est égoïsme¹⁰⁷.

¹⁰⁵ L'objectivité, néanmoins, ne se résume pas aux relations au sein du monde matériel : comme nous le verrons, la connaissance, en interposant un troisième terme – concept ou sensation – entre le sujet de la connaissance et l'être connu, est aussi un moyen de s'approprier ce dernier.

¹⁰⁶ p. 27.

¹⁰⁷ Le terme *égoïsme* désigne ici ce qui se rapporte à un *ego* au sein du Même : « L'identification du Même n'est pas le vide d'une tautologie, ni une opposition dialectique à l'Autre, mais le concret de l'égoïsme. » (*id.*)

Autrui, en revanche, peut être défini comme celui qui échappe toujours à mon pouvoir : quels que soient les moyens par lesquels je tente de m'en saisir (actes, connaissance), je suis confronté à l'imprévisibilité de ses réactions ; il « ne se refuse pas seulement à la possession, mais la conteste »¹⁰⁸. Pour Lévinas, Autrui se caractérise donc par son extériorité radicale par rapport au Moi – il demeure toujours Autre¹⁰⁹ : « L'absolument Autre, c'est Autrui »¹¹⁰. Cette séparation entre moi et autrui implique que ma relation avec lui soit une *transcendance*, notion que l'auteur définit ainsi :

[La transcendance] désigne une relation avec une réalité infiniment distante de la mienne, sans que cette distance détruise pour autant cette relation et sans que cette relation détruise cette distance (p. 31).

Ainsi, ma relation avec autrui, quelle qu'elle soit, ne peut abolir complètement la distance qui me sépare de lui – autrui me demeure toujours extérieur. De plus, la transcendance de l'Autre par rapport au Même indique le caractère fondamentalement asymétrique de leur rapport, son irréversibilité :

L'irréversibilité ne signifie pas seulement que le Même va vers l'Autre, autrement que l'Autre ne va vers le Même. Cette éventualité n'entre pas en ligne de compte : la séparation radicale entre le Même et l'Autre, signifie précisément qu'il est impossible de se placer en dehors de la corrélation du Même et de l'Autre pour enregistrer la correspondance ou la non-correspondance de cet aller à ce retour. Sinon, le Même et l'Autre se trouveraient sous un regard commun et la distance absolue qui les sépare serait comblée. (pp. 24-25)

Cette description de la relation intersubjective comme transcendance, indique Lévinas, peut être éclairée à partir de la notion d'« idée de l'infini » de Descartes. L'idée de l'infini, en effet, contrairement à toutes les autres idées, ne peut pas être définie comme la visée d'un objet (*ideatum*) par un sujet ; elle a ceci d'exceptionnel qu'elle naît de la relation à un terme jamais atteint – présence dans la pensée d'une idée dont l'*ideatum* déborde la capacité de la pensée :

La distance qui sépare *ideatum* et idée, constitue ici le contenu de l'*ideatum* même. (...) Le transcendant est le seul *ideatum* dont il ne peut y avoir qu'une idée

¹⁰⁸ *ibid.*

¹⁰⁹ Le concept d'« Autre », chez Lévinas, ne désigne pas autrui mais ce qui est absolument autre ; l'Autre s'oppose au Même comme Autrui s'oppose au Moi.

¹¹⁰ p. 28.

en nous ; il est infiniment éloigné de son idée – c'est-à-dire extérieur – parce qu'il est infini. (p. 41)

Cependant, Lévinas aborde la question de la relation à l'infini d'une tout autre façon que Descartes, ce qu'il précise, à l'occasion d'entretiens avec Ph. Nemo¹¹¹, en ces termes :

Chez Descartes, l'idée de l'Infini reste une idée théorétique, une contemplation, un savoir. Je pense, quant à moi, que *la relation à l'Infini n'est pas un savoir, mais un Désir*. J'ai essayé de décrire la différence du Désir et du besoin par le fait que *le Désir ne peut être satisfait* ; que le Désir, en quelque manière, se nourrit de ses propres faims et s'augmente de sa satisfaction ; que le Désir est comme une pensée qui pense plus qu'elle ne pense, ou plus que ce qu'elle pense. Structure paradoxale sans doute, mais qui ne l'est pas plus que cette présence de l'infini dans un acte fini.¹¹²

Il faut ajouter à ces propos un second point qui, pour l'auteur, distingue le Désir du besoin. Contrairement à ce dernier, qui part du sujet pour y revenir, « le *Désir* est une aspiration que le Désirable anime ; il naît à partir de son "objet", il est *révélation* »¹¹³. Dès lors, le Désir de l'infini apparaît comme la relation à une extériorité qui ne peut être conçue en dehors de cette relation :

L'infini n'est pas d'abord pour se révéler *ensuite*. Son infinition se produit comme révélation, comme mise en *moi* de son idée. (p. 12)

De même, Autrui comme « absolument autre » ne peut être pensé par le Moi indépendamment de la relation Moi-Autrui. Plus encore, cette relation, en tant que Désir, ne naît pas du Moi. Elle n'est pas un besoin que ce dernier chercherait à satisfaire dans son égoïsme mais lui est comme imposée de l'extérieur – en interrompant l'égoïsme du Moi, Autrui se révèle au Moi comme visage.

¹¹¹ Ces entretiens ont été publiés sous le titre *Ethique et infini* (1982).

¹¹² Lévinas (1982), pp. 86-87, c'est nous qui soulignons.

¹¹³ p. 56, souligné par nous.

2. La relation au visage comme discours

La notion de *visage*, fondamentale chez Lévinas, ne désigne ni une réalité physique, un apparaître – qui serait métaphoriquement chargée de résumer les qualités d'autrui qui me fait face¹¹⁴ –, ni l'idée d'autrui que je me forgerais dans l'égoïsme de ma pensée, sa représentation. Au contraire, le visage correspond à « la manière dont se présente l'Autre, dépassant *l'idée de l'Autre en moi* » :

Cette *façon* ne consiste pas à figurer comme thème sous mon regard, à s'étaler comme un ensemble de qualités formant une image. Le visage d'Autrui détruit à tout moment, et déborde l'image plastique qu'il me laisse, l'idée à ma mesure et à la mesure de son *ideatum* – l'idée adéquate. (p. 43)

Le visage d'autrui, *révélation* de l'Autre, est donc cette présence qui, tranchant sur celle des objets du monde en ce qu'elle échappe toujours à mon pouvoir, ne défie pas « la faiblesse de mes pouvoirs, mais mon pouvoir de pouvoir »¹¹⁵. Irruption de l'Autre dans le Même interrompant l'égoïsme de mon Moi, le visage d'autrui m'interpelle :

Le visage est une présence vivante, il est expression. La vie de l'expression consiste à défaire la forme où l'étant s'exposant comme thème, se dissimule par là même. Le visage parle. La manifestation du visage est déjà discours. (p. 61)

Le terme de *discours*, on le voit, ne fait pas ici référence au langage comme système de signes, mais au contraire au langage comme ce qui rend possible un tel système¹¹⁶. Le discours originel, « discours qui oblige à entrer dans le discours »¹¹⁷,

¹¹⁴ Les résonances métaphoriques que le terme de *visage*, issu du vocabulaire courant, éveille chez le lecteur, ne nous semblent pourtant pas étrangères à son choix par l'auteur : le visage de mon interlocuteur, ouvert ou fermé, révèle ou dissimule le secret de ses pensées – m'accueille ou me repousse ; unique dans ses traits, il est, plus que le reste du corps, porteur de la singularité d'un individu ; réalité « en chair et en os », il ne renvoie pas à un autrui qui serait une généralité mais à celui qui me fait face, ici et maintenant ; enfin, si je vois le visage d'autrui, le mien me reste caché.

Mais, comme souvent chez Lévinas, ces résonances métaphoriques, si elles ne sont ni ignorées, ni exploitées telles quelles par l'auteur, se trouvent redéployées selon les exigences d'un cheminement philosophique par lequel elles acquièrent une dimension radicalement différente – une dimension qui nous le verrons par la suite, doit être qualifiée d'éthique.

¹¹⁵ p. 215.

¹¹⁶ « Le langage instaure une relation irréductible à la relation sujet-objet : la *révélation* de l'Autre. C'est dans cette révélation que le langage, comme système de signes, peut seulement se constituer. » (p. 70)

est, pourrait-on dire, la mise en tension de l'espace intersubjectif par la révélation d'Autrui, ou encore la situation dans laquelle, confronté à l'Autre, « le Même, ramassé dans son ipséité de "je" – d'étant particulier unique et autochtone – sort de soi »¹¹⁸.

De même, le terme d'« expression » ne désigne pas l'idée d'exprimer quelque chose, mais le fait même d'exprimer :

L'essence originelle de l'expression et du discours ne réside pas dans l'information qu'ils fourniraient sur un monde intérieur et caché. Dans l'expression un être se présente lui-même. (p. 218)

La description de la relation intersubjective comme transcendance est donc ancrée, chez Lévinas, dans cette situation de *face à face* où le Moi est interpellé par l'expression du visage d'Autrui – situation qui est déjà discours. Seul le langage permet alors de maintenir la relation Moi-Autrui sans pour autant en annuler la transcendance :

Le langage ne peut se parler, en effet, que si l'interlocuteur est le commencement de son discours, s'il reste, par conséquent, au-delà du système, s'il n'est pas *sur le même plan* que moi. (p. 104)

3. Une transcendance irréductible

Ces premières considérations sur la philosophie de Lévinas montrent comment ce dernier s'efforce de dégager les conséquences d'une transcendance dans la relation à Autrui posée comme irréductible.

Il apparaît alors rétrospectivement que, si la nécessité d'une telle transcendance semble bien imposée par Kimura Bin lorsqu'il recourt au concept d'« absolument autre », cette nécessité n'est pas tenue jusqu'au bout par ce dernier. Considérons à nouveau le passage déjà cité dans notre deuxième partie :

Maintenir la subjectivité dans son rapport au fond de la vie nécessite de nier chaque fois l'autre comme négativité pour le soi. Cette négation de l'autre est rendue possible par la transformation de l'altérité absolue noétique en une représentation noématique parvenant à la conscience, c'est-à-dire qu'*il devient, sous mon pouvoir, comme un autre relatif pour moi.* (...) Et le langage qui change

¹¹⁷ p. 220.

¹¹⁸ p. 29.

l'apparence de l'évènement noétique en un signe noématique permet aussi de s'assurer du caractère désormais inoffensif de l'autre.¹¹⁹

Cette citation montre clairement que Kimura, ayant pointé l'altérité absolue d'Autrui, porte aussitôt l'accent sur la nécessité pour le Moi de se maintenir dans le Même. En effet, si Kimura, comme Lévinas, considère autrui comme « celui qui limite ma quête d'un plaisir illimité »¹²⁰, il insiste pour sa part sur la négativité d'une telle limite, décrivant autrui comme « un autre effrayant déstabilisant ma subjectivité »¹²¹. La confrontation à l'« absolument autre » permet bien la constitution du soi, mais ce soi n'entre en relation avec cet absolument autre que pour le nier : « il devient, sous mon pouvoir, un autre relatif pour moi ».

Nous avons vu que c'était là, pour Lévinas, la définition de l'objectivité dans laquelle le Moi retourne « l'altérité du monde en identification de soi ». Selon lui, au contraire :

Aucune peur, aucun tremblement ne sauraient altérer la droiture de la relation qui conserve la discontinuité du rapport, qui se refuse à la fusion et où la réponse n'élude pas la question. (p. 222)

B. Discours et éthique

En suivant la pensée de Lévinas, nous avons été amené à caractériser la relation intersubjective à la fois comme réalisant une transcendance irréductible entre le Moi et Autrui et comme devant être appréhendée depuis la situation concrète du face à face où le Moi est confronté au visage d'Autrui.

Ces deux aspects, qui peuvent sembler contradictoires, découlent en fait du primat accordé par l'auteur à l'éthique – ce dernier terme, nous allons maintenant le voir, prenant ici un sens bien particulier.

1. Le face à face comme relation éthique

Lévinas appelle en effet *éthique* la mise en question de ma spontanéité par la présence d'Autrui :

¹¹⁹ Kimura (1988), pp. 114-115, souligné par nous.

¹²⁰ *id.*, p. 98.

¹²¹ *ibid.*, p. 99.

L'étrangeté d'Autrui – son irréductibilité à Moi – à mes pensées et à mes possessions, s'accomplit précisément comme mise en question de ma spontanéité, comme éthique. (p. 33)

L'éthique ainsi définie ne désigne donc pas une réflexion qui ajouterait à une relation intersubjective déjà constituée une dimension morale supplémentaire¹²² ; l'éthique n'est pas « un discours sur des thèmes moraux »¹²³ mais l'essence même du discours :

La relation éthique qui sous-tend le discours n'est pas (...) une variété de la conscience dont le rayon part du Moi. Elle met en question le moi. Cette mise en question part de l'autre. (p. 213)

En effet, nous avons vu que le visage d'Autrui, en interpellant le Moi, ouvre le discours originel, « discours qui *oblige* à entrer dans le discours »¹²⁴. Le Moi, dont la liberté consiste à « se maintenir contre l'autre, malgré toute relation avec l'autre »¹²⁵, c'est-à-dire à assurer son autarcie, se trouve alors soumis au regard d'Autrui et contraint de se justifier :

La liberté s'inhibe alors non point comme heurtée par une résistance, mais comme arbitraire, coupable et timide ; mais dans sa culpabilité elle s'élève à la responsabilité. (p. 223)

Dans la situation de face à face, le Moi se découvre ainsi, avant toute décision de sa part, responsable d'Autrui : répondre à Autrui est déjà répondre *de* lui. Par sa seule présence, le visage, « au lieu de blesser ma liberté, l'appelle à la responsabilité et l'instaure »¹²⁶, et par là fonde la relation intersubjective comme éthique.

