

Zeitschrift: Études de Lettres : revue de la Faculté des lettres de l'Université de Lausanne
Herausgeber: Université de Lausanne, Faculté des lettres
Band: - (2002)
Heft: 2-3

Artikel: Une différence fondamentale entre la psychanalyse et la phénoménologie
Autor: Civita, Alfredo
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-870311>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 07.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

UNE DIFFÉRENCE FONDAMENTALE ENTRE LA PSYCHANALYSE ET LA PHÉNOMÉNOLOGIE

Cet article porte sur la caractérisation des principales affinités et différences que l'on trouve entre la psychanalyse et la phénoménologie. Les affinités sont nombreuses et importantes. La principale est probablement la suivante : la psychopathologie du patient n'a de sens que si on situe ses symptômes dans la trame globale de sa vie. La psychanalyse et la phénoménologie se différencient toutefois autour d'un point qui a une importance théorique et clinique fondamentale. À partir de Freud, la définition d'une technique thérapeutique a toujours représenté un aspect crucial de la réflexion et de la pratique psychanalytique. Il n'y a pas de psychanalyse, s'il n'y a pas une technique qui organise le processus thérapeutique. Au contraire, dans la phénoménologie, il y a la théorie et il y a l'art thérapeutique, mais la technique manque. La technique est laissée à la liberté et à la personnalité du thérapeute.

Avant d'aborder les analogies et les différences entre la phénoménologie et la psychanalyse dans leur rapport à la connaissance psychopathologique, je ferai à titre d'introduction, une brève réflexion sur le concept de psychopathologie.

Dans la littérature psychiatrique et psychopathologique contemporaine, nous rencontrons les définitions les plus différentes du champ d'investigation de la psychopathologie. Celles-ci vont de définitions très limitées, qui circonscrivent la recherche psychopathologique à la description des divers symptômes psychiques, jusqu'à des définitions extrêmement vastes qui insèrent même l'étiologie et l'épidémiologie dans le champ d'investigation de la psychopathologie.

Cette situation s'avère d'autant plus complexe que dans la psychopathologie du XX^e siècle — et aussi, du reste, dans la

psychiatrie et dans la psychologie — il n'y a pas un solide et vaste corps de connaissances et de méthodes acceptées par l'entière communauté scientifique — comme c'est le cas, au contraire, dans d'autres disciplines scientifiques et aussi dans d'autres branches de la médecine.

La psychopathologie est une science divisée, plurielle, dans laquelle cohabitent, souvent de manière litigieuse, les doctrines et les stratégies les plus différentes. Il y a une psychopathologie phénoménologique, une psychopathologie psychanalytique, une psychopathologie cognitive, une psychopathologie biologique, et ainsi de suite.

Pour essayer de faire un peu de clarté dans cette situation si confuse, et aussi pour introduire mon sujet, je vous proposerai deux éclaircissements.

Le premier est une caractérisation générale du champ d'investigation de la psychopathologie. Nous pouvons dire que le domaine de la psychopathologie se compose de trois aires : les différents symptômes psychiques, les maladies mentales et la nosographie, c'est-à-dire la recherche des critères de différenciation des diverses pathologies mentales.

Le second éclaircissement est décisif pour le déroulement de mon discours. Il s'agit d'établir une distinction nette entre deux niveaux différents de la recherche psychopathologique : un premier niveau que j'appellerai descriptif et l'autre que je nommerai structural.

Je définirai la psychopathologie descriptive dans les termes suivants. Elle étudie les faits psychopathologiques — les symptômes et les maladies mentales — d'un point de vue extérieur, sans se demander s'il faut aller au-delà de ce que l'observation objective nous montre.

Du point de vue descriptif, les symptômes psychiques — le délire, l'hallucination, l'agitation psychomotrice, etc. — sont perçus et pensés simplement comme des anomalies de l'activité mentale ou de la conduite. Quant aux maladies mentales, elles sont considérées comme de pures collections de symptômes.

Un exemple qui éclairera tout de suite le concept de psychopathologie descriptive est le DSM, le manuel nosographique le plus important et le plus diffusé dans le monde. Les principaux paramètres avec lesquels le DSM définit une maladie mentale et la situe du point de vue nosographique, sont les suivants : une énumération des symptômes pour poser le diagnostic ; une énuméra-

tion ultérieure des données cliniques (symptômes, rapports physiques ou de laboratoire) qui peuvent être présents ; des informations sur le début, le cours, la familiarité, l'incidence statistique, etc. ; des critères pour le diagnostic différentiel.

