

Pour une éthique, une critique et une clinique de l'inutile en psychopathologie phénoménologie

[à traduire]

***[Por uma ética, uma crítica e uma clínica do inútil na Psicopatologia
Fenomenológica]***

« [...] l'humain est une passion inutile »

Jean-Paul Sartre, 1943,
L'être et le néant, p. 662.

Jérôme Englebert

Introduction

La clinique de la schizophrénie interroge une dimension essentielle des choix et décisions dans le processus clinique notamment en ce qui concerne la verbalisation narrative à propos du vécu. Classiquement, on estime qu'une rencontre intersubjective autour de l'expérience profonde est un moment qui peut être décisif pour les personnes (qu'elles soient malades mentales ou non). Cet aspect de la thérapie (certainement influencé par la psychanalyse freudienne) permet de déplier le monde dans lequel le sujet s'exprime en suggérant implicitement que le monde, une fois déplié, est alors plus viable. Ce gain thérapeutique est acquis par un acte relationnel, collectif, un discours coconstruit entre le sujet et le thérapeute.

Cela dit, les personnes en souffrance manifestent souvent un excès de recours à la partie narrative du soi et il est maintenant clairement établi que c'est particulièrement le cas dans la schizophrénie à partir du célèbre phénomène d'hyper-réflexivité (Sass, 2014 ; Sass & Feyaerts, 2024 ; Englebert et al., 2018). De ce point de vue, je voudrais discuter aujourd'hui du constat que la solution thérapeutique principale – le discours à propos de l'expérience – est superposable au symptôme cardinal du trouble de la schizophrénie – le discours à propos de

l'expérience (même s'il y a évidemment des nuances à apporter à ce constat). J'interrogerai les répercussions éthiques et cliniques d'une telle constatation.

Je voudrais suggérer qu'une piste thérapeutique cohérente et pertinente, pour les patients schizophrènes qui sont des dans un rapport d'interrogation à l'existence (Englebert, 2022), consiste à les aider à moins participer à une réflexion technique sur les vécus. L'objectif est alors de proposer des séquences permettant aux personnes schizophrènes de retrouver l'insouciance de la vie, la naïveté et la spontanéité d'un vécu qui cesse enfin de se questionner. Il s'agira de rencontrer ce que j'appellerai une « éthique de l'inutile ».

Ce geste clinique repose sur la particularité que, bien qu'étant intrinsèquement thérapeutique, ce geste est produit sans objectif thérapeutique sous-jacent. Dans ce contexte, j'évoquerai plusieurs situations cliniques mettant en évidence les nombreux moments informels entre un thérapeute et son patient lors desquels le thérapeute pourrait laisser croire qu'il n'effectue pas son travail alors qu'il est probablement dans l'engagement éthique le plus profond de l'expérience clinique.

1. Situons d'abord ce propos dans les apports contemporains de la psychopathologie phénoménologique et de son recours à la narrativité et au discours.

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* (Parnas et al., 2005) et EAWO ou *Évaluation des Anomalies de l'Expérience du Monde* (Sass et al., 2017). Centrées sur la perspective en première personne, ces deux échelles sont des outils basés sur le récit que produit le sujet à propos de son expérience (je ne détaille pas ici ces deux outils bien connus). La cotation et l'interprétation des différents items 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 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 tacite et pratique du sujet révélant des informations qui

ont au moins autant de valeur (mais *a priori* de degré différent) que le discours en première personne.

