



Cet article retrace l'histoire de la psychopathologie phénoménologique, née il y a 100 ans, et fait la synthèse des apports de la phénoménologie à la psychopathologie. Il a pour objectif, d'une part, de présenter l'un des apports récents de la psychopathologie phénoménologique à la connaissance d'une maladie mentale incontournable, à savoir la schizophrénie et, d'autre part, de souligner les défis et d'esquisser les perspectives et projets que cette discipline renaissante semble susciter.



PSYCHOPATHOLOGIE PHÉNOMÉNOLOGIQUE: APPORTS CONTEMPORAINS ET DÉFIS FUTURS

Jérôme Englebert

Docteur en Psychologie de l'Université de Liège, psychologue clinicien et expert à l'Établissement de Défense sociale de Paifve (Belgique)

En tant que discipline, la psychopathologie phénoménologique est une jeune centenaire. Il est en effet commun de situer sa naissance avec la publication en 1913 de «Psychopathologie générale», de Karl Jaspers (1). Philosophe et psychiatre, il fut le premier à réunir rigoureusement ces deux disciplines incontournables du discours sur l'homme, et peut dès lors être considéré comme le père fondateur de ce champ aux côtés de Ludwig Binswanger (2), Hubertus Tellenbach (3) et Wolfgang Blankenburg (4) – pour la tradition allemande – et d'Eugène Minkowski (5) et Arthur Tatossian^a (6) – pour l'héritage français.

Philosophe et psychiatre, Karl Jaspers fut le premier à réunir rigoureusement deux disciplines incontournables du discours sur l'homme: la philosophie et la psychiatrie.

Si cette discipline n'a cessé d'exister et d'évoluer, on peut constater, ces dernières années, l'émergence d'une série de travaux proposant d'actualiser les apports de cette tradition psychopathologique, d'affiner les propositions initiales et de dialoguer concrètement avec les avancées d'autres disciplines. On citera, de façon non exhaustive, les contributions de l'Américain Louis Sass (7), de l'Italien Giovanni Stanghellini (8), du Danois Josef Parnas (9) ou encore de l'Allemand Thomas Fuchs (10) – ce dernier occupant la chaire Karl Jaspers à l'université d'Heidelberg.

- elle porte un intérêt prioritaire à l'expérience en première personne (l'expérience subjective relatée par le patient), ce qui est une alternative à la perspective en troisième personne, majoritaire dans le champ de la psychiatrie contemporaine (perspective inspirant notamment les dernières versions du DSM);
- l'intersubjectivité et l'expérience relationnelle (entre le patient et le clinicien mais aussi entre le patient et toute autre personne gravitant dans son monde) sont au cœur de ses préoccupations;

Le modèle le plus abouti étudiant la schizophrénie selon une perspective en première personne est celui développé par Sass et Parnas (11-13): *The Ipseity-Disturbance Model* (IDM). Ces auteurs suggèrent que le trouble fondamental de la schizophrénie trouve son origine dans une perturbation du self de base. Le trouble de l'ipseité tel qu'ils le décrivent est constitué de trois facettes interdépendantes et concomitantes:

- un vécu d'hyper-réflexivité qui fait référence à une conscience de soi exagérée, à une tendance (non volontaire) à diriger l'attention focale vers des phénomènes ou des processus qui généralement sont habités ou vécus comme faisant implicitement et tacitement partie de soi;
- un sentiment de soi diminué qui se rapporte à un déclin dans l'expérience du sentiment d'exister en tant que sujet conscient et agent de ses actions;
- une perturbation de l'adhérence au monde qui se caractérise par un éprouvé d'une perte d'accroche à l'environnement et au monde social.



La schizophrénie est le trouble qui a été le plus étudié par la psychopathologie phénoménologique.

