

Le « soi territorial » : propositions théoriques à partir d'une compréhension phénoménologique de la schizophrénie

Jérôme Englebert

(PhD, Chargé de cours), Centre de recherches pénalité, sécurité et déviances (Université Libre de Bruxelles), Centre de recherche interdisciplinaire sur la déviance et la pénalité (Université Catholique de Louvain) et Centre de recherches phénoménologiques (Université de Liège)

Résumé :

Cette contribution théorique discute de l'intégration d'un « soi territorial » aux côtés des sois minimal et narratif classiquement décrits par la phénoménologie contemporaine et utilisés par la psychopathologie phénoménologique. Nous partons de l'expérience schizophrénique et des outils de compréhension de celle-ci pour mettre en évidence certaines limitations s'inscrivant autour du recours au discours dans le dispositif clinique pour évoquer des phénomènes *a priori* pré-langagiers. Ce cheminement théorique, qui a pour incidence de rendre nécessaire une ouverture à l'observation clinique et à l'intersubjectivité, conduit à des implications nosographiques et thérapeutiques qui nous semblent utiles à la perspective phénoménologique. D'un point de vue nosographique, nous discutons des recouvrements (non-systématiques) entre expérience schizophrénique et expérience psychotique, alors que d'un point de vue thérapeutique, la proposition du soi territorial permet d'insister sur le fait que la relation clinique se caractérise tant par une analyse de l'expérience et un discours à son propos que par une pratique et un vécu expérientiel conjoints nécessitant le partage d'un espace commun.

Abstract:

This theoretical paper discusses the integration of a 'territorial self' alongside the minimal and narrative selves commonly described by contemporary phenomenology and used by phenomenological psychopathology. We start from the schizophrenic experience and the tools for understanding it to highlight some limitations in the use of talk in the clinical system to evoke phenomena that are a priori pre-linguistic. This theoretical path, which has the effect of making it necessary to open up to clinical observation and intersubjectivity, leads to nosographic and therapeutic implications which seem useful to us from a phenomenological perspective. From a nosographic point of view, we discuss the (non-systematic) overlaps between schizophrenic experience and psychotic experience, whereas from a therapeutic point of view, the proposal of the territorial self allows us to insist on the fact that the clinical relationship is characterised as much by an analysis of the experience and a speech about it as by a joint practice and an experiential experience requiring the sharing of a common space.

Introduction

L'objectif de cette contribution est, en partant des connaissances sur la compréhension phénoménologique de la schizophrénie, de discuter d'un point de vue théorique de l'articulation soi minimal/soi narratif et de proposer l'intégration d'un « soi territorial » à propos duquel nous proposerons une définition et montrerons en quoi ce dernier ne peut être dissout dans ces deux dimensions extrêmes de l'*ego*. Enfin, nous évoquerons les implications nosographiques et thérapeutiques de ces propositions en prenant comme question centrale le fait de savoir si la relation clinique se caractérise par une analyse de l'expérience et un discours à son propos et/ou par une pratique et un vécu expérientiel conjoints nécessitant le partage d'un espace commun.

1. Apports et limites des échelles EASE et EAWE

Une manière féconde et aujourd'hui reconnue de pratiquer la clinique schizophrénique dans une perspective phénoménologique est d'utiliser les échelles EASE ou *Évaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi* [1] et EAWE ou *Évaluation des Anomalies de l'Expérience du Monde* [2]. Centrées sur la perspective en première personne, EASE et EAWE sont des outils basés sur le récit que produit le sujet à propos de son expérience (nous ne détaillons pas ces deux outils bien connus et renvoyons, outre les articles originaux, à [3-4]). La cotation et l'interprétation des différents items (répartis et organisés en domaines) se basent sur les descriptions de l'expérience du sujet. Si cette démarche est précieuse, et que la dimension narrative occupe une place fondamentale dans la compréhension du fonctionnement du sujet, il est évident qu'il ne s'agit pas de l'unique source d'informations concernant les manières concrètes qu'a une personne d'entrer en contact avec son interlocuteur et son environnement. La dimension non-verbale, les interactions corporelles, les modalités d'échanges relationnels – ce que nous avons appelé dans d'autres travaux [5-6], en nous référant à la philosophie de

Deleuze, la *territorialisation* – sont autant d’indices décisifs de la subjectivité et de l’expérience. La démarche clinique est, en effet, généralement enrichie par une analyse minutieuse de cette dimension essentielle de l’expérience du sujet révélant des informations qui ont au moins autant de valeur (mais *a priori* de degré différent) que le discours porté en première personne.

