

Les nouveaux concepts de la phénoménologie psychiatrique

L'ipséité et le Soi, l'architectonique, le *phenomenological mind*, rôle et relation de rôle *New concepts in phenomenological psychiatry*

Georges CHARBONNEAU¹

¹Psychiatre des Hôpitaux, psychiatre d'exercice privé, Argenteuil, France. Directeur de Recherche, Université Paris Denis Diderot, Psychopathologie fondamentale et psychanalyse, Paris, France. Co-fondateur de la revue *L'art du comprendre*, il dirige maintenant la revue *Le Cercle herméneutique* et la Collection *Phéno*.
geocharbon@aol.com

La phénoménologie psychiatrique veut assumer un plan macrostructurel dans la compréhension des troubles psychiatriques. À ce plan se définissent la structure unitaire et la cohérence du champ de conscience tels qu'ils permettent d'organiser une relation de réalité. Le propre de ce niveau d'analyse est la mise à jour des propriétés de champ et la capacité intégrative de la conscience à rencontrer ses objets de conscience (son intentionnalité d'objet et celle de champ, dite extentionnalité).

Le plan macrostructurel ou architectonique

Cette capacité intégrative, dite architectonique, permet à la conscience de faire *corps psychique*. Cette propriété n'est pas banale. Elle exige une sorte de montée en cohérence et en puissance pour que de l'activité mentale puisse s'exercer. Ce qui peut toucher ce plan macrostructurel est propre à ce niveau. Il n'y a pas d'isomorphisme strict entre le macrostructurel (le pré-psychologique) et le microstructurel (le psychologique). Chacun à son propre domaine d'expérience.

À un tel niveau fondamental, deux types d'événements pathologiques peuvent se produire et tous les psychiatres et psychothérapeutes cliniciens les connaissent bien :

- d'une part, une « surintégration » rigidifiant l'expérience au point qu'elle ne puisse rencontrer ses objets de conscience ;
- d'autre part, une déstructuration, une désintégration, une dissociation faisant perdre à ce corps psychique la capacité d'exercer sa fonction de viser ses objets et de produire une relation stable de réalité.

On comprend alors l'importance de ce niveau macrostructurel pour l'appréhension des troubles dits « mentaux ».

Ainsi posée, la phénoménologie psychiatrique serait-elle une théorie élémentaire de la conscience et de sa déstructuration ? Elle n'est pas que cela mais cela, oui, elle l'assume, à condition cependant de considérer la conscience en tant que *gestalt* vivante. Son ambition d'être une *théorie de la conscience*, qui n'exclut aucun inconscient, elle l'assume d'autant mieux qu'aucune médecine ni psychopathologie ne peut se dispenser d'une théorie minimale de la conscience. La psychiatrie utilise tacitement une théorie macrostructurelle de la conscience (ou de la structure

d'expérience) et c'est à ce niveau qu'une phénoménologie psychiatrique a sa pertinence.

Cahier des charges d'une théorie minimale de la conscience ou de l'esprit

Que doit assumer une théorie minimale de la conscience ou de l'expérience ? D'une certaine façon, peu de choses mais des choses si importantes ! Ces choses sont des pré-requis sans quoi rien ne pourrait nous advenir.

Un terme ancien dans la philosophie (E. Kant, E. Husserl), largement utilisé par H. Ey, vient désigner ce niveau : celui d'*architectonique*. Il est largement utilisé par le philosophe contemporain Marc Richir. Il signifie la structure qui couvre et tient ensemble l'expérience, de sorte qu'elle puisse s'appréhender elle-même. L'architectonique suppose une topographie symbolique (celle de l'*arché* ou du *là* de la présence) et une énergie de cohésion (tectonique) tenant cette topographie. Sans cette architectonique, rien ne peut advenir à soi¹. La phénoménologie psychiatrique étudie principalement les affectations de cette architectonique dans les psychoses. L'architectonique est son principal « mystère ».

Nous parlons des pré-requis nécessaires à la constitution du champ de conscience ? Que recouvre plus précisément cette élaboration préparatoire de sorte que de l'expérience puisse advenir à une certaine conscience ?