L'éthique ainsi envisagée ne correspond donc pas à un champ particulier de la connaissance, mais « accomplit l'essence critique du savoir »¹²⁷. En partant de la situation de face à face telle que nous l'avons décrite, Lévinas est amené à critiquer l'ontologie, qui domine la philosophie, en ce qu'elle réalise « une réduction de

¹²² Ce que Lévinas précise, au cours des entretiens déjà mentionnés, en ces termes : « L'éthique, ici, ne vient pas en supplément à une base existentielle préalable ; c'est dans l'éthique entendue comme responsabilité que se noue le nœud même du subjectif. » (1982, p. 91)

¹²³ p. 235.

¹²⁴ p. 220, souligné par nous.

¹²⁵ p. 37.

¹²⁶ p. 222.

¹²⁷ p. 33.

l'Autre au Même, par l'entremise d'un terme moyen et neutre qui assure l'intelligence de l'être »¹²⁸. En effet, la connaissance ontologique vise, à travers l'étant rencontré, l'être de cet étant. Le sujet de la connaissance demeure ainsi dans une relation de possession caractéristique de l'objectivité :

Connaître ontologiquement, c'est surprendre dans l'étant affronté, ce par quoi il n'est pas cet étant-ci, cet étranger-ci, mais ce par quoi il se trahit en quelque manière, se livre, se donne à l'horizon où il se perd et apparaît, donne prise, devient concept. (p.34)

Dès lors, la connaissance ontologique correspond au déploiement de l'identité du sujet connaissant, à l'impérialisme de sa liberté, exposant l'étant connu à la violence d'une emprise qui, certes, affirme l'Autre, mais au prix d'une négation de son indépendance :

La connaissance objective a beau rester désintéressée, elle n'en porte pas moins la marque de la façon dont l'être connaissant a abordé le Réel. Reconnaître la vérité comme dévoilement, c'est la rapporter à l'horizon de celui qui dévoile. (p. 59)

Il s'agit donc, pour l'auteur, de renverser le primat accordé à l'ontologie (qu'il nomme aussi parfois « philosophie du Neutre »¹²⁹ afin de souligner son caractère impersonnel), c'est-à-dire le primat de l'être sur l'étant :

[L'ontologie subordonne] la relation avec *quelqu'un* qui est un étant (la relation éthique) à une relation avec *l'être de l'étant* qui, impersonnel, permet la saisie, la domination de l'étant (à une relation de savoir), subordonne la justice à la liberté. (p. 36)

Le renversement opéré par Lévinas¹³⁰ s'effectue lorsque l'on replace la connaissance théorique d'autrui, où je m'interroge sur ce dernier en le prenant pour thème de ma réflexion, dans la situation concrète du face à face¹³¹ :

¹²⁸ p. 34.

¹²⁹ cf. notamment pp. 37, 87 et 332-333.

¹³⁰ Cette nécessité de renverser le primat accordé à la connaissance ontologique ne porte pas pour autant un jugement sur la valeur de cette dernière. Dans *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence* (1974), Lévinas précise très clairement que sa pensée « ne consiste pas à méconnaître l'être ni à le traiter avec une prétention ridicule d'une façon dédaigneuse, comme la défaillance d'un ordre ou d'un Désordre supérieur. Mais c'est à partir de la proximité qu'il prend, au contraire, son juste sens. » (p. 33) – la *proximité* correspondant, dans cet ouvrage, à ce que nous avons décrit comme situation de face à face.

La relation avec un être infiniment distant – c'est-à-dire débordant son idée – est telle que son autorité d'étant est déjà *invoquée* dans toute question que nous puissions nous poser sur la signification de son être. On ne s'interroge pas sur lui, on l'interroge. (p. 39)

La connaissance d'autrui devient alors relation à Autrui qui me fait face, discours :

La parole qui porte sur autrui comme thème semble contenir autrui. Mais déjà elle se dit à autrui qui, en tant qu'interlocuteur, a quitté le thème qui l'englobait et surgit inévitablement derrière le dit. La parole se dit ne fût-ce que par le silence gardé et dont la pesanteur reconnaît cette évasion d'Autrui. (p. 212)

Ainsi envisagée :

La prétention de savoir et d'atteindre l'Autre, s'accomplit dans la relation avec autrui, laquelle se coule dans la relation du langage dont l'essentiel est l'interpellation, le vocatif. L'autre se maintient et se confirme dans son hétérogénéité aussitôt qu'on l'interpelle et fût-ce pour lui dire qu'on ne peut lui parler, *pour le classer comme malade*, pour lui annoncer sa condamnation à mort ; en même temps que saisi, blessé, violenté, il est "respecté". (p. 65, souligné par nous)

Cette dernière citation laisse entendre que tout discours ne respecte pas forcément l'extériorité d'autrui.

Lévinas distingue en effet le véritable discours, tel que nous venons de le décrire – abord de face, *justice* – de la rhétorique :

La rhétorique qui n'est absente d'aucun discours (...) résiste au discours (ou y mène : pédagogie, démagogie, psychagogie). Elle aborde l'Autre non pas de face, mais de biais ; non pas certes comme une chose – puisque la rhétorique demeure discours et que, à travers tous ses artifices, elle va vers Autrui, sollicite son oui. Mais la nature spécifique de la rhétorique (...) consiste à corrompre cette liberté. C'est pour cela qu'elle est violence par excellence, c'est-à-dire injustice. Non point violence s'exerçant sur une inertie – ce ne serait pas une violence – mais sur une liberté, laquelle, comme liberté précisément, devrait être incorruptible. (pp. 66-67)

¹³¹ Précisons que nous qualifions cette situation de concrète non parce qu'elle prendrait en compte le contexte dans lequel Autrui et moi entrons en relation – ce serait à nouveau nous déposséder de cette relation au profit du contexte objectivable, donner la priorité à l'être impersonnel et abstrait sur les étants – mais parce que le face à face est cette situation où deux étants singuliers se rencontrent.

Le primat de l'éthique signifie donc la nécessité de dépasser la rhétorique dans un véritable discours, de face, c'est-à-dire de subordonner la liberté à la *justice* qui seule peut la consacrer :

La justice consiste à rendre (...) possible l'expression où, dans la non-réciprocité, la personne se présente unique. La justice est un droit à la parole. (p. 332)

2. Asymétrie de la relation

Nous avons déjà évoqué l'asymétrie de la relation intersubjective qu'implique la séparation entre Moi et Autrui. Elle procède, avons nous vu, d'une exigence logique : la réversibilité de cette relation indiquerait la possibilité de les réunir en une totalité englobante, et détruirait de ce fait l'altérité radicale d'Autrui. Nos derniers développements sur l'éthique permettent maintenant de comprendre la nécessité qui sous-tendait ces considérations :

[La séparation absolue entre Moi et Autrui] s'impose à la méditation au nom d'une *expérience morale concrète* – ce que je me permets d'exiger de moi-même, ne se compare pas à ce que je suis en droit d'exiger d'Autrui. Cette expérience morale, si banale, indique une *asymétrie métaphysique* : l'impossibilité radicale de se voir du dehors et de parler dans le même sens de soi et des autres ; par conséquent aussi l'impossibilité de la totalisation. Et sur le plan de l'expérience sociale, l'impossibilité d'oublier l'expérience intersubjective qui y mène et qui lui prête un sens, comme la perception, inescamotable, prête un sens, à en croire les phénoménologues, à l'expérience scientifique. (p. 46, souligné par nous)

La responsabilité à laquelle m'appelle Autrui n'est pas symétrique de la sienne ; je suis responsable à la fois comme plus et comme moins que lui :

Moins, car le visage me rappelle à mes obligations et me juge. (...) Plus car ma position de *moi* consiste à pouvoir répondre à cette misère essentielle d'autrui, à me trouver des ressources. Autrui qui me domine dans sa transcendance est aussi l'étranger, la veuve et l'orphelin envers qui je suis obligé. (p. 237)

Autrui est donc à la fois celui qui, de sa hauteur, me juge et peut justifier ma liberté, et celui qui m'implore, que je ne peux « aborder les mains vides »¹³². Mais dans tous les cas, ma responsabilité envers lui n'est pas, pour moi, la réciproque de la responsabilité qu'il a, lui, envers moi.

¹³² p. 42.

Nous touchons là à un aspect fondamental de la pensée de Lévinas : la relation à autrui, relation éthique, ne peut être envisagée comme une relation inter-subjective au sens d'une relation entre deux subjectivités égales, placées sur un même plan. Face à Autrui, je ne suis pas un sujet ou un Moi parmi tant d'autres, je suis celui à qui Autrui s'adresse, à qui il parle – je suis *moi*, unique et irremplaçable. Ma responsabilité pour lui est sans équivalent ; de plus, elle est infinie :

L'infini de la responsabilité ne traduit pas son immensité actuelle, mais un accroissement de la responsabilité, au fur et à mesure qu'elle s'assume ; les devoirs s'élargissent au fur et à mesure qu'ils s'accomplissent. (p. 274)

Cette particularité de la responsabilité indique mon caractère irremplaçable :

(...) La justice ne m'englobe pas dans l'équilibre de son universalité – la justice me somme d'aller au-delà de la ligne droite de la justice, et rien ne peut marquer dès lors la fin de cette marche ; derrière la ligne droite de la loi, la terre de la bonté s'étend infinie et inexplorée, nécessitant toutes les ressources d'une présence singulière. (*id.*)

C. L'autre homme

1. Du sujet à l'autre homme

L'asymétrie de la relation à autrui, telle que nous venons de la présenter, remet en cause l'emploi même du terme d'inter-subjectivité pour décrire une telle relation, le préfixe *inter* suggérant déjà un rapport de réciprocité.

Cette constatation se trouve confirmée par une seconde remarque à propos de la *subjectivité*. Si, dans un premier temps, suivant les analyses de G. Swain, nous avons employé cette notion dans son sens classique où sujet, moi et personnalité se confondent, nous avons par la suite fait référence à la définition qu'emprunte Kimura Bin à von Weizsäcker. Cette dernière définition de la subjectivité, comme rapport au fond de la vie et à l'environnement, s'inscrit dans le cadre de la conception contemporaine du sujet, telle que la décrit par exemple A. Tatossian :

Avec la psychanalyse freudienne et lacanienne, avec la phénoménologie et avec le marxisme, le sujet magnifique ou, comme disait Lacan, "incroyable", de la pensée classique a vécu. Il n'est plus que la capacité ou plutôt l'occasion ou la possibilité que se constitue un moi, que cette constitution se fasse par identification, sédimentation ou aliénation. Il n'a plus de contenu propre mais est

simplement la *distance*, le creux, le vide ou le "jeu" dans l'être-humain, une sorte de foyer virtuel de l'image ou de l'imaginaire qu'est le moi.¹³³

Les psychiatres phénoménologues nomment « sujet transcendantal » ce sujet, par opposition au « sujet empirique » (le sujet de la psychologie, le moi). Comme le notent Naudin et *al.* (2000), le sujet transcendantal, « n'a plus guère de sujet que le nom (...) dans la mesure où ce sujet – dont la fonction est de constituer le sens de l'expérience – est à proprement parler *anégoïque* » ; il est en quelque sorte l'« organe constituant de l'expérience »¹³⁴.

Lévinas s'attache pour sa part à donner à la subjectivité un tout autre sens. Il le précise à Ph. Nemo lors de l'un des entretiens déjà mentionnés :

La responsabilité (...) n'est pas un simple attribut de la subjectivité, comme si celle-ci existait déjà en elle-même, avant la relation éthique.¹³⁵

La subjectivité, au contraire, naît de la relation à Autrui :

C'est précisément dans la mesure où entre autrui et moi la relation n'est pas réciproque que je suis sujétion à autrui ; et je suis "sujet" essentiellement en ce sens.¹³⁶

Conçue dans le cadre de la relation éthique, la subjectivité cesse ainsi d'être un point commun qui ferait d'autrui mon *alter ego* pour devenir la singularité d'un moi interpellé par Autrui :

La condition ontologique se défait, ou est défaite, dans la condition ou l'incondition humaine. Être humain, cela signifie : vivre comme si l'on n'était pas un être parmi les êtres.¹³⁷

Toute l'analyse de Lévinas, telle que nous l'avons envisagée à partir de *Totalité et infini*, n'a peut-être d'autre finalité que de dégager ce que signifie « être humain ». La conception proposée par l'auteur, nous l'avons vu, conduit à caractériser l'être humain par sa singularité :

¹³³ Conférence *Famille et institution : le sujet comme enjeu*, reprise in Tatossian (1997), p. 170.

¹³⁴ M. Merleau-Ponty (1960) note à ce propos : « L'auteur, disait Valéry, est le penseur instantané d'une œuvre qui fut lente et laborieuse – et ce penseur n'est nulle part. Comme l'auteur est pour Valéry une imposture de l'homme écrivain, la conscience constituante est l'imposture professionnelle du philosophe (...) » (p. 293)

¹³⁵ Lévinas (1982), pp. 92-93.

¹³⁶ *id.* p. 95.

¹³⁷ *ibid.* p. 97.

L'unicité du moi ne consiste pas seulement à se trouver en un exemplaire unique, mais à exister sans avoir de genre, sans être individualisation d'un concept.
(p. 122)

Or, concevoir la subjectivité comme « foyer virtuel de l'image ou de l'imaginaire qu'est le moi », revient précisément à aborder l'être humain en tant qu'« individualisation d'un concept » :

L'universalité se présente comme impersonnelle et il y a là une autre inhumanité.
(p. 37)

Au contraire, l'humanité du sujet doit donc être appréhendée à partir de son caractère irremplaçable, c'est-à-dire de sa responsabilité envers l'autre homme à qui il répond :

La communauté humaine qui s'instaure par le langage – où les interlocuteurs restent absolument séparés – ne constitue pas l'unité d'un genre. Elle se dit comme parenté des hommes. Que tous les hommes soient frères ne s'explique pas par leur ressemblance – ni par une cause commune dont ils seraient l'effet comme des médailles qui renvoient au même coin qui les a frappées. (...) C'est ma responsabilité en face d'un visage me regardant comme absolument étranger (...) qui constitue le fait originel de la fraternité. (p. 235)

Lévinas insiste à nouveau sur cet aspect dans un écrit plus tardif, *Humanisme de l'autre homme* (1972) :

(...) Il faut penser l'homme à partir du soi se mettant malgré soi à la place de tous, substitué à tous de par sa non-interchangeabilité même ; il faut penser l'homme à partir de la condition ou de l'incondition d'otage – d'otage de tous les autres qui précisément, autres, n'appartiennent pas au même genre que moi, puisque je suis responsable d'eux, sans me reposer sur leur responsabilité à mon égard qui leur permettrait de se substituer à moi, car même de leur responsabilité je suis, en fin de compte, et de l'abord, responsable. C'est par cette responsabilité supplémentaire que la subjectivité n'est pas le Moi, mais moi. (p. 111)

Plus encore que dans *Totalité et infini*, l'auteur porte l'accent sur l'asymétrie de la relation et sur la singularité du moi : je ne suis pas un sujet parmi tant d'autres, je suis *moi*, irremplaçable, portant seul une responsabilité infinie ; être sujet, c'est être « l'un-pour-l'autre en tant que l'un-gardien-de-son-frère, en tant-que-l'un-responsable-de-l'autre »¹³⁸. *Ma relation à l'autre homme* ne peut se réduire à une inter-subjectivité.

