



La phénoménologie face aux défis diagnostiques : le modèle des *Self-Patterns*

Mémoire de Maîtrise universitaire ès Sciences en psychologie

Présenté par Fanny Stauffer

Directeur : Amouroux Rémy

Experte : Jaccard Camille

Remerciements

Merci

A Dominique et Jean-Pierre, pour votre soutien indéfectible, vos encouragements constants et votre bienveillance sans faille. Ces études et leur achèvement n'auraient été possibles sans vous ;

A mes camarades Caroline, Laure, Thierry, Robin et Marie pour vos conseils attentifs et vos amitiés inaltérables. Pour ces nombreux moments de joie et de solidarité face aux aléas de ce cursus commun ;

A Matilde, pour tes recommandations avisées et ton soutien logistique ;

A Naji, dont le dessin illustre ce travail. Pour ta créativité infinie et nos aventures tout au long de nos études ;

A Victor, pour ton précieux réconfort, ton optimisme inspirant et ton soutien inébranlable. Pour nos discussions stimulantes et l'énergie que tu me transmets au quotidien.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Introduction | 3 |
| 1. L'objet psychiatrique, enjeux de définition et de classification | 7 |
| 1.1 DSM-5, influences réalistes et nominalistes | 8 |
| 1.1.1 Catégories, validité et critères | 9 |
| 1.1.2 Définition du trouble mental | 11 |
| 1.1.3 Abandon du système multiaxial | 12 |
| 1.1.4 Etiologie | 14 |
| 1.1.5 Stigmatisation et valeurs | 15 |
| 1.2 Considérations philosophiques | 17 |
| 1.3 Conclusion..... | 19 |
| 2. Une alternative phénoménologique au DSM-5 : le modèle des <i>Self-Patterns</i> | 21 |
| 2.1 Modèle des <i>Self-Patterns</i> | 25 |
| 2.1.1 Notion de <i>Self</i> | 26 |
| 2.1.2 Désordres du <i>Self</i> | 32 |
| 2.1.3 Considérations classificatoires, bénéfiques, limites et désavantage des <i>Self-Patterns</i> | 35 |
| 2.1.4 Visées compréhensives versus visées explicatives..... | 40 |
| 2.1.5 Outils d'entretien..... | 43 |
| 2.2 Phénoménologie, empathie et intersubjectivité..... | 49 |
| 2.3 Conclusion..... | 53 |
| 3. Phénoménologie et modèle des <i>Self-Patterns</i> appliqués : l'exemple de la dépression .. | 54 |
| 3.1 Perspective critique du diagnostic de la dépression dans le DSM-5 | 55 |
| 3.2 Prisme phénoménologique de la dépression : altérations des sentiments existentiels | 61 |
| 3.2.1 Perte d'espoir | 62 |
| 3.2.2 Rapport aux autres et au monde..... | 63 |
| 3.2.3 Expérience générale | 65 |
| 3.2.4 Sentiment de capacité et d'autonomie..... | 68 |
| 3.2.5 Affectivité..... | 70 |
| 3.2.6 Narration, indicibilité et contexte existentiel | 71 |
| 3.3 Perspectives de soin..... | 73 |
| Conclusion..... | 77 |
| Bibliographie..... | 81 |

Introduction

Aussi bien en termes historiques qu'épistémologiques, la psychiatrie - en tant que spécialité médicale dédiée aux maladies mentales - est une discipline hybride née au cours du 19^e siècle. Ses objets d'études (i.e., les phénomènes mentaux anormaux et les troubles mentaux) proviennent de sources de connaissances disparates issues des sciences naturelles, mais aussi sociales et humaines (Marková & Berrios, 2012, p.220). Cependant, diversité des objets et concepts que la psychiatrie aborde l'empêchent de se déployer sur un seul plan d'explication. Elle fait ainsi face à de nombreuses « crises identitaires » opposant de multiples paradigmes et rendant impossibles les consensus explicatifs et méthodologiques (Berrios, 1996 ; Kuhn, 1970). Par conséquent, cette hétérogénéité des sources de savoirs pose certains problèmes pour la recherche et pour la clinique psychiatriques en venant questionner notre capacité à analyser ces objets dans leur intégralité et à pouvoir en tirer des connaissances fiables (Marková & Berrios, 2012).

