



**HAL**  
open science

## Psychotherapy with complicated clinical cases.

Mareike Wolf-Fedida

► **To cite this version:**

| Mareike Wolf-Fedida. Psychotherapy with complicated clinical cases.. 2024. hal-04473924

**HAL Id: hal-04473924**

**<https://hal.science/hal-04473924v1>**

Preprint submitted on 22 Feb 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

## PSYCHOTHÉRAPIE DES CAS DIFFICILES. PERSPECTIVES PHÉNOMÉNOLOGIQUES

L'expression « anthropologie clinique » est liée aux travaux de Ludwig Binswanger et Viktor von Weizsäcker. Leurs oeuvres se sont consacrées à réinvestir le sens de deux domaines cliniques, la psychiatrie et la médecine. Ils s'inspirent principalement de M. Heidegger (l'ontologie), de M. Scheler (l'empathie) et de K. Jaspers (la compréhension prévaut l'explication). Leur conception de l'anthropologie en référence à la philosophie d'orientation phénoménologique a créé deux courants nouveaux : l'analyse existentielle (L. Binswanger) et l'anthropologie médicale (V.v. Weizsäcker).

### *a) Historique et fondement d'une anthropologie clinique*

Dans *Formes fondamentales et connaissance de l'existence humaine* (1962)<sup>1</sup>, L. Binswanger construit sa conception anthropologique en référence à Goethe et Dilthey (pour la conception de l'unité de la *Gestalt*), à la phénoménologie de Husserl et l'ontologie de Heidegger.<sup>2</sup> L'anthropologie se définit selon lui comme la doctrine de l'existence humaine.<sup>3</sup> Le passage entre le « tu », le « je » et le « nous » évoque nécessairement pour lui une position par rapport à « l'amour ». Il caractérise et développe les possibilités de la connaissance de soi (*Eigenerfahrung*) et de l'autre jusqu'à l'expérience de ce qui est étranger (*Fremderfahrung*<sup>4</sup>, le soi à travers l'autre ou le soi comme étranger). La confrontation avec le monde est en même temps une prise de position avec le monde environnant, son monde propre et le monde avec soi (*Um-, Mit-, Eigenwelt*)<sup>5</sup>. Pour la psychothérapie le passage de « l'homme d'à côté » (*Nebmensch*) à « l'homme-avec » (*Mitmensch*) est important.

L'auto-observation (observation de soi), excessive dans les configurations psychopathologiques, a pour effet qu'un homme se regarde comme « l'homme d'à-côté » (jusqu'à la dépersonnalisation, se sentant persécuté et toujours accompagné d'une forte angoisse). Tant qu'il ne peut pas intégrer son rôle et se vivre en paix, il ne pourra pas devenir « l'homme-avec ». Il ne pourra pas trouver la tranquillité en vivant avec son prochain ou faire

---

<sup>1</sup> Traduction personnelle de l'ouvrage non traduit : L. Binswanger, *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*, München, Ernst Reinhardt Verlag, 1962.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p.632/633.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 425.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p.483.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 350.

comme s'il était proche de lui-même. Les deux sont liés : celui qui se sent mal à l'aise, se trouvera ainsi également avec l'autre. Le prochain ne sera pas « proche », mais il sera vécu (*erlebt*) comme un intrus. Les relations sociales détendues avec le prochain, notre semblable, s'établissent en se reconnaissant en lui. Par exemple, l'acte de pardonner implique la reconnaissance à travers l'autre de ses propres imperfections. La capacité de pardonner est aussi une manière de se rapprocher de soi-même. Quand on cherche à comprendre l'autre, on apprend toujours sur soi, comme à l'inverse une meilleure connaissance de soi ouvre les portes aux relations avec les autres. Ce renversement de perspective est à la base de tout travail psychothérapeutique. La notion d'anthropologie clinique intervient dans ce passage fondamental où l'homme malade est aussi dépaycé par sa façon de vivre qu'on imagine des voyageurs face à une tribu inconnue.