¹³⁸ p. 10.

2. La souffrance inutile

Nous ne pouvons achever notre exposé de l'œuvre de Lévinas sans évoquer un très beau texte intitulé *La souffrance inutile* (1982b) qui, nous le verrons, représente un apport important pour notre réflexion.

Cherchant à cerner l'expérience vécue dans la souffrance, Lévinas remarque que cette expérience constitue une sensation très particulière en ce qu'elle confronte la conscience à l'impossibilité d'intégrer cette donnée dans un ordre sensé. Elle est « à la fois ce qui dérange l'ordre et ce dérangement même » :

Renoncement et refus de sens s'imposant comme qualité sensible ; voilà en guise de contenu "expérimenté" la façon dont, dans une conscience, l'insupportable précisément ne se supporte pas, la façon de ne-pas-se-supporter, laquelle, paradoxalement, est elle-même une sensation ou une donnée. (p. 100)

Dans la souffrance, la conscience se trouve ainsi débordée par une donnée réfractaire à la synthèse – la souffrance est passivité :

Il ne s'agit pas d'une passivité qui dégraderait l'homme en portant atteinte à sa liberté que la douleur limiterait au point de compromettre la conscience de soi et de ne laisser à l'homme, dans la passivité du subir, que l'identité d'une chose. L'humanité de l'homme qui souffre est accablée par le mal qui la déchire autrement que la non-liberté ne l'accable ; violemment et cruellement, plus irrémisiblement que la négation qui domine ou paralyse l'homme dans la non-liberté. (p. 101)

La souffrance ne se révèle donc pas tant comme une entrave à la liberté de l'homme dans sa vie que comme la confrontation de ce dernier à l'absurdité même de cette vie :

Le mal de la douleur, la nuisance même, est l'éclatement et comme l'articulation la plus profonde de l'absurdité.

Que dans son phénomène propre, intrinsèquement, la souffrance soit inutile, qu'elle soit "pour rien", est donc le moins qu'on puisse en dire. (p. 102)

Ceci indique, nous y reviendrons, que la pathologie mentale, qui comporte le plus souvent une dimension évidente de souffrance, ne doit sans doute pas être abordée depuis la seule perspective de la liberté. Il nous faudra donc réinterroger sa définition comme « pathologie de la liberté ».

Revenons pour l'instant au texte de Lévinas. La souffrance qui, s'imposant dans la passivité, confronte l'homme à l'absurdité de la vie, n'entraîne pas pour autant une fermeture sur lui-même de cet homme qui souffre :

Le mal de la souffrance (...) n'est-il pas aussi l'inassumable et, ainsi, de par sa non-intégration dans l'unité d'un ordre et d'un sens, la possibilité d'une ouverture et, plus précisément, de celle où passe une plainte, un cri, un gémissement ou un soupir, appel originel à l'aide, au secours curatif, au secours de l'autre moi dont l'altérité, dont l'extériorité promet le salut ? Ouverture originelle vers le secourable où vient s'imposer (...) la catégorie anthropologique du médical, primordiale, irréductible, éthique. (pp. 102-103)

Dans la souffrance, l'autre homme se présente à moi et m'implore. Plus encore que toute autre situation, la souffrance révèle la dimension fondamentalement éthique de notre relation : l'homme souffrant représente par excellence celui que je ne peux « aborder les mains vides ».

Ces analyses soulignent à nouveau la profonde asymétrie de toute relation à l'autre homme :

Dans cette perspective se fait une différence radicale entre la *souffrance en autrui* où elle est, pour *moi*, impardonnable et me sollicite et m'appelle, et la *souffrance en moi*, ma propre aventure de la souffrance dont l'inutilité constitutionnelle ou congénitale peut prendre un sens, le seul dont la souffrance soit susceptible, en devenant une souffrance pour la souffrance, fût-elle inexorable, de quelqu'un d'autre. (pp. 103-104)

3. Lévinas et la phénoménologie

Notre exposé de la philosophie de Lévinas, forcément sommaire, laisse sans doute peu transparaître le profond ancrage de cette philosophie dans la phénoménologie husserlienne. Cette dernière représente pourtant pour Lévinas une référence incontournable ; s'il entend s'en démarquer, ce n'est pas tant dans le but d'en contester les fondements que dans celui de prolonger sa démarche – comme il le précise dans l'introduction de *Totalité et Infini* (1961) :

La notion, prise sous le regard direct de la pensée qui la définit, se révèle cependant implantée, à l'insu de cette pensée naïve, dans des horizons insoupçonnés par cette pensée ; ces horizons lui prêtent un sens – voilà l'enseignement essentiel de Husserl. Qu'importe si dans la phénoménologie husserlienne, prise à la lettre, ces horizons insoupçonnés s'interprètent, à leur

tour, comme pensées visant des objets ! Ce qui compte, c'est l'idée du débordement de la pensée objectivante par une expérience oubliée dont elle vit.
(p. 14)

Pour cet auteur, la démarche husserlienne se caractérise ainsi par dans son effort constant de dégager la vie subjective qui sous-tend la pensée :

(...) Il s'agit moins pour Husserl de fixer les conditions subjectives de la validité de la science du monde ou d'en dégager les présupposés logiques que de faire valoir, dans toute son ampleur, la vie subjective oubliée par la pensée tournée vers le monde. (1977, p. 93)

◆ La Réduction comme scepticisme

La filiation du philosophe à la démarche phénoménologique husserlienne apparaît plus nettement dans le deuxième grand ouvrage de Lévinas, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence* (1974). Comme nous allons le voir, celui-ci propose dans cet ouvrage de prolonger à sa manière l'*epochè*. Mais pour pouvoir en rendre compte, il nous faut tout d'abord préciser l'opposition que cet auteur introduit dans cet ouvrage entre le Dire et le Dit.

Le Dit correspond à ce qui est thématiqué à travers le langage dans un propos, qu'il soit oral ou écrit. Mais, tout en permettant de signifier l'être d'un étant, le Dit tend aussitôt à l'immobiliser, à le fixer dans un thème :

Le dit n'est pas simplement signe ou expression d'un sens : il proclame et consacre ceci en tant que cela. (p. 62)

Le Dire représente quant à lui, en quelque sorte, le mouvement qui porte ce Dit – il est proche de ce que nous avons envisagé précédemment sous le terme de « véritable discours ». Si le Dit ne peut se concevoir sans le Dire, il ne peut non plus parvenir à l'englober :

Le Dit et le Non-Dit n'absorbent pas tout le Dire, lequel reste en deçà – ou va au-delà – du Dit. (p. 44)

En effet, le Dire ne se résume pas à la « production » du Dit, il ne peut être compris que depuis la relation à l'autre homme dans laquelle il surgit. La thématique est motivée par « la vocation pré-originelle du Dire, par la responsabilité elle-même »¹³⁹ :

La responsabilité pour autrui, c'est précisément un Dire d'avant tout Dit. (p. 75)

Nous retrouvons alors l'opposition entre ontologie et éthique : l'ontologie correspond à la subordination du Dire au Dit, subordination qui doit être remise en question face au visage d'autrui :

Le sujet résiste à cette ontologisation déjà quand on le pense comme Dire. Derrière tout énoncé de l'être comme être, le Dire déborde l'être même qu'il thématise pour l'énoncer à Autrui (...). (p. 35)

Cette distinction entre Dire et Dit permet alors à Lévinas de décrire le geste fondateur de la phénoménologie, l'*epochè*, comme une remontée depuis la thématisation du Dit jusqu'à la signification propre du Dire :

C'est d'abord réveiller dans le Dit le Dire qui s'y absorbe et *qui entre ainsi absorbé, dans l'histoire qu'impose le dit.* (p. 74)

Une telle remontée du Dit au Dire n'est pas sans poser d'importantes difficultés sur le plan philosophique : comment dire le « Dire d'avant tout Dit » sans aussitôt l'enfermer dans un nouveau Dit ? Ou, en d'autres termes, comment briser le système du Dit pour en libérer le Dire ?

Pour Lévinas, l'*epochè*, comme geste sans cesse renouvelé par le philosophe, vise justement à déstabiliser le Dit¹⁴⁰ :

L'effort du philosophe, et sa position contre nature, consistent, tout en montrant l'en-deçà, à réduire aussitôt l'éon¹⁴¹ qui triomphe dans le *Dit*, et dans la monstration (...). (p. 75)

Le philosophe ne peut ainsi espérer rendre compte de la vérité du Dire dans un Dit qui serait définitif. Son effort doit alors consister à faire surgir cette vérité du Dire dans les intervalles éphémères ouverts par la réduction inlassablement répétée :

Vérité de ce qui n'entre pas dans un thème, elle se produit à contre-temps ou en deux temps sans entrer en aucun, comme la critique sans fin – ou le scepticisme – qui dans un mouvement en vaille rend possible l'audace de la philosophie détruisant la conjonction où entrent sans cesse, son *Dire* et son Dit. (p. 76)

¹³⁹ p. 18.

¹⁴⁰ Ce qui explique sans doute l'attrance de Lévinas pour la pensée de Nietzsche « "réduisant" l'être non pas à coup de parenthèses, mais par la violence d'un verbe inouï, défaisant par le non-dire de la danse et du rire (...) les mondes que tisse le verbe aphoristique qui les démolit (...). » (1972, p. 106)

¹⁴¹ Lévinas utilise ici un terme issu du grec et signifiant « éternité ».

On le voit, cette conception de l'*epochè* comme scepticisme conduit l'auteur bien loin de la réduction phénoménologique dans son sens husserlien de mise entre parenthèses :

La réduction phénoménologique, recherchant par-delà l'être, le Moi pur – ne saurait s'obtenir par l'effet d'une écriture où l'encre du monde tache les doigts qui mettent ce monde entre parenthèses. (1972, p. 106)

◆ Scepticisme et savoir théorique

Par cette radicalisation très particulière de l'*epochè*, qui sous-tend toute sa philosophie, Lévinas se démarque donc nettement de la phénoménologie au sens strict – ce dont il convient d'ailleurs lui-même.

Peut-être cela explique-t-il en partie les nombreuses critiques dont cet auteur a fait l'objet, même si ces critiques sont le plus souvent ouvertement dirigées contre les rapports intimes que la philosophie de Lévinas entretient avec la pensée religieuse juive¹⁴². Alain Badiou (2003) par exemple n'hésite pas à soutenir que l'éthique de Lévinas constitue « une catégorie du discours pieux » qui ne relève plus de la philosophie :

Au vrai, il n'y a pas de philosophie de Lévinas. Ce n'est même pas la philosophie "servante" de la théologie : c'est la philosophie (au sens grec du mot) *annulée* par la théologie, laquelle du reste n'est pas une théo-logie (nomination encore trop grecque, et qui suppose l'approche du divin par l'identité et les prédicats du Dieu), mais, justement, une éthique. (pp. 39-40)

Une telle excommunication nous paraît bien sévère. En effet, nous pensons que l'œuvre de Lévinas doit être comprise comme cherchant à décrire la situation de face à face à partir d'une *epochè* radicale qui puisse confronter le philosophe à la question de la singularité de l'autre homme. La transcendance de la relation à autrui qui apparaît alors ne prétend pas résumer l'ensemble de cette relation – dans laquelle l'objectivité, ici tombée sous le coup de la réduction, joue un rôle fondamental¹⁴³.

¹⁴² Nous ne pouvons qu'évoquer ici ces rapports – d'ailleurs parfaitement assumés par Lévinas – et renvoyons aux analyses de Sebbah (2000).

¹⁴³ Nous reconnaissons néanmoins bien volontiers que Lévinas, absorbé par ses tentatives de remonter du Dit au Dire, tend à négliger la question de la « redescente », c'est-à-dire celle du passage de la situation éthique du face à face jusqu'à la relation « réelle ».

Ces critiques de Badiou présentent en revanche le mérite d'explicitement clairement combien l'œuvre de Lévinas peut se révéler dérangeante pour la philosophie. Car l'enjeu, nous semble-t-il, se situe justement au niveau de la définition de la philosophie : celle-ci doit-elle chercher à dégager un savoir théorique, ce qui semble constituer la position de Badiou, ou au contraire favoriser sa déstabilisation, comme le préconise le scepticisme lévinassien ?

II. La relation à l'autre homme

Cette dernière interrogation, qui relève indubitablement de la compétence des philosophes, trouve un écho en psychiatrie à travers la question de la place à accorder aux considérations philosophiques, surtout quand ces dernières semblent relever d'une approche « métaphysique ». Il nous faut donc clarifier ce point avant de pouvoir revenir à la situation clinique et d'envisager ce que l'œuvre de Lévinas peut apporter à notre réflexion.

A. Psychiatrie, philosophie et « métaphysique »

1. La place de la philosophie en psychiatrie

De nombreux psychiatres se demandent, à l'heure du D.S.M.¹⁴⁴ et de la psychiatrie biologique, si la poursuite de réflexions philosophiques présente le moindre intérêt dans notre discipline. Après tout, les auteurs du D.S.M. ne nous promettent-ils pas une nosographie enfin « athéorique » ? Les recherches scientifiques n'ouvrent-elles pas la voie à une définition des pathologies mentales selon des critères « objectifs », que ceux-ci soient issus de la génétique ou de l'imagerie cérébrale ? Dès lors, la réflexion philosophique ne doit-elle pas céder la place à une approche scientifique ? Il nous faut pourtant soutenir qu'il n'en est rien, et ce depuis un triple constat.

