

Phénoménologie différentielle du syndrome dépressif : À propos de la dépressivité mélancolique et épileptique (I). Introduction

Fabian Lo Monte, Caroline Gros

Tout d'abord, nous devons replacer la contribution à l'étude, parue en 1980 dans la revue *Der Nervenarzt*, dans le contexte du *diagnostic phénoménologique* [1–3]. Comme le souligne Alfred Kraus, l'une des spécificités de ce dernier consiste à appréhender la vie de la personne comme un *ensemble cohérent*, et à se laisser saisir par son *mode d'être global*, par opposition au diagnostic symptomatologique-critériologique (incarné de nos jours par le DSM et la CIM) qui, sur un mode analytique, consiste à découper et isoler des *symptômes* à partir de l'observation clinique des phénomènes.

En l'occurrence, Otto Dörr-Zegers et Hubertus Tellenbach analysent les caractéristiques phénoménologiques de la dépressivité mélancolique en regard de celles d'autres types de dépression, en particulier la dépression épileptique, dont la catégorie n'est plus en usage de nos jours. L'analyse porte sur la manière mélancolique d'être ou de ne plus être en relation avec son corps et avec le monde. C'est d'abord le rapport à soi et au monde qui est décrit et qui permet de circonscrire dans le détail et avec une grande précision le statut phénoménologique d'autrui *dans l'expérience du mélancolique*, c'est-à-dire *depuis sa perspective*. Les auteurs comparent la perte du *rapport à autrui* chez Elfriede, une patiente présentant un diagnostic de mélancolie, et pour qui *autrui ne semble plus valoir* (comme l'ont décrit par ailleurs Tatossian [4] ou Ey et ses collaborateurs [5]), avec la persistance de cet appel à autrui chez un autre patient qui présente un diagnostic de dépression épileptique.

Une autre des spécificités du diagnostic phénoménologique, corollaire de la précédente et sans doute celle qui confère à cet article de 1980 une importance historique, réside dans la prise en compte de la *subjectivité du clinicien*¹ – et ce, toujours par contraste avec le diagnostic critériologique². L'histoire de la tradition phénoménologique – s'inscrivant en fait dans un modèle de l'activité clinique que Tatossian nomme *perceptif* [8] par comparaison avec le modèle classique dit *inférentiel* – a vu cette idée conceptualisée par divers auteurs, du *diagnostic par sentiment*³ de Binswanger [9] au *diagnostic atmosphérique* de Tellenbach [10], en passant par Minkowski et son *diagnostic par pénétration* [11], Wyrsh et son *diagnostic par intuition* [12]⁴, ou encore Oury et son *diagnostic par sympathie* [15]⁵. En cohérence avec l'histoire de l'approche phénoménologique, c'est d'abord à propos de la schizophrénie

¹ Ce qui nous renvoie également au domaine de la systémique et notamment de la seconde cybernétique, qui a assis le fait que l'observateur faisait toujours éminemment partie du système observé.

² Ce dernier charrie une *philosophie des sciences* visant l'établissement de connaissances « objectives » (indépendantes de l'observateur), sur le modèle de la médecine somatique [6,7].

³ « Sentiment » entendu non pas au sens du sentiment sensible ou émotionnel mais d'une « *perception spirituelle d'autrui* » ([9], p. 51).

⁴ Notons que dans un domaine voisin de la phénoménologie clinique, qu'est celui de la *gestalt-thérapie*, nous trouvons des notions affines, telles que celle de diagnostic *intrinsèque* [13] ou *esthétique* [14].

⁵ Pour une revue historique des contributions sur la question de l'expérience subjective du clinicien dans le diagnostic psychiatrique, voir par exemple Buonarroti, Fonzi et Pallagrosi [16].

que ce type de diagnostic a donné lieu à des formalisations théoriques. Et, si Wyrsh ou Kraus [17] ont souligné l'importance de l'intuition dans le diagnostic de la schizophrénie, c'est à Rümke [18] que l'on doit la notion de *Praecox Gefühl* (« sentiment du précoce »)⁶ depuis 1942. Celle-ci désigne une forme de ressenti *régulièrement* éprouvée par les cliniciens au contact de personnes présentant un diagnostic de schizophrénie. Comme le notent Moskalewicz, Schwartz et Gozé [19], Rümke s'inscrit en fait dans la lignée de Minkowski qui, dès 1927, avait précisément conçu le diagnostic par pénétration comme le moyen par lequel le clinicien pouvait intuitivement détecter l'essence des symptômes schizophréniques, à savoir, selon Minkowski, la *perte de contact vital avec la réalité*. Depuis lors, si la notion de *Praecox Gefühl* ne s'est pas massivement imposée en psychiatrie, elle a continué d'être étudiée [19–34].

