

Pour une analyse des formes de l'existence en souffrance : à propos de La schizophrénie débutante de Klaus Conrad

Autor(en): **Gennart, Michèle / Seywert, Fernand**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Études de Lettres : revue de la Faculté des lettres de l'Université de Lausanne**

Band (Jahr): - **(2002)**

Heft 2-3

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-870305>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

POUR UNE ANALYSE DES FORMES DE L'EXISTENCE
EN SOUFFRANCE
À PROPOS DE LA SCHIZOPHRÉNIE DÉBUTANTE DE
KLAUS CONRAD¹

Les auteurs soulignent l'apport de la méthode psychopathologique promue dans l'étude de Klaus Conrad, *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*. L'«analyse structurelle» étudie en propre la forme (*Gestalt*) de l'expérience vivante (*Erleben*) qui constitue la réalité phénoménologique concrète d'un syndrome psychiatrique. En se concentrant sur la schizophrénie débutante, Conrad cherche à éclairer *in actu* la modification diachronique du «vivre» qui sous-tend la formation du tableau schizophrénique, et à dégager l'unité de mouvement qui répond de la cohérence interne de ses différents sous-types. Il analyse le processus de transformation de l'expérience dans la schizophrénie en y distinguant une série de cinq phases. En commentant ce processus, les auteurs insistent sur la dimension «existentielle» de la métamorphose. Avant de se présenter comme une maladie «mentale», la schizophrénie est l'expérience d'une modification fondamentale du champ de la présence : présence aux entours, aux autres et à soi-même. La compréhension du patient schizophrène suppose que l'on acquière un certain accès à la forme essentiellement modifiée de son expérience.

1. Introduction

La schizophrénie débutante de Klaus Conrad, qui porte le sous-titre *Essai d'analyse structurelle (Gestaltanalyse) du délire* est

1. Cet article constitue le développement d'une première version plus courte dont les références sont : Fernand SEYWERT, Michèle CÉLIS-GENNART, «La transformation du champ de l'expérience dans la schizophrénie : l'«analyse structurelle» de Klaus Conrad», in *L'Évolution Psychiatrique*, 64 (1999), p. 101-111.

une monographie qui parut en 1958². Cette étude peu connue en milieu francophone — l'œuvre de Conrad n'est pas traduite — nous semble mériter aujourd'hui une attention particulière, tant par la pénétration de ses analyses que par la méthode qui s'y trouve promue. L'actualité de l'œuvre tient avant tout à la tentative que l'auteur y déploie de faire face à ce qui lui apparut comme étant la crise de la psychiatrie, c'est-à-dire à la mise en question de son unité comme science. Or, la crise de la psychiatrie telle que Conrad la perçut et tenta d'y répondre n'a pas vraiment, semble-t-il, été dépassée aujourd'hui, même si les tendances antagonistes qui menacent l'unité de la discipline se sont, jusqu'à ce jour, amplement développées et diversifiées.

L'antagonisme en question peut se décrire de façon schématique comme étant celui qui oppose la psychiatrie en tant que « science exacte », visant la maladie sous son aspect de phénomène objectif, à la psychiatrie en tant que « science humaine », s'intéressant à la maladie telle qu'elle se réalise en une personne singulière, qui habite son organisme comme son « corps propre », qui se situe dans un environnement et une sphère d'appartenance particuliers. Ces tendances irréconciliées procèdent de deux paradigmes épistémologiques dont Conrad circonscrit les limites comme suit. La première tendance vise à *expliquer* le phénomène psychique en en recherchant les causes dans le substrat organique ; ce faisant, elle a le mérite d'ouvrir la voie au traitement biomédical des maladies mentales, mais perd de vue le domaine psychique lui-même et « transforme le problème psychopathologique en un problème physiopathologique³ ». La seconde vise à *comprendre* le phénomène psychique en le rapportant à un horizon de sens plus large, à l'histoire et au contexte d'existence qui font la singularité sans équivalent de chaque subjectivité. Cette tendance qu'en son temps, Conrad voyait se réaliser de façon paradigmatique dans la *Daseinsanalyse* de L. Binswanger concerne peut-être la psychothérapie dans son ensemble, dans la mesure où celle-ci, au travers de ses modalisations contrastées, vise en défi-

2. Klaus CONRAD, *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*, Stuttgart - New York : Georg Thieme, 1987 (5ème éd.). Cité dans la suite des notes sous l'abréviation *DbS*.

3. Ici comme dans la suite, les auteurs reprennent les traductions proposées dans la thèse de doctorat de Michèle CÉLIS-GENNART : *Corporéité et Présence. Pour une phénoménologie de la dimension pathique du délire et de l'hallucination*, Université Catholique de Louvain (Belgique), 1994.

nitive toujours la « subjectivité » — celle de l'individu ou celle d'une organisation plus complexe (famille, système thérapeutique...) — comme étant tout à la fois la cible du traitement et le principe même du changement curateur. Cette tendance qui a largement fait progresser la compréhension des « connexions de sens » constitutives du phénomène psychique, encourt cependant le risque, d'après Conrad, de « transformer le problème psychopathologique en un problème herméneutique⁴».

Tandis qu'en se réalisant comme science biomédicale exacte, la psychiatrie perd l'accès au *malade* — au sujet qui, à chaque fois, incarne et donne réalité à la maladie —, sous son versant herméneutique, elle se prive au contraire de l'accès aux maladies, c'est-à-dire à ce qui, à travers la singularisation essentielle des affections humaines, s'affirme comme *formes* de souffrance récurrentes, typiques et, en ce sens, trans-subjectives.

Face à la situation de déchirement critique où se trouvait la psychiatrie de son temps et face à l'abandon dans lequel celle-ci laissait en définitive le problème de la psychopathologie comme telle — le problème de la nature et des formes de l'affection psychique —, Conrad cherche à promouvoir une méthode de recherche qui puisse constituer une alternative *tierce*, et qu'il qualifie du nom de *Gestaltanalyse*. L'on peut condenser en quatre points les décisions qui ont présidé à la mise en forme de ce paradigme.