L'apport incontestable des échelles EASE et EAWÉ rencontre aussi une difficulté méthodologique importante 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 pas strictement superposables. Il est en effet 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 j'y reviendrai, ces échelles reposent également sur l'hypothèse convaincante que cette verbalisation présente un effet bénéfique pour le patient ou, du moins, que l'échange et l'interaction entre ce dernier et le clinicien sont susceptibles 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 d'autres travaux menés notamment avec Louis Sass (Englebert et., 2019), nous avons mis en lumière et discuté les apports des échelles EASE et EAWÉ, mais aussi les limitations inhérentes à la perspective en première personne. Nous suggérons dans ce travail que l'ajout d'une dimension d'observation 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 de la psychopathologie phénoménologique consiste à intégrer l'observation clinique dans les études focalisées sur la perspective en première personne (Baïasu & Messas, 2024 ; Pienkos & Messas, 2018 ; Pienkos et al., 2023). Le vécu de « perte de sens commun » (qui est un item central de l'échelle EASE) convient parfaitement 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 personnes schizophrènes (Stanghellini, 2004). 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* » [matériel clinique

issu de Englebert et Valentiny, 2017]), 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 pourtant apparaître dans la *forme* de celui-ci. Il n'est d'ailleurs pas rare qu'un sujet, lorsqu'il est interrogé sur la présence de cet item dans son expérience, réponde de façon 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 très probable de ce trouble.

Ce développement fait écho aux difficultés d'utilisation de ces échelles relevées dans la littérature (Nordgaard & Parnas, 2012 ; Nordgaard et al., 2012 ; Pienkos & Sass, 2018 ; Englebert & Cermolacce, 2024 ; Delcourt, 2024) 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 thématisée, mais constituent plutôt l'arrière-fond général de la conscience » (Parnas et al. 2005, p. 122). 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* » (Pienkos, 2014) qui signifie la perte de l'« ancrage » dans le 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 » (*Ibid.*, p. 31).

Cette observation renforce l'hypothèse d'une difficulté d'identification d'expériences qui sont par nature préreflexives et, dès lors, peu accessibles à une formulation en première personne. Il est intéressant de s'interroger, outre les apports pour la recherche et la contribution à la connaissance de la subjectivité schizophrénique, sur l'apport pour le patient de l'administration de l'échelle EASE (Englebert et Cermolacce, 2024). Il est de ce point de vue fréquent d'entendre les personnes souffrant de schizophrénie indiquer après un entretien EASE qu'on ne les avait jamais interrogées sur ces aspects qu'elles estiment pourtant très importants,

et évoquer un soulagement de savoir qu'ils ne sont pas seuls à vivre ces expériences et que celles-ci ont déjà été décrites par d'autres :

« 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 » [matériel clinique issu de Englebert et Valentiny, 2017].

Pour le clinicien, être familier avec ces aspects significatifs de l'expérience du patient renforce la relation thérapeutique et permet aux deux protagonistes reliés par cet entretien de coconstruire un savoir à propos du vécu schizophrénique. Toutefois, il est raisonnable de suggérer qu'en plus de découvrir différentes subtilités expérientielles, EASE permet plus fondamentalement au clinicien de montrer au sujet souffrant de schizophrénie qu'il est en mesure de le comprendre, qu'il a les outils pour rencontrer le degré de complexité de son existence, que son vécu peut être appréhendé par autrui et que cela a déjà été fait pour d'autres patients. Ma réflexion n'a donc 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. L'objectif consiste à rappeler la présence d'une dimension indicible de ce vécu 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 que je qualifierais d'éthologique et préverbale qui, bien qu'importante, échappe, *de facto*, au discours et à l'auto-description des vécus.

2. Je voudrais en venir maintenant à une proposition théorique que j'appelle le « soi territorial »

Les réflexions et débats contemporains sur la notion de *self* 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] :

- (1) 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 (Gallagher, 2000 ; Gallagher & Zahavi, 2012 ; De Haan & de Bruin, 2010).
- (2) 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 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 (Ricœur, 1985).

Il est pourtant évident d'observer un écart entre *minimal self* et *self narratif*, 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 préréflexif 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.