En citant le travail de H. Maldiney, L. Binswanger donne des exemples provenant de la langue française pour décrire de manière juste le rapport au monde : « la prise » avec un double sens, « appréhender » plus adhésif, « saisir à » ou « la saisie » énergétique, « agripper » soudain et évoquant « griffes », « s'emparer » se donner un pouvoir. La prise est une forme aussi fondamentale que l'expérience de la chute et de l'ascension.<sup>6</sup>

En 1936 déjà, dans « La conception freudienne de l'homme à la lumière de l'anthropologie », Binswanger loue l'intelligence de Freud pour avoir édifié « l'histoire de vie interne ».<sup>7</sup>

« Nous avons donc à distinguer dans cette doctrine entre *l'homo natura* au sens de l'homme originel « naturel » de l'histoire de l'humanité et *l'homo natura* au sens de l'homme originel naturel de l'histoire de vie individuelle, du nouveau-né. »<sup>8</sup>

Tout d'abord, l'homme originel est une idée comme l'est le nouveau-né. La théorie freudienne inspire à Binswanger quatre sortes de significations pour l'anthropologie : tout d'abord que l'expérience de l'homme obéit à un ordre, à condition de soumettre tous les domaines de son être à un principe d'ordonnance unitaire. Puis, l'homme dépasse la machine en prenant position à l'égard de lui-même. Il a la liberté qui va de la passivité à la spontanéité de l'existence. Ensuite, il est face à l'échec du mécanisme comme lors du principe de répétition. Enfin, il se trouve confronté à la pulsion et l'urgence de vie.<sup>9</sup>

La considération de « l'historicité de la pulsion sexuelle et ses rejetons »<sup>10</sup> dans un projet de « guérir » est d'une portée pour la psychologie médicale.<sup>11</sup> Binswanger évoque ses souvenirs du travail avec Freud au sujet des hystériques en parlant du rôle de la sexualité tout comme v. Weizsäcker dans son

---

<sup>6</sup> *Ibid.*, p.15/16.

<sup>7</sup> In L. Binswanger, *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne. Discours, parcours et Freud*, Paris, Gallimard, 1970, p. 211.

<sup>8</sup> *Ibid.*, p. 205/206.

<sup>9</sup> *Ibid.*, p. 222-224.

<sup>10</sup> *Ibid.*, p. 211.

<sup>11</sup> *Ibid.*, p. 208 sq.

chapitre « Sur l'anthropologie médicale » en 1927<sup>12</sup> dans lequel il commence par une anecdote (Binswanger a été le cadet de Freud de vingt-cinq ans, v. Weizsäcker de trente ans) : Freud raconte dans son autobiographie de 1914 que Charcot lui a fait remarquer que chez les hystériques « tout se ramène toujours, toujours au sexuel ». Il s'est alors demandé pourquoi Charcot ne le dit pas plus clairement. V. Weizsäcker enchaîne que Freud, à son tour, lui fait part qu'il a souvent observé qu'une névrose guérit spontanément suite à un malheur qui est arrivé au malade. Alors à v. Weizsäcker de se demander pour quelle raison celui-ci ne l'a pas dit plus explicitement.

Cette anecdote oriente v. Weizsäcker vers l'importance de l'association entre la médecine et la philosophie pour que le médecin considère l'homme dans l'ensemble de son histoire. Le souci de la globalité fait que v. Weizsäcker se tourne vers l'anthropologie publiant *Gestaltkreis*<sup>13</sup>, préoccupé tout comme Binswanger par la *Gestalt*.