L'étymologie du terme « diagnostic », provenant du grec « *diagnostikós* » signifiant « capable de discerner », dénote en filigrane l'une des premières tentatives de catégorisation de la souffrance (Greenberg, 2013). Le diagnostic se veut dès lors être une connaissance qui permet de différencier une chose d'une autre. Appliquée aux troubles mentaux, cette notion de diagnostic comme volonté de catégoriser peut prendre la forme de quatre choix épistémologiques (Frances & Widiger, 2012).

La première forme postule que les troubles mentaux existent ; que nous les appréhendons tels qu'ils sont (Bentall & Pilgrim, 1999 ; Frances & Widiger, 2012). Cette forme engendre des thèses dites réalistes avançant qu'il est possible de découvrir et de découper la nature selon ses articulations en entités indépendantes de notre compréhension grâce aux méthodes scientifiques. Cette conception des troubles mentaux a dominé les méthodes psychiatriques jusque dans les années 2000 (Kendler, 2005), guidées par le modèle de l'élucidation des symptômes de la syphilis (Greenberg, 2013). Aujourd'hui, la conception réaliste est largement critiquée en tant que simplification trompeuse et réductionniste (Frances & Widiger, 2012). En effet, bien que les recherches contemporaines en neurosciences aient fourni certaines explications causales, la compréhension du cerveau en tant que système produisant notamment une identité, une conscience ou encore des troubles mentaux fait toujours défaut (Daly & Gallagher, 2019 ; Frances & Widiger, 2012).

La seconde forme, dite nominaliste, avance que les troubles mentaux existent et que nous les appréhendons tels que nous les observons. Elle est celle qui s'approche le plus d'un

consensus et affirme que les troubles mentaux ne sont que des constructions arbitraires permettant de guider la recherche et la clinique par un langage commun (Frances & Widiger, 2012). Ainsi, si la schizophrénie associée à un gène unique n'existe pas, car elle s'avère plutôt être un ensemble de troubles regroupant peut-être 20, 50 ou 200 types de gènes différents (Frances & Widiger, 2012), le fait de pouvoir la nommer comme telle permet d'élaborer à son sujet.

La troisième forme est d'ordre sceptique et postule que les troubles n'existent que parce que nous les nommons (Frances & Widiger, 2012). Les maladies mentales sont alors vues comme des constructions sociales, modulées par des facteurs socio-culturels (Ehrenberg, 2001 ; Foucault, 1972, 1954/2015). On peut aller jusqu'à affirmer que les « troubles mentaux » ne sont que des étiquettes qui justifient l'utilisation du pouvoir médical (c'est-à-dire toutes les professions concernées par la pathologie, y compris la psychiatrie, la psychologie clinique et le travail social clinique) pour intervenir vis-à-vis d'un comportement socialement désapprouvé (i.e., « drapétomanie », « trouble de la masturbation infantile ») (Szasz, 1960, 1974). Si cette forme tente de prévenir les possibles effets de stigmatisation, elle empêche cependant la mise en place d'un système de soin pour des personnes néanmoins en souffrance (Haslam, 2003).

La quatrième forme postule que nous nommons les troubles en fonction de la manière dont nous souhaitons les utiliser (Zachar, 2003). D'ordre éminemment pragmatique, cette forme incite à mobiliser diverses théories en fonction des différents objectifs que nous visons (p. ex. diagnostique, thérapeutique, psychopathologique, etc.) plutôt que de s'attacher à une définition de la nature des troubles mentaux (Kendler et al., 2011). Concrètement, c'est cette forme que nous allons mobiliser au cours de ce travail en considérant le modèle des *Self-Patterns*. Nous défendons que ce modèle est doublement pragmatique, car il exige le recours à des approches pluralistes pour investiguer ses différents aspects (Widakowich, 2013) et parce qu'il choisit qu'il est plus utile de concevoir les troubles mentaux comme « désordres du Self » (Sass, 2013 ; Nelson et al., 2014). En effet, il propose de mobiliser plusieurs manières d'étudier ses aspects, un test neurologique peut servir à en évaluer un et un entretien phénoménologique peut en évaluer un autre, afin de pouvoir cartographier leur fonctionnement et leurs altérations sur son modèle (Daly & Gallagher, 2019). Cette solution permet ainsi de maintenir une pluralité des causes à prendre en compte tout en retranscrivant au mieux le fait que les troubles mentaux affectent l'existence entière de l'individu contrairement à la classification dominante du DSM, se souciant peu du contexte et privilégiant un unique type d'explication.

