

PSYCHOTÉRAPIE DE L'ESPACE VÉCU : UN CONCEPT PHÉNOMÉNOLOGIQUE ET ÉCOLOGIQUE¹

Thomas Fuchs²

Introduction

À première vue, la phénoménologie semble être une méthode plutôt contemplative et philosophique, peu utile au psychothérapeute désireux de promouvoir le changement chez son patient. À cette fin, le thérapeute s'appuiera généralement sur des techniques et des modèles explicatifs psychodynamiques ou comportementaux bien connus. La phénoménologie n'offre ni explications causales ni techniques thérapeutiques, il semble donc que les thérapeutes pourraient tout aussi bien s'en passer. Dans cet article, je vais essayer de montrer le contraire. De mon point de vue, une attitude phénoménologique est indispensable si nous voulons acquérir une compréhension véritable et sans préjugé de l'expérience du patient. De plus, la phénoménologie offre une vision qui localise le trouble du patient, ni dans les circonvolutions cachées de son cerveau, ni dans les recoins cachés de sa psyché, mais dans le monde actuel de sa vie avec autrui, le monde de la vie (*Lebenswelt*) – et c'est, après tout, le seul monde dans lequel la psychothérapie est efficace. Au lieu de chercher des explications derrière les phénomènes, la phénoménologie peut aider le thérapeute à mieux percevoir et comprendre l'effet que cela fait d'être le patient et de vivre dans son monde. La phénoménologie n'est pas une approche principalement basée sur l'introspection et les états intérieurs, comme le voudrait un vieux préjugé³. Au contraire, elle surmonte la dichotomie de l'interne et de l'externe en mettant l'accent sur l'incarnation et le fait d'être dans le monde en tant que modes fondamentaux d'existence. Les expériences subjectives ne se trouvent ni « dans la psyché » ni « dans le cerveau », mais s'étendent sur le corps, l'espace et le monde d'une personne. En conséquence, les psychothérapeutes inspirés par la phénoménologie cesseront d'essayer de changer les états intérieurs du patient et se concentreront plutôt sur son *espace vécu*, c'est-à-dire sa façon pré-réflexive ou implicite de vivre avec les autres. Et ils utiliseront, en particulier, la relation thérapeutique comme un champ permettant d'étendre l'espace vécu du patient et de modifier ses schémas relationnels implicites.

Dans les sections suivantes, je décrirai d'abord le concept phénoménologique de monde et d'espace vécu de la personne. Ensuite, je passerai à la psychopathologie pour décrire les troubles mentaux comme divers types de rétrécissements ou de déformations de l'espace vécu du patient. Il importera tout particulièrement d'adopter une approche différente du problème de l'inconscient, que je considère non pas comme un compartiment interne de la psyché au sens psychanalytique traditionnel, mais comme une certaine manière de vivre sans être pleinement conscient – un angle mort dans l'espace vécu, pour ainsi dire. Dans la dernière partie, je décrirai le champ interactif de la psychothérapie comme une fusion partielle des horizons des mondes du patient et du

¹ Cet article est paru initialement en langue allemande dans *Psycho-Logik. Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur*, 1, p. 286-303. Nous publions cette traduction avec l'accord amical de la maison d'édition Verlag Herder GmbH, Freiburg i. Breisgau.

² Psychiatre et docteur en philosophie. Il est professeur de psychiatrie Klinik für Allgemeine Psychiatrie du Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Allemagne.

³ Husserl a explicitement démenti cette idée (Husserl E., *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*. III. Die Phänomenologie und die Fundamente der Wissenschaften. Husserliana V. Den Haag: Nijhoff, 1952, p. 38). Voir aussi Zahavi D., « Being Someone », *Psyche*, vol. 11, n°5, 2005 [<http://psyche.cs.monash.edu.au/>], p. 12ff.

thérapeute. Cette fusion élargit l'espace vécu du patient et peut l'aider à remodeler également ses relations avec les autres.

1. Le monde de la personne et l'espace vécu

Mon point de départ est un bref aperçu de la méthode phénoménologique développée par Husserl⁴. Le présupposé fondamental qui guide le phénoménologue est que chaque expérience implique plus qu'un simple fait objectif. À savoir, il s'agit d'examiner la *manière d'être* originale de ce qui est expérimenté et la *structure de l'expérience elle-même*, qui peut être découverte par la phénoménologie. La technique centrale utilisée à cette fin, également appelée *epoché* (suspension) par Husserl, implique la « mise entre parenthèses » de nos hypothèses courantes sur la réalité. Avant tout, il est essentiel de ne pas croire que seules les choses qui existent indépendamment de l'esprit ou du sujet sont réelles, c'est-à-dire le « monde extérieur » ou le « monde objectif ». Il est demandé de mettre en suspens ce que nous croyons « devoir » penser ou rencontrer, en particulier toute explication qui dérive les phénomènes de causes sous-jacentes (mécanismes, substrats) qui ne se trouvent pas dans ces derniers. Au lieu de cela, le phénoménologue analyse la manière dont le sujet conçoit le monde et la manière dont la relation entre le sujet et le monde doit être décrite. Ce processus de « réduction transcendantale » conduit à mettre en évidence les fondements originaires de notre expérience. Il fait remonter la constitution du soi et du monde jusqu'aux structures basiques de la corporéité, de la spatialité, de la temporalité et de l'intersubjectivité.