Mon hypothèse (Englebert, 2022) est de penser que l'expérience de soi, pour être décrite de façon complète, doit intégrer une dimension intermédiaire que je qualifierais de territoriale, éthique et écologique. En effet, il apparaît réducteur de penser que l'expérience subjective puisse se réduire à deux pôles extrêmes : un pôle préréflexif, 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 me semble pertinent de penser une troisième polarité du *self* : celle-ci se façonne à travers l'expérience, dans la rencontre des lieux et des autres (ce que Deleuze et Guattari (1980) appellent la territorialisation). Cette facette du soi est elle aussi pré-conceptuelle, mais n'est pas autant primitive que le soi minimal. Elle est pré-narrative, mais inscrit le sujet dans l'histoire

sociale. Le « soi territorial » est celui du vécu et de l'expérience de la vie. Il correspond à la manière d'être de l'individu, à ses styles d'existence, son caractère et ses habitudes : ma façon d'interagir avec autrui dans un espace commun, si elle est une expérience de soi à part entière, n'est pas réductible aux dimensions minimales et narratives de ce soi.

Le self territorial discute de 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. Il s'agit de 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 les échanges sociaux et inter-corporels ; il est celui qui agit, vit et territorialise avec enthousiasme, insouciance et spontanéité.

3. Voyons maintenant comme se joue l'expérience du self dans la schizophrénie

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 (Sass & Parnas, 2003 ; Sass, 2013 ; Sass & Feyaerts, 2024). Ce *trouble de l'ipséité*, alliant données cliniques et arguments théoriques sophistiqués, repose sur des anomalies de l'expérience du soi et s'énonce en trois facettes interdépendantes :

- (1) *L'hyper-réflexivité* faisant référence à une conscience de soi exagérée et à une tendance à diriger l'attention vers des phénomènes ou des processus qui devraient normalement être *habités* ou vécus de manière tacite.
- (2) Le *sentiment de soi diminué* qui se rapporte à un déclin dans l'expérience du sentiment d'exister en tant que sujet conscient ou agent de ses actions. Cette connexion intime du sujet avec lui-même est vécue de façon diminuée, voire être considérée comme ayant disparu.
- (3) À ces deux aspects s'ajoute une *perturbation de l'adhérence et de l'accroche au monde social*. Il s'agit sans doute de la facette la plus difficile à objectiver et à verbaliser pour le sujet schizophrène.

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 (à savoir minimal self, territorial self et self narratif), on constate que (voir tableau 1) :

- (1) L'hyper-réflexivité consiste probablement en l'interrogation réflexive et narrative de phénomènes préréflexifs 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 via le soi narratif.

Tableau 1. (publié dans Englebert, 2022)

Trois facettes de l' <i>Ipseity-Disturbance</i> <i>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 interroge : - Soi minimal - Soi territorial	Soi minimal (verbalisé via le soi narratif)	Soi territorial (verbalisé via le soi narratif)

Il est 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.

Ces paradoxes mettent une fois de plus en évidence cet écart entre le discours sur l'expérience et l'expérience en tant que telle. Ils évoquent une double polarité ou, mieux encore, l'hypothèse de deux mondes ou deux univers. Ce qui s'approche de ce que Parnas et collaborateurs ont appelé le *double bookkeeping* (Parnas & Henriksen, 2016 ; Parnas et al., 2021 ; Sass, 2014). Je ne peux pas développer ici avec nuance cet argument¹, mais on pourra retenir que la personne schizophrène est en dehors de la situation mondaine dont les caractéristiques sont la spontanéité de l'expérience, un vécu prioritairement préréflexif et dans un accordage avec autrui jamais inquiété (ce que l'on pourrait peut-être appeler un « trouble du self territorial »). L'interrogation hyper-réflexive du monde empêche le sujet de s'y exprimer :

« Nous sentons dans un monde, nous pensons, nous nommons dans un autre, nous pouvons entre les deux établir une concordance mais non combler l'intervalle » (Proust, 1944, p. 50).