Le DSM, délibérément, reste non seulement à la surface des faits, mais évite également de s'interroger sur les connexions qui subsistent entre les faits et les symptômes psychopathologiques. Le DSM est donc un exemple très précis et de haute valeur, à mon avis, de psychopathologie descriptive.

Complètement différentes sont l'attitude et les modalités cognitives de la psychopathologie structurale. La psychopathologie structurale ne se contente pas d'une description passive et extérieure des faits psychopathologiques ; elle va au-delà des faits, par-delà ce qui apparaît simplement, pour chercher les structures qui organisent et gouvernent la maladie mentale.

Ici, j'utilise le mot « structure » dans une acception absolument générale : nous pouvons appeler *structure*, tout ce qui est localisé au-delà des faits et qui leur confère un sens. Chaque théorie psychopathologique conçoit en effet les structures comme bon lui semble. Par exemple, dans la psychopathologie psychanalytique, les structures concernent l'inconscient et les conflits psychiques ; dans la psychopathologie phénoménologique de Binswanger, les structures concernent l'être-dans-le-monde et le projet de monde ; dans la psychopathologie phénoménologique de Minkowski, elles ont affaire avec la temporalité vécue et le trouble générateur de la pathologie. Enfin, sont aussi de nature structurale, les distinctions de Bleuler entre les symptômes fondamentaux et les symptômes accessoires de la schizophrénie, et la théorie de Schneider des symptômes de premier rang.

Dans toutes ces conceptions, et dans bien d'autres, il y a la recherche de quelque chose qui ne se montre pas à l'observation objective, mais qui fonde et structure la maladie mentale.

Je crois que la distinction entre la psychopathologie descriptive et la psychopathologie structurale est très utile pour comprendre le dispositif épistémologique des différentes théories psychopathologiques et aussi psychiatriques. De plus, cette distinction a une justification historique précise et très intéressante.

Si nous jetons un coup d'œil à l'histoire de la psychopathologie et de la psychiatrie de l'Antiquité jusqu'à nos jours, nous constatons que la médecine ancienne, grecque et romaine — à peu près de Hippocrate jusqu'au VI^e siècle après J.-C. — a édifié un solide

et riche système psychopathologique qui comprenait la description de nombreux symptômes psychiques, la description, souvent très précise, d'importantes pathologies psychiatriques et neurologiques (la mélancolie, la manie, l'hystérie, la démence, l'épilepsie, la léthargie, la frénésie) et enfin la définition de critères différentiels précis, comme la distinction entre maladies aiguës et chroniques, la présence ou l'absence de fièvre, la présence d'un arrêt ou d'une excitation idéo-motrice.

Il est intéressant et aussi surprenant de découvrir que la psychopathologie ancienne a survécu, au fond, jusqu'au XVIII^e siècle. À mon avis, deux facteurs principaux ont permis une si longue persistance. Le premier est la conviction universellement acceptée dans la communauté des médecins que les maladies mentales dépendent d'un substrat organique. Le second facteur est l'orientation complètement descriptive de la psychopathologie ancienne. Un authentique intérêt structural n'affleure jamais. Il apparaît parfois dans les écrits des philosophes, par exemple chez Cicéron et Sénèque, mais la corporation médicale ne le prend pas au sérieux.

La situation commence progressivement à changer au XIX^e siècle, pour enfin changer complètement au XX^e siècle. Aujourd'hui, la recherche descriptive est certes encore présente et vitale — la fortune et la grande diffusion du DSM nous le montre sans aucun doute. Néanmoins, l'exploration de la dimension structurale de la maladie mentale a acquis une importance absolument fondamentale.

Ce changement a enrichi la connaissance psychopathologique, mais il a aussi engendré le phénomène de la fragmentation du savoir psychopathologique, dont j'ai parlé précédemment.