Les apports phénoménologiques à la psychopathologie peuvent être synthétisés^b en quelques propositions pragmatiques:

- la psychopathologie phénoménologique tire ses connaissances de l'expérience clinique^c;
- elle recourt aux connaissances issues de la philosophie (en particulier la phénoménologie) et en premier lieu au concept de conscience, qui doit être considéré, dans une acception large, comme la manière qu'a l'individu d'entrer en contact avec trois objets particuliers: soi-même, les autres et l'environnement;
- les rapports que le sujet entretient au corps, au vécu émotionnel, et à l'expérience de l'espace et du temps sont décisifs pour son propos;

- elle ne procède pas à une lecture solipsiste qui consisterait à s'isoler de certains champs du savoir scientifique, et a plutôt pour projet de nouer un dialogue fécond tant avec les neurosciences et la psychologie cognitive qu'avec la psychanalyse et la psychologie systémique.

Schizophrénie et perspective en première personne

Au préalable, soulignons qu'exposer la compréhension phénoménologique de la schizophrénie n'est pas un choix aléatoire. En premier lieu, il s'agit d'une problématique centrale de la psychopathologie^d; par ailleurs, il s'agit du trouble qui a été le plus étudié par la psychopathologie phénoménologique^e.

Ce modèle envisage qu'à la fois les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie puissent être les manifestations d'altérations subtiles mais profondes de la subjectivité et du self. Le vécu d'hyper-réflexivité mérite d'être approfondi en ce qu'il est une expérience centrale des personnes schizophrènes. Celles-ci expriment qu'elles se posent des questions profondes, s'estiment douées d'une sensibilité extrême en ce qui concerne le rapport à leur propre corps et font face à des interrogations concernant leur subjectivité la plus intime, mais aussi leur place parmi les autres, au sein du monde. Autant de questions existentielles, voire métaphysiques, que l'homme indemne de psychose aurait le luxe de ne pas avoir à se poser (bien que ces questions soient belles et bien sensées). Proche de ce que Minkowski appelait le rationalisme morbide (5), l'hyper-réflexivité, énoncée pour la première fois par Sass (7), est un concept suggérant que le noyau central de l'éprouvé schizophrénique repose

moins sur l'idée d'un déficit fondamental (qu'il soit cognitif ou régressif au sens de la psychanalyse) que sur l'idée d'un fonctionnement à l'excès. L'apparition de questions *a priori* tacites sur un mode explicite suggère également que la base nodale de la schizophrénie s'appuie en fait sur une problématique pré-cognitive, pré-thématique et pré-réflexive. C'est ce que nous proposons, à la suite de Sass, d'appeler l'hyperconscience schizophrénique (14), sans minimiser la souffrance ontologique fondamentale se manifestant notamment à travers le sentiment de diminution du soi et la perte d'adhérence au monde.

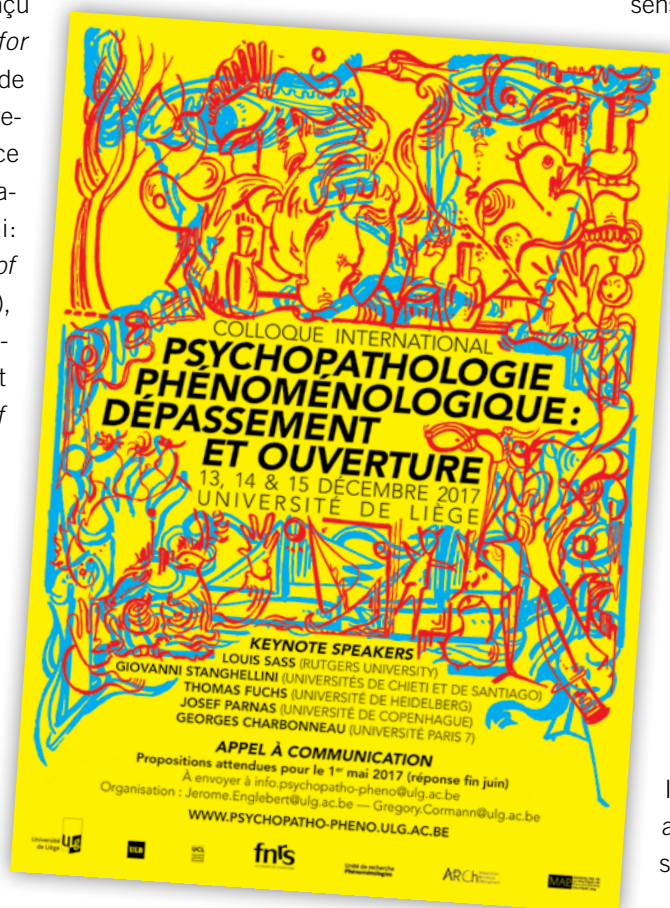
Précisons enfin que l'*Ipseity-Disturbance Model* repose également sur les célèbres hypothèses de la perte de l'évidence naturelle – proposée par Blankenburg (4) – et d'une caractérisation de la schizophrénie qui n'apparaît plus tant comme une pathologie du sens ou de la raison, mais comme une pathologie de la dimension commune et relationnelle de ces derniers – ce que Stanghellini synthétise sous l'appellation des « psychopathologies du sens commun » (8).