L’apport décisif des échelles EASE et EAWE signe précisément leur difficulté méthodologique en raison du fait que toutes deux ciblent leur intervention au niveau de la dimension narrative et du discours du sujet. Ces deux échelles reposent sur l’hypothèse implicite qu’il y a une corrélation suffisamment élevée entre ce que vit la personne et ce qu’elle pense et exprime à propos de ce vécu – ces deux dimensions n’étant d’ailleurs pas, elles-mêmes, superposables. Il est raisonnable de penser qu’une personne ne verbalise jamais de façon parfaitement fidèle ce qui résulte de son activité idéationnelle, tout comme son activité réflexive n’est pas strictement superposable à la complexité de l’expérience vécue. Par ailleurs, et nous y reviendrons, ces échelles reposent également sur l’hypothèse convaincante que cette verbalisation présente un effet bénéfique pour le patient ou, du moins, que l’échange qui émane de l’interaction entre ce dernier et le clinicien est susceptible de favoriser sa prise en charge (ne fût-ce que parce qu’un discours commun sur le vécu est amorcé avec des patients qui sont souvent en rupture à ce sujet).

Dans une recherche récente [7], nous avons mis en lumière et discuté les apports des échelles EASE et EAWE mais aussi les limitations inhérentes à la perspective en première personne. Nous suggérons dans ce travail que l’ajout d’une dimension « observée » concernant les items de ces échelles permettrait d’améliorer la compréhension globale de la personne en fournissant

un aperçu non seulement du récit expérientiel du patient, mais aussi de l'expérience vécue de l'espace et de l'interaction sociale ou encore comportementale.

Dans ce contexte, il apparaît raisonnable de penser que l'un des défis futurs de la psychopathologie phénoménologique consiste à intégrer l'observation clinique (éthologique) dans les études focalisées sur la perspective en première personne [5,8-10]. Le vécu de « perte de sens commun » (qui est un item central de l'échelle EASE) se prête particulièrement à cette réflexion. Il est fréquent (pour ne pas dire systématique) de souligner la place centrale qu'occupe une telle expérience dans la vie des sujets schizophrènes. Celle-ci peut être verbalisée et décrite par le patient (« *J'ai du mal à comprendre les autres, à savoir comment me comporter en leur présence* », « *Les règles sociales sont un problème pour moi car, si elles ne sont pas clairement verbalisées, je ne les devine pas* », « *Je ne sais jamais comment me positionner adéquatement quand je suis face à quelqu'un, j'ai du mal avec les distances attendues* »), mais la perte de sens commun est souvent vécue de façon prioritaire dans la relation qui unit le clinicien au patient. Si elle ne se retrouve pas dans le contenu de son discours, elle peut apparaître dans la forme de celui-ci. Il n'est d'ailleurs par rare qu'un sujet, lorsqu'il est interrogé sur la présence de cet item dans son expérience, réponde par la négative alors que le clinicien observe, à travers la forme et la cohérence du discours et dans les difficultés d'accordage relationnel que le sujet manifeste à son interlocuteur, la présence de ce trouble.

Ce développement fait écho aux difficultés d'utilisation de ces échelles relevées dans la littérature [3,11-15] reposant sur le fait que les expériences qu'elles visent sont difficiles à articuler, n'ayant, la plupart du temps, pas souvent été traduites en mots auparavant : « Une raison importante à cela réside dans le fait que beaucoup de ces expériences sont de nature

préreflexive. Elles ne font pas l'objet d'une attention thématifiée, mais constituent plutôt l'arrière-fond général de la conscience » [1, p. 122]. Soulignons d'ailleurs que de nombreux cliniciens et chercheurs peuvent même ne pas connaître les anomalies de l'expérience du soi avant de se familiariser avec EASE et EAWE.

L'expression verbale de ces expériences proches de l'« indicible » nécessite donc une certaine capacité d'utilisation du langage et d'articulation du discours autour de son propre vécu. Dans une recherche consacrée aux anomalies de l'expérience du monde dans la schizophrénie, Elisabeth Pienkos observe une *gestalt* sous-jacente à la schizophrénie qu'elle nomme « *Unmooring of the World* » [13,15], que nous pouvons traduire par « Désamarrage du Monde » et qui signifie la perte de l'« ancrage » au sens commun. L'auteure précise qu'il est possible que ce « désamarrage » ait été présent chez les sujets de son étude dans la forme de leur réponse et non dans le contenu de celles-ci. Elle explique ce phénomène comme suit : « Sans une connaissance implicite, relative au sens commun, de ce qui correspond à une expérience ordinaire et de ce qui pourrait être inhabituel ou étrange, un sujet peut être dans l'incapacité de cataloguer ou de discuter d'expériences particulièrement inhabituelles » [13, p. 31, nous traduisons].

Cette observation vient appuyer notre hypothèse d'une difficulté d'identification d'expériences qui sont par nature préreflexives et, dès lors, peu accessibles à une formulation en première personne. Cette réflexion n'a pas pour but de remettre en cause la perspective en première personne et la dimension essentielle d'une aide à la description des anomalies du vécu qui sont centrales dans la schizophrénie. Son objectif consiste à rappeler la dimension indicible de cette sémiologie complexe et les *écarts* entre langage, observation et expériences (celle du sujet schizophrène et celle du clinicien). Dans ce contexte, une approche phénoménologique

complète se doit d'intégrer cette dimension éthologique et préverbale qui, bien qu'importante, échappe, *de facto*, au discours et à l'auto-description des vécus.