Comme ligne de partage, et comme tournant entre la psychopathologie ancienne et la psychopathologie moderne, dans laquelle commence à émerger un intérêt structural, nous pouvons prendre l'œuvre de Philippe Pinel. Pinel, d'un côté, est encore fortement lié à la psychopathologie ancienne, ce qui se retrouve à la fois dans sa proximité scientifique et spirituelle avec les auteurs classiques et dans le style de ses descriptions cliniques. D'un autre côté, il est au contraire décidément moderne et projeté vers le futur. Dans un passage très connu de l'introduction de son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (1^{ère} édition en 1800), il analyse les difficultés particulières que l'étude des maladies mentales présente par rapport à l'étude des maladies internes.

Il parle à ce propos de la répugnance, de la peur, de l'ennui, de l'exaspération que le malade mental peut provoquer chez le médecin. Il parle également de la méfiance des malades et de l'obstination tenace avec laquelle ils cachent à autrui, et surtout au médecin, le *secret* qui se cache dans leur folie, dans leur délire. Pinel reconnaît, enfin, dans la *candeur*, la seule attitude qui peut permettre au médecin de s'approcher du malade, pour conquérir le secret de sa folie.

Dans les faits, la réalisation pratique de ce programme — une réalisation que nous pouvons deviner sur la base des histoires cliniques présentées dans le *Traité* — est assez discutable. En particulier, on se rend compte que la candeur, dont parle Pinel dans l'introduction, ne devient qu'un masque du médecin pour gagner la confiance et les confidences du malade. Il ne s'agit pas de comprendre, mais de soutirer, de voler le secret de sa maladie — en italien il s'agit de *un carpire* non pas de *un capire* (d'un rapt et non pas d'un comprendre).

Malgré cette limite qui concerne la clinique, la perspective psychopathologique tracée par Pinel dans son introduction reste extrêmement intéressante et moderne ; et nous pouvons considérer qu'elle ouvre la recherche psychopathologique à la dimension structurale.

Le point qui me semble décisif est le suivant. Pinel a compris que pour réaliser une connaissance psychopathologique plus profonde et efficace, il faut se préoccuper des barrières qui, dans le cadre de la relation entre le médecin et le malade, s'opposent à la connaissance psychopathologique. Et il y a des barrières autant du côté du médecin, (c'est-à-dire sa répugnance, sa peur, son ennui etc.) que du côté du patient (la méfiance, l'angoisse que le secret de sa souffrance soit découvert). Bref, nous pourrions dire que Pinel pose le problème du *setting* de la connaissance psychopathologique et de l'action thérapeutique.

J'en viens maintenant au sujet principal de mon propos : les caractéristiques de la connaissance psychopathologique dans la phénoménologie et la psychanalyse. Si nous nous référons à la distinction précédemment introduite, il n'y a pas de doute que les deux écoles sont de nature structurale en ce qui concerne les trois aires du champ d'investigation de la psychopathologie : les symptômes, les maladies mentales et les critères nosographiques.

Dans les deux positions, il y a l'idée que la maladie mentale, pour le dire avec Pinel, renferme et cache un secret, c'est-à-dire

quelque chose qui ne se montre pas à l'observation extérieure mais qui a un rôle fondamental dans l'origine et la construction de la pathologie.

De plus, dans les deux cas, il y a la certitude que la connaissance psychopathologique présente des caractères particuliers qui exigent d'établir avec le patient une relation spéciale — une relation très différente du rapport qu'entretiennent le médecin et le malade dans la médecine générale. Il s'agit d'une relation qui implique de s'approcher profondément et, dans un certain sens, d'endosser la souffrance du malade.

Il découle de tout cela la nécessité commune d'utiliser des méthodes de connaissance qui sont étrangères tout autant à la médecine somatique qu'aux sciences naturelles. Par exemple : l'empathie, l'*Einfühlung*, l'intuition des essences, l'*insight*, l'interprétation. Il s'agit, dans tous les cas, de méthodes qui mobilisent chez le psychothérapeute, non seulement ses fonctions cognitives mais aussi son monde affectif et son imagination.

Mais l'élément commun le plus important du point de vue épistémologique concerne, à mon avis, la manière de percevoir, de penser et de traiter dans la pratique les phénomènes psychopathologiques. Les symptômes ne sont pas détachés de la vie et de la subjectivité du malade, comme on le fait dans la psychopathologie descriptive, laquelle objective et dépersonnalise les symptômes, en les transformant en des anomalies de l'activité mentale ou de la conduite. La psychanalyse, comme la phénoménologie laissent les symptômes à leur place naturelle et originaire, dans la trame globale et toujours embrouillée de la vie du patient. C'est seulement à cette condition que la maladie mentale se montre, dans sa totalité, comme douée d'une cohérence et d'un sens.