1. Elle doit organiser la continuation la plus élémentaire de tout Soi. Toute conscience ou toute manifestation se fait sur fond d'une continuité virtuelle pré-établie de lui-même, à qui se rapporte ce qui advient. Cela signifie que tout sujet doit avoir la conscience de s'appartenir (à lui-même) quelles que soient les déterminations qu'il emprunte ou les identités de rôles qu'il revêt. Dans le registre de ce « travail préparatoire de conscience », si on peut le nommer ainsi, la dépersonnalisation (« dé-ipséisation ») est le trouble le plus élémentaire et le plus connu qui se rencontre en psychiatrie. Il en est bien d'autres, ceux notamment qui font que nous perdons le sentiment de s'appartenir à soi devant certains événements ou certaines affectations de notre corps tels que les dysmorphophobies. Dans de

1. L'architectonique n'est pas une propriété de la conscience. C'est une de ses conditions de possibilité. Elle est nécessaire à son *auto-monitoring*.

tels troubles, nous ne parvenons à nous reconnaître comme Soi (se mienniser) ou autrui comme lui-même (délire de reconnaissance, etc.). Cette constitution d'un pôle d'appartenance à Soi est tout autant corporelle que mentale.

2. Elle doit organiser un champ de conscience en un champ unique rapportée à ce Soi, de sorte qu'une impression d'ensemble se dégage et que s'instaurent des propriétés d'ensemble. Ainsi, l'existence de relations tout-partie à l'intérieur de ce champ de l'expérience est possible et ces relations deviennent fluides, capables d'incorporer des éléments nouveaux. Cette mobilité tout-partie est la condition du caractère vivant de cette *gestalt* (le Soi) que nous sommes.

Ce champ de conscience n'est pas plus mental que corporel. L'intégration corporelle des sensations dans un schéma corporel qui permet d'accueillir et de discriminer le non-Soi du Soi se fait autant dans le champ psychomoteur que dans celui des contenus psychologiques de conscience.

3. Une théorie minimale de la conscience doit pouvoir différencier le statut des données de fiction (tel celui d'un centaure joueur de flûte) du statut des objets réels. Elle doit doter la réalité d'une garantie de validité, d'une *réalité de la réalité*, autrement dit d'une évidence. Cette garantie est bien ce qui s'ébranle dans les troubles psychotiques soit sous la forme d'une perte de l'évidence naturelle (W. Blankenburg), soit sous la forme d'une surévidentialité, comme on en trouve dans de nombreux troubles psychotiques, avec différentes formes de déni ou d'enrichissement délirants pour rendre compossible cette néo-réalité forcée. Dans certaines expériences délirantes, cette néoréalité émerge sous la forme de *vécus de révélation* voire d'*illumination* où le sujet semble « tout comprendre »² en un seul moment. Vécus de révélation et vécus de perte d'évidence peuvent se succéder ou s'entremêler dans les expériences paranoïdes : cette intrication donne sens au *Vivre en délirant*.

Ces trois points réalisent une *théorie minimale de la conscience* et il n'est point d'*expériences*

2. On perçoit ainsi que le sentiment de comprendre accompagne la conscience de réalité d'une façon particulière. Il ne peut produire à lui-seul une *garantie de vérité*. Dans les psychoses, c'est précisément cette relation première de réalité qui est ébranlée. Ici la phénoménologie rejoint l'herméneutique qui étudie l'expérience générale de compréhension.

qui ne puisse se dispenser de ces pré-requis élémentaires. Cela permet d'isoler la *relation générale de réalité*, indépendamment de ses contenus, et les affectations de cette relation (sa déstructuration, ses rigidifications, sa dissociation, etc.) dans les troubles mentaux. C'est aussi par une théorie et des modèles conscientiels ou expérientiels que la psychiatrie et la psychopathologie des psychoses peuvent assumer son articulation avec les neurosciences, notamment dans l'articulation entre le pré-cortical et le cortical³. La thèse jacksonienne et l'organodynamisme qui ont été des expressions concrètes de cette phénoménologie ont établi l'importance centrale de ce niveau hiérarchique organisationnel pour toute la psychiatrie.