« Il semblerait que dans les sciences il existe une sorte de loi qui consiste à ce qu'une époque ne dit qu'une seule chose, et l'autre qu'elle sait aussi bien, elle omet d'en parler », critique v. Weizsäcker.<sup>14</sup>

Selon lui, le grand événement de la médecine des trente dernières années était la psychothérapie. Comme il en parle en 1927, compte tenu des dates, cela nous ramène à 1897, la découverte de la psychanalyse. Il souligne à partir de la remarque confiée par Freud que finalement de compte toute thérapeutique touche à un conflit lié à l'existence et surtout à la menace de celle-ci. De ce fait, les mesures thérapeutiques ont davantage besoin d'être développées dans ce sens. L'être humain est fait pour la sociabilité, alors confronté à l'isolement, à la dévalorisation ou à l'incurabilité, la théorie se trouve devant un véritable défi et elle doit se mobiliser<sup>15</sup>. Le médecin et le malade feraient partie d'un cercle de la forme (*Gestaltkreis*) où le processus de devenir malade et de guérir obéit à un perpétuel renouvellement<sup>16</sup>. L'anthropologie médicale résulte de cette conjonction entre la médecine et la prise en compte de son existence (dans le sens psychanalytique et philosophique) d'après v. Weizsäcker.

Les références à l'Antiquité chez Binswanger et v. Weizsäcker fondent une autre similarité pour installer une anthropologie clinique par la façon de concevoir le début de toute recherche, d'interroger la provenance du savoir et d'examiner les conditions du passage entre le savoir et la théorie. Si les orateurs grecs savent toujours nous toucher aujourd'hui, c'est que leur discours touche au plus profond de l'existence humaine en saisissant les problèmes fondamentaux. Quand il est question de *l'homo natura* ou de l'Antiquité, de prime abord il

---

<sup>12</sup> Traduction personnelle « Über medizinische Anthropologie », in V.v. Weizsäcker, *Gesammelte Schriften* 5. *Der Arzt und der Kranke. Stücke einer medizinischen Anthropologie*, Frankfurt/M., Suhrkamp, 1987.

<sup>13</sup> Traduction « Cercle de la forme », traduit par M. Foucault et D. Rocher par *Le cycle de la structure*, Préface H. Ey, Desclée de Brouwer, 1958.

<sup>14</sup> *Ibid.*, p.178.

<sup>15</sup> *Ibidem*

<sup>16</sup> *Ibid.*, p. 189- 193.

s'agit de l'idée qu'on s'en fait et celle-ci est au besoin à réajuster - en passant par la conception de la *tabula rasa*, s'il le faut.

### *b) La dimension anthropo-phénoménologique dans l'accompagnement psychothérapique*

Si nous remontons à aujourd'hui, c'est-à-dire soixante-dix ans à quarante-cinq ans après ces publications que nous venons d'évoquer, à l'égard de leurs préoccupations, on peut se demander comment définir l'époque dans laquelle nous vivons. L'usage du médicament psychotrope est devenu tellement courant pour la psychose, la dépression et aussi la névrose - en fait pour tout - même pour les enfants. Les médecins n'ont pas le temps d'écouter le discours sur des douleurs diffuses et indéfinissables (de leur point de vue). L'usage de la médecine prescriptive coupe court à toute relation entre le médecin et son patient. Les réactions du patient paranoïaque reflètent ce rapport par la caricature : pour savoir ce que son médecin pense vraiment de lui, il étudie les effets secondaires indiqués sur la fiche accompagnant l'emballage du médicament. Cette fiche est plus importante pour le patient que le médicament - qu'il ne prendra probablement jamais - parce que celle-ci lui révèle ce que le prescripteur pense de lui. L'interprétation de la prescription permet - à ses yeux - de révéler la vérité sur l'image que le médecin se fait de lui. Ceci intéresse le patient paranoïaque beaucoup plus que la prise du médicament.

L'investigation anthropologique revient sur le devant de la scène et les écrits phénoménologiques sont loin de passer pour démodés. Au contraire, les jeunes cliniciens en formation s'y intéressent davantage en y voyant des réponses aux questions qu'ils se posent eux, mais que les formations n'abordent plus aujourd'hui.