Cette attitude épistémologique commune à l'égard de la pathologie mentale a une conséquence importante sur la présentation des cas cliniques. L'anamnèse, le diagnostic, le pronostic, la description symptomatologique, les diverses informations objectives relatives à la famille, à l'école, au travail, etc., sont considérées comme insuffisantes, ou mieux, elles ne forment rien de plus qu'un point de départ provisoire, qui doit simplement orienter la recherche structurale. Cela signifie que l'histoire de la maladie mentale d'une personne finit, en théorie, par coïncider avec l'histoire complète de sa vie extérieure et intérieure.

Dans la psychanalyse et dans la phénoménologie, il y a, enfin, une profonde hostilité, une profonde méfiance à l'égard d'une

psychopathologie exclusivement descriptive. Cela se montre clairement à travers les critiques dures que beaucoup de psychanalystes et de phénoménologues ont adressées contre le DSM et la philosophie psychopathologique qu'il implique.

Les aspects que j'ai illustrés représentent des points importants de la proximité entre la psychanalyse et la phénoménologie. Il s'agit d'une proximité non seulement scientifique et clinique, mais aussi, et je crois surtout, spirituelle et culturelle.

Mais naturellement, il y a aussi des différences très importantes et visibles. Elles concernent les contenus spécifiques de la psychopathologie : les théories générales et particulières, les méthodes d'investigation, le style d'analyse, la philosophie qui soutient leur base. Ces différences sont du reste évidentes et bien connues, et je crois qu'il n'est pas nécessaire de les énumérer. Aussi, je préfère seulement prendre en considération un aspect particulier auquel, peut-être, beaucoup de ces différences peuvent être reconduites.

J'ai dit précédemment qu'un élément commun et important à la psychanalyse et à la phénoménologie est l'attitude à l'égard du patient, une attitude qui implique de s'approcher profondément de sa souffrance. La psychanalyse et la psychiatrie phénoménologique s'efforcent d'établir avec le patient une relation dépourvue de barrières.

Eh bien, je crois que cette levée des barrières et ce contact avec la souffrance du patient se réalisent d'une façon complètement différente dans la psychanalyse et dans la phénoménologie. Le point décisif émerge si nous considérons le contexte, le cadre matériel et mental dans lequel a lieu l'observation clinique, et par conséquent, la connaissance psychopathologique. La question concerne donc le *setting* de la connaissance psychopathologique. Ici émerge, à mon avis, la différence fondamentale et originaire entre psychanalyse et phénoménologie.

Examinons brièvement le problème. Mais je dois déclarer tout d'abord une information personnelle. Je connais par expérience directe, comme patient et comme psychothérapeute, la méthode de la psychanalyse. Je n'ai par contre seulement qu'une connaissance indirecte, livresque, de la méthode phénoménologique.

À partir de Freud, qui a réalisé une authentique révolution par rapport à la pensée psychiatrique précédente, la psychanalyse a développé une réflexion continue et tourmentée sur la question du *setting*, c'est-à-dire sur l'organisation du cadre matériel et mental

de la situation analytique. Il n'y a pas de psychanalyse, s'il n'y a pas de *setting* organisé selon des clefs psychanalytiques. Le *setting* est le dispositif indispensable qui rend possible l'observation, la connaissance et le traitement psychanalytique.

Je ne veux pas m'étendre sur les caractéristiques du *setting* psychanalytique. Je vais m'en tenir à reprendre le point qui, par rapport à notre problème, me semble le plus important. Ce point concerne l'attitude mentale et relationnelle du psychanalyste envers le patient. Et naturellement, il faut repartir de Freud, qui, dans ce cas également, a tracé les coordonnées de tout ce qui sera pensé dans la psychanalyse à sa suite.