Si le psychiatre entreprend ce processus, il parvient à la dimension pré-réflexive de l'expérience, qui est affectée dans les troubles mentaux : elle comprend tout ce qui normalement n'est pas pensé ou visé de manière consciente, mais est implicitement vécu et inhérent aux manières habituelles que nous avons de traiter avec le monde et les autres. Les aspects centraux sont le corps vécu, l'espace vécu, le temps vécu et les modalités vivantes de la relation aux autres. La phénoménologie aide donc à explorer les mondes de l'expérience altérée qu'il serait impossible d'élucider en accumulant des données issues de la perspective en 3^e personne, *e.g.* les données sur les fonctions cérébrales. Comment le patient perçoit-il le monde ? Quel effet cela fait-il d'être dépressif ? Comment le temps vécu et l'espace vécu changent-ils pour la personne maniaque ? À quoi ressemble le monde pour le patient schizophrène, obsessionnel ou suicidaire ?

« Monde », bien sûr, ne veut pas dire quelque chose d'extérieur par opposition à l'intérieur, comme s'il s'agissait d'opposer le monde extérieur et le monde intérieur ou mental. Il s'agit plutôt de la totalité de la vie, d'une trame de sens dans laquelle l'expérience, la pensée et l'action d'une personne sont intriquées. Dans le même sens, nous parlons également du monde du nourrisson, du monde du fermier, du monde de l'homme à l'ère moderne, etc. Même si des mondes différents se chevauchent et se croisent chez chaque individu, c'est toujours dans un monde particulier et unique que l'individu pense, ressent et agit. Pour comprendre un individu, il faut entrer dans son monde et envisager son *horizon*, dans lequel tout ce qu'il fait a un sens, même si ce sens dévie de la normale, comme dans la maladie mentale.

Dans ce qui suit, je me concentrerai sur le concept phénoménologique d'*espace vécu*, bien que d'autres catégories, telles que la temporalité et l'intersubjectivité, soient certainement également importantes pour la psychopathologie et la psychothérapie. Le concept d'espace vécu remonte à la « topologie » ou à la « *field psychology* » de Kurt

⁴ Husserl E., *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*. I. Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie. Husserliana III. Den Haag, Nijhoff, 1950; Husserl E., *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*. III., *op. cit.*

Lewin⁵, et il a ensuite été remis au goût du jour par la psychologie et la psychothérapie écologiques⁶. L'espace vécu peut être considéré comme la totalité de l'espace qu'une personne « vit » et dont elle fait l'expérience de manière pré-réflexive, avec ses situations, conditions, mouvements, effets et son horizon de possibilités – c'est-à-dire, l'environnement et la sphère d'action d'un sujet incarné. Cet espace n'est pas homogène, mais est centré sur la personne et son corps, et est caractérisé par des qualités telles que le voisinage ou la distance, l'ouverture ou l'étroitesse, la liaison ou la séparation, la possibilité d'être atteint ou non, tout en étant structuré par des limites physiques ou symboliques établissant une résistance rigide ou élastique au mouvement. Il en résulte des domaines plus ou moins distincts, tels que son territoire personnel, sa propriété, son chez-soi, sa sphère d'influence, ses zones d'interdiction ou de tabou, etc. De plus, des « forces de champ » ou des vecteurs, tels que l'attraction et la répulsion, l'élasticité et la résistance, etc., imprègnent l'espace vécu. Des forces attractives ou aversives en compétition donnent lieu à des conflits typiques, qui peuvent être considérés comme des oppositions entre différentes directions de possibilité auxquelles la personne est confrontée. Ainsi, l'espace vécu offre différentes « valences », « relevances » ou « affordances » – pour utiliser le terme de Gibson – conformément aux motivations et aux potentialités d'une personne. Par analogie avec les champs physiques, il existe des effets de « gravitation » et de « rayonnement », causés par exemple par l'influence d'un autre significatif ou par un groupe social dominant, ainsi que des « courbures de l'espace » qui entravent les mouvements directs et spontanés, par exemple, autour des zones taboues pour la personne obsessionnelle ou autour des zones d'évitement pour la personne phobique.

À ce stade, nous avons déjà mis en évidence que le concept d'espace vécu ne doit pas être conçu comme statique, mais comme lié de manière dynamique au mouvement et au développement, c'est-à-dire au cours et à la temporalité de la vie. De plus, il est manifeste que l'espace vécu, comme la spatialité du *Lebenswelt*, est particulièrement façonné par les relations et les significations sociales. Pour clarifier cette dimension et éviter le risque de subjectivisme – comme si le sujet, dans son espace vécu, ne rencontrait que ses propres représentations et projections –, nous pouvons emprunter un terme à l'écologie biologique et caractériser l'espace vécu des personnes dans leur l'environnement comme étant une « niche écologique⁷ ». Par analogie avec la niche biologique ou l'habitat, il désigne la partie de l'environnement physique et social qui correspond aux dispositions de perception et d'action, aux motivations et aux intentions d'une personne. La niche personnelle comprend donc tous les objets vivants ou non vivants avec lesquels une personne échange activement et sur lesquels elle a une influence : sa famille, ses voisins, ses collègues, son domicile, son lieu de travail, ses produits, etc. Le cercle continu de rétroaction entre les actions d'une personne et les réponses de l'environnement peut être qualifié comme « l'activité répondue » (*responded activity*) de la personne⁸. On considère alors que la personne recherche et façonne un environnement qui réponde à ses actions et offre des valences correspondant à ses potentialités. La capacité d'une personne à

⁵ Lewin K., *Principles of topological psychology*, trans. by F. Heider, G. Heider, New York, McGraw Hill, 1936.