Ce niveau précis peut être défini de plusieurs façons : il est tout d'abord « pré-psychologique »⁴ (il n'a pas de contenu propre, c'est une structure de forme qui contient l'expérience) et il est de « haut niveau informationnel ». Haut niveau signifie, analogiquement aux propriétés *hardware* d'un système numérique, qu'il permet l'avènement de données *software*, les atteste dans leurs véracité ou plus précisément dans leurs relations d'évidence⁵. Une information (un *vécu* de quoi que ce soit) a besoin d'un arrière-plan de niveau supérieur à cette information élémentaire pour être intégrée dans un certain ensemble vivant. C'est aussi le niveau spécifiquement macrostructurel déjà évoqué.

Ainsi reformulée, la phénoménologie des psychoses retrouve son ambition d'être une

science formelle de la conscience. Elle ne parle pas des contenus de conscience proprement dits mais de la forme et de la continuité de la conscience, de sa macrostructure pour utiliser ce terme d'inspiration systémique. Si ces formes et cette continuation élémentaires de la conscience sont altérées, alors nous sommes face à des troubles de niveau « mental » (*mind*), autrement dit des troubles psychotiques. S'ils ne sont pas altérés, la phénoménologie psychiatrique n'a pas à se prononcer. Elle se retire pour laisser place à d'autres discours ou méthodes.

Distinction des troubles de niveau mental (mind) et de niveau psychologique (les contenus de conscience)

Cette phénoménologie psychiatrique se définit comme une discipline formelle. Elle analyse les affectations des *structures de formes* permettant l'investissement de ses contenus et les troubles mentaux sont des affectations de ces structures de contenance et de continuation de l'expérience, cela distinctement de ses contenus.

Faut-il maintenir un sens spécifique à la notion de « troubles mentaux » ? La question est fondamentale pour de nombreux aspects de la relation psychiatrie-justice. On ne peut pas laisser de flou dans cette réponse.

Oui, peut-on soutenir, si on définit le niveau mental comme celui des « formes élémentaires de l'expérience permettant la constitution d'une relation de réalité ». Le niveau « mental » est alors très précis : il désigne ces structures élémentaires de contenance et de continuation de l'expérience. Autre nom de cette structure élémentaire : le *phenomenological mind*.

La notion⁶ est conceptualisée par deux phénoménologues danois : Shaun Gallagher et Dan Zahévi⁷. En cela, la phénoménologie psychiatrique prononce une distinction de principe entre les troubles de niveau mental (affectant la forme synchronique ou diachronique de la présence, altérant la relation de réalité) et les *troubles des contenus de la présence*

3. La relation du pré-cortical (structure archaïque de présence au monde, lien entre émotions et action qui correspond au « sentir et se mouvoir » d'E. Strauss) avec le cortical (élaboration critique des contenus) ne peut être entrevue ici tant elle est complexe.

4. La phénoménologie psychiatrique a, il faut bien le dire, une hypothèse philosophique de base. C'est celle de l'idéalisme cartésien puis kantien, des structures *aprioriques* de l'expérience. Elle suppose qu'un « travail de conscience préalable » soit réalisé pour que les contenus puissent être phénoménalisés. Une sorte de pré-formatage est donc nécessaire pour que de l'information soit conscientisée. Cette thèse s'oppose traditionnellement à l'empirisme ou au sensualisme philosophique qui ne postulent pas au départ l'existence de ce travail préparatoire. Cependant, cette opposition n'a plus de sens absolu actuellement. Les théories de l'esprit se tournent de plus en plus vers des modèles pré-phénoménologiques ou directement phénoménologiques pour rendre compte des phénomènes.

5. Une métacognition vient commenter ces propriétés de champ.

6. Traduisible par « les structures phénoménologiques élémentaires de l'esprit » mais il n'est pas nécessaire de faire cette traduction.

7. *The phenomenological mind*, Boston, MIT Press, 2005.

Déni de niveau phénoménologique ou psychologique ?

La différence qui peut être prononcée entre ce qui a été phénoménalisé et ce qui ne l'a pas été n'est pas toujours simple. Il y a bien sûr des situations limites. L'une d'elle est le déni qui doit être distingué d'une non-phénoménalisation ou d'une impossible perception.