Dans un écrit de 1912, intitulé *Conseils aux médecins sur le traitement analytique*, Freud illustre l'attitude idéale du psychanalyste à l'aide de deux célèbres analogies : l'analogie du chirurgien et celle du miroir. Il écrit :

Je ne saurais trop instamment recommander à mes collègues de prendre comme modèle, au cours du traitement analytique, le chirurgien. Celui-ci, en effet, laissant de côté toute réaction affective et jusqu'à toute sympathie humaine, ne poursuit qu'un seul but : mener aussi habilement que possible son opération à bien. [...] le médecin doit demeurer impénétrable et, à la manière d'un miroir, ne faire que refléter ce qu'on lui montre¹.

Le psychanalyste doit donc être froid et lucide comme un chirurgien, et ne doit montrer au patient rien de plus que ce que le patient lui-même, lui montre.

Ces indications et beaucoup d'autres relatives à la technique du traitement psychanalytique, ont donné lieu par la suite à la notion de *neutralité*. Nous pouvons expliquer cette notion avec une série de recommandations de contenu négatif : le psychanalyste — en principe — ne doit pas fournir au patient des conseils ou des directives, il ne doit pas prodiguer des gratifications ou des reproches ; il ne doit pas répondre aux questions, demandes, curiosités du patient (surtout si elles concernent sa personne) ; il s'abstiendra de manifester ses opinions politiques, culturelles, esthétiques, religieuses ; enfin, il ne doit jamais prendre position sur n'importe quel problème, même sur le bien-être du patient.

De tout cela émerge une image caricaturale du psychanalyste : une personne sans âme, glaciale, imperturbable, douée d'une totale maîtrise de lui-même.

1. Sigmund FREUD, « Conseils aux médecins sur le traitement analytique », in *La technique psychanalytique*, Paris : PUF, 1953, p. 65 ; 69.

La réalité, évidemment, est autre chose. Les mots de Freud, que j'ai cités, remontent à une époque durant laquelle la psychanalyse n'avait pas encore défini son identité théorique et clinique, si bien qu'il était décisif pour Freud de différencier d'une façon très nette la méthode psychanalytique d'autres positions cliniques et théoriques.

Par la suite, la situation a changé considérablement. Sans aborder des questions trop spécifiques, je mentionnerai juste l'importance toujours plus grande que le thème du contre-transfert a acquis dans l'univers psychanalytique. Bien loin de devoir interdire ses sentiments et ses réactions émotives, le psychanalyste doit utiliser ce qu'il éprouve en lui-même comme guide de son exploration psychanalytique. Beaucoup de psychanalystes pensent en effet que le contre-transfert constitue l'instrument principal pour la connaissance psychanalytique et pour la conduite du traitement. Le contre-transfert serait comme la boussole de la navigation psychanalytique.

Toutefois, les vieilles recommandations de Freud à propos de la neutralité du psychanalyste mettent en lumière un trait psychologique qui est et qui reste constitutif de la situation psychanalytique, et par conséquent du *setting* mental et relationnel du psychanalyste. Nous pouvons décrire ce trait-ci en disant que le psychanalyste ne doit pas entrer et se laisser attirer dans le jeu du patient.

Qu'est-ce que signifie ce conseil ? Ce conseil dérive d'un concept fondamental de la psychanalyse, un concept qui concerne la théorie du transfert. Il s'agit de la thèse selon laquelle le patient reproduira dans le traitement analytique les mêmes conflits affectifs que ceux qui sont à l'origine de sa pathologie. En d'autres termes, il adressera vers la personne du psychanalyste les sentiments, les angoisses et les attentes, souvent d'origine infantile, qui ont généré et consolidé ses troubles.

En se faisant attirer de part en part dans le jeu du patient, le psychanalyste perd la perspective privilégiée de sa position analytique, la possibilité de comprendre et d'opérer d'une façon efficace.

Bien sûr, puisque la compréhension du transfert est décisive pour la conduite du traitement, il faut que le psychanalyste, avec une partie de lui-même, entre dans le jeu et accueille le rôle affectif et transférentiel que le patient lui assigne — autrement le transfert lui resterait inconnu. Mais tous les psychanalystes

s'accordent sur le fait qu'avec une autre partie de lui-même, le psychanalyste doit rester au dehors du jeu, afin de pouvoir observer et comprendre ce qui se passe à l'intérieur du jeu.