À cet égard, l'article qui a fait l'objet de notre traduction est présenté aujourd'hui par l'un de ses auteurs [6,35] comme étant à la mélancolie ce que l'article *princeps* de Rümke est à la schizophrénie. En effet, de façon corollaire à l'abord de ce qui fait l'essence de la mélancolie dans ses caractéristiques phénoménologiques différentielles, les auteurs y abordent les aspects caractéristiques de la *rencontre* avec une personne traversant une crise mélancolique. Surtout, ils décrivent ce qui apparaît – supposément de façon interdépendante – dans l'expérience *du clinicien* ou de celui qui est en contact avec une telle personne. Cette « expérience atmosphérique de l'impression immédiate de la dépression mélancolique » ([36], p. 6), ou *melancholy feeling* [6], équivalent mélancolique du *Praecox Gefühl* donc, consisterait en un éprouvé de « perte de fraîcheur », une « expérience du flétrissement » ([36], p. 6). Celui-ci avait en fait été évoqué dès 1961 par Tellenbach dans sa célèbre monographie : *La mélancolie* ([37], p. 55 – traduite en français en... 1979, un an avant la parution de l'article à l'étude), puis prudemment repris en 1968 par le même auteur ([10], p. 53). De quoi s'agit-il ? Il s'agit d'une forme de ressenti ou de pré-sentiment du clinicien, dont les auteurs croient avoir remarqué l'apparition *régulière ou systématique* lors de la rencontre avec des personnes traversant une crise mélancolique. À l'instar du *Praecox Gefühl*, cette qualité atmosphérique présente immédiatement dans le contact avec le malade en vient à être supposée *spécifique*. Elle serait propre à la rencontre avec des patients présentant un diagnostic de mélancolie, et cette typicité pourrait potentiellement en faire un indice diagnostique valable. En outre, comparativement à la notion de *Typus Melancholicus*, développée par Tellenbach dans la monographie de 1961⁷, il ne s'agit pas ici d'un paramètre pré-morbide mais bien d'une qualité présente *durant la décompensation mélancolique*. Il s'agit de quelque chose de moins durable et de moins individualisé : là où le *Typus Melancholicus* désignait un mode de fonctionnement psychologique, fait de traits de personnalité stables, les auteurs dissertent ici sur le *champ* ou *l'atmosphère* qui émerge et baigne les acteurs de la rencontre (bien que cette atmosphère, sur le mode d'une *aura*, est tout de même supposée avoir une source identifiée [38], à savoir la personne mélancolique). Cela n'empêche pas Dörr-Zegers de postuler que, dans les mélancolies authentiques, on retrouve *à la fois* la configuration pré-morbide du *Typus Melancholicus*, et le *melancholy feeling* durant l'épisode [35].

Contrairement au *Praecox Gefühl*, le *melancholy feeling* ou *Melancholie Gefühl* (que l'on pourrait traduire par « sentiment de la mélancolie ») a été très peu étudié. L'article ci-traduit a trouvé peu de suites ; les contributions l'ayant cité étant majoritairement le fait des mêmes auteurs [6,35,39,40], à une ou deux exceptions près [41,42] – et lorsqu'il fut cité, c'était parfois sans mention aucune pour la partie de l'article consacrée au *melancholy feeling* (cf. par exemple [43]). Il est utile de rappeler que la schizophrénie fut le premier et principal objet d'étude des phénoménologues en psychiatrie – et que

⁶ Rappelons que *praecox* fait référence au nom donné par Emil Kraepelin à la schizophrénie avant que Bleuler lui donne le nom de schizophrénie : *dementia praecox*.