Tandis qu'en France, il existe le débat médiatisé sur la psychothérapie, car la loi autour des remboursements des soins s'établit à travers une grille de lecture de statistiques sur l'efficacité et sur la rapidité, les fondements théoriques de la psychothérapie sont tombés complètement dans l'oubli. La clinique se veut a-théorique selon les prétentions du DSM IV. C'est comme si le système de soin est devenu autonome se basant sur un raisonnement socio-économique tout en oubliant celui qui est soigné : l'homme dans sa dimension anthropologique.

Le patient ne s'y trompe pas ! La psychothérapie accueille de plus en plus de patients qui ne veulent plus rien savoir du discours prescriptif d'une consultation en psychiatrie (bien qu'elle soit remboursée à 100%). Ils cherchent de l'écoute - tout autant que les psychiatres eux-mêmes se formant à la psychothérapie. La perspective phénoménologique a donc tout à gagner à affronter l'exigence de la modernité des discours. Ou pour donner encore une

fois la parole au patient paranoïaque : « à ne jamais écouter le malade, on l'assassine avec la boîte de médicament. »

Du temps de Binswanger et v. Weizsäcker, la dimension anthropo-phénoménologique s'est imposé en psychiatrie et dans la prise en charge médicale (voire même la conception de l'assurance maladie en Allemagne). Aujourd'hui, il faudra définir ce qu'on convient d'appeler « les cas réputés difficiles » pour la psychothérapie en général. En effet, depuis les années trente, la situation clinique a évolué, les notions en psychopathologie se sont transformées à travers les avancées en médecine et un discours médical s'impose de plus en plus à la psychologie pour l'aligner à ses critères.

Je propose quatre groupes de « situations cliniques difficiles » dont l'approche anthropo-phénoménologique est indispensable :

1. Les maladies graves à cause

- a) de l'état chronique
- b) de l'issue mortel

et leurs impacts sur la vie psychique.

L'état chronique d'une maladie modifie peu à peu la personnalité et le vécu du quotidien pèse sur la subjectivité jusqu'à l'écraser. Tout comme la maladie dont l'issue est diagnostiquée comme mortelle, l'état chronique provoque soit une abolition de la subjectivité, soit un excès de celle-ci. La personne perd les repères de ce que fût l'image d'elle-même. La dimension existentielle permettra de « renouer avec le soi perdu » et de négocier son image.

2. L'âge critique

- a) le jeune enfant
- b) la crise d'adolescence
- c) le vieillissement

Ces trois âges critiques (auxquels on peut rajouter la crise de la quarantaine et les événements de vie mal vécus : deuil, divorce, accidents, chômage, etc.) influencent sensiblement le vécu psychique. Tout travail psychique nécessite ici, plus que dans d'autres cas, d'élaborer le passage, un changement au sens de la maturation pour sortir de la crise. Dans le cas échéant, la psychothérapie risque de réconforter le patient dans son attitude régressive – puisque toute psychothérapie provoque aussi une régression. L'approche existentielle permettra de prendre davantage conscience que la psychothérapie s'insère dans une sorte de « rite de passage » .

3. Les maladies résistant à la représentation

- a) borderline, état limite
- b) maladie neurologique, génétique, organique (défaillance)

Un mauvais diagnostic ou un clinicien qui fait sentir à son patient qu'il a une certaine idée de sa maladie, alors qu'il n'en sait rien, puisqu'il existe des configurations où la personne la plus compétente peut se tromper, risque d'induire la dépression ou la dépersonnalisation chez le patient. Mieux vaut se placer d'un point de vue anthropologique et découvrir avec le patient les différents aspects de sa manière d'être (« comment allez-vous ? » en français, donne « comment vous trouvez-vous ? », en allemand. *Sich befinden* contient le verbe *finden* (trouver), donc quand le thérapeute demande comment ça va, l'allemand souligne l'intérêt pour la manière de « se trouver ». En avançant avec des hypothèses, les risques sont moins grands et font moins mal que les certitudes.