Précisons enfin qu'un outil conçu à Copenhague, au *Center for Subjectivity Research*, permet de rencontrer la perspective en première personne de l'expérience schizophrénique et des anomalies de l'expérience de soi: l'échelle EASE (*Examination of Anomalous Self-Experience*) (9), qui existe en version francophone (15). Citons également l'échelle EAW (*Examination of Anomalous World Experience*) (16), récemment publiée, qui a pour objectif d'analyser les formes de rapports que le sujet entretient à son environnement et au monde social (interrogeant le rapport à l'espace, au temps, à l'atmosphère notamment). Outre le fait de structurer la démarche du clinicien tout en respectant la dimension qualitative

intrinsèque à cette pratique, ces outils permettent la co-construction d'un langage portant sur l'expérience particulière vécue par le patient et les phénomènes uniques qui le traversent. Les faire exister dans un espace partagé, au cœur d'une situation inédite, non seulement les circonscrit mais rend en quelque sorte légitimes ces expériences subjectives^f.

La considération en première personne (et l'échelle EASE de façon spécifique) permet de reconsidérer le processus de reconnaissance de la maladie et le concept d'anosognosie. Cette manière de concevoir la psychopathologie suggère que, pour qu'un tel processus émerge chez le patient, il faut qu'un autre processus se manifeste antérieurement chez son interlocuteur (en l'occurrence le clinicien). La reconnaissance de la maladie devient, selon une logique inversée, celle qu'a d'abord à fournir le psychothérapeute.

**La psychopathologie
phénoménologique est une
discipline qui repose sur
le principe d'une suspension
des *a priori* théoriques.**

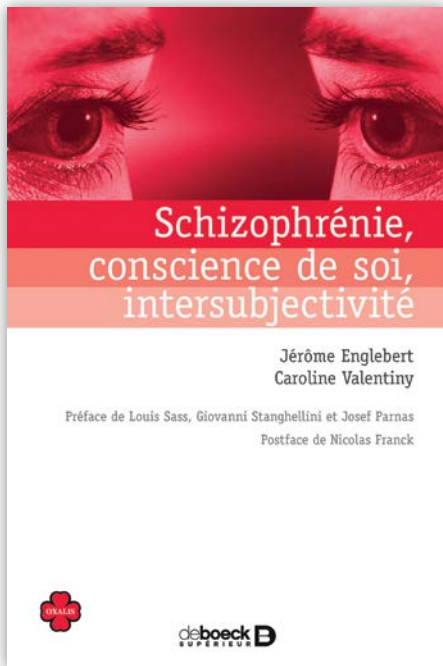


Défis psychopathologiques et perspectives

La psychopathologie phénoménologique est une discipline qui, bien que s'inscrivant dans un héritage historique important, repose sur le principe d'une suspension des *a priori* théoriques – sur le modèle philosophique de l'épochè ou de la réduction phénoménologique. Le clinicien se doit de suspendre ou de dépasser sa connaissance afin de ne pas courir le risque d'inférer, de projeter, voire d'anticiper des phénomènes reposant sur des connaissances qui lui sont propres, mais étrangères à l'expérience vécue par le sujet rencontré. Si nous souscrivons entièrement à ce préalable essentiel – qui devrait être fondateur de toute démarche clinique –, il faut reconnaître qu'une phénoménologie (qu'elle soit psychopathologique ou philosophique) doit s'interroger sur le statut de la connaissance qu'elle construit ou découvre et doit réfléchir à l'organisation de son savoir. Rencontret-on toujours aussi naïvement un patient schizophrène après avoir pris connaissance des hypothèses de la perte de l'évidence naturelle ou de la pathologie du sens commun? Il est bien sûr raisonnable