⁷ Et complétée par son élève Alfred Kraus dans des travaux ultérieurs.

la mélancolie fut le second⁸. En outre, si la subjectivité du clinicien a historiquement figuré à l'avant-plan des préoccupations phénoménologiques, elle s'est vue quelque peu éclipsée des disciplines psychiatriques et psychologiques par la suite. Cependant, les dernières années, peut-être les deux dernières décennies, ont vu une multiplication des appels à la réhabilitation de la prise en compte de cette dimension dans la pratique clinique et la recherche [2,44–53]. Cela – et la remise en lumière du *melancholy feeling* qui est l'objet de notre propos – n'est pas sans poser d'importantes questions.

Premièrement, s'« il est clair que le diagnostic sert aux spécialistes pour communiquer » ([54], p. 67), et que les enjeux de *fidélité inter-juges* ont guidé en premier lieu les systèmes de classification contemporains, alors que dire d'un diagnostic basé « sur quelque chose que nous percevons avec sûreté, sans [cependant] pouvoir le communiquer à d'autres par des paroles » (Rümke, cité par Tellenbach [10], p. 53) ? L'argument est imparable. Mais la question est alors : faut-il pour autant écarter cet état de fait de la discussion scientifique ? Pour Tellenbach, la réponse est « non » – et la plupart des phénoménologues (cf. par exemple Kraus [1]) font remarquer qu'à la perte de fidélité inter-juges, correspond un gain de *validité*.

Deuxièmement, dans l'un des derniers articles [6] rappelant l'existence de la contribution de 1980 sur le *melancholy feeling*, les auteurs situent celui-ci dans le domaine « de la dépression », sans apporter davantage de précision – et ce, tandis que l'article *princeps* ne laisse aucun doute sur le fait que c'est bien la mélancolie au sens strict qui est visée. Comme dans de nombreux écrits phénoménologiques contemporains, il existe là un certain flou concernant le *type* de dépression à l'étude⁹. Si l'article s'inscrit notamment dans une volonté de critique constructive du concept de « trouble dépressif caractérisé » du DSM et de la CIM, ce concept finit par y être utilisé de manière interchangeable avec le terme « dépression » entendu comme une catégorie générale – et dans les faits, les auteurs discutent autant à propos de phénomènes cliniques connus dans les dépressions légères à modérées, que de manifestations typiques de dépressions plus lourdes, telles que le délire, l'*omega mélancolique* ou le *globus melancholicus*. Cela pose la question de la spécificité du diagnostic atmosphérique et nous amène à deux questions fondamentales :

- 1) Alors que, dans la littérature phénoménologique, la schizophrénie est regardée comme impliquant un ébranlement *des plus radicaux* de la sécurité ontologique et de la constitution du soi (on parle de *troubles du soi minimal*, d'un effondrement de la structure de l'existence et du sens commun), donc *plus sévère* que dans la mélancolie, cette dernière, unie à la schizophrénie dans le domaine des psychoses par la perte du sens commun mais s'en différenciant par une atteinte postulée moindre de la constitution du soi, implique-t-elle aussi une ambiance cernable ? L'article de Dörr-Zegers et Tellenbach tenter d'y apporter un début de réponse.
- 2) Tandis que dans les dépressions *non-mélancoliques* (non-psychotiques) sont regardées comme des conditions dans lesquelles le sens commun et les fondements de l'existence sont préservés, peut-on pour autant en conclure que cela ne *fait rien* d'être face à une personne déprimée ? Et à partir de quand le sentiment d'*étrangeté* ou d'*incompréhensibilité* surgit-il ? Est-ce le seul

⁸ Notons que parmi les cinq grandes études de cas de schizophrénie de Binswanger, se trouve le cas Suzanne Urban, situation clinique qu'un certain nombre d'auteurs rattacherait aujourd'hui volontiers à la mélancolie plutôt qu'à la schizophrénie. Sans doute le caractère très englobant de la définition bleulérienne de la *dementia praecox*, encore bien en vigueur à l'époque des écrits de Binswanger, explique-t-il en partie ce constat.