2. Proposition théorique d'un « soi territorial » intermédiaire

Cette réflexion sur la dimension tacite de l'expérience mène à l'interrogation du statut théorique de ce versant éthique et écologique de l'expérience relationnelle du self (en général et dans l'expérience de la schizophrénie en particulier). La proposition défendue ici consiste à observer qu'entre l'expérience d'un self irréductible et *princeps* – le « soi minimal » décrit notamment par Zahavi – et un soi biographique et communicable – le « soi narratif » que l'on déduit de Ricœur –, il convient de laisser la place à une dimension éthique et écologique du soi – que nous proposerons d'appeler « soi territorial ». Le recours à Deleuze et Guattari [16] pour qualifier cette dimension relationnelle, expérientielle et environnementale du soi peut quelque peu déconcerter un lecteur qui attendrait une inscription dans une lignée plus directement ancrée dans l'histoire du courant phénoménologique. Toutefois, l'apport du projet géophilosophique deleuzien nous semble fécond, notamment par sa capacité à intégrer la facette éthologique, mais également par sa capacité à proposer une réflexion paradoxalement moins directement dévolue à la subjectivité et aux expériences en première personne. Cette dimension éthique du self mène à l'appréhension de l'« homme en situation », et son étude a pour objectif d'identifier la dimension concrète de l'expérience de soi en situation, forgée à même la pratique de la vie.

Les réflexions et débats contemporains sur la notion de *self* – principalement dans le champ de la phénoménologie, de l'herméneutique et de l'*embodied cognition* – sont polarisés autour de deux formes spécifiques de soi : le soi minimal et le soi narratif que l'on pourra définir de la sorte [17-21] :

- Le soi minimal correspond au sentiment de soi dans sa dimension implicite, non conceptuelle et primitive. On prête généralement au *minimal self* la compétence d'agentivité [*agency*] permettant au sujet de se ressentir comme le sujet de ses actions, et la mienneté [*ownership* ou *sense of mineness*] indiquant la capacité pour le sujet de concevoir ses expériences (sensations, actions, pensées) comme étant siennes [21-22]. Cette dimension du self est préreflexive et incarnée, dans le sens où c'est bien le corps qui est à l'origine de cette expérience *princeps* rendant le sujet conscient de son statut de « sujet conscient ». De façon précognitive, préreflexive et préthématique, mais aussi dans une certaine immédiateté, le soi minimal donne au sujet l'intuition de ce qu'il est dans ce qu'il y a de plus fondamental et de plus originel, permettant les prémisses et conditions de possibilité de l'expérience en première personne.
- Le soi narratif, quant à lui, est la capacité actualisée de se référer à soi et de diriger son attention réflexive vers certains aspects de sa propre vie mentale et de sa subjectivité. Il s'agit d'une expérience explicite, intégrant une dimension conceptuelle et discursive. Il s'agit de la partie de l'expérience subjective qui implique le champ autobiographique de la personne et repose, à la suite des travaux de Ricœur, sur l'idée que la conscience biographique, tout en diffusant son identité, simultanément l'invente et la crée (bien qu'on retrouve des réflexions sur l'identité narrative dans de nombreux textes de son œuvre, on se référera en priorité à [23-24]). Grâce au soi narratif, l'individu s'inscrit dans l'histoire et se constitue à travers l'engagement dans une variété de formes personnelles et interpersonnelles d'activités narratives. Gallagher et Zahavi précisent que le point cardinal du *narrative self* est la capacité de reconnaître de manière réflexive certaines expériences et valeurs, et de les intégrer dans la conception de soi [19-21]. Sur la

prise en considération cognitive de la dimension narrative du self, on se référera aux travaux de Fabrice Berna [25].

Entre ce self correspondant à la conscience de soi préreflexive la plus primitive, et celui permettant le discours et l'élaboration cognitive de la conscience de soi réflexive, l'on constatera le principe d'un *écart*, faisant qu'il n'y a jamais une parfaite syntonie entre l'expérience et le vécu d'une part, et le discours à propos de ceux-ci d'autre part. Un écart, et sans doute une sorte de *retard*, faisant que l'appropriation langagière et narrative de l'expérience suggère un acte de médiation impliquant une distance temporelle par rapport au vécu préreflexif dont il est raisonnable de postuler une plus grande instantanéité. Les dimensions minimale et narrative sont des facettes distinctes d'un même self et présentent un degré de complémentarité organisée. La présence d'un niveau minimal de conscience de soi devant être considérée comme une condition de possibilité pour l'émergence d'un soi narratif ; ce dernier est, en d'autres termes, fondé sur le premier, bien que dans l'expérience ordinaire, ils soient généralement intégrés l'un à l'autre.