⁶ Barker R.G., *Ecological psychology. Concepts and methods for studying the environment of human behavior*, Stanford University Press, 1968 ; Gibson J.J., *The ecological approach to visual perception*, Lawrence Erlbaum Associates, 1986 ; Graumann C.F., *Oekologische Perspektiven in der Psychologie*, Bern, Huber, 1978 ; Willi J., *Ecological Psychotherapy. Developing by Shaping the Personal Niche*, Cambridge/MA, Toronto, Goettingen, Hogrefe & Huber, 1999.

⁷ Cf. Willi J., *Ecological Psychotherapy. Developing by Shaping the Personal Niche*, op. cit.

⁸ Cf. *Ibid.*

répondre de manière adéquate aux stimuli et aux exigences de son environnement, en particulier aux demandes des autres, peut être appelée sa « responsabilité ».

Les réponses les plus intenses et les plus stimulantes se produisent dans les relations familiales ou dans le couple. En général, l'individu tente d'établir une responsabilité mutuelle ou une « co-responsité » avec ses partenaires⁹. Par ce choix d'un certain environnement ou d'une niche, les personnes deviennent également les producteurs indirects de leurs propres développements¹⁰. Les êtres humains influencent le cours de leur vie et dirigent leurs développements en façonnant et en agissant sur leurs environnements, qui à leur tour réagissent sur eux. Le cours de la vie se développe comme un processus circulaire, guidé par son activité propre et les réponses de l'environnement. En résumé, le concept d'espace vécu et de niche personnelle exprime l'idée que le sujet et le monde n'existent pas séparément, mais se constituent l'un l'autre. Cela implique une « topologie existentielle », c'est-à-dire une matrice personnelle de significations et de relations, créant l'espace-temps existentiel avec ses courbures, ses gradients, ses barrières, etc. Selon ce concept, la subjectivité se diffuse dans l'espace et dans « l'existence » : la question « Qui suis-je ? » est inséparable de la question « Comment est le monde dans lequel je vis ? ». Ce monde est de nature essentiellement sociale : la responsabilité et l'affinité façonnent la structure interpersonnelle de l'espace vécu. Bien entendu, dans ce sens l'espace habité par un individu est invisible pour les autres. Nous ne voyons pas le voisinage ou la distance que les choses ou les autres personnes ont pour lui, nous ne percevons pas non plus les espaces libres ou les perspectives qui l'attirent, les barrières qui l'effraient, ni les forces psychologiques qui déterminent son comportement comme des champs de forces magnétiques. Néanmoins, pour comprendre une autre personne, nous devons connaître son environnement familial, sa sphère d'influence et ses divers rapports avec son environnement. De cette manière, l'objectif principal de la psychothérapie phénoménologique est « de pénétrer et de partager le monde de l'autre¹¹ ».

2. La psychopathologie comme rétrécissement de l'espace vécu

De ce point de vue, la psychopathologie peut être vue comme une *limitation ou une déformation de l'espace vécu de l'individu*, comme un rétrécissement de son horizon de possibilités, y compris celles de la perception, de l'action, de l'imagination, de l'expérience émotionnelle et interpersonnelle. Les différents types de troubles psychiatriques sont souvent le résultat d'une perturbation du cercle de « l'activité répondue », que ce soit du fait de l'éloignement de nos proches, de la perte de notre activité professionnelle ou, de manière générale, à cause d'une incompatibilité entre nos potentialités et les valences de l'environnement. Une fois formés, ces troubles inhibent à leur tour « l'activité-répondue » du patient, accroissent son égocentrisme et réduisent sa réactivité aux autres. La niche écologique devient rétrécie, fragmentée, ou encore inadaptée.

Ainsi, à titre d'exemple, il a été montré que les personnalités relevant du Type Mélancolique, c'est-à-dire les personnes prédisposées à développer une dépression sévère, présentent un espace vécu restreint. Ils se sur-identifient aux limites spatiales de leur habitat, à leurs rôles sociaux, à leurs responsabilités professionnelles ainsi qu'à leurs

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Lerner R.M., Bush-Rosnagel N.A. (éd.), *Individuals as producers of their own development. A life-span perspective*, New York, Academic Books, 1981.

¹¹ Margulies A., « Toward empathy : The uses of wonder », in *American Journal of Psychiatry*, n°141, 1984, p. 1025-1033.

relations privées¹². Ils vivent, pour ainsi dire, sous la contrainte d'une normalisation constante. Un écart significatif vis-à-vis de ces exigences rigides et de ces contraintes peut alors entraîner un trouble dépressif. Ce faisant, leur horizon de possibilités est déjà limité avant même l'apparition de leur première maladie. Dans la dépression elle-même, la restriction du corps vécu (inhibition, anxiété, perte de motivation) et la perte de toute résonance émotionnelle mènent à une perturbation profonde de la réactivité du patient et de ses interactions avec l'environnement¹³.