⁹ Si l'on parcourt le reste des travaux du même auteur (Otto Dörr-Zegers ; cf. par exemple [35]), on s'aperçoit qu'il n'existe selon lui qu'une seule « vraie » dépression : la mélancolie (ou ce qu'il appelle, par ailleurs, « syndrome dépressif nucléaire »). Ceci est représentatif du point de vue d'un certain nombre de phénoménologues. Cependant, cela n'annule pas le flou que nous pointons.

facteur (« quantitatif ») de *sévérité* de l'état qui est déterminant, ou une altération *qualitative* séparant la mélancolie des autres dépressions préside-t-elle à ce sentiment ? Le critère de « proportionnalité » des réactions affectives du patient à l'ampleur « objective » des événements vécus entre-t-il également en ligne de compte dans ce sentiment d'étrangeté et dans l'impression s'imposant au praticien de l'évidence d'une dimension proprement *psychopathologique* ? Tatossian [4] note, par exemple, que l'absence de recours à autrui évoquée plus haut est observée dans les dépressions mélancoliques et jamais dans les dépressions non-mélancoliques *sévères*, ce qui laisse penser qu'elle dépendrait de la qualité spécifiquement mélancolique de la dépression plutôt que de sa sévérité. En fait, sur le sujet précis du « flair » de l'émanation mélancolique, Tellenbach se prononce également dans ce sens dans les deux livres ayant précédé la contribution de 1980 [10,37], puisqu'il indique que cet éprouvé peut se présenter *même en présence de formes assez légères* d'altération mélancolique (ou dépressive) *endogène*.

Roubal et Rihacek [55] ont décrit la manière dont les thérapeutes peuvent *vivre la dépression avec* leurs patients déprimés. Ils évoquent notamment l'impression, durant l'entretien, que « le temps avance avec une si terrible lenteur » (p. 112) – on pourrait parler d'une certaine *lourdeur* du temps. Nous pouvons lier cela aux études phénoménologiques sur la dépression et la mélancolie, qui, tantôt en les différenciant à cet égard tantôt en les unifiant, font état d'une altération de la structure temporelle normale de la conscience [56,57] sous des formes plus ou moins radicales, et d'un vécu de *ralentissement*, d'*immobilisation* ou de *suspension du temps* [58,59].

Ensuite, la réflexion a porté jusqu'ici sur les *régularités* observées dans le ressenti des cliniciens face à certains *types* de patients, soit définis par une porte d'entrée sémiologique, soit au sens phénoménologique de certains types d'*être-au-monde*. Mais que pourrait-on dire des types de *fonctionnement psychique* au sens psychanalytique et de ce qu'ils évoquent chez le thérapeute ? Visentini [60] énonce :

« Il est bien connu des psychanalystes que les enfants ayant de forts vécus autistiques font fréquemment éprouver des vécus d'*inexistence* ou d'*extrême solitude*, que les personnes ayant de forts vécus psychotiques font éprouver des vécus de *déliation* psychique – voire somatique – et d'*angoisse*, que les personnes ayant de forts vécus de fragilité narcissique font éprouver des tendances *maternantes* ou – au contraire – *rejetantes*, que les personnes ayant de forts vécus névrotiques font éprouver des vécus d'*ennui* ou de *distraktion* – l'éventail des impressions contre-transférentielles du thérapeute (en lien à l'éventail des vies psychiques de ses patients) étant évidemment bien plus riche et complexe que ces quelques exemples assez typiques. » (p. 929)

Le fait que l'auteur pointe le caractère « bien connu » de ces phénomènes semble à la fois indiquer que ces derniers sont de l'ordre d'une connaissance intuitive possédée par les praticiens, et que cette connaissance n'a jamais été (ou eu besoin d'être ?) formalisée comme telle. Cela a en tout cas le don d'ouvrir quelques perspectives pour la clinique et la recherche.

Enfin, il serait dommage de conclure cette introduction sans quelques notes à propos du concept de *contre-transfert* et de ses liens éventuels avec la question de la subjectivité du clinicien telle qu'entendue en phénoménologie. En premier lieu, il faut remarquer un usage bien plus répandu du terme « contre-transfert » que des dénominations qui s'y rapportent de près ou de loin dans le domaine de la phénoménologie (« subjectivité du clinicien », « diagnostic atmosphérique », etc.). Cela peut sans doute trouver au moins deux raisons : les abus dans l'utilisation du terme (pour désigner des phénomènes ne correspondant pas proprement à ce que le concept recouvre), et le fait que la psychanalyse a sans doute historiquement exploré des sujets d'étude dont la psychiatrie générale ne s'est pas totalement emparée. En second lieu, et la fin du propos de Visentini l'illustre, il y a sans doute