Le *setting* mental du psychanalyste exige donc une sorte de doublement intérieur, de scission du psychanalyste entre une partie qui se laisse attirer complètement dans la relation interpersonnelle et transférentielle, et une autre qui observe et cherche à comprendre les choses. C'est cette seconde partie qui donne les interprétations et c'est elle qui doit conserver la neutralité.

Tout cela se joint à un autre aspect important de la psychanalyse, que Freud a souvent souligné. La relation psychanalytique se distingue de la relation traditionnelle entre le médecin et le patient, et des relations humaines usuelles et multiformes. L'espace et le temps de chaque séance, comme de l'entièreté du traitement, forment une sorte d'aire intermédiaire — une aire transitionnelle dirait Winnicott — entre le dedans et le dehors, la réalité et l'imagination. C'est précisément le *setting* relationnel, avec son dédoublement, qui rend possible cette configuration particulière.

Je passe maintenant à la psychopathologie phénoménologique. La question sur laquelle je veux m'arrêter est la suivante. Quelle est le *setting* phénoménologique ? Dans quel cadre matériel et mental se réalise le procès de formation de la connaissance psychopathologique ?

Tout d'abord, on peut observer qu'il n'y a pas dans la littérature phénoménologique une réflexion spécifique sur cette question. Ou mieux : la réflexion sur ce problème n'est pas séparée de la réflexion sur la méthode de la connaissance phénoménologique. À mon avis, cette indistinction entre les deux problèmes constitue la différence décisive et la plus profonde entre la psychanalyse et la phénoménologie.

Mais avant d'aborder ce point-ci, il est intéressant de remarquer que dans les rares occasions où les phénoménologues ont soulevé le problème de leur cadre mental dans la relation psychothérapeutique, nous rencontrons à nouveau une affinité très significative avec la psychanalyse. Je me réfère en particulier à l'écrit *De la psychothérapie* (1935) de L. Binswanger — un de ses travaux les plus profonds, selon moi. À propos de l'attitude, de la position mentale du psychothérapeute, Binswanger fait les observations suivantes :

[...] nous devons nous en tenir d'abord à ceci, que l'être-médecin impose des limites à l'être-avec-le-prochain et dans quelle

mesure il le fait et qu'il [l'être-médecin] lui ajoute quelque chose de nouveau [...]. Cet élément de nouveau [...] ne peut pas naître à partir de l'être-avec-un-autre-lui-même mais seulement à partir du service médical relatif au devoir médical « pratique » [...]. Ces deux sphères, l'être-avec-le-prochain et cet élément nouveau, l'être-médecin, ne sont pas dans une relation de l'un après l'autre, de l'à-côté-de-l'autre, ou de l'à-partir-de-l'autre, mais dans le rapport « dialectique » l'un envers-l'autre. [...] Communication dans l'existence et action dirigée vers un but de délivrance et de conduite de « forces » biologico-psychologiques, voilà les deux pôles dialectiques de la psychothérapie médicale [...]².

Je pense qu'ici se présente une polarisation dialectique très semblable au dédoublement que nous avons trouvé dans la psychanalyse. Le pôle de l'être-un-homme correspond à la part du psychanalyste qui, dans le traitement, entre dans le jeu du patient ; tandis que le pôle de l'être-un-médecin correspond à la part qui n'entre pas dans le jeu et qui observe et fournit les interprétations.

C'est Binswanger lui-même qui, du reste, remarque la correspondance. Après avoir établi cette polarisation dialectique, Binswanger fait allusion à un épisode très intéressant d'un cas clinique. Il s'agit d'une jeune malade hystérique qu'il traitait avec la méthode de la psychanalyse. La malade présentait, entre autres choses, des persistantes et bruyantes crises de hoquet. Binswanger est d'abord perplexe et ne sait que faire, puis il a une idée subite (*Einfall*):

Nous nous souviendrons toujours avec quelle soudaineté s'imposa à nous l'idée, ou si l'on veut, l'inspiration, de nous approcher doucement du lit de la malade, de poser sur son cou les doigts de notre main droite, et de comprimer si fort la trachée qu'elle en perdit le souffle et se débattit pour essayer de se libérer de l'étranglement [...]. C'est ainsi que le hoquet fut brutalement interrompu pour disparaître complètement après deux ou trois rechutes, qui furent traitées de la même manière³.