¹⁴⁴ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Publié aux États-Unis en 1980, puis soumis à plusieurs révisions, cet ouvrage composé par un collectif de chercheurs est devenu un *best-seller* mondial sur lequel s'appuient la plupart des recherches empiriques.

Tout d'abord, le D.S.M. constitue une entreprise bien éloignée de l'idéal de scientificité qu'elle prétend incarner. Kirk et Kutchins (1992) montrent en effet combien la validité scientifique de cet ouvrage résiste mal à un examen approfondi. Ils soutiennent alors que, si ce manuel – ainsi que les études qui ont présidé à sa rédaction – recourent à une rhétorique scientifique, c'est avant tout dans le but politique d'asseoir le pouvoir des psychiatres aux États-Unis. Quoi qu'il en soit, et nous renvoyons ici aux analyses très fines de Maleval (2003), cet ouvrage ne présente que peu de pertinence dans la pratique clinique quotidienne et ne constitue en aucun cas un manuel de psychiatrie.

Mais plus encore, la pertinence de cet ouvrage apparaît limitée par la volonté, affichée par ses auteurs, de constituer une nosographie « athéorique ». Comme le rappelle Giudicelli (1985), l'absence de référent philosophique explicite ne suffit pas à évacuer la question de la philosophie. Bien au contraire, une telle attitude expose alors les psychiatres à demeurer prisonnier d'une philosophie implicite – le plus souvent empiriste et mécaniciste.

Enfin, les recherches en psychiatrie biologique – dont nous n'entendons certainement pas contester l'importance – ne dispensent pas le psychiatre d'une réflexion fondamentale sur la nature des pathologies mentales. Plus encore, comme le souligne la biologiste Nancy Andreasen, la poursuite d'une telle réflexion s'avère essentielle pour le chercheur empirique lui-même :

Un jour, au XXI^e siècle, lorsque le génome et le cerveau humain auront été complètement cartographiés, peut-être sera-t-il nécessaire de mettre en place un plan Marshall inversé pour que les Européens [grâce à leurs grandes traditions psychopathologiques] sauvent la science américaine en lui permettant de comprendre réellement qui est schizophrène, ou même ce qu'est la schizophrénie. Nous risquons de ne pas pouvoir utiliser les retombées du projet de décryptage du génome humain (...) car nous n'aurons plus de chercheurs cliniques.¹⁴⁵

¹⁴⁵ Citée par Jean-Claude Maleval (2003), qui souligne que N. Andreasen est une des figures les plus connues de la psychiatrie biologique ayant appartenu au groupe de travail qui, dans les années 1970, fut à l'origine de la conception du D.S.M..

2. Psychiatrie et métaphysique

Ces considérations montrent que la réflexion philosophique doit conserver une place en psychiatrie. Néanmoins, elles semblent également indiquer que cette réflexion doit plutôt porter sur les assises théoriques de la psychiatrie, c'est-à-dire sur ce qui peut la fonder en tant que science. Dans cette perspective, la philosophie apparaît bien comme une démarche visant à la constitution d'un savoir théorique.

Une telle conception de la philosophie sous-tend le projet initial des fondateurs de la psychiatrie phénoménologique, et notamment celui de Binswanger. En revanche, on peut se demander si les auteurs plus récents auxquels nous nous sommes référés ne s'écartent pas grandement de ce projet. La pensée vitaliste de Kimura, ancrée dans la philosophie zen, l'approche narrative de Naudin qui laisse entendre que « le fait d'espérer fonder philosophiquement la science n'est peut-être qu'un leurre particulièrement fécond », ou le scepticisme de Lévinas, dont nous nous proposons de tirer les conséquences en psychiatrie, ne nous conduisent-ils pas à développer une perspective « métaphysique » peu compatible avec le projet d'une psychiatrie scientifique ?

Minkowski (1957) nous permet cependant de relativiser un tel point de vue en montrant l'écart qu'il peut exister entre ce qui est mobilisé à l'occasion de réflexions théoriques et ce qui l'est dans la pratique psychiatrique quotidienne. Pour cela, cet auteur prend l'exemple de son maître Bleuler. Il remarque que ce dernier, qui, en tant qu'associationniste et naturaliste, répudiait tout ce qui lui paraissait être de la philosophie, a pourtant développé, à côté de la notion de disjonction (*Spaltung*), celles de « contact affectif avec l'ambiance » et d' « autisme » :

Bien sûr, Bleuler subordonnait ces troubles au primitif relâchement des associations. N'empêche qu'il n'était guère difficile de se rendre compte que cette filiation comportait comme un hiatus, le contact avec l'ambiance et l'autisme se mettant en perspective sur une tout autre "dimension" que le trouble des associations. (p. 836)

De plus, note Minkowski, Bleuler se référait bien plus dans sa pratique à ces notions de contact avec l'ambiance et d'autisme qu'au relâchement des associations :

C'est qu'à dire vrai, de ce relâchement il n'y a rien à tirer à ce point de vue. Entre la théorie et la pratique, un écart s'accusait ainsi. C'est probablement dans l'ordre des choses ; là où nous nous penchons sur l'un de nos semblables et essayons

de l'atteindre, les notions à caractère "anthropologique" prennent le dessus, la théorie reste en deçà. (*id.*)

Ainsi, et c'est là la vocation première de la psychiatrie phénoménologique, la recherche en psychiatrie doit pouvoir englober aussi bien ce qui peut être explicité par le savoir théorique que ce qui échappe à ce dernier et relève alors d'analyses dites « métaphysiques » :

Le courant dit "métaphysique" - point à retenir – ne forge point une psychiatrie nouvelle et entièrement à lui, éloignée de la clinique habituelle, voire en désaccord avec elle, mais y trouve un terrain qui lui "ouvre les bras" si l'on peut dire. Véritable rencontre et non effraction. (pp. 836-837)

B. La rencontre clinique comme relation à l'autre homme

L'intérêt de l'œuvre de Lévinas en psychiatrie, pensons-nous, provient justement de ce qu'elle propose au clinicien de réinterroger son savoir théorique depuis chaque situation clinique.

1. L'éthique comme fondement de la relation thérapeutique

L'éthique invite en effet le psychiatre à considérer le patient comme cet *autre homme* qu'aucune connaissance ne pourra jamais contenir et qu'il ne peut aborder véritablement que dans le discours. La connaissance théorique n'est alors pertinente que si elle permet au psychiatre d'interpeller le patient, d'entrer en relation avec lui – ce qui éclaire d'un jour nouveau cette remarque de Binswanger (1970a), déjà citée¹⁴⁶, à propos de la compréhension phénoménologique des troubles :

Le nouveau mode de compréhension, originellement issu de la recherche pure, est aussi tombé, chez beaucoup de nos malades, sur une compréhension frappante de leur part, instituant ainsi un contact avec eux, qui n'aurait pu être atteint d'une autre façon. (p. 103)

Cette affirmation évoque indirectement l'importance de replacer la connaissance théorique dans le discours : la compréhension phénoménologique – « issue de la recherche pure », c'est-à-dire des réflexions du chercheur et donc, de la spontanéité

¹⁴⁶ Cf. le paragraphe III.A. de notre première partie (p. 38).

de son moi¹⁴⁷ – révèle sa pertinence lorsqu'elle rencontre un écho chez le patient. En d'autres termes, c'est seulement dans le discours que la liberté du psychiatre déployée dans la connaissance ontologique se trouve justifiée par le patient – ce qui est caractéristique de ce que Lévinas nomme le véritable discours.

Mais plus encore, si l'on note que le propos de Binswanger est de souligner la portée psychothérapeutique de la psychiatrie phénoménologique, cette citation nous invite à faire l'hypothèse que la relation ne devient thérapeutique que lorsque s'engage un véritable discours, loin de toute psychagogie, de toute rhétorique. Pour cela, le psychiatre et son patient doivent être, l'un pour l'autre, « absolument autres ».

D'un côté, le patient considéré comme Autrui, comme visage débordant à tout instant l'idée qu'en emporterait une pensée, peut seul justifier la liberté du thérapeute qui tend, notamment par la connaissance, à le rapporter à son propre horizon. En d'autres termes, la pertinence des hypothèses théoriques du praticien ne peut être validée, en dernier recours, qu'à l'occasion d'une confrontation avec le malade.

De l'autre, le psychiatre ne s'engage avec son patient dans une relation thérapeutique que si, en étant absolument autre pour le malade, il aborde ce dernier depuis son point de vue unique et irremplaçable, dans un discours renonçant à la violence de la rhétorique impersonnelle. Ceci permet peut-être de comprendre la remarque de Kimura Bin précisant que le psychiatre doit être, pour le patient, un *aïda* intérieur « absolument autre ».

Précisons qu'il ne s'agit pas ici d'opposer de manière caricaturale discours de face et rhétorique. En effet, Lévinas souligne d'une part que la rhétorique « demeure discours » et que, d'autre part, elle « n'est absente d'aucun discours »¹⁴⁸. Tout discours présente donc en fait simultanément ces deux aspects comme moments constitutifs. Néanmoins, leur distinction permet de souligner que ce n'est qu'en tant

¹⁴⁷ Bien entendu, les réflexions du chercheur ne surgissent pas *ex nihilo* mais proviennent de rencontres préalables, tant avec d'autres patients qu'avec d'autres chercheurs. Néanmoins, dans le face à face avec le patient, ces réflexions préalables se présentent comme un thème auquel le malade ne peut être réduit.

¹⁴⁸ Cf. ci-dessus le paragraphe I.B.1 (p. 112).

que véritable discours que la relation du psychiatre à son patient se révèle thérapeutique.

2. L'asymétrie de la relation thérapeutique

Ainsi comprise, c'est-à-dire comme relation à l'autre homme, la rencontre chère à Binswanger perd ce caractère ponctuel que lui reprochait à juste titre Vauterin¹⁴⁹. En effet, elle ne correspond plus à la rencontre éphémère de deux existences fondamentalement isolées par leurs projets respectifs, mais justement à une relation par laquelle s'établit aussitôt un lien très fort à l'autre homme, un lien de responsabilité.

Plus encore, nous avons vu que la perspective lévinassienne impose de remettre en cause le terme même d'inter-subjectivité sur lequel repose toute la psychiatrie phénoménologique, depuis Binswanger jusqu'à Naudin, en passant par Kimura. Pour chacun de ces auteurs, l'autre homme apparaît en effet comme mon égal, que ce soit comme sujet transcendantal, comme être empêtré dans les histoires ou comme individu au sein de l'*aïda*.

Or, comme l'indique notre précédent paragraphe, la dimension thérapeutique de la relation à l'autre homme provient de ce qu'elle me permet d'engager avec le patient un véritable discours, c'est-à-dire un discours dans lequel nous ne sommes plus des égaux, mais des hommes singuliers. Ainsi, le fondement de la psychothérapie réside avant tout dans le caractère asymétrique de cette relation, qui est par ailleurs accentuée, comme nous l'avons vu, par la souffrance du patient.

Nous rejoignons ici, quoi que par un tout autre cheminement, l'intuition essentielle qui se trouve à l'origine des théories psychanalytiques, intuition selon laquelle la relation thérapeutique doit comprise comme fondamentalement asymétrique. Ce point est par exemple souligné par Zaoui (1993) au cours de réflexions sur le consentement en médecine :

La nature, par essence asymétrique, de la relation médicale, porte donc sur la nature non homogène des situations et des besoins : d'un côté, la maladie et la

¹⁴⁹ Cf. le paragraphe III.A.1 de notre première partie (p. 39).

dévalorisation narcissique et de l'autre, la vocation de guérir avec ce qu'elle soutend. (p. 31)

Dans une perspective plus lacanienne, on peut penser que ce que nous avons pointé comme l'accentuation de l'asymétrie fondamentale de la relation à l'autre homme par la souffrance du patient – souffrance qui entraîne une « ouverture originelle vers le secourable » – correspond, d'une manière qu'il conviendrait de préciser davantage¹⁵⁰, à la « demande » dans laquelle Lacan voit l'origine du transfert.

Cet auteur, comme nous le rappellent Wahl et Lantéri-Laura (2001), préconise d'appréhender ce transfert dans sa « disparité ». Par celle-ci, Lacan n'entend cependant pas exactement désigner l'asymétrie que nous évoquions avec Zaoui, mais plutôt un équilibre entre trois termes – le psychiatre, le patient et le savoir :

Ce n'est qu'en maintenant le savoir dans cette triangulation, dans cette position tierce vis-à-vis du médecin et du patient, que [le savoir] reste dans un statut relatif, qu'il ne devient pas Vérité absolue. (Wahl et Lantéri-Laura, 2001, p. 471)

C. La réduction phénoménologique dans la situation clinique

Comme nous l'avons déjà suggéré, la profonde asymétrie de la relation thérapeutique, que creuse encore la dimension de souffrance de la pathologie mentale, impose de réexaminer la définition de cette pathologie mentale comme « pathologie de la liberté ».

Cette définition est intimement liée aux descriptions de la psychiatrie phénoménologique classique, descriptions sur lesquelles il nous faut un instant revenir. Elles envisagent la pathologie mentale comme une atteinte spécifique des soubassements originaires de l'expérience, c'est-à-dire de la subjectivité transcendante. Le psychiatre accède à cette dernière par l'*epochè*, attitude qui peut être comparée, d'après Blankenburg, puis Naudin, à celle à laquelle se trouve contraint – bien malgré lui – le patient schizophrène. Or, Naudin (1997) souligne à plusieurs reprises, en s'appuyant sur les travaux du philosophe Eugène Fink, la « déshumanisation » que provoque l'*epochè* hallucinatoire :

¹⁵⁰ Mais ce serait l'objet d'un travail à part entière.