Prenons un autre exemple, quasiment opposé : les patients avec un Trouble de la Personnalité Limite sont gravement limités dans leur capacité à établir des attachements stables et fiables, ainsi qu'à adopter des identités types. Ils ne sont pas capables de construire une niche écologique continue « d'activité répondue ». Au lieu de cela, leur espace vécu est traversé par des impulsions émotionnelles intenses, c'est-à-dire par des vecteurs d'attraction et plus encore de répulsion, par lesquels ils sont constamment balancés d'avant en arrière¹⁴. Cela mène à une instabilité et à une fragmentation de l'espace vécu, avec de nombreuses perturbations des relations sociales, des projets et des carrières. Les patients limites sont, pour ainsi dire, jetés dans leur espace vécu, incapables de trouver à leur existence un sol ferme et un centre stable. De même, d'autres conditions psychopathologiques peuvent être considérées comme des perturbations de l'espace vécu¹⁵.

Phénoménologie de l'inconscient

En nous appuyant sur le concept d'espace vécu, nous pouvons aussi acquérir une compréhension phénoménologique de l'inconscient, particulièrement importante pour la psychothérapie. Les difficultés propres aux théories psychodynamiques traditionnelles de l'inconscient comme « grenier » sont bien connues ; elles décrivent ce dernier comme un niveau *souterrain* où sont rangées des entités sinistres de toutes sortes. Un tel concept est fondé sur un modèle cartésien de l'esprit comme étant une sorte de récipient interne contenant des idées distinctes, des souvenirs, et des représentations de la réalité externes, qui ont été introjectées, internalisées comme des « représentations » ou des « images » objectivées, c'est-à-dire comme des entités réifiées, immuables, qui peuplent les royaumes les plus clairs et les plus obscurs de la psyché. Ces royaumes sont eux aussi réifiés, en recevant des noms, tels que la conscience, l'inconscient, le sur-moi, et ainsi de suite.

Tout ceci a été critiqué avec force par les phénoménologues¹⁶. Toutefois, comme science première de la conscience, la phénoménologie a eu du mal à développer une théorie

¹² Tellenbach H., *Melancholy. History of the problem, endogeneity, typology, pathogenesis, clinical considerations*, Pittsburgh, Duquesne University Press, 1980 ; Kraus A., « Rollendynamische Aspekte bei Manisch-Depressiven », in Kisker K.P. et al. (éd.), *Psychiatrie der Gegenwart*, vol. 5, Berlin Heidelberg New York, Springer, 1987, p. 403-423 ; Kronmueller K., Backenstrass M., Kocherscheidt K., et al., « Typus melancholicus Personality Type and the Five-Factor Model of Personality », in *Psychopathology*, n°35, 2002, p. 327-334.

¹³ Fuchs T., « Melancholia as a desynchronization. Towards a psychopathology of interpersonal time », in *Psychopathology*, n°34, 2001, p. 179-186 ; Fuchs T., « Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia », in *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, n°12, 2005, p. 95-107.

¹⁴ Fuchs T., « Fragmented selves: temporality and Identity in Borderline Personality Disorder », in *Psychopathology*, n°40, 2007, p. 379-387.

¹⁵ Fuchs T., *Psychopathologie von Leib und Raum*, Darmstadt, Steinkopff, 2000.

¹⁶ E.g. Binswanger L., « Freud's conception of man in the light of anthropology », in *Being-in-the-world. Selected papers of Ludwig Binswanger*, trans. J. Needleman, New York, Basic Books, 1963, p. 149-181 ; May R., « On the phenomenological basis of psychotherapy », in E.W. Straus (éd.), *Phenomenology: Pure and*

alternative de l'inconscient. Dans tous les cas, ce dernier ne saurait être conçu comme un lieu ou une pièce contenant des entités mentales atomistiques, réifiées. On ne saurait décrire comme inconscients des choses, des objets fixes ou des souvenirs, mais plutôt des potentialités, des dispositions ou des tendances dans la vie d'une personne. Ce faisant, une approche phénoménologique cherchera l'inconscient dans les manières implicites dont le patient se comporte et vit, et dans les manières dont il n'est *pas* en train de vivre et se comporter. Sur ce point la phénoménologie converge avec les dernières recherches réalisées sur la mémoire qui mettent l'accent sur *l'apprentissage procédural ou implicite* comme sous-jacent aux modes habituels de notre conduite, de notre action, et aussi sur *l'évitement* de certaines actions possibles, sans que nous en ayons conscience, ou alors seulement de manière marginale¹⁷.

Merleau-Ponty, dans le même esprit, avait déjà analysé les conséquences inconscientes du trauma psychologique. Selon lui, le refoulé ressemble au membre fantôme des patients qui ont subi une amputation, en ce qu'il crée un « espace vide » de la subjectivité¹⁸. L'inconscient refoulé peut être vu comme l'image négative d'une expérience passée à laquelle le sujet ne pouvait pas se confronter – un négatif qui se superpose secrètement à chaque nouvelle situation, immobilisant ainsi l'individu traumatisé dans un passé toujours présent.