1.1. À la différence de l'approche phénoménologique de la schizophrénie qui fut développée par Binswanger⁵ sous la forme d'analyses pathographiques détaillées d'un petit nombre de cas, Conrad décide de se concentrer sur ce qui est « typique à la maladie » en réduisant autant que possible les facteurs relevant d'une « typique individuelle »⁶.

Ce sont en fait deux questions très différentes que posent la *Daseinsanalyse*, d'une part, et l'analyse structurelle, d'autre part. Aucune des deux démarches ne doit être privilégiée par rapport à l'autre ; il se pourrait même qu'elles se complètent l'une l'autre de façon tout à fait essentielle. Certes, l'objet de la seconde [...] est plus accessible à une analyse scientifique que

4. *DbS*, p. 5.

5. Voir par ex. Ludwig BINSWANGER, *Schizophrenie*, Pfullingen : Günther Neske, 1957 (recueil d'études publiées dès 1944).

6. *DbS*, p. 156.

l'objet de la première, qui est la vie unique et non répétable [du patient]. L'on pourrait dès lors soulever la question de savoir si *l'analyse structurelle du délire* ne doit pas précéder la *Daseinsanalyse du délirant*⁷.

La décision de Conrad de privilégier ce qu'en phénoménologie l'on nommerait une analyse eidétique motive l'ampleur et la diversité du collectif étudié ; l'auteur y intègre 117 soldats allemands issus de toutes les classes sociales et traités dans le même hôpital militaire durant la deuxième guerre mondiale (1941-42) pour une première poussée schizophrénique, indépendamment du décours particulier de leur trouble.

1.2. En cherchant à suspendre l'aspect individuel de la maladie, Conrad ne se détourne cependant pas de sa réalité subjective. Ce qu'il soumet en propre à son analyse n'est autre, en effet, que le vécu (*Erlebnis*) ou mieux, le « vivre » schizophrénique, mais ressaisi davantage quant à sa *forme* que quant à sa *thématique*. Suivant la tradition phénoménologique à laquelle l'auteur se rattache, l'« expérience vivante » n'équivaut pas à un contenu intra-psychique. Caractérisée par l'intentionnalité, elle a essentiellement la structure d'une *visée*; elle s'inscrit dans l'horizon de l'être-au-monde. Ainsi, l'analyse de Conrad porte sur le vécu schizophrénique en tant que *mode de relation* aux entours, aux autres et à soi-même.

1.3. Étant donné que « tout ce qui est vécu est structuré et [que] l'analyse des états de chose phénoménaux est toujours une analyse de configurations (*Gestaltungen*)⁸», la *Gestaltanalyse* de Conrad s'assigne pour tâche d'appréhender la maladie dans sa configuration d'ensemble — ce qui implique d'une part que l'on ne néglige aucune des manifestations de la maladie et, d'autre part, que l'on s'interroge sur les relations même entre ces diverses manifestations.

Notre but ultime sera toujours d'apprendre à situer, à la place de la dispersion des symptômes schizophréniques, tout comme des formes de décours schizophréniques, une connexion structurelle qui nous permette d'appréhender le processus d'ensemble dans des perspectives unitaires⁹.

7. *DbS*, p. 7.

8. *DbS*, p. 7.

9. *DbS*, p. 8.

1.4. La quatrième idée directrice de l'auteur vise précisément à étudier la schizophrénie comme un *processus d'ensemble*. De ce fait, il centre son analyse sur des cas de poussée schizophrénique récente. Il tente ainsi de ressaisir le problème du processus psychotique, non pas en son état « final » plus ou moins stabilisé, mais à *l'état naissant* et dans son mouvement même de configuration. Sur la base de son matériel clinique, l'auteur défend l'idée qu'il existe une « typique du décours de la poussée schizophrénique¹⁰ », articulée par une « loi de développement phasique¹¹ ».

Il distingue ainsi cinq phases du processus schizophrénique, qui, comme nous le verrons, ne sont pas seulement articulées par un principe de succession temporelle, mais entretiennent les unes avec les autres de véritables rapports systémiques de renvois et de motivations réciproques.

2. La phase initiale : le *Trema* (le « trac »)

La période prodromique plus ou moins longue qui forme la phase inaugurale de la transformation schizophrénique se caractérise par l'expérience d'une *tension affective croissante*, que Conrad qualifie par un terme de dramaturgie : le *Trema*, que l'on peut rendre en français par « trac » et qui désigne l'état de tension fébrile que traverse l'acteur avant d'affronter les feux de la rampe. L'on peut ressaisir en quatre traits ce qui fait la singularité du *Trema*.

Il se caractérise en premier lieu par l'accentuation plus ou moins critique de l'affectivité de base — cette tension pouvant, de cas en cas, prendre la tonalité dominante de l'angoisse ou de l'oppression, de l'inhibition dépressive ou de l'agitation. Dans le trac, nous sommes dans l'attente d'un moment imminent — instant crucial dont le franchissement n'autorise que deux possibilités : la victoire ou la défaite. Cependant, à la différence du trac « normal », la tension du *Trema* n'est pas liée à une situation précise. Elle est l'épreuve d'une *imminence* où ce qui, inexorablement, doit advenir reste indéterminé aussi bien quant à son moment que quant à sa nature. L'imminent « plane » ; il est dans l'air, mais n'entre pas dans le corps du présent. Le *Trema*, en ce sens, revêt le plus souvent la forme d'un pressentiment de catastrophe.

10. *DbS*, p. 128.

11. *DbS*, p. 8.