Dans l'*époque* hallucinatoire se manifestent dans le manque les traits essentiels de l'humanité propre à l'attitude naturelle. (p.75)

Nous retrouvons ici ce que nous avons précédemment pointé comme le risque majeur auquel la psychiatrie phénoménologique classique expose : celui de revenir à une conception de la folie comme totale, et donc d'exclure l'insensé de la communauté des hommes¹⁵¹. Mais la suite de la citation de Naudin montre que ce risque disparaît si l'on se recentre sur la situation clinique dans sa dimension relationnelle :

La déshumanisation propre à l'*époque* hallucinatoire ne laisse pas notre propre humanité intacte : en elle, d'une certaine façon en tout cas, nous nous déshumanisons également et sommes contraints par *cette déshumanisation, qui dans le présent de la rencontre, ne peut pas ne pas nous concerner*, à vivre momentanément une *époque* radicale. (*id.*, souligné par nous)

Si nous nous plaçons au niveau des résonances intersubjectives, la description de cet auteur peut être comprise ainsi : la « déshumanisation » ici évoquée provient de l'aliénation de la liberté de l'homme frappé par la maladie, c'est-à-dire du vacillement de la subjectivité transcendantale du patient. Celle-ci entraîne par résonance le vacillement de la subjectivité du psychiatre « contraint à vivre momentanément une *époque* radicale ». La relation entre le psychiatre et son patient demeure fondamentalement symétrique, elle consiste en une « réduction en miroir ».

Si, en revanche, nous suivons Lévinas dans sa radicalisation de l'*époque*, nous sommes amené à souligner combien la déshumanisation à laquelle est contraint le psychiatre « ne peut pas ne pas le concerner ». Ce dernier ne peut rester indifférent et se trouve aussitôt engagé dans le discours. Ainsi, en faisant appel à sa responsabilité, la déshumanisation révèle paradoxalement son humanité.

De même, l'*époque* hallucinatoire à laquelle est contraint le patient demeure, du fait de la souffrance, « ouverture originelle vers le secourable ». L'expression de l'autre homme perce alors le masque de la maladie – dans lequel le visage semblait un instant s'être figé – et interpelle le psychiatre.

Dès lors, la rencontre entre le psychiatre et le malade apparaît dans sa dimension fondamentalement humaine. Elle consiste en une relation asymétrique, par laquelle

¹⁵¹ Cf. le paragraphe I.C.1. de notre deuxième partie (p. 61).

chacun des deux individus singuliers en présence s'engage vers l'autre en un mouvement qui n'appartient qu'à lui.

L'*epochè* trouve alors sa pertinence dans l'exercice même de la psychiatrie. Si elle demeure un acte solitaire – qui, nous l'avons vu, ne permet au psychiatre d'accéder à l'expérience du patient qu'indirectement, par l'analyse de ses propres expériences sur le chemin de l'*epochè* – elle doit pouvoir être pratiquée dans la rencontre avec le patient : en suspendant le contexte de cette rencontre et les préjugés du psychiatre, elle ouvre le psychiatre à la situation du face à face et lui permet de s'engager dans un véritable discours.

Ainsi, l'*epochè* constitue une méthode par laquelle le psychiatre renouvelle sans cesse cet « étonnement créateur » dans lequel Naudin et Azorin (1998b) voient le fondement de toute pratique psychothérapeutique.

III. Le contexte de la rencontre

Nous venons d'examiner comment la forme radicale d'*epochè* proposée par Lévinas permet de repenser la rencontre psychiatrique comme relation à l'autre homme.

Ce faisant, nous semblons néanmoins avoir réintroduit un présupposé que nous avons remis en cause lors de nos précédentes étapes sur le chemin de l'*epochè*. Les œuvres de Naudin et de Kimura nous ont en effet permis de montrer que la situation clinique ne pouvait se résumer à un face à face entre deux individus, mais qu'elle devait au contraire être resituée au sein d'un espace intersubjectif plus étendu, que celui-ci soit pensé comme horizon narratif ou comme espace de résonance.

Une telle constatation ne doit-elle pas remettre en cause nos derniers développements ?

A. La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy

Afin de répondre à cette question, nous allons envisager un instant l'œuvre de Boszormenyi-Nagy. Ce dernier est un psychiatre hongrois qui a surtout exercé aux États-unis. Il est à l'origine d'une forme très originale de thérapie familiale qu'il

nomme « thérapie contextuelle ». Son œuvre demeure très peu connue en France où aucun de ses ouvrages majeurs n'a été traduit¹⁵².

Cette œuvre ne relève pas de la psychiatrie phénoménologique ; elle présente néanmoins, nous allons le voir, un intérêt pour la poursuite de nos réflexions du fait de sa proximité avec la pensée de Lévinas¹⁵³.

1. Fondements de la thérapie contextuelle

Pour Boszormenyi-Nagy, le terme de « contexte » désigne les connexions dynamiques entre des personnes qui entretiennent des liens importants :

(...) Si biologiquement parlant l'individu est une entité séparée et unique, dynamiquement parlant, la vie d'une personne ne prend sens qu'en référence à un contexte social. Ainsi, le mot contexte s'applique à toutes les relations qui engagent à long terme les êtres (...).¹⁵⁴

On le voit, ce terme de contexte renvoie immédiatement l'individu à sa dimension relationnelle. C'est depuis cette perspective relationnelle que la thérapie contextuelle entend aborder la pathologie mentale :

La thérapie contextuelle vise à la définition positive d'une réalité relationnelle praticable, plutôt qu'à une simple élimination ou à un réaménagement éventuel des éléments pathologiques.¹⁵⁵

Ainsi présentée, la thérapie contextuelle peut sembler très proche de la thérapie familiale systémique, d'autant qu'elle incite à considérer les liens de parenté comme les relations les plus importantes du contexte d'un individu :

Avoir les mêmes racines, partager le même héritage, c'est un lien irremplaçable entre les gens : non seulement cela survit à la séparation physique et

¹⁵² Le seul livre traduit en français, *Thérapie familiale*, est fort ancien (Boszormenyi-Nagy et Framo, 1965). Nous nous référerons donc principalement aux deux seuls articles qu'il ait publiés en France (Boszormenyi-Nagy, 1991 ; Boszormenyi-Nagy et Krasner, 1991). Nous renvoyons également à deux ouvrages consacrés à son œuvre (Van Heusden et Van den Eerenbeemt, 1987 ; Heireman, 1989).

¹⁵³ Même si Boszormenyi-Nagy se réfère plus explicitement à l'œuvre du philosophe Martin Buber – œuvre qui, d'ailleurs, n'a pas été sans influence sur la pensée de Lévinas.

¹⁵⁴ Boszormenyi-Nagy et Krasner, 1991, p. 4.

¹⁵⁵ Boszormenyi-Nagy, 1991, p. 24.

géographique, mais cela influence le degré de liberté qu'auront les descendants de s'engager en dehors des liens d'origine, en particulier pour se marier et devenir parents à leur tour.¹⁵⁶

De fait, la spécificité des conceptions de Boszormenyi-Nagy ne réside pas tant dans son insistance sur la dimension relationnelle que dans son approche éthique des relations. En effet, cette approche considère que la question de la confiance (*trust*) constitue la clef de la dynamique relationnelle, et que cette question doit être placée au cœur du travail psychothérapeutique :

Pour une efficacité durable, nous estimons que le principal levier thérapeutique est à trouver dans la façon dont la confiance s'investit entre membres de la famille. Dans la mesure où les membres de la famille sont liés entre eux par la dimension éthique de la confiance mutuelle, ou par son absence, nous aussi nous estimons que pour être pris au sérieux un contrat thérapeutique doit tenir compte de toutes les personnes qui peuvent être affectées par l'intervention professionnelle (multidirectionnalité).¹⁵⁷

2. Multilatéralité et partialité multidirectionnelle

Si le thérapeute contextuel doit ainsi tenir compte de chaque personne concernée par la psychothérapie – ce que Boszormenyi-Nagy désigne par le terme de « multidirectionnalité » – il lui faut plus encore s'impliquer personnellement auprès de cette personne « en se montrant délibérément compréhensif et empathique » pour ce que sa position a « d'équitable ou de justifiable »¹⁵⁸. L'auteur nomme ce principe d'intervention la « partialité multidirectionnelle » :

La partialité multidirectionnelle, ce n'est pas la même chose que la neutralité impartiale, et c'est différent de la partialité unilatérale, qui va toujours dans le même sens. De notre point de vue, la neutralité impartiale est sans doute humainement impossible à atteindre, et la thérapie individuelle traditionnelle encourage d'une manière caractéristique l'ancrage dans un seul point de vue. A l'inverse, employée de manière efficace, la partialité multidirectionnelle entame un processus constructif de restauration de la confiance.¹⁵⁹

¹⁵⁶ Boszormenyi-Nagy et Krasner, 1991, p. 5.

¹⁵⁷ Boszormenyi-Nagy et Krasner, 1991, p. 4.

¹⁵⁸ Boszormenyi-Nagy, 1991, p. 26.

¹⁵⁹ Boszormenyi-Nagy et Krasner, 1991, p. 9.

Bien entendu, ce principe d'intervention ne consiste pas à soutenir chaque personne quels que soient ses propos, mais à explorer avec elle ce qui l'a conduit à adopter sa position actuelle dans une relation donnée :

Le rôle du thérapeute, c'est de susciter chez les membres de la famille une recherche active, où chacun puisse trouver et ensuite faire valoir ses besoins et ses droits. Mais il n'a pas à leur injecter ce que lui considère comme de bons choix de valeurs morales ou pratiques.

En assistant de sa partialité directionnelle tous les membres de la famille à tour de rôle, il encourage chacun à explorer sa propre multilatéralité.¹⁶⁰

La multilatéralité s'oppose pour l'auteur à la vision partielle et centrée sur soi que toute personne possède naturellement. Par la partialité multidirectionnelle, le thérapeute doit donc amener chaque personne à se décentrer de sa vision subjective pour participer à une conception plus équitable de la relation. Il est important de souligner qu'il ne s'agit pas, pour Boszormenyi-Nagy, d'inciter cette personne à abandonner son point de vue pour en adopter un nouveau, plus objectivement équitable, mais de lui permettre de s'ouvrir à la multiplicité des points de vue afin de s'engager, avec les autres personnes de son contexte, à une redéfinition commune de leurs relations :

A lui tout seul, aucun des participants, pas plus qu'un observateur extérieur, ne peut faire le bilan exploratoire des mérites relatifs des uns par rapport aux autres. C'est ensemble que tous les partenaires doivent concourir à cette exploration, et formuler leur conception de l'équité entre eux.¹⁶¹

3. L'éthique relationnelle selon Boszormenyi-Nagy

Le thérapeute doit donc à la fois respecter et soutenir un individu dans la singularité de son point de vue subjectif, et en même temps appréhender cet individu depuis sa multilatéralité, c'est-à-dire depuis une perspective selon laquelle le point de vue de cet individu ne peut que diverger à un moment ou un autre de celui d'une autre personne avec laquelle il est en relation :

En thérapie contextuelle, le fait même de reconnaître la multilatéralité (à savoir, l'aspect inéluctable des conflits interpersonnels) est considéré comme étant déjà

¹⁶⁰ *ibid.*

¹⁶¹ *ibid.*

en soi une ressource thérapeutique. L'éthique relationnelle, c'est d'abord la capacité de reconnaître les différents points de vue d'une situation conflictuelle (...).¹⁶²

C'est cette reconnaissance qui constitue le fondement de l'éthique relationnelle. Le fait que cette dernière se révèle, pour Boszormenyi-Nagy, thérapeutique en soi explique l'importance, soulignée plus haut, de prendre en considération toutes les personnes du contexte d'un patient, qu'elles soient ou non présentes lors de la séance de psychothérapie :

Estimer qu'il est juste que chacune des personnes concernées par le traitement ait droit à l'attention du thérapeute n'est pas une simple position morale. (...) Le souci d'inclure tous les partenaires est en soi-même thérapeutique, parce qu'il aborde la vie comme un contexte d'interdépendance.¹⁶³

L'éthique relationnelle constitue ainsi pour cet auteur le socle fondamental de toute psychothérapie, quelque soit son orientation théorique :

Il n'est ni nécessaire ni possible de faire correspondre entre eux tous les termes théoriques et les cadres conceptuels thérapeutiques. (...) Par contre, la responsabilité thérapeutique à l'égard de toutes les personnes concernées reste un principe clinique sûr et une ligne directrice éthique certaine.¹⁶⁴

B. Résonance intersubjective et relation à l'autre homme

La conception de l'éthique développée par Boszormenyi-Nagy, ancrée dans une perspective pragmatique, n'est évidemment pas superposable à celle de Lévinas. De plus, l'approche contextuelle, telle qu'est formulée par son fondateur, se révèle, sur un plan conceptuel, rigoureusement incompatible avec notre démarche. Néanmoins, nous pensons pouvoir trouver dans cette approche psychothérapique des intuitions qui permettent de pousser un peu plus loin nos réflexions.

¹⁶² Boszormenyi-Nagy, 1991, p. 26.

¹⁶³ Boszormenyi-Nagy, 1991, p. 27.

¹⁶⁴ Boszormenyi-Nagy, 1991, pp. 29-30.

1. Le face à face et son contexte

Revenons à la situation de face à face telle que Lévinas la décrit du plus profond de l'*époque*. Doit-on y voir, comme nous nous le demandions au début de ce chapitre, la réintroduction d'un présupposé individualiste ?

Il est clair que, d'une certaine manière, la pensée de Lévinas met l'accent sur l'individu. Néanmoins, les développements de notre deuxième partie ne nous ont pas tant conduit à contester l'importance de l'individu qu'à refuser de considérer ce dernier indépendamment de son contexte relationnel. Or, la situation de face à face est fondamentalement relationnelle. Le problème viendrait donc de ce que cette relation à l'autre homme demeure duelle.