4. Conséquences pour une éthique et une clinique de l'inutile

Ces apports théoriques ont des conséquences importantes concernant la rencontre clinique et l'expérience psychothérapeutique. Ils permettent d'analyser le recours au discours comme dimension de la prise en charge du patient schizophrène. J'insiste sur le fait que 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 de l'action thérapeutique d'inspiration phénoménologique. Une rencontre intersubjective autour de l'expérience profonde, minutieusement déployée, est évidemment un moment qui peut être décisif pour les personnes schizophrènes qui se vivent souvent comme étant incomprises. C'est sans doute d'ailleurs à Freud et à la psychanalyse que l'on doit cette dimension discursive de la psychothérapie que l'on nomme souvent, à la suite de ce dernier, « *talking cure* ». On observe que ces dimensions thérapeutiques convoquent le soi narratif et contribuent à la reconstruction

¹ Pour une réflexion approfondie, se référer à Englebert (2020).

du vécu et de l'expérience par la médiation du langage. Cet aspect de la thérapie a pour objectif de *comprendre* le sujet, et de permettre de déplier, en sa compagnie, le monde dans lequel il s'exprime : le 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 le thérapeute, le sujet schizophrène vivra de façon moins troublée l'anomalie de ses expériences : comprendre l'existence, permet de mieux exister et le propre de la rencontre clinique est que ce gain est acquis par un acte relationnel co-construit et un discours prononcé à plusieurs voix.

Mais, la réflexion sur le soi territorial que j'ai proposée ici permet de proposer une dimension supplémentaire, rendant plus sophistiquée (et sans doute plus proche de ce qui est réellement pratiqué dans les institutions thérapeutiques) l'expérience thérapeutique avec le patient schizophrène. Car, si l'on prend au sérieux l'hypothèse de l'hyper-réflexivité en tant que symptôme cardinal de la schizophrénie, on doit alors observer qu'il est paradoxal de constater que la perspective narrative en première personne consiste à susciter une introspection qui lui est en partie superposable. Évidemment le fait que cette activité se produise dans le cadre d'une relation avec le thérapeute rend cette expérience de nature clairement différente de l'acte hyper-réflexif qui se caractérise par sa dimension solipsiste. Toutefois, il est troublant de constater que la solution thérapeutique principale – c'est-à-dire le discours à propos de phénomènes préréflexifs – est superposable au symptôme cardinal du trouble schizophrénique – qui est précisément la tendance à interroger sur un mode réflexif des phénomènes implicites et normalement tacites.

La nature même de l'expérience schizophrénique semble suggérer qu'une piste thérapeutique complémentaire, pour des patients qui interrogent la vie plutôt que de la vivre (pensons à Proust), consiste à les aider à *moins* participer à la connaissance technique de l'expérience et à les rejoindre au niveau du préréflexif. Il s'agirait de proposer des séquences leur permettant de retrouver l'insouciance de la vie, la naïveté d'une expérience en première personne qui parvient alors à cesser 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. 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. Rencontrer le préréflexif, sans la médiation du langage, est sans doute un acte capital de la thérapie. Cette rencontre passe

naturellement par le corps et elle convoque le soi territorial. La particularité de ces actes est que, bien qu'étant intrinsèquement thérapeutiques, ils sont paradoxalement produits sans objectif thérapeutique. Il s'agit de la condition paradoxale d'une adresse thérapeutique au soi territorial et à la dimension relationnelle et insouciance 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. Et, quand il ne sait pas pourquoi il dit ou fait quelque chose, lorsqu'il n'applique pas une technique, ne répond pas aux normes d'un protocole, il parvient alors à entrer en relation avec cet être mystérieux en face de lui. Avec son patient, il pratique la vie, plutôt qu'il ne la pense.