Le *Trema* se caractérise ensuite par un rétrécissement considérable de la liberté : le sujet se sent « entouré de barrières¹² » qui, toujours plus étroitement, délimitent le champ de ses possibilités. Ces barrières qui l'enserrent et l'acculent engendrent une situation de détresse qui le pousse à activer des réactions d'urgence ou de détresse (*Notfallreaktionen*). Les actions dites insensées ou dépourvues de sens du schizophrène sont, d'après Conrad, de telles réactions de détresse, qui surviennent lorsqu'un surcroît de tension vient assaillir le champ affectif déjà tendu du sujet. Celui-ci cherche à se libérer de cette tension insupportable par un passage à l'acte qui consiste à « sauter les barrières », c'est-à-dire à ne plus tenir compte des « règles du jeu » qui, implicitement, structurent notre insertion dans une trame contextuelle donnée.

Écoutons à ce sujet la présentation par Conrad de l'un de ses patients qui, depuis quelques mois, était toujours plus anxieux et excité :

C'était comme si quelque chose devait advenir, comme s'il devait s'attendre à être puni, mais il ne savait pourquoi. Qu'il y ait quelque chose contre lui, c'était clair. Finalement, il n'en pouvait plus qu'on le tint dans l'incertitude à propos de toute cette affaire. C'est alors, explique-t-il, qu'il a commis la bêtise [en l'occurrence, de se planter un canif dans la poitrine], mais il avait dans la poitrine une sensation si singulière, comme si c'était trop étroit, comme si le cœur ne participait pas bien¹³.

L'acte de se planter un couteau dans la poitrine ne procède pas, chez ce patient, d'une intention délibérée de s'ôter la vie mais, paradoxalement, d'une tentative désespérée de libérer celle-ci de l'étau qui l'opprime. L'acte est « insensé » en ce qu'il enfreint les règles les plus élémentaires qui régissent la façon « normale » de se comporter et d'affronter les difficultés d'une situation donnée. Il a cependant pour sens d'« aider à rendre possible qu'une insertion dans la texture situationnelle, au moment même où elle est mise en péril, soit encore sauvegardée de justesse¹⁴ ».

Le *Trema* se caractérise enfin par une *perte d'accès à autrui*. Celle-ci se vit soit dans le registre de la dépressivité, soit dans une atmosphère de méfiance diffuse, soit au travers de sentiments indéterminés de manquement ou de faute. Sous l'une ou l'autre de

12. *DbS*, p. 159.

13. *DbS*, p. 43.

14. *DbS*, p. 35.

ces modalités, le sujet fait l'expérience effrayante d'une *cassure* entre lui et les autres. « Il remarque avec horreur qu'il a perdu la possibilité d'un Nous et le sentiment d'appartenir à une collectivité. Il est, de façon effarante, exilé dans son propre monde¹⁵. »

Le phénomène cardinal qui signe le caractère proprement schizophrénique du « trac », tel que nous l'avons décrit jusqu'ici et dont la structure spécifique s'affirme quelle que soit la disposition affective du patient (à tonalité anxieuse, dépressive ou hypomaniaque), est ce que Conrad ressaisit, à la suite de Jaspers¹⁶, comme étant le « pressentiment délirant » (*Wahnstimmung*). Ce dernier est un désarroi indéfinissable dont la teneur se condense au mieux, selon Conrad, dans la formulation : « Il se passe quelque chose, mais je ne sais pas quoi ; dites-moi donc ce qui se passe¹⁷ ». L'appréhension de cette événementialité diffuse procède d'une modification de l'*atmosphère* des entours et du monde humain. « C'est [...] la *physionomie de la situation* qui a pris un "trait" nouveau et déconcertant¹⁸. » Or, le sujet est concerné de façon directe par ce changement physionomique du champ de sa présence¹⁹. Ce que reflète le visage de la situation n'est en effet ni plus ni moins que la mise en question de son existence propre ; « le monde regarde le patient avec une physionomie qui le met en question²⁰ ». Une telle mise en question de l'existence propre constitue le sens même de la transformation de la forme de l'expérience dans la schizophrénie débutante.

3. La phase apophanique

La deuxième phase, dite apophanique, est celle où s'opère le passage menant de l'incertitude radicale et du vécu d'étrangeté dominant dans le *Trema* à la « certitude délirante » ou à la

15. *DbS*, p. 37.

16. Karl JASPERS, *Psychopathologie générale*, Paris : Alcan, 1928 (1ère éd. all. : 1911).

17. *DbS*, p. 44.

18. *DbS*, p. 44.

19. Pour ce qui est du mode de manifestation *physionomique* du monde, voir Erwin STRAUS, *Vom Sinn der Sinne*, Berlin : Springer, 1956 (2ème éd. revue). Trad. franç. : *Du sens des sens*, Grenoble : Millon. Voir aussi Michèle GENNART, « Une phénoménologie des données hylétiques est-elle possible ? À propos de "Vom Sinn der Sinne" de E. Straus », in *Études phénoménologiques. Les enjeux de la psychologie phénoménologique*, Bruxelles : Ousia, 1986, p. 19-46.

20. *DbS*, p. 45.

modalité spécifique de la conscience que Jaspers caractérisa comme étant une « conscience de significations dont la saisie s'impose de façon immédiate » (*das unmittelbar sich aufzwingende Wissen von den Bedeutungen*). C'est en référence à ce mode de donation singulier des significations dans le délire que Conrad forge son concept d'apophanie :

Le patient délirant se comporte comme l'homme dans la révélation [*Offenbarung*]. La signification de ce qui est donné est pour lui « manifeste » [*offenbar*]; c'est pourquoi il ne peut aucunement comprendre le doute de son entourage. Nous avons dès lors choisi de désigner ce mode de vécu propre à la conscience anormale de significations [...] par le terme d'*apophanie* (devenir manifeste)²¹.