Notre hypothèse consiste à penser que l'expérience de soi, pour être décrite de façon complète, doit intégrer une dimension territoriale – c'est-à-dire éthique et écologique. En effet, il apparaît réducteur de penser que l'expérience subjective puisse se réduire à deux pôles extrêmes : un pôle préreflexif, consistant en la dimension minimale de l'expérience consciente et un pôle réflexif d'un sujet qui contemplerait et commenterait, à travers ses capacités discursives et langagières, son vécu et ses expériences. Il semble – dans la lignée des propositions de Wykretowicz [26-27] – qu'il faille penser une troisième polarité du self : celle-ci se façonne à travers l'expérience, dans la rencontre des lieux et des autres, précisément à travers ce que Deleuze et Guattari appellent la territorialisation. À même le corps, cette facette du soi est elle

aussi pré-conceptuelle, mais n'est pas primitive comme l'est le soi minimal. Elle est pré-narrative, mais inscrit le sujet dans l'histoire mondaine. Le « soi territorial » est celui du vécu et de l'expérience de la vie. Fondamentalement, il est éthique (Deleuze et Guattari soulignaient déjà la double acception de l'*ethos* : « à la fois demeure et manière, partie et style » insistaient-ils [16, p. 393]). Ce « soi éthique » correspond à la manière d'être de l'individu, à ses styles d'existence, son caractère et ses habitudes. Bref, cette pratique de l'éthique est fondamentalement liée à notre manière d'habiter un espace et de faire avec les autres sois territoriaux rencontrés à travers l'expérience intersubjective. On retiendra que l'on territorialise comme on est, mais aussi que c'est en territorialisant que l'on est. Ma manière d'interagir avec autrui dans un espace commun, l'on en conviendra, si elle est une expérience de soi à part entière, n'est pas réductible aux dimensions minimales et narratives de ce soi.

Je dois insister sur le fait que cette hypothèse a été fortement influencée et précisée par de nombreux échanges avec Hubert Wykretowicz dans le cadre de ce qu'il appelle le « soi dispositionnel » [26-27]. En outre, concernant la dimension affective de l'expérience pratique et relationnelle du soi, on se référera également aux travaux d'Anna Bortolan [28], et au concept de vie [*concept of life*] tel que le développe Thomas Fuchs [29]. La notion de soi territorial proposée dans cet article entre également en résonance avec le concept d'*Enaction*, issu de l'*Embodied cognition*, développé par des auteurs comme Varela [30] ou Noë [31], étudiant les interactions entre la cognition, l'expérience corporelle de celle-ci, et l'environnement.

Nous retiendrons du self territorial qu'il est le concept qui cherche à cerner l'être qui se révèle grâce à l'expérience qu'il fait du monde et par la pratique de la vie, par sa conduite et ses actions dans un milieu donné. De ce point de vue, l'environnement façonne au moins autant le sujet que celui-ci le transforme en retour. Le self territorial est la manière éthique d'être soi, à travers

le style et les manières de se mouvoir, de s'exprimer, d'agir et de réagir, de s'émouvoir et de ressentir. Cette mise en forme expérientielle, pratique et relationnelle est successive à l'expérience minimale de soi et antérieure à la mise en discours de l'identité narrative. Le sujet territorial est moins celui qu'il énonce être, que celui qui s'engage dans l'existence et le commerce social et inter-corporel ; il est celui qui agit, vit et territorialise tantôt avec enthousiasme et insouciance, tantôt avec passion.

3. L'expérience du self dans la schizophrénie

Nous nous limiterons ici, pour la schizophrénie, à une considération théorique des trois dimensions du self proposées dans cet article : *minimal self*, *territorial self*, *narrative self*. Dans les travaux contemporains, on considère la schizophrénie comme un trouble du self et le modèle le plus communément admis est celui de l'*Ipseity-Disturbance Model* (IDM) de Sass et Parnas suggérant que la personne schizophrène présente un trouble du soi minimal [32-33]. Le *trouble de l'ipséité*, alliant données cliniques et arguments théoriques sophistiqués, décrit par ces auteurs, repose sur des anomalies de l'expérience du soi et s'énonce en trois facettes interdépendantes :

- *L'hyper-réflexivité* faisant référence à une conscience de Soi exagérée, à une tendance (fondamentalement non volontaire) à diriger l'attention vers des phénomènes ou des processus qui devraient normalement être *habités* ou *vécus* (de manière tacite) comme faisant implicitement partie de soi. Le schizophrène interroge des phénomènes *a priori* implicites/préreflexifs comme la conscience de soi, les sensations corporelles et les interactions avec l'environnement sur un mode explicite/réflexif.
- *Le sentiment de soi diminué* qui se rapporte à un déclin (passif et automatique) dans l'expérience du sentiment d'exister en tant que sujet conscient ou agent de ses

actions. Les caractéristiques troublées dans l'expérience schizophrénique correspondent à l'*ownership* et l'*agency*, caractéristiques centrales du *minimal self*. La structure subjective préreflexive la plus profonde de l'expérience, cette connexion intime du sujet avec lui-même, est vécue de façon diminuée dans la schizophrénie, le sujet pouvant aller jusqu'à exprimer que ces attributs primordiaux ont disparu de son expérience. Le sujet schizophrène peut dire que son esprit est commandé de l'extérieur par une force extraterrestre, par exemple. C'est ce que l'on appelle l'expérience de l'« *alien control* » témoignant d'une perte radicale des facultés d'*ownership* et d'*agency* [34].