Le déni est une question très importante en psychiatrie et psychopathologie clinique car le thérapeute y est confronté en permanence. Il n'est pas toujours de niveau phénoménologique (primaire) mais le plus souvent psychologique (secondaire), c'est-à-dire que la chose a été principalement appréhendée, ou a été susceptible de l'être, puis secondairement occultée. Un déni de maigreur chez une anorexique ou un déni de grossesse chez l'adolescente ne sont pas nécessairement, de ce point de vue, de l'ordre d'un trouble mental. Ils restent encore de l'ordre d'un trouble psychologique, ne recevant pas la qualification de délire. En effet, dans ces deux cas, il y a déni secondairement à une première phénoménalisation.

Soyons plus précis sur les raisons qui nous empêchent de qualifier de délirante la relation de l'anorexique à son corps. La question, si classique soit-elle, n'est pas simple à trancher car à refuser que ce soit du délire, on renverrait cette manifestation au registre des troubles du jugement, ce qui n'est pas plus satisfaisant. Dans le déni de maigreur anorexique, il y a un refus *psychologique* d'envisager ou d'appréhender cette éventuelle question comme pathologique ou comme dangereuse, mais il n'y a pas de récusation du fait lui-même. En effet, le processus de déni peut se faire car une appréhension d'une certaine réalité partagée a été faite, ce dont témoignent ses stratégies de camouflages ou d'évitement. Le fait est reconnu comme tel mais le processus psychologique pouvant conduire à son acceptation *en tant que pathologique* est barré. L'anorexique ne dénie pas la maigreur en tant que telle mais l'approuve, la recherche ou la légitime, et ces attitudes sont autant de forme de reconnaissance. C'est donc un refus psychologique d'une réalité primaire phénoménologiquement constituée. Ce type de déni (déni non délirant) s'oppose à une véritable affectation primaire de la réalité comme on en rencontre chez un délirant érotomaniaque ou paranoïde, voire même dans la relation maniaque ou mélancolique à la réalité. Dans ces cas, rien n'a été principalement éprouvé comme pathologique. La frontière est parfois mince entre ces deux formes de déni mais la clinique psychiatrique de référence phénoménologique doit pouvoir aider à la déterminer.

(de niveau psychologique). Dans ces derniers troubles, la relation de réalité n'est pas affectée (névrose, angoisse, conflits non psychotiques, etc.). Cette distinction permet de hiérarchiser les niveaux des problèmes en jeu. Les troubles mentaux seraient-ils équivalents à ce qui est désigné par l'expression de « troubles psychiques » ?

La question est suffisamment importante pour qu'on puisse faire une brève incise dans le cours de notre propos pour entrevoir les problèmes qui se découvrent là. La question est d'une grande importance car la notion de « troubles psychiques » est plus ambiguë qu'il n'y paraît au premier regard. Nul doute que le succès relatif de ce terme de psychique ne vienne de la volonté qu'il porte de contourner le terme de *mental*, perçu comme trop rude voire rustique⁸ et aussi d'y inclure des éléments plus vaste. Ce type de troubles semble intermédiaire entre le psychologique et le mental mais son sens est en train d'évoluer ; la notion de « psychique » a un sens qui « se

cherche ». Il faudrait lui trouver un sens univoque acceptable pour les praticiens médecins et psychologues, les experts, les magistrats et le grand public⁹.

Que veut-il dire ? Dans son usage courant, le terme *psychique* devient progressivement équivalent à celui de mental mais conserve encore des éléments sémantiques d'ordre psychologique. Les problèmes qui se posent pour cet intitulé de « troubles psychiques » sont de savoir ce qu'il contient et ne contient pas. Les « troubles psychiques » vont-ils désormais inclure ou non des éléments psychopathologiques (immaturité, cause, motifs, déstabilisation de tendances pulsionnelles) ou des éléments structurels de personnalités, donc non symptomatiques (anorexie grave, structures perverses profondes, personnalité narcissique extrême, troubles du comportement liés à une caractéropathie, etc.) ? Pour autant, ces éléments structurels de personnalités patholo-

8. Et surtout trop définitif et trop lourdement chargé, empêchant d'appréhender les moments non psychotiques de la personne et surtout la dimension thérapeutique éventuelle. Pour autant, en matière expertale, lorsqu'il s'agit d'un fait précis, il est nécessaire d'aller au bout de la question.