Conrad étudie l'apophanie telle qu'elle se réalise dans les trois horizons d'expérience suivants : 1. l'espace « externe », qui désigne à vrai dire l'espace de la *rencontre* entre le sujet et son monde ; 2. l'espace « interne », constitué de ce que le sujet se « présente » ; 3. le corps propre. Nous nous concentrerons ici sur le premier domaine et privilégierons le phénomène de la perception délirante. Ce choix doit nous permettre, d'une part, de nous situer au plus près des « vécus délirants primaires » (Jaspers), sans la saisie desquels l'on ne peut comprendre les formes plus élaborées du délire et, d'autre part, d'appréhender expressément la conscience délirante sous son aspect intentionnel, c'est-à-dire comme un *mode de communication* avec le monde, les autres et soi-même, et non comme la seule altération d'une « fonction mentale ».

Conrad distingue trois étapes qui articulent le développement de l'apophanie dans l'expérience perceptive. La première phase se caractérise par le fait que le patient ressent que la chose perçue « vaut pour lui » (*gilt ihm*), sans qu'il ne sache encore de quelle façon. Le système de référence (*Bezugssystem*) se modifie au sens où toute composante du champ perceptif entre dans un rapport signifiance avec le sujet qui la vise. Le sensible perd sa neutralité ; toute chose, toute expression humaine est là pour « signifier » quelque chose à celui à qui elle apparaît. Le patient fait ici l'expérience d'une signifiance tout à la fois profuse et confuse.

La seconde phase s'amorce au moment où une direction se dégage, qui commence à préciser le sens de la situation. L'espace

21. *DbS*, p. 21.

est par exemple perçu comme un vaste « champ de mise à l'épreuve » (*Prüffeld*) où, partout et à tout moment, le patient se sent testé. Dans cette visée encore globale du sens de la situation, les espaces apparaissent souvent comme hantés par une altérité anonyme ; les choses ne sont pas là naturellement, elles sont posées ou arrangées (*gestellt*) dans une certaine intention qui devrait « donner à entendre ».

La troisième phase est atteinte lorsque la chose perçue délivre son sens avec une évidence qui ne laisse plus de place au doute. Nous atteignons là le niveau de la certitude délirante proprement dite qui, comme Conrad le souligne, tient son caractère de certitude du fait que le patient vit sur un mode *réceptif*, comme lui étant révélé ou manifesté, ce que nous lui attribuons comme *production* délirante.

Pour illustrer ce développement de l'apophanie, nous citerons un extrait de l'entretien entre un patient, Georg W. et Conrad, qui lui montre un tampon-buvard :

(Quelque chose à voir avec vous ?) « Cela se peut. » Très dubitatif : « Trop de choses qui chatoient dans le même moment » (Quoi donc ?) Longue méditation silencieuse : « Pour me mettre à l'épreuve, c'est peut-être seulement un jeu de mots, une allusion à la façon dont les choses se sont passées, je ne puis dire » (Qu'est-ce que c'est ?) « Un tampon-buvard ; comment ça pourrait être en rapport avec ma personne, je l'ignore ; ce dont je suis sûr, par contre, c'est que ça doit avoir un quelconque rapport » (Jeu de mots ?) « Vous le savez très bien » (Ne le savez-vous pas ?) « Si, je le sais aussi » — après quelque hésitation : « Le buvard efface l'encre ; je me fais peut-être aussi effacer²². »

Nous percevons bien, dans cet extrait, le passage du pressentiment délirant, marqué par un « trac » indéfini, à l'apophanie comme révélation du sens des phénomènes. Mais quelle est plus précisément la forme de la perception délirante ? Celle-ci modifie en deux sens la forme normale de l'expérience perceptive : il s'y produit selon Conrad, qui reprend à son compte certains concepts issus de la théorie de la *Gestalt*, une libération des « propriétés d'essence » (*Wesenseigenschaften*) et une dissipation conjointe des « propriétés de texture » (*Gefügeeigenschaften*). Les propriétés d'essence désignent les qualités de la chose rencontrée dans son « être » (*Wesen*) ou encore, les traits qui se dégagent de la

22. *DbS*, p. 61.

communication pathique²³ entre la chose visée et le sujet sentant. Les propriétés de texture, en revanche, sont les traits par lesquels la chose s'insère dans une « connexion perceptive naturelle » ou dans un système de renvois, non centré sur l'*ego*, qui assure l'ordonnement « objectif » des espaces et la possibilité de s'y orienter. Ainsi, dans l'exemple cité, Georg W. vise le tampon-buvard, non comme un objet neutre qui est là, dans le bureau médical, en raison d'un contexte donné, mais comme une réalité qui a quelque chose à lui dire — à lui en personne. En l'occurrence, il ressent en un instant, en résonance avec sa propre situation, que le buvard, ayant pour sens d'être de boire ou d'effacer l'encre, lui signifie qu'il est lui-même en train de se faire effacer ou rayer de l'existence²⁴.

D'après Conrad, la perception délirante peut en fait être appréhendée comme une tentative de répondre au « trac », comme une tentative forcenée de *compréhension* par laquelle le patient cherche à parer au mal qui l'atteint et qui n'est autre, nous l'avons vu, que l'obscur mise en question de son existence propre. « En proie au besoin torturant de clarté qui s'affirme dans le champ apophanique, le patient est littéralement contraint de se démener pour trouver de quelconques solutions²⁵. » La production délirante serait ainsi un ultime effort pour « produire de l'histoire » ou, tout au moins, pour générer du sens là où bée le non-sens.

L'apophanie — le mode de parution apophanique du monde, où le sensible révèle au sujet un sens essentiel qui lui parle — s'ajointe intérieurement à un autre moment que Conrad qualifie d'*anastrophe* et qui concerne cette fois la façon dont le Moi s'apparaît à lui-même, à savoir comme étant au centre du monde, comme le pôle vers lequel convergent tous les traits du monde (« J'ai le sentiment que tout tourne autour de moi »). Apophanie et anastrophe sont en fait, d'après Conrad, les deux versants d'une seule et même modification de forme de l'expérience vécue dans la schizophrénie :

Chaque fois qu'existe un vivre apophanique, le Moi doit simultanément se transformer en un sens anastrophique, et inverse-

23. Pour cette notion, voir Jacques SCHOTTE (éd.), *Le contact*, Bruxelles : De Boeck-Université, 1990.

24. Le patient mobilise en fait la plurivocité du verbe allemand *auslö-schen*, qui signifie à la fois éteindre, effacer et anéantir.