« Bien entendu, cette fixation ne se confond pas avec un souvenir, elle exclut même le souvenir en tant qu'il étale devant nous comme un tableau une expérience ancienne et qu'au contraire ce passé qui demeure notre vrai présent ne s'éloigne pas de nous et se cache toujours derrière notre regard au lieu de se disposer devant lui. L'expérience traumatique ne subsiste pas à titre de représentation, dans le mode de la conscience objective et comme un moment qui a sa date, *il lui est essentiel de ne se survivre que comme un style d'être et dans un certain degré de généralité*¹⁹. »

L'implicite, ou la mémoire corporelle, inclut tout ce qui est caché « sous notre regard », n'existant qu'au sein d'un mode général ou « style » d'être, ne se révélant pas lui-même comme un souvenir explicite ; cela s'applique aussi à certaines expériences traumatiques. Ainsi, les fixations inconscientes ressemblent à des perturbations et à des restrictions dans l'espace des possibles d'une personne ; elles sont causées par un passé qui continue d'être implicitement présent et refuse de laisser le progrès de la vie se faire. Les traces du passé, toutefois, ne sont pas cachées dans quelque monde interne de la psyché. Elles se manifestent elles-mêmes dans les « angles morts », les failles, les courbes de l'espace vécu, dans les schémas des comportements qui piègent encore et encore la personne, dans les actions que l'individu refuse d'entreprendre, dans la vie qu'il n'ose pas vivre, etc.²⁰ Tout

applied. The First Lexington Conference, Pittsburgh, Duquesne University Press, 1964, p. 166-184 ; Ricoeur P., *Freud and philosophy: an essay on interpretation*, New Haven, Yale University Press, 1969 ; Hersch E.L., *From philosophy to psychotherapy. A phenomenological model for psychology, psychiatry and psychoanalysis*, Toronto, University of Toronto Press, 2003.

¹⁷ Schacter D. L., *Searching for memory*, New York, Basic Books, 1996 ; Fuchs T., « Neurobiology and psychotherapy : an emerging dialogue », in *Current Opinions in Psychiatry*, n°17, 2004, p. 479-485.

¹⁸ Merleau-Ponty M., *Phenomenology of perception*, trans. by C. Smith, London, Routledge and Kegan Paul, 1962 [1945], p. 86.

¹⁹ *Ibid.*, p.98, italiques de l'auteur, T.F.

²⁰ Sartre a montré, en employant le terme de « mauvaise foi », qu'il y a un constituant essentiel du mensonge à soi (*self-deception*) propre à cette distorsion (Sartre J.-P., *Being and nothingness*, trans. H. E. Barnes, New York, Philosophical library, 1966 [1943], p. 86). Le sujet adopte une attitude inauthentique et ambiguë à son égard, glissant dans « l'inattention volontaire ». Il ne sait pas quelque chose *et* ne veut pas le savoir. Il

comme la relation figure-fond de la psychologie de la *Gestalt*, de telles traces ne peuvent être observées qu'en négatif, c'est-à-dire comme des inhibitions ou des omissions typiques chez une personne. D'un autre côté, ces traces peuvent être actualisées symboliquement ou corporellement, sous la forme de symptômes somatiques. À la place d'une conception déterministe de l'inconscient, toutefois, la conception phénoménologique va mettre l'accent sur son caractère potentiel, tourné vers l'avenir. L'inconscient, dans un sens psychodynamique, désigne « les potentialités en vue de l'action et de la conscience que la personne ne peut ou veut actualiser²¹ » :

« Cet inconscient à chercher, non pas au fond de nous, derrière le dos de notre "conscience", mais devant nous, comme articulations de notre champ. Il est "inconscient" parce qu'il n'est pas *objet*, mais il est ce par quoi des objets sont possibles, c'est la constellation où se lit notre avenir²². »

Défense et répétition compulsive

Dans le même esprit, je vais proposer une brève reformulation phénoménologique de deux concepts psychodynamiques centraux, celui de *défense ou résistance* et celui de *répétition compulsive*.

(1) L'effet du trauma émotionnel sur l'individu peut être vu comme une déformation déterminée de son espace vécu, qui est rendue manifeste par une conduite d'évitement relative à des régions inquiétantes ou à des *espaces répulsifs*. La meilleure analogie est la « posture de défense » que l'on adopte automatiquement lorsqu'un membre est blessé : nous évitons instinctivement de l'exposer à tout objet menaçant et nous le tenons en retrait (« chat échaudé craint l'eau froide »). Le fait que cela se produise inconsciemment n'est pas dû à un refoulement de la blessure, mais simplement à un processus d'apprentissage corporel qui a lieu en l'absence d'une conscience explicite. De même, le trauma psychologique crée des zones d'évitement et, ainsi, inhibe le libre développement de nos potentialités. L'espace vécu est courbé négativement autour de ces aires, qui deviennent des creux ou des « angles morts ». Ici l'intentionnalité de l'inconscient devient évidente : un contact imminent avec une zone de danger est anticipé et évité en l'absence de prise de conscience car il est plus économique de ne *pas* réactiver le stress et l'anxiété de l'expérience traumatique de manière répétitive. La résistance ou la défense de la théorie psychodynamique n'est souvent rien d'autre qu'une posture de défense ou d'évitement, qui se manifeste dans le contexte de la psychothérapie.