et honnête de répondre que non. On comprend donc que la démarche phénoménologique a un savoir-faire à faire valoir et à enseigner, tout comme elle a une connaissance à diffuser et à mettre en débat avec d'autres conceptions de la psychopathologie. Une réponse satisfaisante est peut-être de dire que l'essentiel des connaissances du clinicien phénoménologue réside dans l'optique méthodologique et la position éthique (au sens de l'ethos et de l'éthologie) qui le caractérisent et non pas dans le savoir (pouvoir) qu'il détiendrait sur l'autre, cherchant à le faire entrer dans des « moules préfabriqués » pour reprendre l'expression de Sartre (17).

Il est central qu'un dialogue avec les autres disciplines soit noué en proposant de compléter subtilement les



propositions de ces manières différentes de considérer le sujet clinique. Prenons le cas de la régulation émotionnelle, notion particulièrement développée par les neurosciences et la psychologie cognitive. Reposant sur les propositions philosophiques autour de l'émotion – qui remontent à plus de 2.000 ans! –, de nombreux travaux (voir par exemple 18 et 19) suggèrent que l'émotion est le régulateur de toute forme d'interaction et de socialisation. Selon cette proposition, la notion de «régulation émotionnelle» est bien à considérer comme une amphibologie. Il existe une acception de cette proposition qui consiste à étudier les modes de régulation appliqués à l'émotion et à concevoir des techniques inhérentes à ce contrôle du phénomène émotionnel qui s'apparente à une forme de maîtrise de soi, de prévention, voire de pratique orthocomportementale. À l'inverse, une «phénoménologie des émotions» conduit à reconsidérer l'expérience émotionnelle comme le vecteur principal de la régulation sociale et de l'échange relationnel. Cette compréhension de la «régulation émotionnelle» enrichie par la perspective phénoménologique permet au clinicien de ne pas aborder le phénomène émotionnel comme un événement troublant qu'il faudrait à tout prix maîtriser et contrôler. En retour, la perspective cognitive offre à la

position phénoménologique une procédure éprouvée pour rendre l'homéostasie humorale que certains patients ont parfois perdue. De ce point de vue, les deux approches apparaissent indubitablement complémentaires.

Comme nous l'expliquions plus haut à propos de la schizophrénie, la prise en considération de la dimension tacite de l'existence permet de compléter une lecture déficitaire de la schizophrénie – dominante notamment dans le paradigme cognitif – par l'hypothèse d'un excès de fonctionnement de la conscience. Au-delà de la problématique de la schizophrénie, de nombreux travaux suggèrent une convergence d'évidence et une «homologie structurelle» entre les données empiriques des neurosciences, de la psychopathologie cognitive et de la neurobiologie d'une part, et les descriptions cliniques et qualitatives de la psychopathologie phénoménologique d'autre part (20-24). La mise en évidence de ces corrélats ouvre d'importantes perspectives de recherche associant aux designs

méthodologiques conventionnels des perspectives cliniques novatrices et prometteuses.

Précisons enfin que, si nous présentons les liens et perspectives de collaboration entre la psychopathologie phénoménologique et le champ de la cognition, des alliances, peut-être plus naturelles encore en raison de leur ancrage clinique princeps réciproque, sont nombreuses avec la psychanalyse et la psychologie systémique. Le discours sur le self ou le champ du pré-réflexif, par exemple, trouve, à n'en pas douter, un écho avec la théorie de l'inconscient psychanalytique; alors que la perspective intersubjective de la psychopathologie relationnelle qui structure la démarche du clinicien phénoménologue correspond au prérequis principal de la théorie des systèmes et de la psychologie écologique.

Conclusion

Cet article avait pour ambition d'introduire le lecteur à cette discipline peu connue en

Le discours sur le self ou le champ du pré-réflexif, trouve, à n'en pas douter, un écho avec la théorie de l'inconscient psychanalytique.