25. *DbS*, p. 65.

ment, là où un vivre anastrophique s'impose, fût-ce de façon alusive, les objets se modifient du même coup en un sens apophanique²⁶.

Le point nodal qui fait s'entre-appartenir ces deux versants de la transformation schizophrénique réside en ce que Conrad nomme, en reprenant à son compte une expression de Binswanger²⁷, la perte de la « possibilité de transcendance » (*Überstiegsfähigkeit*). Cette dernière désigne l'aptitude à changer de système de référence en faisant alterner avec souplesse les moments où nous nous « décentrons » et adoptons une perspective autre sur le monde ou sur nous-mêmes (celle d'un proche, d'une personnalité, d'une collectivité, d'un « on ») et les moments où nous nous « recentrons ». Comme le commente Conrad :

Bien que chaque individu soit le centre de son « monde », il est néanmoins capable à tout moment de « transcendance » : capable de se vivre lui-même du « dehors » [...] et de faire se recouvrir son « monde » avec le monde commun de tous. *Il est donc capable de modifier à loisir le système de référence*²⁸.

Or, cette possibilité est altérée de façon radicale dans l'expérience schizophrénique. Durant le *Trema*, cette atteinte s'expérimente dans la *cassure* que le patient sent se creuser entre lui et les autres. Et le délire proprement dit survient, selon Conrad, « au moment où la "transcendance" est devenue totalement impossible²⁹ ». Tout, désormais, « vaut » pour le patient. Il ne peut plus ni accéder à la perspective du sens commun, ni échanger avec la perspective d'un autre homme.

Lorsque l'apophanie envahit l'espace interne, des sentiments d'influence et de transparence psychique surviennent ; les idées sont « inspirées », les sensations corporelles « télécommandées »... Ou à l'inverse, les pensées se divulguent, deviennent lisibles pour tous — cette extranéation pouvant s'accentuer jusqu'à la formation de « voix » qui ne sont plus du tout reconnues en tant que productions propres. Tandis que, dans l'apophanie de l'espace externe, le sensible est vécu comme se rapportant au moi, dans l'apophanie de l'espace interne, les contenus de pensée sont vécus comme se rapportant au monde. Dans l'un et l'autre cas, « la paroi délimitante entre le moi et le monde est devenue perméable³⁰ ».

26. *DbS*, p. 80.

27. L. Binswanger, *Schizophrenie*.

28. *DbS*, p. 157.

29. *DbS*, p. 159.

30. *DbS*, p. 159.

4. *La phase apocalyptique*

Dans l'expérience apophanique, le sentiment d'unité du patient peut encore être plus ou moins préservé, fût-ce au prix de comportements non conventionnels et d'une intégration qui s'opère en partie par le biais d'esquisses de systématisation du délire. En revanche, le sentiment d'unité s'effondre lorsque certains éléments situationnels commencent à dominer à un point tel qu'ils menacent de faire éclater la continuité du sens. C'est la phase dite *apocalyptique*, où le patient est submergé par un flux asyntaxique d'impressions et de représentations, et où les données de l'espace « interne » et « externe » tendent à se dé-différencier et à se fondre sous la même forme d'êtres (*Wesen*) parlant ou se révélant au sujet³¹.

Le moment-charnière menant à la phase apocalyptique (qui, pour sa part, ne trouve généralement plus d'expression adéquate dans le langage verbal) est illustré par Conrad à travers le cas du patient Rainer N.:

Le cri d'un animal au dehors — il y avait peut-être des étables à proximité de l'infirmierie, ou c'étaient d'autres bruits qui prenaient la physionomie de cris d'animaux — signifie qu'il doit être métamorphosé par hypnose en un animal. Ici, nous atteignons tout au moins une limite. Encore un petit pas supplémentaire et la continuité de sens de la situation serait complètement détruite. Une vague débordante de figures asyntaxiques et archétypiques s'ensuivrait — figures qui porteraient cependant toujours, dans leur texture vivante, le trait de l'apophanie. Pour cette phase ultérieure [...], nous introduisons également une désignation nouvelle destinée à exprimer cette forme d'expérience constituée d'une suite de figures révélées qui n'entrent plus dans aucune connexion de sens réelle ; nous parlons de la phase apocalyptique ou du stade de l'apocalypse³².

L'expérience apocalyptique se caractérise ainsi par la destruction des différentes formes de continuité qui contribuent à bâtir et à cimenter la cohésion situationnelle :

- Perte de la connexion perceptive : les figures du sensible se gonflent d'une vie inquiétante et secrète qui « dit » quelque chose à celui qui les vise ; elles tendent à devenir des « êtres » en soi,

31. Apocalypse, de *apokaluptein*, signifie également « révélation » ; mais il s'agit cette fois d'une révélation s'opérant au travers d'un chaos.

32. *DbS*, p. 21.

mais s'arrachent en proportion au contexte dans lequel elles sont « naturellement » insérées, suivant le système de renvois et de référence qui définit la réalité commune des espaces perceptifs.

- Perte de conséquence de la conscience : tandis que, dans l'apophanie déjà, l'on assistait à une extranéation des pensées, qui culminait dans la libération d'« êtres » dont les voix se faisaient entendre, dans la phase apocalyptique, le moi perd toute initiative ; il n'a plus barre sur le cours de sa pensée qui, se dé-différenciant de l'expérience perceptive, prend la forme d'un « flux immense, insaisissable et sans fin d'images et de figures » auquel il est livré³³. D'après Conrad, cette expérience est proche du vécu onirique, d'où l'amnésie lacunaire plus ou moins importante qui s'ensuit.