Bien qu'on avance dans la connaissance des maladies grâce aux nouvelles technologies, le vécu du patient restera toujours naïf et subjectif. La distinction que L. Binswanger établit entre « histoire de la maladie » et l' « histoire du malade » est particulièrement utile dans ce champ.

#### 4. La supervision

- a) recours à un tiers pour permettre une autre lecture d'un cas
- b) le travail en binôme pour différencier les places d'identification
- c) individuelle auprès d'un collègue pour mobiliser les références théoriques.

Le cas clinique est toujours une construction de celui qui l'a observé. C'est d'autant plus important de recueillir plusieurs points de vue. L'optique anthropologique permet souvent de décroiser les disciplines et l'opposition entre les courants. La dimension anthropo-phénoménologique crée souvent un consensus pour repartir dans des nouvelles considérations par rapport à la lecture d'un cas. Ceci est très utile dans différentes situations de supervision, soit dans la discussion d'un dossier en vue de la suite à donner pour le traitement, soit d'être à deux (binôme) en présence du patient et de lui faire entendre plusieurs points de vue. Enfin, l'activité clinique au fil des années demande à se régénérer, se réinventer dans la clinique et de réinterroger ses représentations de la maladie. La dimension de l'anthropo-phénoménologique permet de faire une introspection personnelle et de réfléchir sur les motivations pour exercer ce métier. Quand la confrontation à la répétition ou la fatalité d'une maladie devient épuisante au point de puiser dans ses propres ressources et mettre en péril son propre équilibre psychique, cette approche permettra de sortir de l'enfermement de soi (et du patient) dans des représentations. Elle replacera la clinique dans un ensemble dont elle fait partie.

#### *c) Une illustration clinique*

Il aurait fallu écrire un manuel pour détailler tous les cas de figure énumérés ci-dessus avec des exemples. Je me contenterai ici de donner simplement un aperçu de la clinique sous l'aspect anthropologique dans la psychothérapie avec un patient psychotique. Après tout, le patient psychotique est l'ancêtre de l'approche phénoménologique, tout comme l'hystérique restera la patiente mythique de la psychanalyse. On remarque aussi que Binswanger a intitulé son approche l'« analyse existentielle » selon le modèle de la « psychanalyse » (*Psychoanalyse*) - les deux méthodes thérapeutiques ne revendiquent pas être une doctrine et se placer du côté du *logos*. L'intitulé « analyse » suggère un processus en cours qui, une fois déclenché, ne s'arrêtera probablement jamais chez la personne pour devenir un mode de fonctionnement. Hormis les mélancoliques, personne, ayant compris comment s'en servir, ne sacrifiera la vivacité de sa propre vie psychique en laissant tomber la dimension existentielle ou l'interprétation.

Je propose donc quelques illustrations cliniques lors de la psychothérapie d'un malade psychotique. Tout malade psychotique illustre d'emblée quelques vérités concernant la cohabitation des êtres humains : 1° l'être humain ne peut pas être conçu comme un « célibataire psychique », même s'il vit seul. Il est toujours devenu ce qu'il est en fonction de ce qu'il a vécu et de l'entourage actuel ou fantasmé. Dans la psychose, l'autre est trop présent, c'est pour cela que la maladie l'éclipse. 2° Un « couple » est toujours « mixte », dans le sens du choc entre deux cultures ; même la provenance géographique semblable n'assure pas pour autant l'identité des perceptions chez deux personnes. La façon dont un individu se vit dans la famille et comment il s'y conçoit varie sensiblement d'un membre à l'autre à l'intérieur d'une seule famille. Anna Freud<sup>17</sup> a fait cette remarque au cours de sa correspondance faisant état de la stupéfaction suivante : des enfants d'une même famille peuvent vivre des choses si différemment que l'on finit par douter du fait qu'ils eussent été élevés ensemble. Et elle en parlait en son propre nom au sujet de sa fratrie !