9. Il va sans dire qu'un certain sens trop précis n'est pas facile à manier sur le plan de la relation médecin-patient ou médecin-entourage du patient. Certains flous sont parfois nécessaires à la pratique, mais il ne faudrait pas que ces flous soient véritablement conceptuels pour les psychiatres ou les psychopathologues. La crédibilité épistémologique et pénale du discours médical ou médico-psychologique, longtemps malmenée, en souffrirait.

giques coexistent avec une appréhension primaire non défectueuse de la réalité. Il faudrait alors requalifier au sein des « troubles psychiques » ceux qui contiennent une altération des « fonctions mentales » et ceux qui n'en contiennent pas. De ce fait, le plan primaire (que spécifie le terme de « troubles mentaux ») est à nouveau « reconvoqué » car il est le seul qui soit déterminant de la qualité de responsabilité.

En effet, cela va sans dire qu'à l'horizon du questionnement entre le sens de ces deux termes est le problème de la responsabilité pénale des actes. Les éléments « psychiques » éventuels peuvent-ils altérer cette responsabilité ? Non, sans doute, du moins par principe. Irait-on évoquer par exemple comme circonstance qu'untel est « immature » ou impulsif pour le décharger de la responsabilité de ses actes ? De ce fait, la question de la responsabilité pénale est posée aux lexicologues et aux experts. Il faut un terme dont le sens soit univoque : le terme de « mental » l'est encore ou l'était, mais celui de « psychique » ne l'est pas car il est trop proche de celui de « psychologique ». Il refuse la distinction du plan phénoménologique (appréhension primaire de la réalité) et du plan psychologique (structure de personnalité, désir, cause, motifs, acceptation, déni, etc.)¹⁰. Il faut donc un terme « indéboulonnable » et de ce fait nécessairement rudimentaire ; celui de « trouble mental » répond mieux à cette exigence que celui de « trouble psychique ».

La notion de Soi et l'altération de la structure d'ipséité

Le Soi est devenu un concept central de la psychiatrie et de la psychopathologie phénoménologique. Il faut le considérer comme un concept épistémologiquement « dur » et, en l'occurrence, le nouveau concept central de la subjectivité humaine pouvant être mis en cause dans les psychoses. Il est entré en psychiatrie par la plume de quelques grands psychiatres. On notera tout d'abord celle d'Arthur

Tatossian¹¹, celle de Wolfgang Blankenburg¹² ou celle de Georges Lanteri-Laura. Tous utilisent une formule très simple : les psychoses résultent d'un trouble ou d'une affectation de la structure d'ipséité, quelle que soit l'origine de cette affectation.

Les psychoses sont des altérations de la structure d'ipséité. L'ipséité est le nom phénoménologique du Soi. L'ipséité est le pôle ontologique de chaque individu, par lequel chacun peut s'éprouver comme Soi au décours des nécessaires conjugaisons (altérité, corporéité, etc.), accidents et métamorphoses de son existence. On peut décrire les psychoses comme un accident phénoménologique dans lequel la réidentification ipséique, nécessaire au maintien de l'unité et de la continuité de l'expérience, ne s'effectue plus.

À la suite de Tatossian¹³, la nouvelle phénoménologie psychiatrique a donné le schéma simple permettant de caractériser la psychose comme un accident phénoménologique. Il y a trois configurations canoniques qui assument bien le cœur des relations entre troubles primaires et secondaires, même si Tatossian ne reprend pas cette perspective terminologique, voisine traditionnellement de la phénoménologie psychiatrique. La troisième concerne spécifiquement les psychoses de forme thymique.

Cela de diverses façons :

1. Soit l'ipséité ne parvient pas à rassembler assez d'énergie pour s'investir (et permettre à l'architectonique de structurer l'expérience) et alors se manifeste un vide dissociatif, un défaut d'engagement dans les contenus d'existence. C'est cliniquement la schizophrénie simple, la passivité psychotique, etc. Dans ces situations, la relation de réalité n'est pas assez déterminée pour produire des investissements de rôle, le jeu des rôles ou l'éventuel désengagement d'une identité de rôle. L'*automonitoring* est trop faible pour qu'il y ait investissement d'action.
2. Soit l'ipséité, craignant de se disjoindre (ce qui constitue son péril premier) se surinvestit dans une identité de rôle pour la saturer à

10. Il faut donc empêcher la collusion entre le « psychique » et le « psychologique ». Si nous laissons cette collusion s'effectuer, la justice deviendrait le champ d'un gigantesque trafic d'indulgence à partir d'une vaste psychopathologie de circonstance altérant le principe fondamental de la responsabilité.