- Perte de la continuité du corps propre : sentiment d'être déchiré ou morcelé, sensation de déplacement ou de perte d'organes, impression d'être une marionnette tirée par des fils, etc.

- Perte de la continuité ou de la consistance du *Je* ; le patient ne se vit plus comme étant « lui-même » ou a l'impression d'être mort, etc.

Il est intéressant de suivre Conrad dans son exploration de l'enjeu du délire par rapport à cette troisième phase apocalyptique ; la construction délirante, en l'occurrence, ainsi que l'élaboration d'un *système* délirant (phase II), pourraient se concevoir comme une tentative de conjurer l'apocalypse (phase III), comme un ultime essai pour échapper aussi bien à l'éclatement de la continuité qu'au péril de se voir livré aux phénomènes sans plus disposer du moindre espace de jeu permettant à la fois une élaboration du sens et le libre déploiement d'une conduite intentionnelle.

Il importe encore de souligner que les phases apophanique et apocalyptique du processus schizophrénique correspondent en fait, d'après Conrad, à ce que l'on hypostasie d'ordinaire comme formant deux sous-espèces contiguës du « genre » schizophrénie : la paranoïdie et la catatonie. Tout comme les phases auxquelles elles correspondent, ces deux formes de maladie participent, selon l'auteur, d'un seul et même processus développemental : « L'une des deux formes (la forme paranoïde) doit nécessairement être traversée pour que l'autre (la forme catatonique) puisse être atteinte³⁴. » Cette loi de développement phasique devrait nous

33. *DbS*, p. 110.

34. *DbS*, p. 108.

motiver à repenser le lien structurel entre les différents « types » de la psychose schizophrénique et, partant, à nous remettre en quête de ce qui fait l'unité de sens de la schizophrénie comme telle. Or, la thèse de l'auteur est que ce caractère unitaire réside avant tout dans l'unité dynamique d'un *processus*. Les formes ou sous-types de la schizophrénie sont, en ce sens, à appréhender prioritairement comme des cristallisations (plus ou moins transitoires ou durables) de telle ou telle phase constitutive de l'unique et même processus de transformation schizophrénique.

5. *La phase de consolidation*

La déstructuration de l'expérience qui s'opère au stade de l'apocalypse peut s'accentuer jusqu'à un « stade terminal » qui, *de facto*, correspond à l'issue létale de la psychose catatonique (nous rejoignons là ce qui a été décrit comme « catatonie pernicieuse »). Mais une rémission « spontanée »³⁵ peut également se produire, qui se caractérise par une lente détente du champ psychique et par la cessation, au moins partielle, du vécu apophanique. Ce processus dit de consolidation n'est pas toujours continu ; il peut comporter des oscillations entre corrections des idées délirantes et rechutes plus ou moins sévères dans l'expérience apophanique. Le patient peut aussi continuer à se fixer sur certains thèmes délirants, mais suivant une dynamique à tonalité plus névrotique.

En cas de consolidation, l'aptitude à la « transcendance », dont la perte signait l'entrée dans le délire, peut à nouveau s'exercer. Le patient peut dès lors parvenir, de façon progressive ou parfois avec une rapidité surprenante, à opérer le « renversement copernicien » qui lui permet, dans l'échange avec l'autre, de se percevoir lui-même comme (ayant été) atteint ou malade, ou de « se considérer lui-même de l'extérieur et de reconnaître ainsi que la transformation n'était pas située au dehors, dans le monde, comme il se l'imaginait jusqu'alors dans son délire, mais bien plutôt en lui-même³⁶ ».

35. Étant donné que l'auteur ne donne aucune indication relative aux interventions réalisées à l'hôpital où ses patients ont été reçus, il n'est pas possible de départager la part « spontanée » des rémissions de la part qui serait à référer aux mesures thérapeutiques.

36. *DbS*, p. 160.

6. *L'état résiduel*

Cependant, même dans le cas où une rémission du délire s'opère, la psychose ne guérit pas sans reste ; le patient n'en revient jamais à l'état antérieur à la poussée schizophrénique. Celle-ci laisse des traces indélébiles, sous la forme d'un état résiduel qui constitue une modification irréversible de la forme de l'expérience vivante. L'état résiduel se compose de phénomènes en apparence peu spécifiques : l'on y trouve une perte irrattrapable de croyance et d'intérêt, un manque de motivation et de concentration, une altération de la faculté de se mobiliser, de se décider et de se projeter dans l'avenir. Conrad voit converger ces symptômes en une même « réduction de potentiel énergétique », que l'on pourrait encore qualifier, en reprenant un concept de Heidegger³⁷, comme étant une altération des fondements mêmes du « pouvoir-être ».

Ce cinquième stade détient, par rapport aux autres, un statut particulier. Il n'est plus à proprement parler une *phase*, mais un *état* indépassable. En outre, la modification qui le caractérise — la « perte de potentiel » — s'amorce *dès le départ* et traverse en sourdine l'ensemble du processus ; elle constitue peut-être même, selon Conrad, la « modification schizophrénique la plus spécifique³⁸ ».

Tout se passe comme si la mise en question de l'existence propre qui s'annonce dans le *Trema* était un processus effectif qui, en passant ou non par le délire, aboutissait à une altération irréversible du sujet : à une perte de la « force tensionnelle » ou à ce que Blankenburg décrit comme une perte de « l'évidence naturelle » qui, chez l'homme sain, balise et supporte spontanément le flux du pouvoir-être.

37. Voir Martin HEIDEGGER, *Sein und Zeit* (1927), Tübingen : Niemeyer, 1953. Voir aussi Henri MALDINEY, *Penser l'homme et la folie. À la lumière de l'analyse existentielle et de l'analyse du destin*, Grenoble : Millon, 1991.