Le patient que je vais citer ici est déjà âgé et il a été sous médicament (diagnostique schizophrénie paranoïde) depuis 30 ans. Il a fallu qu'il soit à la retraite, qu'un médecin lui dise qu'à son âge ce n'est plus la peine de renouveler la prescription et qu'il me soit présenté par hasard dans la vie courante pour qu'il décide de faire une psychanalyse (enfin, ce qu'il y entend !). Car pour la première fois dans sa vie, selon lui, il rencontre quelqu'un qui l'écoute. Le refus des psychiatres de l'écouter qu'il a rencontré - parce que ce n'est que du délire - se perpétue chez sa propre femme et ses enfants. Cette attitude à son égard le mine depuis des années jusqu'à vivre par moment l'anéantissement. Il vit le regard de l'autre sur lui comme un « arrêt de mort ».

Cette façon d'anticiper sa « disparition » se traduit par sa prononciation. Celle-ci ressemble d'abord à un grommellement (*nuscheln*, en allemand, cette

---

<sup>17</sup> Young-Bruehl E., *Anna Freud*, Londres, Macmillian Press, 1988 ; trad. franç., Paris, Payot, 1991.



onomatopée rend bien ce que l'on entend chez lui) qui finit par des hurlements pour s'assurer qu'on l'entend parler. Puis, il se calme. Chaque séance commence obligatoirement par cette étape jusqu'à ce qu'il se sente rassuré d'être écouté de façon calme et constante. Il m'a dit lors du rendez-vous préliminaire à la psychothérapie qu'on lui reproche d'être incompréhensible. Comme le français n'est pas ma langue maternelle, ce genre de réflexion me culpabilise facilement, de crainte de l'entendre encore moins bien que son entourage français. Mais, j'ai dû me rendre à l'évidence que je comprends tout à fait ce qu'il dit. Cela donne l'étrange impression de certaines copies à corriger dont le graphisme est illisible. On se dit que l'on n'arrivera jamais à déchiffrer quoi que se soit et soudainement tout devient lisible. Le lecteur « rentre » dans l'écriture. Le fait de l'écouter relevait de la même démarche : je doutais des fois si le grommellement est une langue étrangère, puis, l'écoute m'absorba alors tout en effaçant mon doute.

Aussi banal que cela puisse paraître, le fait qu'il vienne parler plusieurs fois par semaine et que quelqu'un l'écoute, se révèle être pour lui une expérience qui l'a bouleversé, émerveillé et dont, comme il m'a prévenu, il ne se lassera jamais. Car, il a du temps à rattraper. Il découvre qu'il a quelque chose à dire et qu'il est intéressant. Sa découverte est d'autant plus surprenante qu'il a su occuper un poste de haute responsabilité tout en étant médicamenté.

Mais, il n'est pas rancunier pour autant de cette écoute tardive et du temps éventuellement perdu. Il m'a dit qu'on peut uniquement faire une psychanalyse à la retraite ! Que des gens puissent faire cela avant ou après le travail ou à l'heure du déjeuner, il tient cela pour une invention ! Il me l'a dit, je le cite. Evidemment, je ne me prononcerais jamais à ce sujet. Je ne suis pas là pour le convaincre ni dans un sens ni dans l'autre.

Quand je pense qu'il existe des débats sur l'âge limite de tout traitement psychique, que Freud a considéré qu'il était lui-même trop vieux à quarante ans (alors qu'on considère aujourd'hui que c'est l'âge où on commence à profiter de la vie) et que la personne âgée a trop à raconter pour que cela ne vaille encore la peine de commencer ! Mon patient justement, au début, au lieu d'aller droit au but – puisqu'il avait tellement à raconter – m'a décrit minutieusement la formation géologique de la région où il est né ! Cette sédimentation psychique a trouvé sa métaphore dans la géologie. Cela fait penser à la théorie des lieux que P. Fédida développe pour la vie psychique.<sup>18</sup> Il y est notamment question de sédiments et de l'ère glaciaire de l'affect.