La conception du contexte proposée par Boszormenyi-Nagy se révèle alors précieuse, en précisant que ce contexte relationnel doit être défini en dernière instance à partir de l'engagement de l'individu envers les personnes de son entourage. En effet, un tel engagement n'est pas dirigé vers un groupe de personnes, mais relie l'individu à chaque membre de son entourage. Dès lors, cet entourage ne peut pas être conçu comme un système impersonnel d'individus, de sujets interchangeables. Au contraire, le contexte relationnel apparaît comme un faisceau de relations duelles, chacune engageant l'individu envers un autre homme. Dans cette perspective, la situation clinique peut être appréhendée comme un enchevêtrement de contextes individuels, que seule l'intervention du psychiatre délimite.

Du point de vue du psychiatre, l'idée de partialité multidirectionnelle montre bien comment celui-ci crée par son intervention ce que l'on pourrait nommer un contexte thérapeutique. En accordant toute son attention empathique à chaque membre d'une famille, présent ou non, le thérapeute s'engage envers cette personne dans une relation qui respecte sa singularité, c'est-à-dire dans une relation éthique au sens de Lévinas. Le thérapeute développe ainsi un faisceau de relations duelles qui forme son propre contexte, c'est-à-dire le contexte thérapeutique. Lorsqu'il se consacre à l'une de ces relations en s'adressant à un individu, il interagit bien évidemment avec les autres personnes du contexte de cet individu, du fait des résonances intersubjectives qui accompagnent toute implication vitale.

La profonde intuition de Boszormenyi-Nagy consiste selon nous à indiquer que ces résonances intersubjectives peuvent représenter un levier thérapeutique. Comme nous l'avons soutenu plus haut, la relation éthique à un individu, en ouvrant la possibilité d'un véritable discours qui respecte l'autre dans son altérité, constitue la dimension thérapeutique de cette relation. Lorsqu'il parvient à se placer dans une telle perspective, le thérapeute permet alors aux personnes qui composent le contexte cet individu de considérer à leur tour ce dernier dans sa singularité. A partir de chaque intervention, le psychiatre favorise la déstabilisation de toutes les relations concernées par cette intervention et, ce faisant, ouvre la possibilité d'un changement.

2. L'humanité de l'homme malade

Si nous nous plaçons maintenant du côté du patient, nous voyons que sa pathologie mentale comme pathologie de la relation, à la fois restriction de sa liberté et appel à l'aide, « ouverture originelle vers le secourable », ne peut laisser indifférentes les personnes constituant le contexte de ce patient. Ces dernières, lorsqu'elles souffrent elles-mêmes pour d'autres raisons, peuvent alors trouver dans la souffrance du patient le seul sens dont la souffrance soit susceptible : la souffrance pour la souffrance d'autrui.

Cette réflexion nous porte à penser que, si dans la pathologie mentale la subjectivité transcendantale se révèle vacillante, la subjectivité en son sens lévinassien – sujétion à autrui, responsabilité infinie – est au contraire mise à nu. Bien que l'homme malade perde la capacité humaine de déterminer librement ses actions – et encore, jamais totalement –, il continue à assumer, par ses troubles mêmes, sa responsabilité envers ses proches.

En nous plaçant dans la perspective éthique de la relation à l'autre homme, en définissant l'humanité par cette responsabilité envers Autrui, par cette « condition ou incondition d'otage », nous ne pouvons plus considérer la pathologie mentale comme une « déshumanisation », mais, bien au contraire, comme la mise à nue de cette responsabilité illimitée qui fonde en dernier lieu la condition humaine.

Ces considérations nous amènent à envisager les rôles délirants privilégiés par les schizophrènes (prophète, sauveur, inventeur...) dans une perspective très différente de celle de Kraus (2001). Quand cet auteur souligne que ces rôles « ne sont pas

simplement par hasard des rôles qui n'ont précisément pas besoin d'être légitimés par d'autres rôles et qui présentent un degré élevé d'autodétermination assurant une supériorité sur les autres par leur caractère unique et incomparable dans la situation réelle », nous pensons pour notre part que, par ces rôles délirants, le schizophrène cherche également à assumer la responsabilité infinie qu'il a envers tous les autres hommes.

3. L'éthique relationnelle en psychiatrie phénoménologique

Au terme de ces réflexions, nous nous trouvons en mesure de répondre à la question qui nous préoccupe depuis le début de ce chapitre. En considérant que l'*epochè* conduit, dans sa forme la plus radicale, à la situation du face à face, la philosophie de Lévinas ne nous entraîne pas pour autant à isoler de nouveau l'individu de son insertion intersubjective. Au contraire, cette philosophie permet de dépasser la question du surgissement de l'individu, question à laquelle l'œuvre de Kimura ne parvient pas à répondre entièrement. Ce surgissement est rendu possible par la polarisation de l'*aïda*, espace de résonance forcément impersonnel, par le visage de l'autre homme dont l'altérité absolue m'appelle à la responsabilité.

Ces considérations nous amènent à nous réapproprier la notion d'éthique relationnelle de Boszormenyi-Nagy, notion qui permet d'insister sur l'ancrage de toute relation éthique dans un contexte où s'enchevêtrent à l'infini d'autres relations éthiques. Nous proposons de définir l'éthique relationnelle comme l'attitude par laquelle le psychiatre demeure ouvert à de multiples relations tout en s'efforçant de considérer chacune de ces relations dans sa singularité. Selon nous, l'éthique relationnelle constitue alors la dernière étape de l'*epochè*, étape qui ne peut présenter un sens que dans la singularité de chaque situation clinique.

C. Leïla : le poids de la responsabilité

Nous ne pouvons conclure notre travail sans revenir une dernière fois à la situation clinique de Leïla. Une dernière fois... Le choix de ce « cas clinique » pour illustrer notre travail a peut-être représenté pour nous une manière de prolonger notre relation avec cette patiente particulièrement touchante.

1. La douleur comme appel

Ce mot, « touchante », exprime bien un sentiment vécu au contact de cette dernière, tant par nous-même que par nos collègues. En effet, nous avons souvent eu l'occasion de discuter, au sein de l'équipe de Psychiatrie de Liaison, de cet étonnant mélange d'irritation et d'attendrissement que suscite l'adolescente. Cet attendrissement, avons-nous alors remarqué, tient à ce que Leïla, bien que réclamant avec virulence sa sortie, ne paraît pas si opposée à notre intervention qu'elle veut bien le dire. Tous, nous nous sommes sentis interpellés par la patiente, comme si celle-ci présentait, vis-à-vis de chacun de nous, une attente secrète, une demande qu'elle ne pourrait pas exprimer. Nous avons déjà relevé que ce sentiment d'attendrissement s'accompagnait, en ce qui nous concerne personnellement, de l'image d'un « petit animal blessé », image que nous avons relié à une douleur profonde, bien que déniée, de la patiente. Rétrospectivement, ces différents éléments nous semblent effectivement liés à cette douleur – douleur que nous avons, chacun à notre manière, perçue intuitivement.

Malgré la détermination de l'adolescente, malgré son détachement et l'effroi que ce dernier peut susciter en réveillant en chacun le mystère de la mort et l'inconnu de l'altérité, la souffrance semble bien avoir constitué dans cette situation clinique ce que Lévinas nomme l'« ouverture originelle vers le secourable », c'est-à-dire ce qui a poussé les soignants à s'investir dans la relation à la patiente. A travers la douleur, c'est ainsi l'humanité de Leïla qui réapparaît, par-delà la déshumanisation du détachement.

2. La responsabilité

L'humanité de la patiente ressurgit également à travers la question de la responsabilité.

Nous avons souligné que les seuls moments où la patiente nous est apparue authentiquement émue sont ceux où nous avons abordé sa préoccupation pour ses parents. Nous n'avons pu recueillir que des confidences indirectes à ce sujet, à travers l'évocation d'histoires dont Leïla est dépositaire, mais par lesquelles elle ne paraît pas concernée. Cependant, nous avons pu observer combien l'inquiétude pour ses parents pouvait, l'espace d'un instant, pousser l'adolescente à se départir de son détachement. Ce phénomène a également été repéré par Lasègue :

(...) [Lorsque] les amis, les parents inclinent à regarder la situation comme désespérée, (...) la jeune fille commence à s'inquiéter de l'appareil attristé qui l'entoure et, pour la première fois, son indifférence satisfaite se déconcerte.¹⁶⁵

Si nous confrontons ces observations aux déclarations de ses parents qui considèrent que Leïla est « la meilleure de la famille » et qui comparent son dévouement à celui de la grand-mère maternelle (qui n'hésitait pas à donner ses chaussures à un démuné), nous pensons pouvoir affirmer que la patiente se montre responsable de ses proches bien au-delà de ce qu'il est habituel de l'être.

On retrouve cette question de la responsabilité au cœur des différentes professions qu'elle a, par le passé, envisagé d'exercer : pilote, médecin, avocat (« il peut mettre en prison à vie »), mais également dans la curieuse définition qu'elle donne du métier d'hôtesse de l'air, auquel elle dit maintenant vouloir se destiner : « Pour aider les gens, indiquer le chemin aux gens qui sont perdus ».

La question de la responsabilité apparaît enfin dans la relation de la patiente aux médecins. Elle semble en effet ne pas supporter l'idée que ces derniers puissent s'estimer responsable d'elle, et nous répète souvent, dans des moments d'abattement : « Ce n'est pas la peine de vous déranger, vous avez mieux à faire... Il y a beaucoup de gens qui ont besoin de vous ». Elle ira même jusqu'à nous dire, à l'occasion d'une discussion au cours de laquelle nous opposons à sa demande de sortie notre responsabilité juridique : « au procès, je dirai que c'est ma faute ».

3. L'anorexie comme transcendance

Tous ces éléments indiquent combien la patiente tend à porter le poids d'une responsabilité infinie. Elle n'incarne ainsi que trop bien la conception lévinassienne du sujet comme infiniment responsable. Or, cette conception, si elle prétend décrire le fondement de l'être humain, perçu depuis l'*epochè*, ne correspond pas à la « réalité » de la nature humaine – dans laquelle ce fondement éthique est toujours contrebalancé par l'égoïsme de l'homme. Il semble alors que cette responsabilité absolue corresponde à une mise à nu, du fait de la pathologie anorexique, de la subjectivité au sens lévinassien du terme.

¹⁶⁵ Cité par Raimbault (1994), p. 959.

Une telle description paraît s'opposer à celle, évoquée plus haut¹⁶⁶, de l'anorexie mentale comme autonomisation absolue. Néanmoins, cette opposition ne se révèle qu'apparente lorsque l'on reprend les termes de notre analyse de l'autonomisation absolue. L'autonomie de l'anorexique, avons-nous remarqué, se maintient non pas *dans* son environnement vital mais indépendamment de celui-ci, dans un mouvement que rien ne semble pouvoir remettre en question, mouvement que nous avons alors qualifié d'*autonomisation absolue*. Un tel mouvement se caractérise donc par l'impossibilité de toute remise en question, par son environnement, de l'implication vitale de l'anorexique dans ce même environnement. La responsabilité infinie qui pèse sur la patiente correspond justement à cette implication vitale que rien ne semble pouvoir venir interrompre, elle représente pour ainsi dire la direction du mouvement d'autonomisation absolue. Peut-être l'anorexie mentale doit-elle être alors considérée en dernière instance, à travers cette question de l'absolu, comme une transcendance.

¹⁶⁶ Cf. nos analyses du paragraphe III.C.3 de notre deuxième partie (p. 104).

Conclusion

Notre parcours nous a conduit à envisager comment diverses approches se réclamant de la psychiatrie phénoménologique permettent d'aborder la situation clinique en psychiatrie.

Ces approches se sont révélées bien différentes les unes des autres, et pour tout dire très hétérogènes. Un tel constat s'avèrerait décevant si notre démarche avait consisté à les passer en revue afin d'en dégager une synthèse unifiante. Néanmoins, nous avons eu l'occasion de souligner à plusieurs reprises qu'il ne s'agit pas là de la méthode proposée par la psychiatrie phénoménologique.

En cherchant à nous approprier cette méthode, nous avons tenté de cheminer à travers les travaux des uns et des autres sans pour autant perdre de vue notre fil conducteur : la situation clinique.

Ce cheminement n'apparaît pas tant comme l'étude de différentes approches qui se situeraient au même niveau que comme une tentative de dégager plan par plan les différentes strates qui constituent les soubassements de l'expérience clinique. Cette tentative correspond, d'un point de vue méthodologique, à la recherche sans cesse renouvelée d'une *epochè* plus radicale.

Ainsi, nous sommes parti de la réduction phénoménologique qui, comme geste fondamentalement solipsiste, permet de dégager la structure intime de la conscience humaine et son « être autrement » dans la pathologie mentale – mais révèle ses limites dans la situation clinique, fondamentalement intersubjective.

Nous avons ensuite adopté la perspective narrative dégagée par Jean Naudin à partir des travaux de Schapp. Depuis la « réduction à l'histoire », la rencontre clinique apparaît comme un dialogue par lequel le thérapeute cherche à aider le patient à « rompre le charme » d'une histoire particulière dans laquelle ce dernier se trouve totalement empêtré.

L'œuvre de Kimura Bin suggère quant à elle que l'approfondissement de l'*epochè* doit nous conduire à remettre en cause aussi bien le primat de l'individu, préjugé dont la psychiatrie phénoménologique classique demeure tributaire, que l'importance centrale accordée par Naudin au langage. A ce niveau de réduction, la pathologie

mentale apparaît dans sa dimension fondamentalement intersubjective – elle est « pathologie de la relation ». La situation clinique, traversée par les résonances intersubjectives, devient alors le lieu de l'implication vitale du psychiatre.

Une telle radicalisation de l'*époque* pose cependant le problème de l'émergence d'un sujet comme existence individuelle depuis l'*aïda*. Nous appuyant sur l'œuvre d'Emmanuel Lévinas, nous avons alors suggéré qu'une telle émergence était rendue possible par la polarisation que l'extériorité d'autrui introduit dans cet espace de résonance intersubjective (*aïda*). L'*époque* trouve sans doute sa limite ultime dans la transcendance irréductible qui caractérise alors ma relation à autrui, c'est-à-dire dans le mystère que représente pour moi le visage d'autrui.