Face aux propositions parfois très normatives des programmes psychothérapeutiques pour les personnes schizophrènes, reposant sur l'application de protocoles et de *guidelines* pour éclairer la prise de décision, il est sans doute également essentiel de se décentrer de l'attitude strictement réflexive pour mettre en exergue les pratiques inutiles : c'est-à-dire anecdotiques, originales, risibles, parfois folkloriques des cliniciens. Cette personnalisation des soins, incalculable et imprévisible, considère chaque clinicien comme un être singulier et assume que chaque thérapeute rencontrera un patient à sa façon, dès lors d'une façon qui ne sera pas la même d'une personne à l'autre.

On retrouve dans la catégorie de ces médiations préréflexives : les pratiques artistiques – la danse (Sheets-Johnston, 2012 ; Xia & Grant, 2009), le théâtre, l'expression corporelle (Martin et al., 2016) –, le recours à l'humour, les thérapies avec le monde animal comme médiateur (Servais, 2016), 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. Je m'arrête quelques instants sur les thérapies convoquant le monde animal, car elles me semblent particulièrement pertinentes pour ce propos. En effet, on sait que l'introduction des animaux dans les séquences cliniques (que ce soit des chevaux, animaux de compagnie, poules, dauphins et même poissons rouges) ont des effets thérapeutiques absolument stupéfiants (que ce soit pour des pathologies lourdes comme la schizophrénie ou pour des troubles plus légers). Mais il est difficile de dire pourquoi cela fonctionne. Sans avoir une réponse complète à cette question, il me semble que c'est précisément parce que l'animal ne joue pas au thérapeute et ne cherche pas à occuper cette fonction. Son génie thérapeutique, c'est précisément de ne pas chercher à l'être, s'offrant ainsi le luxe d'une véritable rencontre intersubjective vierge de techniques et de standardisations protocolaires. Un thérapeute sans le savoir (selon les deux sens que suggère

cette proposition : un thérapeute qui parvient à dépasser son savoir, mais aussi un thérapeute qui n'est pas en train de savoir qu'il l'est...).

Évidemment, il ne s'agit pas d'abandonner toute forme de narrativité et d'abandonner toute forme de techniques thérapeutiques, mais bien d'être capable de se néantiser (comme le suggérerait une attitude thérapeutique influencée par Sartre) et d'expérimenter et de tolérer sa propre inutilité, qui est peut-être, comme le suggère Heidegger *ce qu'il y a de plus difficile pour l'humain d'aujourd'hui*. Je le cite dans le *Zollikoner Seminare* (1963) : « Ce qui est le plus utile, c'est l'inutile. Mais expérimenter l'inutile reste pour l'humain d'aujourd'hui ce qu'il y a de plus difficile » (p. 70). Je suggère qu'il pourrait s'agir là d'un des buts essentiels de l'expérience thérapeutique avec les personnes schizophrènes (et certainement au-delà). L'expérience thérapeutique est, selon moi, trop souvent compliquée par des techniques ou protocoles qui agissent comme des cartes imaginaires erronées donnant l'impression (erronée) au thérapeute de savoir où il est dans la thérapie. Comme le dit le philosophe allemand E.F. Schumacher dans *Small is Beautiful* (1973) :

« Celui qui utilise une carte imaginaire en pensant qu'il s'agit d'une vraie sera probablement dans une situation encore moins enviable qu'un autre qui n'aurait pas de carte du tout, car il omettra de se renseigner partout où il le pourrait, d'observer chaque détail sur son chemin et de chercher en permanence et avec tous ses sens et toute son intelligence des indices pointant dans la direction où il devrait aller ».