Pour des soucis d'anonymat, je ne pourrais pas donner les noms des villages dans lesquelles se joue son histoire familiale. Ces noms sont étranges, car ils se condensent autour du brûlé et du cramé à se demander si ces noms ne seraient pas devenus signifiants et ainsi constitutifs à sa psychose. Soit dit en passant, je ne suis pas dupe de sa psychose et je ne suis pas sûre que cela aurait été aussi aisé de faire une psychothérapie il y a vingt ans – puisqu'il avance lui-

---

<sup>18</sup> Ce qui fait penser à la théorie des lieux psychiques que Pierre Fédida développe dans *Le site de l'étranger*, Paris, PUF, 1996.

même son incrédulité vue l'activité professionnelle. Il aurait été certainement trop angoissé. Qui sait ?

Rappelons aussi que pour Freud l'angoisse est le noyau de toute névrose<sup>19</sup>, une raison de plus pour que le noyau de toute psychose soit une grosse angoisse. Si on résume caricaturalement l'approche anthropo-phénoménologique à l'écoute empathique sensibilisant le patient à s'intéresser à son vécu - et je trouve ce défi de livrer la réflexion à une description caricaturale intéressant-voici ce qui en ressort sur le plan anthropologique quand on « écoute » son patient :

- le patient s'épanouit au fil de ses séances, rassuré que plus rien ne pourra lui arriver ou lui échapper. Il se met aussi à l'écriture.
- l'épouse m'accuse de charlatanisme, car selon elle il est inimaginable qu'il y ait quelque chose à écouter chez son mari : il serait insensé. Elle monte les enfants contre moi.
- les enfants (36 ans et 38 ans) ne reconnaissent plus leur père, surpris de le découvrir doté d'une certaine « vivacité d'esprit ». Il fait de l'esprit, mais ils n'arrivent pas à le trouver drôle. Ils ne rient pas. Le fonctionnement de leur père leur est complètement inconnu puisqu'ils l'ont toujours connu médicamenté, donc inhibé.

Il était devenu indispensable de recevoir d'abord les deux enfants ensemble complètement paniqués par les récits de leur mère. Puis, j'ai reçu l'épouse, donc la mère. Il s'avère que les enfants s'étaient créés un fantasme sur la psychose de leur père craignant qu'il eût pu devenir violent. Les deux enfants m'ont demandé s'il y avait un risque qu'il attaque les petits enfants (leurs enfants) avec un couteau ! Je leur ai demandé si leur père a déjà manifesté de la violence, en les battant, par exemple. Ils le nient et réalisent que jamais leur père a été impatient ou violent. Bien au contraire, il a été très patient, par exemple, en les aidant dans les devoirs scolaires. Alors pourquoi ce fantasme ? Ils ne le s'expliquent pas et deviennent assez penauds. Ils réalisent peu à peu qu'il n'a pas été normal que la mère « porte le pantalon » à la maison et qu'il n'y a jamais eu de dispute conjugale grâce aux médicaments. Ils partent songeurs par rapport à leur propre ménage respectif.

L'épouse me fait comprendre lors de sa consultation que les années les plus heureuses avec son mari, sont celles durant lesquelles il a été sous tel et tel médicament. Elle le tient pour fou et dangereux. Je lui demande ce qu'il pourrait bien faire ? Violer les petits enfants, répond-elle spontanément ! Voici donc un autre fantasme sur sa maladie. Elle m'apprend également qu'elle n'est pas « portée sur la chose » et l'arrêt du médicament lui donne des désirs complètement inutile à son âge. Elle considère qu'il est dérégulé. Je lui demande

---

<sup>19</sup> Freud S., « Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de « névrose d'angoisse », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.