Binswanger rappelle cet épisode dans ses *Souvenirs sur Sigmund Freud* (1955) et le relie à une lettre de Freud, reçue en 1922, dans laquelle le père de la psychanalyse s'adressait à lui au sujet d'une malade commune atteinte d'une très grave névrose

2. Ludwig BINSWANGER, « De la psychothérapie », in *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris : Minuit, 1971, p. 122-123.

3. *Ibid.*, p. 124-125.

obsessionnelle. « Ce n'est — écrit Freud — que par l'union de l'analyse et de l'interdiction (contrainte contraire) que l'on peut, peut-être, arriver encore à quelque chose chez elle⁴. » En commentant ces mots, Binswanger écrit : « Ce "jugement" est d'autant plus intéressant qu'à ma connaissance, il est absolument isolé, et qu'on y découvre, comme si souvent, un Freud beaucoup plus "tolérant" que beaucoup de ses partisans, qui considèrent une telle "union" comme une erreur technique⁵. » Ensuite, il mentionne son intervention active sur la malade avec le hoquet : « J'en pus faire moi-même l'expérience à la suite [...] d'un cas de hoquet hystérique accompagné de cris perçants, et pour lequel l'analyse fut également unie à une "contrainte contraire"⁶. »

Je voudrais conclure sur le fait que la pensée du *setting* dans la phénoménologie ne se différencie pas du problème de la méthode de la connaissance psychopathologique. Cela signifie en définitive que les réflexions sur le *setting* mental du thérapeute confluent et s'articulent à la réflexion sur la méthode phénoménologique : c'est-à-dire sur l'*Einfühlung*, la réduction phénoménologique, l'*epoché*, ou encore sur la *Wesenschau*.

Cette confluence, cette indistinction des deux problèmes laisse émerger la différence fondamentale entre la psychanalyse et la phénoménologie. La méthode phénoménologique n'est pas simplement une disposition, un rangement mental qui sert d'arrière-fond à la connaissance psychopathologique : la méthode phénoménologique est déjà en elle-même une procédure active de connaissance.

Au contraire, dans la psychanalyse, l'exercice de la connaissance psychopathologique (par exemple, l'exercice de l'interprétation) s'inscrit dans un cadre d'indications techniques qui tracent le contour de la disposition mentale du psychanalyste. Ces indications techniques forment, à mon avis, la partie fondamentale du *training* psychanalytique. C'est précisément la technique qui donne à la psychanalyse, un savoir et une pratique transmissible. Et pour beaucoup de psychanalystes, la technique est bien plus importante que la théorie. Par exemple, le psychanalyste italien Giampaolo Lai en est arrivé à parler d'une technique sans la théorie.

4. Ludwig BINSWANGER, « Souvenirs sur Sigmund Freud », in *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne*, Paris : Gallimard, 1970, p. 334.

5. *Ibid.*, p. 334.

6. *Ibid.*, p. 334-335.

Je pense que dans la phénoménologie, il y a la science, il y a la théorie, il y a l'art thérapeutique, mais la technique manque. La connaissance et la pratique ne sont pas liées à des règles qui forment un *setting* mental spécifique. Le *setting mental* est laissé libre, et nous pourrions dire que, dans la phénoménologie, à la place de la technique, il y a précisément la liberté, le manque de liens précis.

Je ne saurais absolument pas dire si l'absence de la technique et la présence d'une situation plus libre sont un avantage, ou un désavantage par rapport à la psychanalyse. Chacun a son opinion. Mais ce qui est sûr, c'est que nous trouvons ici une différence fondamentale entre la psychanalyse et la phénoménologie.

Alfredo CIVITA

BIBLIOGRAPHIE CHOISIE

Alfredo CIVITA, *La filosofia del vissuto : Brentano, James, Dilthey, Bergson, Husserl*, Milano : Guerini, 1982.

Alfredo CIVITA, *La volontà e l'inconscio*, Milano : Guerini, 1987.

Jean-Martin CHARCOT, *Lezioni alla Salpêtrière, a cura di Alfredo Civita*, Milano : Guerini, 1989.

Alfredo CIVITA, *Saggio sul cervello e la mente*, Milano : Guerini, 1993.

Alfredo CIVITA, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, Roma : Carocci, 1999.