- À ces deux aspects s'ajoute une *perturbation de l'adhérence et de l'accroche au monde social*. Parmi les trois facettes du trouble du soi de base, cette dernière est sans doute la plus difficile à objectiver et à verbaliser pour le sujet schizophrène. Comme nous l'avons vu dans la section précédente de cette contribution, l'identification d'expériences qui, par nature, sont préreflexives et souffrent de se situer en dehors du sens commun, présente des paradoxes discursifs évidents qui doivent être considérés comme des facteurs contribuant à la coupure relationnelle et sociale vécue par la personne schizophrène, ou à tout le moins la renforçant.

Si nous reprenons chacune de ces trois modalités du trouble du self dans la schizophrénie et que nous observons comment elles se ventilent dans l'expérience des trois formes du self, il est intéressant de voir comment se comporte ce tableau (voir Tableau 1 ci-après). On constate que :

- 1/ l'hyper-réflexivité consiste probablement en l'interrogation réflexive et narrative de phénomènes préreflexifs issus du soi minimal, mais aussi du soi territorial – cette première facette convoque donc les trois facettes du self ;
- 2/ Le sentiment de soi diminué convoque prioritairement le soi minimal, tout en gardant à l'esprit que ces troubles sont verbalisés et, dès

lors, qu'ils convoquent secondairement le soi narratif ; 3/ La perturbation de l'adhérence et de l'accroche au monde social s'inscrit plutôt dans un trouble du soi territorial, tout en étant également verbalisée et convoquant le soi narratif de façon secondaire.

Tableau 1.

Trois facettes de l' <i>Ipseity-Disturbance Model</i>	1/ Hyper-réflexivité	2/ Sentiment de soi diminué	3/ Perturbation de l'adhérence et de l'accroche au monde
Convocation respective des trois formes du soi	Soi narratif interrogé : - Soi minimal - Soi territorial	Soi minimal (pouvant être verbalisé via le Soi narratif)	Soi territorial (pouvant être verbalisé via le Soi narratif)

Il est d'ailleurs intéressant de constater que le phénomène le plus facilement verbalisable (et très souvent exprimé) est celui de l'*hyper-réflexivité* (interrogeant des phénomènes généralement préréflexifs, ce phénomène se situe pourtant bien dans le registre réflexif). Le *sentiment de soi diminué* se situe à un niveau intermédiaire puisqu'il convoque des phénomènes préréflexifs, mais le sujet schizophrène exprime souvent cette expérience avec, toutefois, de plus grandes difficultés pour trouver les mots signifiant adéquatement son ressenti. Enfin, la *perturbation dans l'adhérence au monde*, dimension préréflexive de la relation au monde, est sans doute la facette la plus difficile à exprimer, signant une limite avec les possibilités offertes par le langage pour exprimer une anomalie de l'expérience qui est globalement indicible. On peut suggérer que cette troisième facette est la plus difficile à verbaliser car elle est expérimentée par le sujet comme la caractéristique la plus dépendante du monde extérieur, alors que les deux premières facettes, bien qu'ayant affaire au préréflexif, concernent toutefois une expérience *a priori* plus interne au sujet et, même si le sujet s'en sent privé, il conserve probablement un souvenir plus précis de ces modalités expérientielles plus personnelles et internes.

4. Apports nosographiques et thérapeutiques

Parmi les apports de cette proposition théorique du soi territorial dans le champ de la schizophrénie, nous en évoquerons deux dans cet article : 1/ son utilisation dans la démarche diagnostique et 2/ ses conséquences pour la pratique thérapeutique.

4.1. Apport nosographique

L'apport nosographique et diagnostique d'une prise en considération du self territorial permet de proposer une clarification qui semble faire défaut dans le domaine de la psychopathologie phénoménologique : celle de la discussion des différences et des points communs entre psychose et schizophrénie. En effet, si la schizophrénie est une psychose, toute psychose n'est pas une schizophrénie. De ce point de vue, la psychanalyse propose une réflexion nettement plus approfondie concernant ces patients présentant un être-au-monde psychotique, sans présenter de façon complète le tableau de l'une des grandes psychopathologies psychotiques. On pensera notamment au diagnostic de psychose blanche proposé par André Green [35].

Notre proposition est de suggérer que la différenciation de deux formes préreflexives du self – une minimale et une territoriale – permet de donner une hypothèse nosographique pertinente d'un point de vue clinique et psychopathologique. Si l'on suit le raisonnement proposé dans cette contribution, il est raisonnable de dire que le point commun de toutes les formes de psychoses (en plus de la schizophrénie, le trouble délirant paranoïaque, l'état maniaque, l'état mélancolique, mais aussi les nombreux troubles psychotiques non spécifiques) est de présenter un trouble du self territorial. C'est-à-dire que le sujet psychotique aurait un trouble de l'expérience éthique, relationnelle et écologique du self. Il s'agirait du signe clinique fondamental de l'expérience psychotique. Ce signe, pathognomonique de l'expérience

psychotique, est proche de la psychopathologie du sens commun décrite notamment par Giovanni Stanghellini (bien que ce dernier limite ces expériences à la schizophrénie et la mélancolie) [36].