(2) Le schéma inverse peut être signalé dans le concept psychodynamique de « répétition compulsive » : ici, l'individu est piégé encore et encore dans les mêmes schémas dysfonctionnels de comportement et d'interaction sociale, bien qu'il essaie parfois de les éviter à tout prix. L'espace vécu est courbé positivement autour de ces aires, et elles sont

ne voit pas quelque chose *et* ne veut pas le regarder, c'est-à-dire, échoue à le voir à la fois avec et sans intention. À ce propos, cf. Holzhey-Kunz A., « Psychopathologie auf philosophischem Grund : Ludwig Binswanger und Jean-Paul Sartre », in *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, n°152, 2001, p. 173ff) et Bühler K.-E., « Existential analysis and psychoanalysis : Specific differences and personal relationship between Ludwig Binswanger and Sigmund Freud », in *American Journal of Psychotherapy*, n°58, 2004, p. 34-50.

²¹ May R., « On the phenomenological basis of psychotherapy », in E.W. Straus (éd.), *Phenomenology : Pure and applied. The First Lexington Conference*, Pittsburgh, Duquesne University Press, 1964, p. 182.

²² Merleau-Ponty M., *Le visible et l'invisible*, Paris, Gallimard, 1964, p. 234. « Cet inconscient à chercher, non pas au fond de nous, derrière le dos de notre "conscience", mais devant nous, comme articulations de notre champ. Il est "inconscient" par ce qu'il n'est pas *objet*, mais il est ce par quoi des objets sont possibles, c'est la constellation où se lit notre avenir. » (*Ibid.*)

devenues des « espaces attractifs ». Si, par exemple, les premières expériences dans la vie d'une femme sont dominées par des relations abusives et violentes, l'étendue de ses relations possibles va être très limitée. Les modalités d'abus varieront, mais le thème influencera la manière dont elle favorise certaines relations aux dépens des autres. Ses comportements implicites auront pour effet d'auto-satisfaire ses attentes, et elle rencontrera continuellement le même type de situations. Ainsi, l'inconscience n'est pas un royaume caché dans sa psyché, mais est enchevêtrée dans son mode de vie, y compris dans son attitude corporelle.

Nous pourrions aborder d'autres concepts psychodynamiques de la même manière, mais ces exemples suffiront. D'un point de vue phénoménologique, comme nous venons de le voir, l'inconscient n'est pas une réalité intrapsychique, située dans quelque profondeur « sous la conscience », mais il entoure et imprègne la vie consciente de la même manière que certaines illusions d'optique où la figure dissimulée imprègne l'arrière-fond. C'est un inconscient qui n'est pas caché dans la dimension *verticale* de la psyché, mais plutôt dans la dimension *horizontale* de l'espace vécu et dans « l'intercorporéité » de notre contact social avec les autres²³. Cela nous mène plus loin dans la phénoménologie de l'interaction thérapeutique.

3. Le champ interactif de la thérapie

Comme nous venons de le voir, la phénoménologie considère « la maladie mentale » non pas comme quelque chose de mental ou d'interne, mais comme une altération de l'être au monde du patient et, plus précisément, comme une limitation de son horizon de possibilités. L'objectif de la thérapie consiste alors dans l'élargissement de l'horizon du patient et dans l'augmentation de ses degrés de liberté. D'une perspective phénoménologique, c'est à l'aide du champ interactif ouvert lors de la rencontre entre le patient et le thérapeute que cela devient possible.

Selon les anciens modèles d'action psychothérapeutique, le changement se produit *uniquement dans le patient*, à travers la restructuration de son monde interne, comme résultat des interventions cognitives et interprétatives du thérapeute qui conduisent le patient à un *insight* et, par suite, à avoir des réponses plus appropriées aux situations de sa vie actuelles. Or la psychothérapie est un processus interpersonnel basé sur des interactions circulaires qui ne peuvent pas être saisies à partir de la perspective individuelle. Ce processus implique une création mutuelle du sens qui, loin de se réduire à ce qui se passe « dans la tête », surgit du « milieu », ou du système, constitué par le patient et le thérapeute. En s'appuyant sur le concept d'espace vécu et en utilisant une notion clef de la philosophie herméneutique de Gadamer, nous pouvons considérer le processus interactif comme une « fusion des horizons » du patient et du thérapeute²⁴. Les mondes phénoménaux préexistants interagissent, voire en partie confluent, en ayant comme résultat un monde nouveau, émergent et dyadique qui est accueilli par la « niche thérapeutique » et qui crée un nouvel horizon de possibilités. En même temps, les angles morts ou les écarts dans l'espace vécu du patient peuvent devenir visibles grâce à

²³ « [...] selon la phénoménologie, la latence est l'inconscient qui *entoure* la vie consciente, c'est l'inconscience dans le monde, *entre nous*, le thème *ontologique* qui conduit à la psychologie de profondeur dans la dimension latérale » (Romanyshyn R. D., « Phenomenology and Psychoanalysis », in *Psychoanalytic Review*, n°64, 1977, p. 211-223). Sur l'inconscient dans l'analyse existentielle voir également Bühler, « Existential analysis and psychoanalysis : Specific differences and personal relationship between Ludwig Binswanger and Sigmund Freud », *op. cit.*), sur « intercorporéité » voir Merleau-Ponty M., *Signes*, Paris, Gallimard, 1967, p. 213).