Peut-être, plutôt que de se repérer aux moyens de techniques protocolaires, il convient de se fier aux intuitions et à la conduite spontanée du patient et du thérapeute. A vrai dire, il s'agit de ces nombreux moments informels inévitables entre ces protagonistes. Moments lors desquels le thérapeute pourrait laisser croire qu'il ne fait pas son travail et qui sont peut-être ceux où il est au plus profond de celui-ci, dans son engagement éthique le plus subtil. Il faudrait presque « programmer le hasard » comme le propose le psychiatre français Jean Oury (2014), de rechercher la spontanéité et l'insouciance de l'expérience. Petite anecdote de ma clinique personnelle :

Jean-François entre dans un local où je me trouve avec plusieurs membres du personnel avec une superbe corbeille de fruits qu'il vient d'acheter. Il dit « *je ne veux plus de ces fruits. Ils m'en veulent... Les fruits disent du mal de moi* ». Un collègue lui crie dessus :

« *Jean-François, arrête un peu avec tes délires* ». Sans trop savoir pourquoi je le fais, je prends la corbeille des mains de Jean-François. Je prends une banane et dis « *Écoute-moi bien, maintenant c'est terminé, vous arrêtez d'embêter mon copain Jean-François* ». Je prends une pomme : « *Toi aussi c'est terminé et c'est le cas pour toutes les autres... je ne vous le dirai qu'une seule fois, vous laissez Jean-François tranquille* ». Je se tourne alors vers Jean-François : « *Voilà Jean-François, je pense que ça va aller* ». Jean-François me regarde : « *Ahh... dans ces conditions, ça ira... merci !* » et Jean-François est reparti.

Le clinicien, ici, cherche prioritairement à interagir avec son patient. Il n'applique aucun protocole. Il construit les conditions favorables à la possibilité de retrouver l'expérience spontanée. Notons ce que Bari, patient schizophrène, dit lorsqu'on l'interroge à propos de l'hyper-réflexivité dans le cadre d'un entretien EASE :

Je me demande des choses comme... un mot par exemple, la manière dont on compose un mot, comment ça se fait qu'on fait des mots comme ça, pourquoi ce sont ces mots-là et pas des autres. (...). Parfois, je suis comme attrapé dans les questions, j'entends plus les autres. (...) Après je marche dans la rue, je marche, et je suis dans les questions. *Ça, ça me manque. Juste me promener sans m'inquiéter de rien.*

Et si Bari nous donnait la clé de ce qui peut lui venir en aide ? Terminons avec une proposition encore plus précise de Jean-François (le même que celui de la corbeille de fruits) qui semble avoir les mêmes attentes que Bari. Jean-François est dans mon bureau... Il me propose de sortir marcher avec lui. Il me dit cette phrase incroyable : « *Depuis que je suis ici, j'ai perdu le droit de me perdre* ». Et au fond il a raison, c'est une condition inattendue de l'enfermement psychiatrique : trop souvent, on y a perdu toute spontanéité, toute insouciance, jusqu'à celle de se perdre. Mon ultime proposition sera de suivre les conseils de Jean-François et, en plus la « *talking cure* » de Freud, de pratiquer la « *walking cure* » de Jean-François. Il s'agit donc d'une invitation à la balade comme acte thérapeutique et à la possibilité de se perdre (au sens primaire de ces termes) en arpentant les sentiers que sont la rue, le chemin ou le couloir de l'institution. Pour le dire avec Deleuze et Guattari dans l'*Anti-Œdipe* :

« La promenade [...] : c'est un meilleur modèle que le névrosé couché sur le divan. Un peu de grand air, une relation avec le dehors. » (Deleuze et Guattari, 1972, p. 7).

Références :