38. Dans certaines formes de schizophrénie, cette modification est au centre du tableau ; le processus psychotique ne se développe guère au-delà de la première phase du *Trema*, mais comporte d'emblée une grave « perte de potentiel ». C'est le cas, selon l'auteur, lorsque le processus débute très précocement, dès la période de la puberté (*DbS*, p. 160). Voir aussi à ce propos l'analyse par Wolfgang BLANKENBURG (1971) de la schizophrénie paucisymptomatique : *La perte de l'évidence naturelle : une contribution à la psychopathologie des schizophrénies paucisymptomatiques*, Paris : PUF, 1991.

7. Conclusion

Conrad conçoit sa *Gestaltanalyse* comme étant à la croisée de la psychiatrie en tant que science biomédicale visant l'homme-objet, d'une part, et en tant que science herméneutique visant l'homme-sujet, d'autre part. Son étude se centre sur la modification de la forme du « vivre » dans le processus schizophrénique bien plus que sur les contenus du vécu.

Une polarité analogue se présente dans le registre de l'analyse du rêve : la perspective peut soit se centrer sur les images du rêve et sur leur teneur affective, l'interprétation exigeant alors que l'on se situe dans l'horizon de l'histoire et du monde singuliers du rêveur ; soit, elle peut viser l'expérience onirique comme telle et chercher alors à dégager une forme d'expérience générale, qui serait comme la toile de fond anonyme sur laquelle chaque dormeur viendrait projeter les images et la tonalité sans pareille de ses rêves. Adoptant ce second type de perspective, Conrad vise ce qui s'avère typique et trans-subjectif dans la forme même de l'expérience schizophrénique. Or, la modification de la forme (*Gestaltwandel*) de l'expérience vivante dans la poussée schizophrénique, en raison même de son caractère structurel et trans-subjectif, renvoie selon l'auteur à une transformation fonctionnelle (*Funktionswandel*) du système nerveux — non moins certainement que l'activité onirique renvoie à une telle modification du fonctionnement cérébral³⁹. L'auteur encourage en ce sens la recherche physiopathologique, dont la contribution lui semble indispensable pour mieux résoudre le problème que pose la schizophrénie *en tant que maladie*.

Malgré sa tendance à privilégier l'hypothèse d'une somatogénèse de la schizophrénie, Conrad ne se résout pas à opter pour l'alternative en vertu de laquelle nous devrions « nous contenter d'énumérer des symptômes "schizophréniques" plus ou moins spécifiques, espérer leur éclaircissement neuropathologique, c'est-à-dire en fin de compte physique et, par là même, laisser le phénomène schizophrénique dans l'état où il stagne depuis Jaspers (1913): comme résidant en un commun caractère "incompréhensible"⁴⁰ ». L'effort qui domine son étude consiste à faire apparaître des *connexions* significantes : entre les symptômes épars et dépourvus de sens de la schizophrénie, entre ses sous-types et, en

39. *DbS*, p. 161.

40. *DbS*, p. 5.

ultime instance, entre « expérience naturelle » et délire. Les symptômes du tableau schizophrénique, tels qu'ils sont analysés par Conrad, tirent en effet leur cohérence et leur sens de leur commune appartenance à une forme particulière de *présence au monde*, qui procède d'une modification radicale de la forme de l'expérience naturelle et qui est indicatrice des enjeux existentiels auxquels le patient se trouve confronté.

Conrad, en ce sens, ne se résigne pas à accepter sans autre l'incompréhensibilité du délire et, en particulier, de la perception délirante (telle qu'elle est postulée par la psychopathologie classique). Il promeut en deux directions la compréhension de cette dernière. D'une part, il dégage la connexion qui existe, mais que l'on méconnaît souvent, entre la chose perçue et le contenu de la perception délirante. Le caractère délirant de cette dernière n'est en effet pas à référer à la seule conscience interprétative ; avec l'irruption du délire, c'est le *champ* même de la perception qui se modifie, ou ce que l'on pourrait nommer le style de parution du sensible (qui, par principe, n'est ce qu'il est qu'en référence à un sujet sentant). Ce nouveau mode de parution « apophanique » du monde, qui implique un nouveau mode de *communication* entre le sentant et le sensible, se caractérise par une libération des « propriétés d'essence » et par un estompage conjoint des « propriétés de texture ». L'apophaïe est par ailleurs le concept que l'auteur avance pour qualifier, de façon plus globale, le nouveau mode de manifestation des phénomènes, tant environnants que psychiques et corporels, dans le délire. Cerner la singularité de cette nouvelle forme d'existence est la première condition d'accès à une compréhension de la perception délirante (comme aux autres modalités du vécu délirant). La deuxième exigence consiste, selon Conrad, à réinsérer chaque cas d'expérience délirante dans la « thématique d'ensemble » du patient ou dans la « trame d'ensemble de son expérience vécue », c'est-à-dire dans l'horizon de son histoire et de son monde singuliers. C'est là que la *Gestaltanalyse* de Conrad s'ouvre et s'articule à la *Daseinsanalyse* promue par Binswanger et, plus généralement, à la dimension « herméneutique » de la psychiatrie, conçue non plus comme science de la maladie, mais comme art de traiter avec l'homme malade.

Dans notre ère qui s'annonce de plus en plus comme celle de l'« *evidence-based medicine* », se fondant sur les données dures, les preuves, le contrôle des observables, l'œuvre de Conrad nous

interpelle en ce qu'elle remet en question le monopole que les méthodes basées sur une mathématisation de l'empirie — et les sciences humaines elles-mêmes tendent à adhérer massivement à ce paradigme — prétendent détenir sur la scientificité. Tout en défendant avec force la place des sciences biomédicales exactes à l'intérieur du champ de la psychiatrie, Conrad y promeut le développement d'une science phénoménologique qui, de façon spécifique, porte sur le « phénomène psychique » (phénomène à l'élucidation duquel la psychologie même semble avoir renoncé aujourd'hui). Or, qu'est-ce que le « psychique » ? Pour Conrad, le *vivre* ou l'*expérience vivante* (*Erleben*) représentent le phénomène psychique par excellence ; ils sont en quelque sorte la manifestation de la *psyché* opérante ou en état de fonctionnement.