²⁴ Gadamer H.G., *Truth and method*, 2nd revised edition, trans. J. Weinsheimer et D. G. Marshall, New York, Continuum, 1995 [1960].

l'éclaircissement de l'espace interactif. Cet espace, nouveau et plus large, libère, voire défait le rétrécissement de son horizon. L'intercorporéité en tant que sphère de l'interaction non-verbale, corporelle et atmosphérique joue un rôle important ici. Tout en restant sur l'arrière-plan, elle est un véhicule essentiel de la relation thérapeutique.

Néanmoins, le concept traditionnel de transfert et contre-transfert ne saisit pas cette qualité interactive et dyadique de la relation thérapeutique. Ce concept était encore profondément biaisé par la rupture sujet-objet. Les sentiments étaient conçus comme ayant lieu dans le patient de façon plutôt atomistique et mécanistique²⁵. Ils apparaissaient comme des entités isolées, dotées de certaines quantités d'énergie, qu'on pourrait garder, déplacer çà et là, déconnecter de leurs objets et projeter sur une autre personne. En conséquence, le transfert était conçu comme un anachronisme : « Les pulsions, sentiments et défenses qui concernaient une personne dans le passé ont été déplacés sur une personne dans le présent²⁶ ». Ce que le patient reconnaît chez le thérapeute était considéré uniquement comme une image déformée et dérivée du passé. En outre, le transfert et le contre-transfert ne s'unissaient pas pour former quelque chose de nouveau. Bien que projeté sur l'autre personne, le transfert comme le contre-transfert ne l'affecte pas, mais reste à l'intérieur de la personne qui en fait l'expérience. Cette réification et matérialisation des sentiments ne correspond évidemment pas à la nature interactive et émergente des phénomènes en question. Un thérapeute qui, dans cette perspective, se considère soi-même comme rien de plus qu'un écran de projection risquerait de passer à côté de la rencontre, en ce qu'elle a d'authentique, où il est découvert comme une personne réelle, incarnée.

Il pourrait être utile ici de s'arrêter un instant sur la psychologie de développement. Les recherches sur les rapports mère-enfant montrent que ce ne sont pas des images ou des « objets » isolés qui sont stockés dans la mémoire, mais plutôt des expériences interactives et des schémas de l'interaction dyadique qui sont appris et acquis sous un mode sensoriel, moteur et émotionnel²⁷. Dès la petite enfance, ces schèmes deviennent partie intégrante de la mémoire procédurale et implicite et créent ce que Lyons-Ruth²⁸ appelle « le savoir relationnel implicite ». Cela implique des schémas enregistrés des interactions corporelles et émotionnelles qui sont activés de façon pré-réflexive par des signaux situationnels subtils (par exemple les expressions faciales, les gestes, les sous-entendus, les atmosphères). Ce savoir est la mémoire organisée temporellement, la mémoire « musicale » des rythmes, dynamiques et nuances qui sont présents dans l'interaction avec les autres. Ce faisant, ces *schèmes procéduraux de l'être avec*²⁹ ou les *styles relationnels implicites* sont acquis pour structurer le comportement interpersonnel de l'enfant pour être ensuite transférés à d'autres environnements. Ils donnent forme aux structures basiques de l'espace relationnel de la personne et, par conséquent, sont d'une haute importance pour le processus thérapeutique.

²⁵ Hersch E.L., *From philosophy to psychotherapy. A phenomenological model for psychology, psychiatry and psychoanalysis*, Toronto, University of Toronto Press, 2003, p. 228.

²⁶ Greenson R., *The technique and practice of psychoanalysis*, New York, International Universities Press, 1967, p. 152.

²⁷ Beebe B., Lachman F., Jaffe J., « Mother-infant interaction structures and presymbolic self-and object representations », in *Journal of Relational Perspectives*, n°7, 1997, p. 133-182 ; Stern D., *The interpersonal world of the infant : A view from psychoanalysis and developmental psychology*, New York, Basic Books, 1998.

²⁸ Lyons-Ruth K., « Implicit relational knowing : Its role in development and psychoanalytic treatment », in *Infant Mental Health Journal*, n°19, 1998, p. 282-289.

²⁹ Stern D., *The interpersonal world of the infant : A view from psychoanalysis and developmental psychology*, New York, Basic Books, 1998.

Nous pouvons conclure de ces remarques que ce n'est pas sur le passé explicite que se focalise le processus thérapeutique, mais plutôt sur le passé implicite qui organise et structure inconsciemment le *champ procédural* des rapports du patient avec les autres. Sans doute, ce à quoi nous avons affaire ici est un inconscient phénoménologique, c'est-à-dire une structure basique, pré-réflexive, non-thématique de l'expérience, qui est différente de la dynamique inconsciente du refoulement de Freud. Néanmoins, avec le temps, les schémas relationnels implicites sont devenus importants pour la théorie psychanalytique et ont stimulé l'apparition de nouveaux modèles du changement thérapeutique sur la base *moment-to-moment process*³⁰. C'est à travers le champ interactif actuel de la psychothérapie que les schémas relationnels sont rendus visibles à l'instar des limailles de fer dans le champ magnétique. L'altération des schémas implicites présuppose leur activation en tant que « réalisations » (*enactments*) dans le processus thérapeutique. C'est à cette condition seulement qu'ils peuvent être remplacés par des expériences correctives, lors de moments particuliers de rencontre empathique entre patient et thérapeute ([*moments de rencontre*]³¹).