11. *La phénoménologie des psychoses*, 3^e édition, Éditions Le Cercle Herméneutique, Argenteuil, 2003. Diffusion Vrin. L'ouvrage est traduit en 7 langues.

12. *Der Verlust der Natürlichen Selbstverständlichkeit (La perte de l'évidence naturelle)*, première édition, 1971, Enke, Stuttgart.

13. Ipséité et psychose, *L'art du Comprendre*, n° 1, Paris, 1994.

outrance, comme pour y chercher un « cœur d'expérience » qu'elle n'atteint plus. Cette inflation d'une identité de rôle jusqu'à ses extrêmes détermine la production d'un délire. Le monde n'est vu qu'à travers cette identité de rôle déstabilisée ; l'identité de rôle ayant perdu les ancrages de proportion que donne d'ordinaire l'ipséité, elle se force à l'extrême.

3. Sur le plan thymique, il en va un peu autrement. D'ordinaire, l'ipséité, devant tenir permanence d'elle-même, tisse une projection¹⁴ antérieure et postérieure d'elle-même. De ce fait, l'ipséité peut être affectée au niveau de ces structures de projection d'elle-même dans le temps, le futur ou le passé. Dans ce cas, la trame porteuse du Soi qui organise sa permanence dans l'équilibre du *maintenant* avec le passé et le futur, est désorganisée. S'il en ressort une altération spécifique de la relation au futur, nous sommes dans l'expérience maniaque qui est un déplacement pathologique du Soi en avant de Soi (un *être-en-avant-de-Soi*) comme, à l'inverse, la rétention de soi dans le passé produit l'*être-en-arrière-de-soi* mélancolique, qui appelle le thème de la dette¹⁵. L'expression clinique spécifique de cet *être-en-arrière-de-Soi* est l'inhibition du devenir, à quoi peuvent accéder certains antidépresseurs. Cet *être-en-arrière-de-soi* ne se rencontre que dans certaines formes sévères de dépression et la plupart des troubles dits dépressifs ne contiennent pas cet élément qui est proprement « psychotique ».

Cette notion d'altération de la structure d'ipséité est à la fois moderne, centrale dans la psychiatrie et traditionnelle dans la psychopathologie occidentale. Elle permet de renouer pour les psychoses, et seulement pour elles, avec la notion de troubles primaires et secondaires.

Qu'est-ce à dire précisément ? Les affectations du Soi dans son principe de continuité, quelle soit la cause de ces affectations, vont réaliser les *troubles primaires*, ou troubles de premier rang, selon le vocabulaire de la psy-

14. Cette projection se fait par une *possibilisation de Soi* et, plus généralement, par le jeu du possible et de l'impossible intrinsèque à l'ipséité.

15. Il est intéressant de considérer comment la situation existentielle appelle son thème. Le *bas-arrière* appelle celui de la honte ou de la dette tandis que le *haut-devant*, ivre de son futur délivré de toute contrainte, appelle celui de la profusion, de l'insouciance et de la prodigalité.

chopathologie allemande de Kurt Schneider¹⁶, inspirée de Kraepelin et de K. Jaspers. Les troubles secondaires (délire, troubles du comportement, actes incongrus, manifestations catatoniques, etc.) sont des tentatives inadaptées pour restaurer, parer (au sens où l'on pare une plaie), reconfigurer en vue de rendre intelligible de nouveau le monde. Les délires érotomaniaques ou de filiations sont composés, eux aussi, de cette esquisse de réparation ou de compensation d'une Soi en menace de disjonction de lui-même.

Cette distinction est pré-clinique mais donne à la clinique une certaine cohérence. Elle permet une véritable psychopathologie. Ainsi, lorsque nous observons un tableau clinique, on peut repérer intriqués ensemble le primaire et le secondaire. Dans un délire par exemple, on peut percevoir l'effraction immédiate de la structure d'ipséité et les tentatives de reconstruction de l'unité de l'expérience avec des éléments de l'ordre des identités de rôles mégalomaniaques. Les tableaux cliniques psychiatriques apparaissent alors à la fois comme le naufrage et toutes les tentatives de réparation, de sauvetages ou d'évacuation, tout ce qui doit se faire en urgence pour que cela puisse faire le moins de victime possible. Cette perspective proprement macrostructurelle est fondamentale en clinique. Si on n'effectue pas ce partage entre ces deux niveaux de manifestations, on en arrive à tenir « les mécanismes réparateurs » d'un trouble primaire comme les propres symptômes de la pathologie.