Par contre, un trouble du soi minimal semble réservé au vécu schizophrénique (et à certains états mélancoliques graves – notamment lors des vécus de dépersonnalisation mélancolique ou des troubles de l'expérience corporelle ; l'extrême étant le syndrome de Cotard qui convoque clairement un trouble du soi minimal). Le sentiment de soi diminué, à travers la perte d'agentivité et de mienneté, semble être une expérience unique, dès lors à nouveau pathognomonique, mais cette fois, de façon plus spécifique, du schizophrène (exception faite donc de certains cas de mélancolie). Pour le dire autrement, ce qui fait du paranoïaque, du maniaque, du mélancolique (en général) et du psychotique dans une forme aspécifique des personnes psychotiques mais non schizophrènes, indépendamment des symptômes énoncés par exemple dans le DSM-5, est qu'ils n'ont pas de trouble du soi minimal, mais bien un trouble du soi territorial. En ce qui concerne l'hyper-réflexivité, elle portera, chez les schizophrènes, sur l'interrogation réflexive de phénomènes *a priori* préreflexifs issus du soi minimal ainsi que du soi territorial. Pour les autres formes de psychoses, cette réflexivité accentuée portera sur les aspects préreflexifs qui reposent uniquement sur la dimension territoriale du soi (le rapport aux autres, aux objets, à la dimension temporelle du territoire). On notera que l'état maniaque ne présente pas, a priori, de symptômes hyper-réflexifs, l'individu étant trop occupé à investir un soi territorial sans que son expérience ne laisse de place à l'interrogation de cette expérience (ces éléments distinctifs sont résumés dans le Tableau 2).

Tableau 2.

Troubles psychotiques	Schizophrénie (et certains états mélancoliques graves)	Autres psychoses (trouble délirant paranoïaque, état maniaque, état mélancolique, troubles psychotiques non spécifiques)
Formes du soi convoquées	trouble du soi territorial <i>et</i> trouble du soi minimal	trouble du soi territorial <i>mais pas de</i> trouble du soi minimal

4.2. Apport thérapeutique

La question de la rencontre clinique et thérapeutique mérite également d'être débattue à la lumière de cette réflexion. Conserver une dimension narrative qui consiste à proposer au sujet de verbaliser à propos de son vécu et d'intégrer ce ressenti dans sa biographie reste évidemment l'un des piliers d'une thérapie d'inspiration phénoménologique. Une rencontre intersubjective autour de l'expérience profonde, minutieusement déployée, est un moment qui peut être décisif pour les personnes schizophrènes qui se vivent souvent comme étant incomprises.

Ces dimensions thérapeutiques convoquent le soi narratif et contribuent à la construction et au vécu de son expérience à travers la médiation de la narrativité. Cet aspect de la thérapie a pour objectif de *comprendre* le sujet, et de permettre de déplier le monde dans lequel il s'exprime. Ce monde, une fois déplié, est alors plus vivable. On peut raisonnablement penser que s'il est mieux compris, et si cette compréhension est le fruit d'une complicité avec autrui (le thérapeute), le sujet vivra de façon moins troublée l'anomalie de ses expériences. C'est du moins le pari implicite de ces propositions thérapeutiques : comprendre l'existence permet de mieux exister. Bien qu'il soit possible de douter que cette proposition soit systématiquement exacte, il est en revanche impossible de la rejeter intégralement. D'une part, le gain

d'intelligibilité est source d'évolution et de création du sujet par lui-même. C'est au fond la thèse centrale de l'identité narrative chez Ricœur (on se référera pour une subtile application de la dimension narrative du self dans la psychothérapie à [37]). D'autre part, il peut également être affirmé que le propre de la rencontre clinique est que ce gain est acquis par un acte relationnel, collectif, un discours prononcé à plusieurs voix (co-construit). Il y a valeur ajoutée en termes de sens, certes, mais celle-ci prend toute sa profondeur grâce à la connivence qui relie les responsables de ce bénéfice.

Outre ces apports thérapeutiques cruciaux, il nous semble intéressant de chercher à valoriser l'apport d'une réflexion sur le soi territorial en ce qui concerne la pratique de la thérapie avec le patient schizophrène (nous ne le développerons pas ici, mais cette réflexion vaut selon nous pour toute forme de rencontre clinique, qu'il s'agisse de patients schizophrènes ou non). Dans les limites de cet article, nous évoquerons deux raisons qui justifient ce recours au paradigme territorial : la première est qu'un symptôme principal du vécu schizophrénique est, comme indiqué plus haut, l'hyper-réflexivité, c'est-à-dire un excès de recours à la partie narrative du soi à propos d'expériences préréflexives. La seconde raison tient au fait que, si l'expérience territoriale et ses difficultés sont particulièrement centrales chez le schizophrène, il est cohérent de chercher à les rencontrer dans la dynamique clinique.