Dans cette situation, l'approche phénoménologique peut se révéler particulièrement utile. La portée émotionnelle et corrective de l'expérience de la psychothérapie est à la mesure de la capacité du thérapeute à « mettre son monde et sa théorie entre parenthèses » lorsqu'il rencontre le patient. L'époque d'Husserl, c'est-à-dire la suspension du jugement et l'abstention des idées préconçues, peut aider à dégager l'espace nécessaire pour une rencontre authentique entre patient et thérapeute sans que des métapsychologies complexes provenant d'écoles thérapeutiques variées interviennent³². Les thérapeutes qui sont d'orientation phénoménologique s'abstiennent d'appliquer des idées préconçues sur l'expérience du patient. Ils vont essayer de comprendre le plus possible « ce que cela implique d'être lui », de suivre le patient dans son expérience, de recréer sa vision du monde au sein de sa propre expérience et transmettre cette expérience au patient de façon verbale ou non-verbale. Ce jeu de miroir réciproque peut aider le patient à approfondir son expérience et sa compréhension de soi qui constituent le point de départ de tout changement thérapeutique.

Bien sûr, la compréhension empathique du patient n'est pas la seule chose dont on a besoin ici. Afin d'éviter les écueils des patterns relationnels du patient, le thérapeute doit être conscient du processus interpersonnel en cours et auquel il participe. Sans quoi il risquerait, à son propre insu, de « trébucher » sur les « espaces attractifs » du patient ou, au contraire, de participer involontairement à ses évitements³³. Si le patient, par exemple, tend à laisser décider les autres afin d'éviter toute responsabilité, ce serait sans doute erroné de se laisser prendre au piège de cet espace attractif et lui dire quoi faire. Si le patient évite les expériences honteuses ou une image honteuse de lui-même, il n'est pas utile de partager involontairement son anxiété et de contourner attentivement cette zone délicate. Le thérapeute doit plutôt développer une capacité à intuitionner les « zones incurvées » dans le champ relationnel afin de les rendre visibles et les neutraliser autant que possible à l'aide des expériences correctives dans l'espace sécurisé de la thérapie. C'est ainsi que l'espace vécu du patient peut être dégagé et élargi.

³⁰ *Ibid.*

³¹ PCSG (Process of Change Study Group) « Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy : The "something more" than interpretation », in *International Journal of Psychoanalysis*, n°79, 1998, p. 903-921.

³² Margulies A., « Toward empathy : The uses of wonder », in *American Journal of Psychiatry*, n°141, 1984, p. 1025-1033 ; Varghese F.T., « The phenomenology of psychotherapy », in *American Journal of Psychotherapy*, n°42, 1988, p. 389-403.

³³ Merten J., Krause R., « What makes good therapists fail ? », in P. Philippot, E.J. Coats, R.S. Feldtnan (éd.), *Nonverbal behavior in clinical settings*, Oxford, Oxford University Press, 2003.

Conclusion

Pour conclure, les considérations sur la psychothérapie de l'espace vécu présentées plus haut peuvent être résumées en quatre points principaux :

1. La phénoménologie est la science de la subjectivité au sens où le sujet est un *monde*. Les expériences subjectives ne se trouvent pas dans la psyché, encore moins dans le cerveau, mais s'étendent sur le corps et l'espace vécu de la personne. L'espace vécu peut être vu comme une niche écologique propre à la personne ; cette niche est continuellement formée par ses échanges avec l'environnement, c'est-à-dire par sa responsivité et l'activité-répondue. Cet échange est également crucial pour son développement personnel.

2. La maladie mentale n'est pas non plus quelque chose qui se passe dans la tête. On peut plutôt la concevoir comme une limitation, ou une déformation de l'espace vécu du patient, ou comme une inhibition de sa responsivité et de ses échanges avec l'environnement. Les schémas inconscients dysfonctionnels du sentiment et du comportement agissent comme des « angles morts » ou « courbures » dans l'espace vécu, lesquels conduisent ainsi à des distorsions typiques en inhibant les potentialités et le développement du patient.

3. La tâche de la psychothérapie consiste à explorer et comprendre l'espace vécu du patient afin d'ouvrir son horizon de possibilités. L'agent principal ici est le champ interactif qui peut être vu comme une « fusion d'horizons » des mondes du patient et du thérapeute. Cela produit un espace expérientiel dyadique nouveau, capable de mettre en lumière les angles morts et les courbures dans l'espace vécu du patient. Par conséquent, du point de vue phénoménologique, le processus psychothérapeutique est plus expérientiel que cognitif, orienté sur l'*insight*, ou « archéologique ». Les façons habituelles ou implicites du patient de se rapporter aux autres sont rejouées dans le « ici et maintenant » de la relation thérapeutique.

4. La phénoménologie peut servir de cadre pour la conceptualisation de ces processus en termes d'incorporation, de spatialité, de temporalité et d'intersubjectivité. Elle offre un langage pour les différentes d'expériences subjectives qui n'est pas emprunté à quelconque paradigme théorique, mais est tiré principalement de l'herméneutique.

5. Par conséquent, il n'existe pas de « psychothérapie phénoménologique » qui pourrait être considérée comme une école thérapeutique. La phénoménologie propose plutôt un fondement pour une attitude expérientielle et sans préjugé que le thérapeute devrait chercher à atteindre.