Belgique (francophone et néerlandophone) qu'est la psychopathologie phénoménologique. Nous avons insisté sur les propositions de compréhension de la schizophrénie et la méthode en première personne permettant d'insérer cette hypothèse dans un dispositif clinique. Par ailleurs, nous avons également voulu insister sur la dimension ouverte des propositions phénoménologiques qui ont pour vocation le dialogue avec les autres champs du savoir psychopathologique⁵.

Notes

⁵ Nous indiquons ici l'un des ouvrages incontournables de chacun de ces auteurs.

⁶ Dans le cadre de cet article, nous devons nous limiter à une présentation élémentaire et réductrice.

⁷ Elle ne procède dès lors généralement pas par expérimentation en laboratoire ou par le recours aux données statistiques mais s'intéresse à l'«homme en situation» (formule que l'on doit au philosophe Jean-Paul Sartre). Dans «Psychopathologie de l'homme en situation» (25), nous avons étudié l'incidence et l'intérêt de cette option méthodologique.

⁸ On a pu parler de la schizophrénie comme «folie par excellence de notre temps» (26, p. 387), «symbole sacré de la psychiatrie» (27, p. 22) ou encore «forme paradigmatique de la folie» (28, p. 225).

⁹ On peut constater que, si l'horizon épistémologique de la psychanalyse est celui de la névrose, celui de la psychopathologie phénoménologique est plutôt celui de la psychose. Cela dit, il est essentiel de préciser que de nombreux travaux contemporains ont proposé des modélisations et des outils, appuyés sur des données qualitatives et/ou quantitatives, de troubles comme la dépression mélancolique (29-31), la personnalité borderline (32, 33), l'anorexie mentale et les troubles du comportement alimentaire (34-36) ou encore la psychopathie (37). Nous avons choisi, dans le cadre de cet article, de limiter notre propos au modèle le plus développé et le mieux installé sur la scène internationale.

¹⁰ Citons les propos de deux patients suite à la passation de l'échelle EASE (14):

«Ça m'a fait du bien, c'est bien de parler comme ça! Vous savez, elles ne sont pas bizarres vos questions. Enfin pas pour moi quoi. En fait, on ne m'a jamais demandé ces choses-là. Ça m'aide parce que les questions que vous vous posez, je me les pose aussi.»
«Je ne suis pas schizophrène, j'en ai toujours été convaincu... Mais ce dont vous me parlez à travers vos questions, cette perte de l'évidence et cette hyper-attention aux choses du monde, la grande sensibilité dont nous parlons, cela correspond à ce que je vis. Si c'est ça la schizophrénie, je veux bien en rediscuter.»

¹¹ Nous nous permettons d'annoncer le prochain colloque international «Psychopathologie phénoménologique: dépassement et ouverture», qui se tiendra à l'Université de Liège du 13 au 15 décembre 2017. Infos: www.psychopatho-pheno.ulg.ac.be

Le prochain colloque international «Psychopathologie phénoménologique: dépassement et ouverture» se tiendra à l'Université de Liège du 13 au 15 décembre 2017.