Il est en effet paradoxal de constater que, si l'on s'accorde pour dire que l'hyper-réflexivité est un signe caractéristique du vécu schizophrénique, la perspective en première personne consiste précisément à susciter une introspection qui lui est en partie superposable. Bien entendu, le fait que cette activité se produise dans le cadre d'une relation avec le thérapeute et soit assurément de nature différente que l'acte hyper-réflexif caractérisé par sa dimension solipsiste, ne doit pas être minimisé. Il est toutefois troublant de constater que la solution thérapeutique principale

donnée par la clinique phénoménologique – c’est-à-dire le discours à propos de phénomènes préreflexifs – est superposable au symptôme cardinal du trouble, la schizophrénie – qui est précisément la tendance à interroger sur un mode réflexif des phénomènes implicites et *a priori* tacites. Une fois encore, le fait que ce questionnement se fasse en dialogue (et non en monologue comme dans le cas de l’hyper-réflexivité) est décisif. Il est cependant pertinent de suggérer qu’une piste thérapeutique cohérente, pour des patients qui interrogent la vie plutôt que de la vivre, consisterait à les aider à moins participer à cette connaissance technique de l’expérience et à les rejoindre au niveau du préreflexif – c’est-à-dire dans la relation – en leur proposant des séquences leur permettant de retrouver l’insouciance de la vie, la naïveté d’une expérience en première personne qui cesse de se questionner.

Convoquer le soi territorial dans la pratique clinique de la schizophrénie est en fait, pour bon nombre – sinon l’ensemble – des thérapeutes, une évidence. C’est, soit dit en passant, peut-être moins une évidence pour le monde de la recherche qui ne « vit » généralement pas au quotidien auprès des patients. Les thérapeutes savent qu’avant toute forme de dialogue, l’essentiel de la thérapie est de construire une interaction, une capacité à partager un sens commun, à arpenter un territoire partagé. Il serait par ailleurs erroné de penser qu’il s’agisse là d’un simple préalable qui permettrait, ensuite, d’arriver à des modalités plus subtiles et plus essentielles. Rencontrer le préreflexif, sans la médiation du langage, est sans doute un acte capital de la thérapie. Cette rencontre passe naturellement par le corps et elle peut convoquer tantôt le soi territorial, tantôt le soi minimal. La particularité de ces actes est que, bien qu’étant intrinsèquement thérapeutiques, ils « ciblent » (ou rencontrent) la dimension préreflexive du self. Ils doivent, dès lors, être paradoxalement produits sans objectif thérapeutique annoncé. Il s’agit de la condition paradoxale d’une adresse thérapeutique au soi territorial et à la dimension relationnelle et insouciante de l’expérience de soi. Le clinicien, dans ces cas-là, ne sait pas

pourquoi il est en train de faire ce qu'il fait. Avec son patient, il pratique la vie, plutôt qu'il ne la pense. On retrouvera dans la catégorie de ces médiations préréflexives : les pratiques artistiques – la danse [38-39], le théâtre, l'expression corporelle [40] –, les thérapies avec le monde animal comme médiateur [41], mais aussi les nombreux moments informels entre un thérapeute et son patient – ces moments où le thérapeute pourrait laisser croire qu'il ne fait pas son travail alors qu'il est peut-être au plus profond de celui-ci, dans son engagement éthique le plus subtil.

Références

- [1] Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, Zahavi D. EASE : Évaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi (traduit par M. Cermolacce et P. Bovet). *Encéphale* 2012;38:S121-S145.
- [2] Sass LA, Pienkos E, Skodlar B, Stanghellini G, Fuchs T, Parnas J, Jones N. EAWE : Examination of Anomalous World Experience. *Psychopathology* 2017;50:10-54.
- [3] Englebert J, Valentiny C. Schizophrénie, conscience de soi, intersubjectivité : Essai de psychopathologie phénoménologique en première personne. Bruxelles : De Boeck ; 2017.
- [4] Englebert J, Mossay F, Valentiny C, Monville F. Étude qualitative de l'expérience de soi et du monde dans la schizophrénie. In (J. Englebert, G. Cormann et Chr. Adam Eds.) *Psychopathologie phénoménologique : Dépassement et ouverture*, t. I, pp. 211-229, Paris : Le Cercle Herméneutique ; 2019.
- [5] Englebert J. *Psychopathologie de l'homme en situation*. Paris : Hermann ; 2013.
- [6] Englebert J, Gauthier JM. Géographie et psychose : territoire et perte de corps commun. *Ann Med Psychol* 2011;169:559-63.