quelqu'embarras à envisager de concert la notion de contre-transfert, censée désigner des phénomènes au plus proche de la *singularité* de la relation analyste-analysant, de l'inconscient et de l'histoire personnelle de l'analyste, et l'idée d'une *typicité* ou d'un schématisme renvoyant à des caractéristiques communes à certains ensembles de situations cliniques, qui est en fait plus proche du genre particulier de contre-transfert que Winnicott [61] a nommé *objectif*, et qui ne mérite peut-être pas tout à fait le nom de contre-transfert. En troisième lieu, et bien que les multiples acceptions du terme « contre-transfert » constituent un vrai problème [62] (l'emploi du terme par Visentini pour désigner des phénomènes semblant pourtant au moins en partie de l'ordre de la vie psychique *consciente* le montre encore), l'idée de subjectivité du clinicien recouvre théoriquement une couche expérientielle plus *superficielle* ou consciente que ce à quoi renvoie le contre-transfert. La distinction entre contre-transfert et *contre-attitude*, méconnue mais bel et bien existante au sein d'une partie de la communauté psychanalytique, est là pour le rappeler [63].

Pour terminer, si nous avons ouvert cette introduction à partir de la question *diagnostique*, il convient de la refermer sur la question *thérapeutique*. Il est peut-être un point sur lequel le phénoménologue et le psychanalyste cette fois-ci se rejoignent, et davantage encore que sur le diagnostic atmosphérique : celui de la confluence entre diagnostic et thérapie. En effet, là où Minkowski érigeait en objectif de la thérapie le fait de « saisir la psyché du patient » ([64], p. 117) — à savoir, en prendre connaissance, la comprendre dans son intimité... c'est-à-dire faire acte de « *connaître à travers* » (*diagnosis*) —, Lepoutre [65] rappelle dans quel sens, dans la cure analytique, *le diagnostic est le traitement*. Il reviendra alors au clinicien, en prenant conscience de ce par quoi il se *laisse traverser* durant les séances avec tel patient – et qui comporte autant d'éléments typiques que singuliers –, de le mettre au travail afin d'en faire un usage thérapeutique – en lui permettant de mieux se disposer et de saisir ce qui n'est pas dit mais *imprègne* la consultation.

Il est important d'étudier les manières dont se produisent l'angoisse de qualité psychotique et la haine chez ceux qui travaillent avec les grands malades mentaux. *Il n'y a que de cette façon qu'on peut espérer éviter que la thérapie soit adaptée aux besoins du thérapeute plutôt qu'aux besoins du patient.* ([61], p. 82, nous soulignons)