Comment, sans cette distinction, prétendre faire acte thérapeutique ? Si on ne voit pas, dans la dynamique de cette *gestalt* vivante qu'est la conscience, comment déjà, elle tente de se « réparer » ou de se « compenser » elle-même, on ne peut pas appréhender la fonction thérapeutique soit du psychotrope, des institutions et de l'acte psychothérapeutique.

Du Soi, tel qu'en lui-même

Cela dit, du Soi, tel qu'en lui-même, que peut-on dire ? Peu de choses mais des déterminations assurément fondamentales. Abordant cette question, nous nous éloignons un peu de la phénoménologie psychiatrique pour

16. *Klinische Psychopathologie*, Kurt Schneider, Thieme Georg Verlag, 1992.

aller davantage vers la *Daseinsanalyse* ou l'ontologie existentielle.

Bien qu'assubstantiel (il l'est en tous cas au début de notre existence), on peut doter ce Soi de différentes déterminations : la distance à lui-même, la hauteur à lui-même et son institution symbolique.

La distance du Soi à Soi l'est en même temps qu'à notre corporéité et aux identités de rôles que nous traversons dans notre existence. Cette distance du Soi à lui-même est intrinsèque à tout Soi, ce qu'exprime le *quant-à-soi* de la langue française. Elle rend possible l'expérience d'altérité.

Bien étrange structure que celle de ce Soi qui doit infiniment s'éloigner de lui-même ! Autre nom de cette distance, l'institution symbolique de Soi. Avec ce concept d'institution symbolique de soi, son paradigme est commun à la psychanalyse, lorsqu'elle conçoit les psychoses comme un échec à l'institution symbolique de Soi, cette institution permettant les investissements de contenus.

La notion de Soi (*selfhood, selbst*) n'est cependant pas nouvelle dans l'histoire de la pensée. Le concept de soi n'est pourtant utilisée comme « organisateur de la subjectivité » qu'assez récemment, après la Seconde Guerre mondiale, tant dans la philosophie continentale qu'anglo-saxonne.

L'histoire du concept du Soi, évoquée ici en quelques mots, passe par les difficultés à utiliser seulement en psychologie celui d'ego, de moi. Ces difficultés préparent une sorte de désillusion sur la subjectivité en tant qu'elle se prétendait transparente à elle-même. La notion de Soi échappe à ce reproche. Issu de la philosophie réflexive de Jean Nabert (1881-1960)¹⁷, le concept trouve son expression centrale dans la philosophie de P. Ricœur. L'idée de réflexivité contient la notion fondamentale du Soi dans sa distance à lui-même. La philosophie réflexive décrit le processus de ce détours, le décalage constitutif du Soi au Soi, par lequel la subjectivité s'éprouve elle-même, sans jamais, peut-on ajouter, se connaître ultimement. La conscience de Soi est alors réactive aux événements de vie découverts par l'incessant travail du récit comme rapportés à Soi. On connaît bien les relations entre Soi et identité narrative. Jean Nabert ne revendique pas systématiquement ce concept de Soi mais,

17. Cf. *L'expérience intérieure de la liberté*, Paris, PUF, 1924. On pourra consulter aussi *l'Essai sur le mal*, 3^e édition, Paris, Cerf, 1997.

rétroactivement, il apparaît comme central dans sa philosophie.

Le concept d'ipséité désigne le pôle ontologique le plus élémentaire qui soit faisant que, même si nous avons changé du tout au tout, si nous nous sommes reniés, convertis, etc., une instance demeure la même au sens précisément de cette ipséité. Cette constance à Soi du Soi est la base de la responsabilité morale car elle assigne chacun à son destin sans pouvoir s'en exonérer.