- [7] Englebert J, Monville F, Valentiny C, Mossay F, Pienkos E, Sass L. Anomalous experience of self and world: Administration of EASE and EAWE scales to four subjects with schizophrenia. *Psychopathology* 2019; 52(5):294-303.
- [8] Pienkos E, Messas, G. Preface to the EAWE Portuguese version: A case for a new era of phenomenological psychopathology in psychiatry and clinical psychology. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea* 2018;7(2):1-9.
- [9] Englebert J, Follet V. Essai de psychopathologie éthologique. In A. Demaret, *Éthologie et psychiatrie*, p. 165-231, Bruxelles : Mardaga ; 2014.
- [10] Englebert J, Follet V. (Eds). *Adaptation : Essai collectif à partir des paradigmes éthologique et évolutionniste*. Paris : MJWFédition ; 2016.
- [11] Nordgaard J, Parnas J. A semi structured, phenomenologically-oriented psychiatric interview: descriptive congruence in assessing anomalous subjective experience and mental status. *Clin Neuropsychiatry* 2012;9(3):123-128.
- [12] Nordgaard J, Revsbech R, Sæbye D, Parnas J. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *World Psychiatry* 2012;11(3):181-185.
- [13] Pienkos E. *The unmooring of the world: A qualitative investigation of anomalous world experiences in schizophrenia (Doctoral dissertation)*. The graduate school of applied and professional psychology. Rutgers, New Jersey ; 2014.
- [14] Pienkos E, Sass L. Schizophrenia, language, and the phenomenological interview. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea* 2018;7(2):10-28.
- [15] Pienkos E, Sass L, Silverstein S. The phenomenology of anomalous world experience in schizophrenia: A qualitative study. *Journal of Phenomenological Psychology* 2017 ;47(2):188-213.
- [16] Deleuze G, Guattari F. *Mille plateaux*. Paris: Éditions de Minuit ; 1980.

- [17] Zahavi D. *Self and Other: The Limits of Narrative Understanding*. Royal Institute of Philosophy Supplements 2007;60:179-202.
- [18] Zahavi D. *Subjectivity and Selfhood. Investigating the First-Person Perspective*. Cambridge : MIT Press ; 2008.
- [19] Zahavi D. *Self and Other: Exploring Subjectivity, Empathy, and Shame*. Oxford : Oxford University Press ; 2014.
- [20] Gallagher S, Zahavi D. *The Phenomenological Mind*. New York : Routledge ; 2012.
- [21] Gallagher S. *Philosophical Conceptions of the Self: Implications for Cognitive Science*. Trends in Cognitive Sciences 2000;4(1):14-21.
- [22] De Haan S, de Bruin L. *Reconstructing the minimal self, or how to make sense of agency and ownership*. Phenomenology and the Cognitive Sciences 2010 ;9(3):373-396.
- [23] Ricœur P. *Temps et récit : Le temps raconté, t. III*. Paris : Seuil ; 1985.
- [24] Ricœur P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil ; 1990.
- [25] Berna F, Bennouna-Greene M, Potheegadoo J, Verry P, Conway MA, Danion JM. *Self-defining memories related to illness and their integration into the self in patients with schizophrenia*. Psychiatry Research 2011;189(1):49-54.
- [26] Wykretowicz H. *Husserl's unnoticed contribution to selfhood*. Constructivist Foundations 2018;14(1):30-32.
- [27] Wykretowicz H. *La sentinelle silencieuse : Recherches phénoménologiques et cliniques*. Paris : Hermann, Collection Phénoménologie Clinique ; 2021.
- [28] Bortolan A. *Affectivity and the distinction between minimal and narrative self*. Continental Philosophy Review 2020;53:67-84.
- [29] Fuchs T. *Ecology of the brain: The phenomenology and biology of the embodied mind*. Oxford : Oxford University Press ; 2017.

- [30] Varela FJ, Thompson E, Rosch E. The embodied mind: Cognitive science and human experience. Cambridge : MIT press ; 1991.
- [31] Noë A. Action in perception. Cambridge : MIT Press ; 2004.
- [32] Sass L, Parnas J. Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophrenia Bulletin* 2003;29(3):427-444.
- [33] Sass L. Self-disturbance and Schizophrenia : Structure, Specificity, Pathogenesis (Current Issues, New Directions). *Schizophrenia Research* 2013;152(1):5-11.
- [34] Gallagher S. Agency, Ownership and Alien Control in Schizophrenia. In (P. Bovet, J. Parnas et D. Zahavi, Eds) *Interdisciplinary Perspectives on Self-consciousness*, p. 89-104, Amsterdam : John Benjamins Publishers ; 2004.
- [35] Green A. *La folie privée : Psychanalyse des cas-limites*. Paris : Gallimard ; 1990.
- [36] Stanghellini G. *Disembodied spirits and deanimated bodies: The psychopathology of common sense*. Oxford : Oxford University Press ; 2004.
- [37] Stanghellini G. *Lost in Dialogue : Anthropology, Psychopathology, and Care*. Oxford : Oxford University Press ; 2016.
- [38] Sheets-Johnstone M. From movement to dance. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 2012;11(1):39-57.
- [39] Xia J, Grant TJ. Dance therapy for people with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 2009;35(4):675.
- [40] Martin LA, Koch SC, Hirjak D, Fuchs T. Overcoming disembodiment: The effect of movement therapy on negative symptoms in schizophrenia – A multicenter randomized controlled trial. *Frontiers in psychology* 2016;7:483.
- [41] Servais V. Mettre des animaux dans le bureau du clinicien. In (J. Englebort et V. Follet, Eds) *Adaptation : Essai collectif à partir des paradigmes éthologique et évolutionniste*, p. 129-152, Paris : MJWFédition ; 2016.