Liste de références bibliographiques

- [1] Kraus A. Diagnostic phénoménologique et diagnostic symptomatologique-critériologique. *Synapse* 1996;8–16.
- [2] Kraus A. How can the phenomenological–anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychiatry? In: Fulford B, Morris K, Sadler JZ, Stanghellini G, editors. *Nature and Narrative*, Oxford University Press; 2003, p. 199–216. <https://doi.org/10.1093/med/9780198526117.003.0013>.
- [3] Kraus A. Phenomenological and criteriological diagnosis: Different or complementary? In: Sadler J, Wiggins OP, Schwartz MA, editors. *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnosis and Classification*, John Hopkins University Press; 1994, p. 148–62.
- [4] Tatossian A. Dépression, vécu dépressif et orientation thérapeutique (1983). *Clinique du Lebenswelt: psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques*, Vanves: MJW Édition; 2016, p. 99–116.
- [5] Ey H, Bernard P, Brisset C. *Manuel de psychiatrie*. 6e éd. rev. et corr. Paris Milan Barcelone: Masson; 1989.
- [6] Doerr-Zegers O, Irarrázaval L, Mundt A, Palette V. Disturbances of embodiment as core phenomena of depression in clinical practice. *Psychopathology* 2017;50:273–81. <https://doi.org/10.1159/000477775>.
- [7] Galbusera L, Fellin L. The intersubjective endeavor of psychopathology research: methodological reflections on a second-person perspective approach. *Front Psychol* 2014;5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01150>.
- [8] Tatossian A. Qu'est-ce que la clinique ? (1999). *Clinique du Lebenswelt: psychothérapie et psychopathologie phénoménologiques*, Vanves: MJW Édition; 2016, p. 125–30.
- [9] Binswanger L. Quelles tâches les progrès de la nouvelle psychologie engendrent-ils pour la psychiatrie ? *Phénoménologie, psychologie, psychiatrie*, Paris: Librairie philosophique J. Vrin; 1924, p. 23–61.
- [10] Tellenbach H. *Goût et atmosphère*. Paris: Presses universitaires de France; 1983.
- [11] Minkowski E. *La schizophrénie : Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*. Payot; 1927.
- [12] Wyrsh J. Über die Intuition bei der Erkennung des schizophrenen. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1946;76:1173–6.
- [13] Francesetti G. *Fondamentaux de psychopathologie phénoménologique gestaltiste*. Saint-Romain-la-Virvée: l'Exprimerie; 2022.
- [14] Roubal J, Francesetti G, Gecele M. Aesthetic Diagnosis in Gestalt Therapy. *Behavioral Sciences* 2017;7:70. <https://doi.org/10.3390/bs7040070>.
- [15] Oury J. *Création et schizophrénie*. Paris: Galilée; 1989.
- [16] Buonarroti M, Fonzi L, Pallagrosi M. The Clinician's Subjective Feeling in Psychiatric Diagnosis: A Historical Excursus. In: Biondi M, Picardi A, Pallagrosi M, Fonzi L, editors. *The Clinician in the Psychiatric Diagnostic Process*, Cham: Springer International Publishing; 2022, p. 1–24. https://doi.org/10.1007/978-3-030-90431-9_1.
- [17] Kraus A. The significance of intuition for the diagnosis of schizophrenia. In: Maj M, Sartorius N, editors. *Schizophrenia*. 2nd ed., Wiley; 1999, p. 47–9.
- [18] Rümke HC. Das Kernsymptom der Schizophrenie und das "Praecox Gefühl." *Zeitschrift Für Die Gesamte Neurologie Und Psychiatrie* 1942;102:168–75.
- [19] Moskalewicz M, Schwartz MA, Gozé T. Phenomenology of Intuitive Judgment: Praecox-Feeling in the Diagnosis of Schizophrenia. *AVANT* 2018;9:63–74. <https://doi.org/10.26913/avant.2018.02.04>.
- [20] Moskalewicz M, Gozé T. Clinical Judgment of Schizophrenia: Praecox Feeling and the Bizarreness of Contact—Open Controversies, 2022, p. 135–49. https://doi.org/10.1007/978-3-030-90431-9_9.