Cette limite de l'*époque* ne nous semble pas pour autant constituer une simple abstraction théorique. Le psychiatre y est en effet bien souvent confronté, et ce dans deux registres de son exercice.

D'une part, il apparaît clairement qu'il ne peut acquérir, dans sa pratique quotidienne, aucun savoir définitif au sujet d'un patient, même après de longues années de suivi. Nos réflexions nous amené à soutenir que cette singularité de l'autre homme, rétive à toute objectivation, ne représente pas pour autant un obstacle à la psychothérapie, mais bien au contraire sa condition de possibilité. La relation à l'autre homme ne constitue pas simplement un mystère, l'inévitable point aveugle de tout savoir, mais également le point de levier à partir duquel le psychiatre peut mobiliser les ressources du patient et de son entourage.

D'autre part, le psychiatre rencontre cette limite de l'*époque* lors de ses efforts de théorisation. En effet, il ne peut espérer échafauder un système théorique qui parvienne à rendre compte, de manière définitive, de la complexité des relations entre chaque homme et son contexte. Une telle constatation indique sans doute que la psychiatrie comme science doit s'intéresser en dernier ressort à ce qui déborde la science empirique – du fait de la saturation du mesurable par l'infinité des variables à mesurer. L'œuvre de Lévinas a selon nous le mérite de justement pointer ce débord là où il se produit, c'est-à-dire dans l'homme, ou plus précisément dans l'homme en tant qu'absolument autre.

Ainsi, notre approfondissement de l'*époque* nous conduit, après avoir envisagé successivement les questions de l'intersubjectivité, du langage et du rapport au fond

de la vie, à constater que cette méthode phénoménologique rencontre sa limite ultime avec le problème de la singularité. Deux attitudes peuvent alors se discuter. La première consiste à voir dans cette limite une incitation à restreindre le champ de la connaissance psychiatrique à ce qui demeure généralisable – ce qui, nous n'en doutons pas, fournit déjà un champ d'investigation immense. La seconde attitude considère au contraire que la situation clinique doit être décrite, en dernière analyse, comme la relation d'individus singuliers, et que seule une telle description permet de fonder la connaissance psychiatrique – ou, peut-être bien, de révéler l'impossibilité de lui trouver un fondement définitif.

On l'aura compris, nous avons pour notre part choisi d'adopter cette seconde attitude. Cependant, nous ne voudrions pas suggérer que celle-ci conduit à rejeter par principe tout ce que peut apporter la première. Le scepticisme auquel nous a conduit la philosophie de Lévinas représente selon nous la dernière étape de la démarche phénoménologique, mais ce philosophe ne prétend certainement pas, tout comme cette dernière d'ailleurs, condamner *a priori* toute forme de savoir issue d'autres horizons de pensée.

Un tel scepticisme incite en revanche le psychiatre à réinterroger sans cesse ce savoir depuis la situation clinique. En ce sens, si nous souscrivons volontiers à la phrase de Nietzsche (1888), « L'esprit de système est un manque de probité », ce n'est pas tant que nous pensions que l'esprit de système constitue un manque de probité intellectuelle du chercheur, mais plutôt que nous estimons qu'il expose le praticien à un manque de probité dans la relation à l'autre homme.

Nous avons proposé de définir, sous le terme d'éthique relationnelle, l'attitude par laquelle le psychiatre demeure ouvert à de multiples relations tout en s'efforçant de considérer chacune de ces relations dans sa singularité. Cette attitude invite le praticien à être sensible à ce qui échappe à son savoir, non pour l'englober dans un nouveau savoir plus complet, mais pour respecter cet espace de secret. Nous rejoignons là les réflexions de Thierry Trémine (2001) :

« Il faut bien s'imaginer alors que l'essentiel, si fragile soit-il, nous échappe ; qu'il existe un espace de liberté, de quant-à-soi qui, fort heureusement, n'intéresse pas le clinicien et son langage. La vie du patient sort du domaine de la connaissance partagée, pour gagner celui du secret ou du risque. Il est probable, tout au moins

souhaitable, que tout ce jeu d'ancrage en l'autre n'existe finalement qu'afin que l'espace alliant la contingence, le secret et le risque puisse exister. » (p. 103)

Notre propos, en cherchant à mettre en évidence un tel espace, ne visait pas à dissiper l'ombre qui l'enveloppe. Il a au contraire soutenu que c'est autour de cet espace d'ombre que s'articule l'ensemble du champ psychiatrique ; pour paraphraser M. Merleau-Ponty (1960) : le psychiatre « a son ombre portée, qui n'est pas simple absence de fait de la future lumière »¹⁶⁷.

¹⁶⁷ p. 290.

Annexe

Tableau récapitulatif de l'étymologie des mots japonais employés pour décrire les concepts de *soi* et de *nature*

MIZUKARA S'originant de (<i>kara</i>) mon propre corps, ma propre chair (<i>mi</i>)	ONozUKARA De (<i>kara</i>) soi-même (<i>ono</i>) Dans le sens impersonnel d'un mouvement spontané, d'un changement de chose
Ji : mouvement spontané à partir d'un point d'origine	
Ji-ko : moi, soi, Moi, Soi Ji-bun : tout ce qui a rapport à l'action propre du sujet (bun = morceau)	Ji-nen : être en tant que Ji est à l'origine (nen = ce qui est ainsi de soi-même) Shi-zen : nature (seule la prononciation change)
Différents modes de l'automanifestation du mouvement spontané universel à partir d'un point d'origine	
<u>« Ji intérieurisé »</u> la spontanéité impersonnelle du Ji se manifeste dans mon corps	<u>« Ji extérieurisé »</u> le Ji est perçu dans le monde extérieur de la nature

D'après Kimura Bin (1992)

Bibliographie

- ALBERNHE K. et T. (2000) :** *Les thérapies familiales systémiques*, Masson (Médecine et Psychothérapie), Paris
- ANSERMET F. (1994) :** Le manque anorexique, *Revue médicale de la Suisse romande*, 114, pp. 965-968
- AUSLOOS G. (1995) :** *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*, Éditions Eres (Relations)
- BADIOU A. (2003) :** *L'éthique. Essai sur la conscience du mal*, Nous, Caen
- BATESON G. (1977a) :** *Vers une écologie de l'esprit*, T. 1, Éditions du Seuil (Points Essais), Paris
- BATESON G. (1977b) :** *Vers une écologie de l'esprit*, T. 2, Éditions du Seuil, Paris
- BIDEAU E. (1996) :** La Tentation de l'anorexique, *L'Évolution Psychiatrique*, 61, 2, pp. 359-369
- BINSWANGER L. (1958) :** Analyse existentielle et psychothérapie (II), in *Introduction à l'analyse existentielle*, Trad. franç. J. Verdeaux et R. Kuhn, Les Éditions de Minuit, 1971, pp. 149-157
- BINSWANGER L. (1955a) :** Analyse existentielle et psychiatrie, in *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne*, Trad. franç. R. Lewinter, Gallimard (Tel), Paris, 1970, pp. 85-114
- BINSWANGER L. (1955b) :** Analyse existentielle et psychothérapie, in *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne*, Trad. franç. R. Lewinter, Gallimard (Tel), Paris, 1970, pp. 115-120
- BINSWANGER L. (1935) :** De la psychothérapie, in *Introduction à l'analyse existentielle*, Trad. franç. J. Verdeaux et R. Kuhn, Les Éditions de Minuit, 1971, pp. 119-147
- BLANKENBURG W. (1991) :** La signification de la phénoménologie pour la psychothérapie, in P. Fédida et J. Schotte (ed.), *Psychiatrie et existence*, Million, Grenoble, pp. 181-197
- BLANKENBURG W. (1986) :** Sur le rapport entre pratique psychiatrique et phénoménologie, in P. Fédida (ed.), *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*, Éditions G.R.E.U.P.P., Paris, pp. 133-140

- BLANKENBURG W. (1971) :** *La perte de l'évidence naturelle. Une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques*, trad. franç. J.-M. Azorin et Y. Totoyan, Presses Universitaires de France, Paris, 1991
- BOSZORMENYI-NAGY I. (1991) :** Thérapie contextuelle et unité des approches thérapeutiques, *Dialogue – recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, 111, pp. 21-44
- BOSZORMENYI-NAGY I., FRAMO J.L. (1965) :** *Psychothérapies familiales*, trad. franç. G. Blumen, Presses Universitaires de France, 1980
- BOSZORMENYI-NAGY I., KRASNER B. (1991) :** La confiance comme base thérapeutique : la méthode contextuelle, *Dialogue – recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, 111, pp. 3-20
- BUBER M. (1923) :** *Je et Tu*, trad. franç. G. Bianquis, Éditions Aubier, Paris, 1969
- CHARBONNEAU G. (1994) :** La dialectique idem-ipse et le maintien de l'identité humaine, *L'art du comprendre*, 1, pp. 107-119
- CORCOS M., FLAMENT M., JEAMMET Ph. (ed.) (2003) :** *Les conduites de dépendance. Dimensions psychopathologiques communes*, Masson, Paris
- DASTUR F. (1999/2000) :** Qu'est-ce que la *Daseinanalyse* ? *Res Publica*, Revue de l'association de philosophie de l'Université de Paris XII – Val de Marne, 22, pp. 41-45
- DASTUR F. (1995) :** *Husserl des mathématiques à l'histoire*, Presses Universitaires de France (Philosophies), Paris
- DASTUR F. (1989) :** Réduction et intersubjectivité, in E. Escoubas et M. Richir (ed.), *Husserl*, Million, Grenoble, pp. 43-64
- DEPRAZ N. (2001) :** Pratiquer l'épochè. Pertinence de l'épochè schizophrénique comme phénomène-limite, in D. Pringuey et F. Samy Kohl (ed.), *Phénoménologie de l'identité humaine et schizophrénie*, Le Cercle Herméneutique (Phéno), pp. 134-142
- DEPRAZ N. (1995) :** *Transcendance et incarnation. Le statut de l'intersubjectivité comme altérité à soi chez Husserl*, Vrin, Paris
- DEVEREUX G. (1970) :** *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris
- DUPUY J.-P. (1994) :** *Aux origines des sciences cognitives*, Éditions La Découverte & Syros (Poche), Paris
- ELKAÏM M. (1995) :** Description d'une évolution, in *Panorama des thérapies familiales*, Éditions du Seuil, Paris, pp. 587-612

- ELKAÏM M. (1989) :** *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*, Éditions du Seuil (Points Essais), Paris
- ESCOUBAS E. (2001) :** Le soi et la création artistique, in D. Pringuey et F. Samy Kohl (ed.), *Phénoménologie de l'identité humaine et schizophrénie*, Le Cercle Herméneutique (Phéno), pp. 50-55
- EY H. (1948) :** *Études Psychiatriques*, tome I, Desclée de Brouwer, Paris
- GUIDICELLI S. (1985) :** Référents philosophiques explicites et implicites dans la clinique d'aujourd'hui, *L'Évolution Psychiatrique*, 50, 3, pp. 611-626
- HEIREMAN M. (1989) :** *Du côté de chez soi. La thérapie contextuelle d'Ivan Boszormenyi-Nagy*, trad. franç. P. Bourgeois, ESF éditeur, Paris, 1996
- HUSSERL E. (1936) :** *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*, trad. franç. par G. Granel, Gallimard, Paris, 1976
- HUSSERL E. (1931) :** *Méditations cartésiennes*, trad. franç. par M. de Launay, Presses Universitaires de France (Epiméthée), Paris, 1994
- HUSSERL E. (1910) :** *Problèmes fondamentaux de la phénoménologie*, trad. franç. par J. English, Presses Universitaires de France (Epiméthée), Paris, 1991
- HUSSERL E. (1907) :** *L'idée de la phénoménologie*, trad. franç. par A. Lowit, Presses Universitaires de France (Epiméthée), Paris, 1990
- KAFKA F. (1922) :** Un jeûneur, in *Un jeûneur et autres nouvelles*, trad. franç. et introduction B. Lortholary, Flammarion, Paris, 1993, pp. 73-86
- KEENEY B.P. (1983) :** Que signifie une épistémologie de la thérapie familiale ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 7, pp. 9-23
- KIMURA B. (1992) :** *Ecrits de psychopathologie phénoménologique*, trad. franç. par J. Boudier, Presses Universitaires de France (Psychiatrie ouverte), Paris
- KIMURA B. (1991) :** Signification et limite du langage dans la formation psychothérapeutique, in P. Fédida et J. Schotte (ed.), *Psychiatrie et existence*, Millon, Grenoble, pp. 199-211
- KIMURA B. (1988) :** *L'entre. Une approche phénoménologique de la schizophrénie*, trad. franç. par C. Vincent, Millon (Krisis), Grenoble, 2000
- KIRK S., KUTCHINS H. (1992) :** *Aimez-vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Trad. franç. O. Ralet et D. Gille, Institut Synthélabo (Les empêcheurs de penser en rond), Le Plessis-Robinson, 1998