- Baias R, Messas G. Contextualising mental health: interdisciplinary contributions to a new model for tackling social differences and inequalities in mental healthcare. *Philosophical Psychology*. 2024;1-21.
- 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):373-96.
- Delcourt F. Où vont les échelles phénoménologiques? Introduction théorique, réflexions épistémologiques et ouverture fictionaliste. *L'information psychiatrique*. 2024;100(8):625-630.
- Deleuze G, Guattari F. *L'Anti-Œdipe*. Les Éditions de Minuit. 1972.
- Deleuze G, Guattari F. *Mille plateaux*. Les Éditions de Minuit. 1980.
- Englebert J. Psychopathologie de l'homme en désituation. *Bulletin d'analyse phénoménologique*. 2020;16(2):194-209.
- Englebert J. The "Territorial Self:" Theoretical Propositions for a Phenomenological Understanding of Schizophrenia. *L'Évolution Psychiatrique*. 2022;87(2):e1-e9.
- Englebert J, Cermolacce M. Les paradoxes de l'indicible dans EASE. *Le Cercle herméneutique*. 2024;42-43:109-125
- Englebert J, Monville F, Valentiny C, Mossay F, Pienkos E, Sass L. Anomalous experience of self and world: Administration of EASE and EAW scales to four subjects with schizophrenia. *Psychopathology*. 2019;52(5):294-303.
- Englebert J, Stanghellini G, Valentiny C, Follet V, Fuchs T, Sass L. Hyper-réflexivité et perspective en première personne: un apport décisif de la psychopathologie phénoménologique contemporaine à la compréhension de la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*. 2018;83(1):77-85.
- Englebert J, Valentiny C. Schizophrénie, conscience de soi, intersubjectivité. De Boeck. 2017.
- Gallagher S. Philosophical Conceptions of the Self: Implications for Cognitive Science. *Trends in Cognitive Sciences*. 2000;4(1):14-21.
- Gallagher S, Zahavi D. *The Phenomenological Mind*. Routledge. 2012.
- Heidegger M. *Zollikoner Seminare*. Vittorio Klostermann. 1963.

- 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.
- 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):123-8.
- 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):181-5.
- Oury J. Hiérarchie et sous-jacence. Séminaire Saint-Anne 1991-1992. Collection Boîte à Outils. 2014.
- Parnas J, Henriksen M.G. Mysticism and schizophrenia: A phenomenological exploration of the structure of consciousness in the schizophrenia spectrum disorders. *Consciousness and Cognition*. 2016;43:75-88.
- Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, Zahavi D. EASE: examination of anomalous self-experience. *Psychopathology*. 2005;38(5):236-258.
- Parnas J, Urfer-Parnas A, Stephensen H. Double bookkeeping and schizophrenia spectrum: divided unified phenomenal consciousness, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2021;271:1513-1523.
- 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 University. 2014.
- Pienkos E, Englebert J, Feyaerts J, Ritunnano R, Sass L. Situating phenomenological psychopathology: subjective experience within the world. *Frontiers in Psychology*. 2023;14:1204174.
- 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.
- Pienkos E, Sass L. Schizophrenia, language, and the phenomenological interview. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*. 2018;7(2):10-28.
- 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.
- Proust M. Le Côté de Guermantes I. In *A la recherche du temps perdu*. Gallimard. 1944.

- Ricœur P. Temps et récit : Le temps raconté, t. III. Seuil. 1985.
- Sartre, J.-P. *L'être et le néant*. Gallimard. 1943.
- Sass, L. Self-disturbance and schizophrenia: structure, specificity, pathogenesis (current issues, new directions). *Schizophrenia research*. 2014;152(1):5-11.
- Sass L. Delusions and double bookkeeping. In Stanghellini G, Fuchs T (eds.), *One Century of Karl Jaspers' General Psychopathology*. Oxford University Press. 2014:125-147.
- Sass L, Feyaerts J. Schizophrenia, the very idea: On self-disorder, hyperreflexivity, and the diagnostic concept. *Schizophrenia Research*. 2024;267:473-486.
- 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.
- Schumacher EF, Small is Beautiful, Blond & Briggs. 1973.
- Servais V. Mettre des animaux dans le bureau du clinicien. In Englebert J, Follet V (eds.), *Adaptation : Essai collectif à partir des paradigmes éthologique et évolutionniste*. MJWFédition. 2016:129-152.
- Sheets-Johnstone M. From movement to dance. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*. 2012;11(1):39-57.
- Stanghellini G. *Disembodied spirits and deanimated bodies: The psychopathology of common sense*. Oxford University Press. 2004.
- Xia J, Grant TJ. Dance therapy for people with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 2009;35(4):675.