- [21] Grube M. Towards an Empirically Based Validation of Intuitive Diagnostic: Rümke's 'Praecox Feeling' across the Schizophrenia Spectrum: Preliminary Results. *Psychopathology* 2006;39:209–17. <https://doi.org/10.1159/000093921>.
- [22] Fonzi L, Pallagrosi M, Carlone C, Picardi A. Discrimination between schizophrenia and other psychotic conditions by clinician's difficulty in attunement: a reappraisal of the Praecox Feeling concept. *Frontiers in Psychology* n.d.
- [23] Serafino A-M, Gozé T, Hauck C, Gauld C, Micoulaud-Franchi J-A, Naudin J, et al. Le Praecox Feeling : présentation historique du concept et aspects épistémologiques. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 2023:S0003448721003334. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.10.001>.
- [24] Vial I, Moskalewicz M, Szulá A, Schwartz MA, Fuchs T. Close, yet so far away: a phenomenology of the praecox feeling in the diagnosis of schizophrenia as intercorporeal alienness. *Front Psychiatry* 2024;15:1445615. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1445615>.
- [25] Gozé T. Expérience de la rencontre schizophrénique : De la bizarrerie de contact. Paris: Hermann; 2020.
- [26] Gozé T. Phénoménologie et schizophrénie : Recherches pour une anthropologie du contact. Paris: Hermann; 2024.
- [27] Gozé T, Moskalewicz M, Schwartz MA, Naudin J, Micoulaud-Franchi J-A, Cermolacce M. Reassessing "Praecox Feeling" in Diagnostic Decision Making in Schizophrenia: A Critical Review. *Schizophrenia Bulletin* 2019;45:966–70. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby172>.
- [28] Gozé T, Naudin J. Discussing Rümke's "Praecox Feeling" from the clinician's experience of schizophrenic contact. *Rpfc* 2017;6:112–23. <https://doi.org/10.37067/rpfc.v6i2.981>.
- [29] Moskalewicz M, Kordel P, Brejwo A, Schwartz MA, Gozé T. Psychiatrists Report Praecox Feeling and Find It Reliable. A Cross-Cultural Comparison. *Front Psychiatry* 2021;12:642322. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.642322>.
- [30] Pallagrosi M, Fonzi L. On the Concept of **Praecox Feeling**. *Psychopathology* 2018;51:353–61. <https://doi.org/10.1159/000494088>.
- [31] Gozé T, Moskalewicz M, Schwartz MA, Naudin J, Micoulaud-Franchi J-A, Cermolacce M. Is "praecox feeling" a phenomenological fossil? A preliminary study on diagnostic decision making in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2019;204:413–4. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.07.041>.
- [32] Ungvari GS, Xiang Y-T, Hong Y, Leung HCM, Chiu HFK. Diagnosis of Schizophrenia: Reliability of an Operationalized Approach to 'Praecox-Feeling.' *Psychopathology* 2010;43:292–9. <https://doi.org/10.1159/000318813>.
- [33] Gozé T. How to Teach/Learn Praecox Feeling? Through Phenomenology to Medical Education. *Front Psychiatry* 2022;13:819305. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.819305>.
- [34] Varga S. Vulnerability to psychosis, I-thou intersubjectivity and the praecox-feeling. *Phenom Cogn Sci* 2013;12:131–43. <https://doi.org/10.1007/s11097-010-9173-z>.
- [35] Dörr-Zegers O. La sensación de lo melancólico: un ejemplo de intuición fenomenológica. *MyC* 2020;1:83–8. <https://doi.org/10.17711/MyC.2020.012>.
- [36] Dörr-Zegers O, Tellenbach H. Phénoménologie différentielle du syndrome dépressif : À propos de la dépressivité mélancolique et épileptique. *L'Évolution Psychiatrique* In press.
- [37] Tellenbach H. La mélancolie. Paris: PUF; 1979.
- [38] Bégout B. L'ambiance comme aura: Le pouvoir atmosphérique des individualités. *Communications* 2018;n° 102:81–98. <https://doi.org/10.3917/commu.102.0081>.
- [39] Doerr-Zegers O. Phenomenology of the Body in Cotard's Syndrome. In: Mishara AL, Moskalewicz M, Schwartz MA, Kranjec A, editors. *Phenomenological Neuropsychiatry*, Cham: Springer International Publishing; 2024, p. 199–208. https://doi.org/10.1007/978-3-031-38391-5_15.
- [40] Dörr-Zegers O. Disturbances in interpersonality in depression, mania and schizophrenia. *Dialogues in Philosophy, Mental & Neuro Sciences* 2019;12:1–9.
- [41] Micali S. The transformation of intercorporeality in melancholia. *Phenom Cogn Sci* 2013;12:215–34. <https://doi.org/10.1007/s11097-011-9227-x>.