Infos: www.psychopatho-pheno.ulg.ac.be

Références

- Jaspers K. (1913). Psychopathologie générale. Paris: Bibliothèque des introuvables. 2000.
- Binswanger L. (1956). Trois formes manquées de la présence humaine: la présomption, la distorsion, le maniérisme. Paris: Le Cercle Herméneutique. 2006.
- Tellenbach H. (1961). La mélancolie. Paris: PUF. 1985.
- Blankenburg W. (1971). La perte de l'évidence naturelle. Paris: PUF. 1991.
- Minkowski E. (1927). La schizophrénie. Paris: Payot. 2002.
- Tatossian A. (1979). La phénoménologie des psychoses. Paris: Le Cercle Herméneutique. 2003.
- Sass LA. (1992). Madness and modernism: Insanity in the light of modern art, literature, and thought. Oxford: Oxford University Press. 2017.
- Stanghellini G. (2006). Psicopatologia del senso comune. Milan: Cortina. 2008.
- Parnas J, Møller P, Kircher T et al. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. Psychopathology 2005;38(5):236-58.
- Fuchs T. Temporality and psychopathology. Phenom Cogn Sci 2013; 2(1):75-104.
- Sass LA, Parnas J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. Schizophr Bull 2003;29(3):427-44.
- Sass LA. Self-disturbance and schizophrenia: Structure, specificity, pathogenesis (current issues, new directions). Schizophr Res 2014;152(1):5-11.
- Sass LA, Parnas J. Thought disorder, subjectivity, and the self. Schizophr Bull 2017;43(3):497-502.
- Englebert J, Valentiny C. Schizophrénie, conscience de soi, intersubjectivité: Essai de psychopathologie phénoménologique en première personne. Bruxelles: De Boeck. 2017.
- Parnas J, Møller P, Kircher T, et al. EASE: Évaluation des Anomalies de l'Expérience de soi (traduit par M. Cermolacce et P. Bovet). L'Encéphale 2012;38:S121-145.
- Sass LA, Pienkos E, Skodlar B, et al. EAWE: Examination of Anomalous World Experience. Psychopathology 2017;50(1):10-54.
- Sartre JP. (1957). Questions de méthode. Paris: Gallimard. 1986.
- Gallagher S. How the body shapes the mind. Cambridge: Oxford University Press 2005.
- Stanghellini G, Rosfort, R. Emotion and personhood. Oxford: Oxford University Press 2013.
- Fuchs T. Embodied cognitive neuroscience and its consequences for psychiatry. Poiesis & Praxis 2009;6(3-4):219-33.
- Nelson B, Whitford TJ, Lavoie S, et al. What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia?: Integrating phenomenology and neurocognition. Part 1 (Source monitoring deficits). Schizophr Res 2014;152(1):12-9.
- Nelson B, Whitford TJ, Lavoie S, et al. What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia?: Integrating phenomenology and neurocognition. Part 2 (Aberrant salience). Schizophr Res 2014;152(1):20-7.
- Borda JP, Sass LA. Phenomenology and neurobiology of self disorder in schizophrenia: Primary factors. Schizophr Res 2015;169(1-3):464-73.
- Sass LA, Borda JP. Phenomenology and neurobiology of self disorder in schizophrenia: Secondary factors. Schizophr Res 2015;169(1-3): 474-82.
- Englebert J. Psychopathologie de l'homme en situation. Paris: Hermann. 2013.
- Foucault M. Les mots et les choses. Paris: Gallimard. 1969.
- Sass LA. Les paradoxes du délire. Paris: Ithaque. 1994.
- Gilman S. The mad man as artist: Medicine, history and degenerate art. Journal of Contemporary History 1985;20(4):575-97.
- Fuchs T. Depression, intercorporeality, and interaffectivity. Journal of Consciousness Studies 2003;20(7-8):219-38.
- Stanghellini G, Raballo A. Exploring the margins of the bipolar spectrum: Temperamental features of the typus melancholicus. J Affect Disord 2007;100(1-3):13-21.
- Englebert J, Stanghellini G. Typus melancholicus et mélancolie: Synthèse théorique à partir d'un cas clinique. L'Encéphale 2016;42(1):105-111.
- Fuchs T. Fragmented selves: Temporality and identity in borderline personality disorder. Psychopathology 2007;40(6):379-87.
- Stanghellini G, Rosfort R. Borderline depression: a desperate vitality. Journal of Consciousness Studies 2013;20(7-8):153-77.
- Stanghellini G, Castellini G, Brogna P, et al. Identity and eating disorders (IDEA): a questionnaire evaluating identity and embodiment in eating disorder patients. Psychopathology 2012;45(3):147-58.
- Gaete MJ, Fuchs T. From body image to emotional bodily experience in eating disorders. Journal of Phenomenological Psychology 2016;47(1):17-40.
- Englebert J. Anorexie et intersubjectivité: Étude phénoménologique et éthologique. Annales Médico-Psychologiques 2015;173(8):659-64.
- Englebert J. A new understanding of psychopathy: The contribution of phenomenological psychopathology. Psychopathology 2015;48(6):368-75.