également si son mari s'est déjà montré violent à son égard. J'en ai profité pour vérifier les dires de son mari quelques séances auparavant au sujet de la violence de sa femme qui le tape de temps à autre parce qu'il l'énerve. Elle avoue d'elle-même l'avoir frappé dernièrement. Un long silence suit. Puis, elle surenchère sur le non-sens d'un trauma psychique chez lui. Je lui ai fait remarquer que les « accidents » répétitifs dans la famille de son mari seraient assez préoccupants. Elle riposte aussitôt qu'elle ne voit pas le rapport, car son mari n'aurait jamais eu d'accident. J'ai marqué un silence comme si cela m'avait coupé le souffle. Effectivement, son mari a été victime d'un accident grave de la circulation comme sa sœur bien-aimée ce qui a été un facteur dans le déclenchement de sa maladie. Elle a sursauté soudainement se rappelant justement de ce fait, puis, elle a commencé, à partir de ce moment-là, de comprendre que son mari possède une vie psychique, mais qui lui est insupportable. Elle trouve sa vie intérieure trop encombrante.

Mon patient n'a pas été au courant de ces deux rendez-vous avec ses enfants et sa femme. Ceux-ci avaient finalement assez de bon sens ou de culpabilité pour réaliser que cette information pourrait le perturber dans sa psychothérapie. Ceci était en même temps une façon de reconnaître l'effet bénéfique de la psychothérapie de leur père – pour lui, mais aussi pour eux.

Depuis ces rendez-vous de mises au point, il y a eu des changements positifs chez les enfants (plus affirmatifs dans leur choix de vie, au travail, au domicile, etc.) et l'épouse (prenant le temps de consulter pour s'occuper de sa santé, acceptant davantage d'avoir des rapports sexuels avec son mari). Au fil du temps le couple se soudera, faisant une acquisition immobilière et prenant l'habitude de faire des voyages d'agrément.

Encore une remarque : au fur et à mesure des séances de la psychothérapie, j'apprends que l'épouse dort depuis toujours avec un couteau (sabre) du côté de son lit de crainte que quelqu'un pénètre dans l'appartement pour l'étrangler. Elle a été victime d'un abus sexuel de la part d'un oncle à 8 ans. On verra donc un lien entre sa phobie du sexuel, le fantasme des enfants (l'attaque au couteau) et l'impossibilité de gérer le désir sexuel du mari.

En conclusion, on peut dire que peu à peu, la psychothérapie du patient a provoqué un changement au sens anthropologique du terme dans cette famille, ayant permis à chaque membre d'explorer ses propres sphères du vécu et de respecter celles des autres. Finalement, quand on parle de « la » psychose, l'approche anthropo-phénoménologique révèle que ce vécu retentit sur toute la famille : les défenses contre les fantasmes, la rigidité d'esprit, affectant les uns et les autres. La psychose se révèle ainsi comme étant entretenue par les membres de la famille, organisant le tissage relationnel.

Ce genre de considérations est aussi valable dans d'autres pathologies difficiles. Je pense, par exemple, à la psychothérapie de la dépression. La perspective anthropo-phénoménologique éclaire les contradictions de cette

pathologie. Le terme « dé-pression » laisse entendre un détachement par rapport à la pression. Le préfixe « dé » (*ent* en allemand, par exemple, *entdecken* signifie « découvrir ») suggère une désinhibition, car le déprimé n'est plus sous pression. Mais, il s'agit du contraire, loin d'être désinhibé, le malade est inhibé et prisonnier de lui-même – et cela à cause de la pression qu'il sent sur lui. Il est littéralement écrasé par les attentes – sans prendre en compte que c'est lui-même qui les imagine. Le poids ressenti est tel que la moindre tâche à accomplir est perçu comme si on lui demande de déplacer une montagne. On dit le patient déprimé, car il se voit de manière négative. En effet, il n'est pas « primé ». C'est comme s'il avait échoué à un concours – celui du savoir vivre.

Le travail psychothérapeutique avec cette perspective anthropologique éveille la curiosité du patient. Il est très intéressant de comparer comment ces manières de se vivre se transmettent en famille. Un patient « dé-primé » qui change et manifeste le goût à l'activité, transforme son entourage de façon surprenante.

Enfin, toute activité clinique touche toujours à la représentation de celle-ci, la perspective anthropologique ne devrait jamais en être exclue !