En ce sens la phénoménologie participe du mouvement de re-subjectivation responsabilisante ; il revient toujours et inéluctablement à chacun d'assumer indirectement ou directement ce qu'il a été. Elle montre, notamment dans son expression sartrienne, la limite du discours structuraliste et rimbaldien du « Je est un autre », qui n'assigne jamais ultimement le Soi à lui-même.

Si chacun n'était pas assigné à lui-même, il suffirait aux anciens criminels de dire qu'ils sont « un autre », 50 ans après les faits, pour s'exonérer de leurs responsabilités. Nous sommes, donc, chacun, condamné à une unicité de notre existence et ce fil qui relie tous nos actes est bel et bien le Soi. Cette ipséité est pré-éthique : c'est une sorte de serment absolu qui échoue à chacun de s'assumer comme un, non interchangeable. Exister est assumer cette unicité jamais objectivable.

Hors ces déterminations, du Soi, tel qu'en lui-même, nous n'en savons pas davantage. Et comment pourrions-nous donner des caractéristiques à ce qu'est *être*, sans utiliser déjà le mot *être*. C'est l'effort des analyses existentielles, celles de J.-P. Sartre, de K. Jaspers, de G. Marcel, de M. Heidegger ou des *Dasain-analyses*, celles de L. Binswanger et de Medar Boss, ou d'Henri Maldiney d'en expliciter le sens. Le Soi reste une énigme à lui-même mais cela ne l'empêche pas de se tenir comme tel. Il reste inconscient à nous-même. Il faut sans doute plus d'une vie pour savoir ce qu'est exister. Son mystère est celui de l'être. C'est l'énigme fondatrice de toute la philosophie occidentale.

On peut poser une question simple en conclusion : quelle place peut avoir la phénoménologie psychiatrique dans la psychiatrie contemporaine ?

Elle peut revendiquer une place centrale dans la recherche clinique. Pour cela, elle ne doit pas *expliquer* mais *expliquer*. Expliquer, c'est

isoler, modéliser, mettre à plat, donner des articulations de formes et de fond.

Ensuite, elle se veut à une place *fondamentale* et non pas *générale* (chargée de tout expliquer, des troubles anxieux aux grandes régressions) : elle n'est en cause que dans les désorganisations et déstructurations de la relation de réalité. Ces questions là, elle peut les éclairer d'autant mieux qu'elle se veut une science des formes vivantes. À ce titre, elle sait se taire sur de nombreux autres problèmes. Cela est épistémologiquement « bon signe » car à prétendre tout expliquer ou justifier au nom d'un discours, on se disqualifie le plus souvent. Plaidons pour sa discrétion et sa sobriété.

Si la psychiatrie fait toujours des psychoses le centre de sa pratique, de ses recherches et de sa légitimation, la phénoménologie psychiatrique a une fonction centrale d'articulation entre la clinique des troubles psychotiques et les troubles dits primaires. Elle éclaire la relation énigmatique entre toute conscience et ses objets et la non-moins énig-

matique relation du Soi à lui-même, celle-là même qui se disloque dans les pathologies psychotiques.

Elle a également et surtout une fonction d'articulation entre ces troubles dits primaires, les structures pré-corticales et le travail cortical. La phénoménologie a ainsi vocation à proposer des modèles informationnels, organisationnels et « désorganisationnels », autant pour les phénomènes pathologiques eux-mêmes que pour ceux de l'action thérapeutique, de toutes les formes d'actions thérapeutiques (pharmacologique, psychothérapeutique et institutionnelles). ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Charbonneau G. (2010). *Introduction à la psychopathologie phénoménologique*. Tomes 1 et 2. Paris : MJW Éditions. www.daseinsanalyse.fr et www.hermeneutique.fr

Communiqué

Gerpen

Week-end de travail

Du Groupe d'études et de recherches psychanalytiques pour le développement de l'enfant et du nourrisson

Samedi 31 et dimanche 1^{er} février 2015

ASIEM

6 rue Albert de Lapparent – 75007 Paris

Riccardo LOMBARDI

Corps et Esprit dans le travail psychanalytique

Renseignements

Gerpen

Tél : 01 45 94 16 30

E-mail : ass.gerpen@orange.fr

Site : www.gerpen.org

**Abonnez-vous à
*Perspectives Psy***

La revue à laquelle vous ne pouvez pas ne pas être abonné
Voir Bulletin d'abonnement page 186 de ce numéro