- [42] Micali S. The Alteration of Embodiment in Melancholia. In: Jensen RT, Moran D, editors. *The Phenomenology of Embodied Subjectivity*, vol. 71, Cham: Springer International Publishing; 2013, p. 203–19. https://doi.org/10.1007/978-3-319-01616-0_11.
- [43] Kraus A. Melancholia from the Perspective of the Self. In: Stanghellini G, Aragona M, editors. *An Experiential Approach to Psychopathology*, Cham: Springer International Publishing; 2016, p. 189–219. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29945-7_10.
- [44] Fuchs T. Subjectivity and Intersubjectivity in Psychiatric Diagnosis. *Psychopathology* 2010;43:268–74. <https://doi.org/10.1159/000315126>.
- [45] Stanghellini G. The Grammar of the Psychiatric Interview. *Psychopathology* 2007;40:69–74. <https://doi.org/10.1159/000098486>.
- [46] Sholokhova S. Benefits and challenges of the phenomenological approach to the psychiatrist's subjective experience: Impassivity, neutrality, and embodied awareness in the clinical encounter. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 2019;26:E-83-E-96. <https://doi.org/10.1353/ppp.2019.0043>.
- [47] Sholokhova S. Tracing the phenomenological psychopathological analysis to its source in the subjective experience of a psychiatrist. *HORIZON / Fenomenologicheskie Issledovaniya / STUDIEN ZUR PHÄNOMENOLOGIE / STUDIES IN PHENOMENOLOGY / ÉTUDES PHÉNOMÉNOLOGIQUES* 2018;7:430–51. <https://doi.org/10.21638/2226-5260-2018-7-2-430-451>.
- [48] Biondi M, Picardi A, Pallagrosi M, Fonzi L, editors. *The Clinician in the Psychiatric Diagnostic Process*. Cham: Springer International Publishing; 2022. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-90431-9>.
- [49] Pallagrosi M, Fonzi L, Picardi A, Biondi M. Association between Clinician's Subjective Experience during Patient Evaluation and Psychiatric Diagnosis. *Psychopathology* 2016;49:83–94. <https://doi.org/10.1159/000444506>.
- [50] Pallagrosi M, Picardi A, Fonzi L, Biondi M. Origin and Development of the Assessment of Clinician's Subjective Experience (ACSE). In: Biondi M, Picardi A, Pallagrosi M, Fonzi L, editors. *The Clinician in the Psychiatric Diagnostic Process*, Cham: Springer International Publishing; 2022, p. 95–114. https://doi.org/10.1007/978-3-030-90431-9_7.
- [51] Fonzi L, Pallagrosi J, Picardi A, Biondi M, Pallagrosi M. Exploring how the psychiatrist experiences the patient during the diagnostic evaluation: the Assessment of Clinician's Subjective Experience (ACSE). *Phenom Cogn Sci* 2022;21:107–19. <https://doi.org/10.1007/s11097-021-09729-y>.
- [52] Fonzi L, Pallagrosi M, Picardi A, D'Orazio M, Zerella MP, Orso L, et al. Il sentire del clinico come strumento di conoscenza: sviluppo e validazione preliminare di una scala di valutazione. *Rivista di psichiatria* 2011.
- [53] Stefana A, Fusar-Poli P, Gnisci C, Vieta E, Youngstrom EA. Clinicians' Emotional Reactions toward Patients with Depressive Symptoms in Mood Disorders: A Narrative Scoping Review of Empirical Research. *IJERPH* 2022;19:15403. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215403>.
- [54] Brusset B. Diagnostic psychiatrique et psychopathologie. In: Widlöcher D, editor. *Traité de psychopathologie*. PUF, 1994, p. 65–81.
- [55] Roubal J, Rihacek T. Expérience de thérapeute en situation thérapeutique avec un client déprimé. *Cahiers de Gestalt-thérapie* 2015;35:111–24. <https://doi.org/10.3917/cges.035.0111>.
- [56] Binswanger L. *Mélancolie et manie*. Paris: PUF; 1987.
- [57] von Gebsattel V. Compulsive thought relating to time in melancholia (1928). In: Broome MR, Harland R, Owen GS, Stringaris A, editors. *The Maudsley reader in phenomenological psychiatry*, Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 2012.
- [58] Straus EW. The experience of time in endogenous depression and in the psychopathic depressive state (1928). In: Broome MR, Harland R, Owen GS, Stringaris A, editors. *The Maudsley reader in phenomenological psychiatry*, Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 2012.

- [59] Straus EW. Disorders of personal time in depressive states. *Southern Medical Journal* 1947;40:254–9. <https://doi.org/10.1097/00007611-194703000-00011>.
- [60] Visentini G. Penser et écrire par cas en psychanalyse: L'invention freudienne d'un style de raisonnement. Paris: PUF; 2024.
- [61] Winnicott DW. La haine dans le contre-transfert. De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot, 1947, p. 72–82.
- [62] Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. 5e éd. Paris: Presses Universitaires de France; 2007.
- [63] Blanchard-Laville C. Vous avez dit « contre-transfert » ? : À propos des mouvements contre-transférentiels dans l'animation d'un groupe clinique d'analyse des pratiques professionnelles. *Cliopsy* 2017;N° 17:59–81. <https://doi.org/10.3917/cliop.017.0059>.
- [64] Bizzari V. Commentary on “Time and embodiment in the process of psychotherapy: A dynamical systems perspective”: The musicality of human interaction. In: Tewes C, Stanghellini G, editors. *Time and Body: Phenomenological and Psychopathological Approaches*, Cambridge University Press; 2020, p. 117–22.
- [65] Lepoutre T. Le diagnostic à l'épreuve du traitement psychanalytique. *Cliniques Méditerranéennes* 2016;94:225–39.