- KRAUS A. (2001)** : Schizophrénie et rôle social, in D. Pringuey et F. S. Kohl, *Phénoménologie de l'identité humaine et schizophrénie*, Le Cercle Herméneutique (Phéno), pp. 63-69
- LANG H. (1986)** : Réflexions sur la structure de l'anorexie mentale d'après le cas exemplaire d'Ellen West, in P. Fédida (ed.), *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*, Éditions G.R.E.U.P.P., Paris, pp. 47-54
- LANTÉRI-LAURA G. (1998)** : *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Éditions du temps, Paris
- LAXENAIRE M., MARCHAND P. (1978)** : Une mystique du corps : l'anorexie mentale, *L'Évolution Psychiatrique*, 43, 3, pp. 597-606
- LE GOFF J.-F., GARRIGUES A. (1994)** : Boszormenyi-Nagy et la parentification, *Dialogue – recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, 124, pp. 49-58
- LÉVINAS E. (1982a)** : *Éthique et infini*, Le Livre de Poche (Biblio-essais), Paris
- LÉVINAS E. (1982b)** : La souffrance inutile, in *Entre nous*, Éditions Grasset & Fasquelle, Paris, 1991, pp. 100-112
- LÉVINAS E. (1977)** : La Philosophie et l'Éveil, in *Entre nous*, Éditions Grasset & Fasquelle, Paris, 1991, pp. 86-99
- LÉVINAS E. (1974)** : *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, Le Livre de Poche (Biblio-essais), Paris, 1978
- LÉVINAS E. (1972)** : *Humanisme de l'autre homme*, Le Livre de Poche (Biblio-essais), Paris
- LÉVINAS E. (1961)** : *Totalité et infini*, Le Livre de Poche (Biblio-essais), Paris, 1971
- LÉVINAS E. (1948)** : *Le temps et l'autre*, Presses Universitaires de France (Quadrige), Paris, 1983
- MAÎTRE J. (2001)** : Anorexies religieuses. Anorexie mentale, *Revue française de Psychanalyse*, 5, pp. 1551-1559
- MALEVAL J.-C. (2003)** : Limites et danger des DSM, *L'Évolution Psychiatrique*, 68, 1, pp. 39-61
- MERLEAU-PONTY M. (1964)** : *L'Œil et l'Esprit*, Gallimard (Folio essais), Paris
- MERLEAU-PONTY M. (1960)** : Le philosophe et son ombre, in *Signes*, Folio (Essais), Paris, pp. 259-295

- MINKOWSKI E. (1957) :** Les notions bleuleriennes. Voie d'accès aux analyses phénoménologiques et existentielles, *Annales Médico-Psychologiques*, 2, 5, pp. 833-844
- MINKOWSKI E. (1933) :** *Le temps vécu*, Presses Universitaires de France (Quadrige), Paris, 1995
- MINKOWSKI E. (1927) :** *La schizophrénie*, Éditions Payot & Rivages (Petite Bibliothèque Payot), Paris, 1997
- MORO M.-R., BAUBET Th. (2003) :** *Psychiatrie et migrations*, rapport au congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Masson, Paris
- MOYSE D. (2002) :** Question de regard, *Laennec*, 50, 2, pp. 65-75
- NAUDIN J. (1997) :** *Phénoménologie et psychiatrie. Les voix et la chose*, Presses Universitaires du Mirail, Toulouse
- NAUDIN J., AZORIN M. (1998a) :** Le concept d'identité chez Ricœur et l'expérience psychiatrique, *Confrontations psychiatriques*, 39, pp. 73-88
- NAUDIN J., AZORIN M. (1998b) :** Quelques problèmes fondamentaux posés par la psychothérapie et son apprentissage : un point de vue phénoménologique, *Actualités médicales internationales – Psychiatrie*, 15, 214, novembre, pp. 3854-3863
- NAUDIN J., AZORIN J.-M., GIUDICELLI L., DASSA S. (1996) :** Les histoires hallucinées. Vers une analyse narrative des hallucinations accoustico-verbales, *L'Évolution psychiatrique*, 61, 2, pp. 345-358
- NAUDIN J., AZORIN J.-M., GIUDICELLI L., DASSA S. (1995) :** Binswanger avec Shapp : analyse existentielle ou analyse narrative, *L'Évolution psychiatrique*, 60, 3, pp. 575-591
- NAUDIN J., AZORIN M., PRINGUEY D. (1998) :** Phénoménologie et analyse existentielle, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale – Psychiatrie*, 37-815-A-10
- NAUDIN J., SIRERE S., WIGGINS O.-P. et coll. (2000) :** L'usage de la réduction husserlienne comme méthode d'investigation dans l'expérience psychiatrique, *Nervure*, 13, 5, pp. 21-27
- NEUBURGER (1988) :** *L'autre demande. Psychanalyse et thérapie familiale*, Édition Payot & Rivages (Petite Bibliothèque Payot), Paris, 2003
- NIETZSCHE F. (1888) :** *Crépuscule des idoles*, trad. franç. J.-C. Hémerly, Gallimard (Folio essais), Paris, 1974

- PEWZNER-APELOIG E. (1998) :** Ascèse contemporaine, anorexie mentale et post-modernité, *Annales Médico-Psychologiques*, 156, 2, pp. 97-107
- PINSOF W.M. (1994) :** An integrative systems perspective on the therapeutic alliance : theoretical, clinical and research implications, in A.O. Horvath et L.S. Greenberg (ed.), *The working alliance : theory, research and practice*, J. Wiley & Sons, New-York, pp. 173-195
- RAIMBAULT G. (1994) :** La logique de l'anorexique face à celle de ses médecins, *Revue médicale de la Suisse romande*, 114, pp. 955-964
- RICOEUR P. (1996) :** Les paradoxes de l'identité, *L'Information Psychiatrique*, 3, pp. 201-206
- RICOEUR P. (1990) :** *Soi-même comme un autre*, Éditions du Seuil (Points Essais), Paris
- ROBIN M., MAURIAC F., POCHARD F., WADDINGTON A., KANNAS S., HERVÉ C. (1998) :** Éthique pratique et situation de crise en psychiatrie, *L'Évolution Psychiatrique*, 63, 1-2, pp. 227-234
- RÜMKE H. (1958) :** La différenciation clinique à l'intérieur du groupe des schizophrénies, *L'Évolution Psychiatrique*, 23, pp. 525-538
- SALEM G. (1990) :** Loyautés, dettes et mérites : contribution théorique et clinique à la thérapie contextuelle, *Dialogue – recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, 110, pp. 50-70
- SAMI-ALI (2002) :** L'élaboration du concept d'impasse dans la clinique et la théorie, in *La clinique de l'impasse*, Éditions EDK, Paris, pp. 3-11
- SEBBAH F.-D. (2000) :** *Lévinas*, Les Belles Lettres (Figures du savoir), Paris
- SELVINI PALAZOLLI M. (1996) :** Une approche systémique de l'anorexie mentale : nouvelles perspectives (interview par Luigi Onnis), in *Les langages du corps*, L. Onnis (ed.), ESF éditeur, Paris, pp. 87-105
- SWAIN G. (1994) :** *Dialogue avec l'insensé*, Gallimard, Paris
- SWAIN G. (1977) :** *Le sujet de la folie*, Calmann-Lévy, Paris, 1997
- TATOSSIAN A. (1997) :** *Psychiatrie phénoménologique*, Acanthe Lundbeck, Paris
- TATOSSIAN A. (1996) :** Les conditions aprioriques d'une psychothérapie des schizophrènes, *L'Art du comprendre*, 5/6, pp. 187-192
- TATOSSIAN A. (1994) :** L'identité humaine selon Ricœur et le problème des psychoses, *L'art du comprendre*, 1, pp. 99-106

- TATOSSIAN A. (1989) :** Qu'est-ce que la clinique ?, *Confrontations Psychiatriques*, 30, pp. 55-61
- TATOSSIAN A. (1986) :** Pratique psychiatrique et phénoménologie, in P. Fédida (ed.), *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*, Éditions G.R.E.U.P.P., Paris, pp. 123-132
- TATOSSIAN A. (1979) :** Phénoménologie des psychoses, rapport, in *Comptes rendus du LXXVII^e congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Masson, Paris pp. 75-340
- TATOSSIAN A. (1978) :** Symptôme clinique et structure phénoménologique, *Psychiatries*, 1, 35, pp. 45-52
- TRÉMINE Th. (2001) :** *Délires et modèles*, L'Harmattan, Paris
- VAN HEUSDEN A., VAN DER EERENBEEMT E. (1987) :** *Thérapie familiale et générations. Aperçu sur l'œuvre de Ivan Boszormenyi-Nagy*, trad. franç. G. Blumen, Presses Universitaires de France (Nodules), Paris, 1994
- VARELA F., THOMPSON E., ROSCH E. (1993) :** *L'inscription corporelle de l'esprit*, Trad. franç. V. Havelange, Éditions du Seuil (La couleur des idées), Paris
- VAUTERIN C. (1986) :** Phénoménologie et psychiatrie, in P. Fédida (ed.), *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*, Éditions G.R.E.U.P.P., Paris, pp. 165-170
- VIAN B. (1947) :** *L'écume des jours*, Éditions Pauvert (Le Livre de Poche), Paris, 1998
- WAHL J.-P., LANTÉRI-LAURA G. (2001) :** Répondre au patient psychotique : éloge de la disparité, *L'Évolution Psychiatrique*, 66, pp. 467-473
- WATZLAWICK P., HELMICK BEAVIN J. et JACKSON DON D. (1967) :** *Une logique de la communication*, Trad. franç. J. Morche, Éditions du Seuil (Points Essais), Paris, 1972
- WEIL S. (1948) :** *La pesanteur et la grâce*, introduction de G. Thibon, Plon, Paris
- WINNICOTT D. W. (1971) :** *Jeu et réalité*, trad. franç. C. Monod et J.-B. Pontalis, Paris, Gallimard, 1975
- YANNARAS C. (1980) :** *Philosophie sans rupture*, trad. franç. A. Borrély, Labor et Fides, Genève, 1986
- ZAOUI D. (1993) :** Le consentement en médecine ou de la suggestion "bien tempérée", *Revue de Médecine Psychosomatique*, 35, pp. 25-34

Table des matières

Introduction.....	2
Première partie : la méthode phénoménologique en psychiatrie	5
I. Leïla ou le poids des anges.....	5
A. Leïla.....	5
B. Déroulement de l'hospitalisation.....	8
C. Contenu des entretiens individuels.....	14
D. Remarques cliniques.....	16
II. La psychiatrie phénoménologique	18
A. La méthode phénoménologique	19
1. Réduction phénoménologique et psychiatrie	19
2. Psychiatrie phénoménologique et psychopathologie	21
3. Une démarche clinique.....	24
B. Illustration clinique.....	27
1. L'isolement.....	29
2. Le détachement	30
3. Le rapport au corps.....	31
4. La détermination	33
5. La douleur	35
6. Commentaires.....	36
III. La situation clinique.....	38
A. Psychiatrie phénoménologique et psychothérapie	38
1. La rencontre comme condition de possibilité de la psychothérapie..	39
2. Les deux modes de l'assistance.....	40
B. L'intersubjectivité comme limite de l' <i>epochè</i>	42
1. L' <i>epochè</i> comme accès à l'expérience du patient.....	42
2. <i>Épochè</i> et constitution d'autrui	44
3. L' <i>epochè</i> dans la situation clinique.....	46

Deuxième partie : la résonance intersubjective..... 48

I. Situation clinique et intersubjectivité..... 49

A. L'approche systémique.....	49
1. Bases théoriques.....	50
2. Le rôle de la famille.....	54
3. Expérience systémique et psychiatrie.....	57
B. La situation clinique de Leïla : quelques réflexions systémiques.....	58
1. Leïla et sa famille.....	58
2. Le système thérapeutique.....	60
C. La question de l'intersubjectivité en psychiatrie.....	61
1. L'origine de la psychiatrie.....	61
2. L'intersubjectivité, question centrale de la psychiatrie.....	64
3. Vers une phénoménologie des relations intersubjectives.....	65

II. La phénoménologie narrative..... 67

A. Ricœur : identité narrative et fiction.....	67
1. L'identité narrative.....	67
2. Le secours de la fiction.....	69
3. Ricœur et la psychiatrie.....	71
B. Naudin : l'analyse narrative.....	74
1. La réduction hallucinatoire.....	74
2. Schapp : « L'histoire tient lieu de l'homme ».....	77
3. L'analyse narrative en psychiatrie.....	81
C. Leïla : histoire(s) d'anorexie.....	82
1. L'anorexie comme identité narrative.....	82
2. Leïla et les histoires.....	83
3. L'anorexie comme piège narratif.....	84

III. Kimura Bin : de l'être-malade à l'être en relation 86

A. Sujet et intersubjectivité.....	86
1. L' <i>aïda</i>	86
2. Sujet et Soi.....	88
3. La rencontre comme résonance intersubjective.....	90

B. De l'être-malade à l'être-en-relation	92
1. « De la physiologie d' <i>aïda</i> à la phénoménologie des relations interpersonnelles »	92
2. La schizophrénie comme pathologie d' <i>aïda</i>	96
3. Kimura Bin et la psychiatrie phénoménologique.....	100
C. Leïla : l'anorexie comme incarnation de l' « absolument autre »	102
1. Le détachement comme « pathologie de la relation ».....	102
2. Analyse des résonances intersubjectives.....	103
3. L'anorexie comme autonomisation absolue.....	104

Troisième partie : l'éthique relationnelle..... 106

I. Lévinas : la relation à l'autre homme 107

A. La relation intersubjective comme transcendance.....	107
1. Transcendance et Désir	107
2. La relation au visage comme discours	110
3. Une transcendance <i>irréductible</i>	111
B. Discours et éthique	112
1. Le face à face comme relation éthique.....	112
2. Asymétrie de la relation	116
C. L'autre homme	117
1. Du sujet à l'autre homme	117
2. La souffrance inutile.....	120
3. Lévinas et la phénoménologie.....	121

II. La relation à l'autre homme 125

A. Psychiatrie, philosophie et « métaphysique »	125
1. La place de la philosophie en psychiatrie.....	125
2. Psychiatrie et métaphysique	127
B. La rencontre clinique comme relation à l'autre homme.....	128
1. L'éthique comme fondement de la relation thérapeutique.....	128
2. L'asymétrie de la relation thérapeutique	130
C. La réduction phénoménologique dans la situation clinique	131

III. Le contexte de la rencontre 133

A. La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy 133

 1. Fondements de la thérapie contextuelle 134

 2. Multilatéralité et partialité multidirectionnelle 135

 3. L'éthique relationnelle selon Boszormenyi-Nagy..... 136

B. Résonance intersubjective et relation à l'autre homme 137

 1. Le face à face et son contexte..... 138

 2. L'humanité de l'homme malade 139

 3. L'éthique relationnelle en psychiatrie phénoménologique 140

C. Leïla : le poids de la responsabilité 140

 1. La douleur comme appel 141

 2. La responsabilité 141

 3. L'anorexie comme transcendance 142

Conclusion 144

Annexe..... 148

 Tableau récapitulatif de l'étymologie des mots japonais employés pour
 décrire les concepts de *soi* et de *nature*..... 148

Bibliographie 149