Or, deux articulations caractérisent le « vivre ». D'une part, de façon tout à fait analogue au fonctionnement biologique, il est à la fois structuré *et* singularisé. Il se réalise suivant un nombre fini de formes matricielles trans-subjectives (expérience perceptive, remémorative, volitive...); et chaque vécu singulier est l'une des variations infinies permises par le nombre fini de ces formes qui composent le système de l'expérience vivante. D'autre part, le vivre est toujours à la fois propre (vécu par un « sujet », fût-il inconscient comme dans l'expérience onirique) *et* ouvert sur une altérité avec laquelle ce sujet échange. Le phénomène psychique, en ce sens, ne peut aucunement se réduire à cet *abstract* que l'on nomme l'« intra-psychique ». Fondamentalement intentionnel, il a la structure d'un *rapport* (rapport d'un *Je* à un environnement, aux autres et à soi-même).

La tâche d'une approche phénoménologique en psychiatrie est, en ce sens, d'analyser les formes d'expérience vivante qui caractérisent les différentes pathologies et qui constituent ce que l'on peut appeler leur *structure pathique* spécifique.

Or, l'accès à l'expérience vivante dont le psychiatre dispose passe nécessairement par la rencontre et le dialogue avec le patient. L'élucidation du vécu ne peut s'opérer que sur la base d'un échange intersubjectif. La méthode de la psychopathologie phénoménologique que Conrad promeut est une méthode essentiellement *clinique*, qui ne repose pas sur la seule « observation » du malade, mais implique l'instauration d'un espace de parole auquel le patient puisse se fier.

Qu'est-ce que l'analyse de Conrad indique enfin quant à l'art de nouer une relation thérapeutique avec la personne atteinte de

schizophrénie ? Cette dernière, telle est la thèse de l'auteur, atteint « le noyau le plus central du vivre⁴¹ » : le *Je* et sa possibilité constitutive de « transcendance » ou d'accordage à la perspective de l'autre. Le psychiatre peut se contenter de diagnostiquer la défaillance de cette possibilité et de la confirmer. Il peut aussi la considérer comme un phénomène intersubjectif dont il s'estime partie prenante. Dans ce dernier cas, l'on pourrait dire, en se référant à l'étude de Conrad, qu'une double tâche lui incombe. Il importe d'une part qu'il cherche à *comprendre* ce qu'il y a de « fou » dans la conduite et les expressions du patient en réinsérant ces moments, à titre de moments signifiants ou en quête de sens, dans la trame d'ensemble de son expérience vivante. Il importe d'autre part qu'il agisse de sorte à favoriser ce « renversement copernicien » qui consiste non seulement pour le patient à se reconnaître lui-même comme atteint, transformé ou malade, mais aussi et surtout, à *faire sien* ce qui lui arrive à titre de procès « externe » ou anonyme, c'est-à-dire à se réapproprier son histoire en cours.

Entretenir une relation signifiante avec le patient schizophrène qui, intersubjectivement, vit dans la « cassure » et dans l'exil du sens commun exige ainsi, de la part du thérapeute, un art particulier de mobiliser ce que Conrad nomme la variation des systèmes de référence. Il revient en effet au thérapeute de transcender lui-même le sens commun et sa force de gravitation en un acte d'intelligence empathique à l'égard de la singularité de l'expérience vivante du patient, et de tenter de renouer, autant que faire se peut, la trame déchirée de cette expérience à la trame d'un monde partagé.

Michèle GENNART, Fernand SEYWERT

41. *DbS*, p. 161.

BIBLIOGRAPHIE CHOISIE

Michèle GENNART, « La dimension esthétique de la rencontre. À propos de l'immédiateté de la présence corporelle » in Raphaël CÉLIS, René BRISART (éds.), *La voix des phénomènes. Contribution à une phénoménologie du sens et des affects*, Bruxelles : Publications des Facultés Universitaires Saint-Louis, 1996.

Marco VANNOTTI, Michèle CÉLIS-GENNART (éds.), *Malades et familles. Penser la souffrance dans une perspective de la complexité*, Genève : Médecine et Hygiène, 1998.

Michèle CÉLIS-GENNART, « La dimension provocante de la douleur : du trouble somatoforme douloureux à une approche phénoménologique de la maladie », in *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 119 (1999).

Michèle CÉLIS-GENNART, Marco VANNOTTI, *L'expérience intersubjective de la maladie chronique. Ces maladies qui tiennent une famille en haleine*, Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé, 52), 2000.

Marco VANNOTTI, Michèle CÉLIS-GENNART, « Modèle bio-psycho-social et maladie chronique. La dimension communautaire de la médecine entre individu, famille et société », in *Médecine et Hygiène*, 58 (2000).

Fernand SEYWERT, *L'évaluation systémique de la famille*, Paris : PUF - Nodules, 1990.

Fernand SEYWERT, « Pensée systémique et psychothérapies », in *Psychothérapies* (Genève), 1 (1994).

Pierre BOVET, Fernand SEYWERT, « La schizophrénie et son Spectre. Une perspective bleulérienne », in *L'information psychiatrique*, 5 (1995).

Fernand SEYWERT, « Hôpital psychiatrique et pensée systémique », in *Thérapie Familiale* (Genève), 18 (1997).

Fernand SEYWERT, « Comment psychiatres et entourage familial du schizophrène peuvent-ils vivre et travailler ensemble ? », in *Médecine et Hygiène*, 58 (2000).