Publiée en 1980, la troisième édition du DSM souhaite se débarrasser de ces débats ontologiques en adoptant une perspective se voulant empirique et donc basée sur des critères observables pour classer et diagnostiquer (Widakowich, 2013). Le DSM-III se veut sans référence à une théorie psychopathologique ou étiologique, compatible aussi bien avec la position réaliste que nominaliste. Ses auteurs espèrent cependant qu'il fonctionnera comme une solution réaliste en trouvant des biomarqueurs pour chaque trouble psychique. Ses catégories proposent de faciliter la communication entre les professionnels de la santé mentale en fournissant un langage commun et leur usage justifie également le financement de nombreuses recherches (Cooper, 2018 ; Daly & Gallagher, 2019 ; Hyman, 2010). Le DSM se propose aussi comme manuel d'information pour enseignants et étudiants et contient un système de codification utile pour les statistiques, les assurances, les protections sociales ; à des fins administratives ou judiciaires (Cooper, 2018 ; Frances & Widiger 2012).

On peut toutefois adresser certaines critiques aux définitions opérationnelles ainsi qu'à la fiabilité diagnostique d'une telle démarche. En effet, une législation voulant se faire uniquement par le visible et le mesurable réduit considérablement l'importance et l'impact des phénomènes psychiques alors qu'elle prétend précisément mettre de côté les débats ontologiques sur la nature des troubles mentaux (Salvarelli, 2013). La structure du DSM, ses définitions opérationnelles axées sur le comportement observable, et ses choix cliniques orientés vers la prescription de psychotropes privilégient un modèle réductionniste des troubles mentaux, orienté vers les explications de la neurobiologie (Parnas et al., 2013 ; Salvarelli, 2013 ; Scharfstein, 2008). Une telle démarche ignore souvent certains aspects importants de la psychopathologie, notamment ceux liés aux expériences subjectives des patients ainsi qu'à l'aspect dynamique des troubles et de l'expérience de ceux-ci (Daly & Gallagher, 2019 ; Ghaemi, 2007 ; Kendler, 2016 ; Paskaleva, 2011 ; Ratcliffe, 2015). De plus, elle suscite un certain nombre de questionnements pratiques et éthiques vis-à-vis des diagnostics psychiatriques, leurs fondements, leurs usages et leurs bienfaits.

Dans la première partie de ce travail, nous examinerons les enjeux d'une réduction de l'objet psychiatrique à une « métapathologie » au sens de Foucault (1954/2015, p.2 ; i.e., étude de la maladie mentale au prisme des concepts et des méthodes de la pathologie somatique). Plus précisément, il s'agira d'explorer les implications et critiques liées au processus de catégorisation des troubles mentaux dont la principale tentative actuelle est le DSM-5. En effet, les questions relatives à l'ontologie et l'épistémologie (i.e., savoir concevoir, aborder et décrire de manière adéquate) du domaine mental ne sauraient être laissées de côté par la psychiatrie (Marková & Berrios, 2012), faute d'entraîner une

confusion concernant le but de ses démarches et les moyens qu'elle peut mobiliser pour y accéder.

Face aux limites du diagnostic opérationnel, il s'agira de présenter les différents avantages d'une remobilisation de la phénoménologie vis-à-vis de l'intégration des expériences à la première personne dans le champ de la psychopathologie. En effet, nous posons l'hypothèse que la négligence de l'expérience subjective de la part du DSM provient de l'absence d'un cadre conceptuel psychopathologique permettant de prendre en compte l'expérience humaine, c'est-à-dire sa subjectivité et son caractère situé (Parnas & Gallagher, 2015 ; Parnas & Zahavi, 2002). La phénoménologie propose un cadre plus complet pour la compréhension de ces expériences, parce qu'elle étudie les phénomènes tels que les êtres humains conscients et incarnés en font l'expérience, mais aussi parce qu'elle élabore des méthodes de recherche pour l'étude desdits phénomènes (Bachelor & Joshi, 1986, pp.1-2). Nous défendrons l'idée qu'elle peut apporter une lecture unifiée à une symptomatologie hétérogène, tout en rendant compte de la personne dans son entièreté et sa dynamique (Basso et al., 2018 ; Ratcliffe, 2015).

Ainsi, dans une seconde partie, nous présenterons différentes théories issues du paradigme phénoménologique en développant certaines notions formulées par des auteurs classiques tels que Jaspers, Binswanger et Merleau-Ponty. Puis, nous mobiliserons le modèle des *Self-Patterns* (Daly & Gallagher, 2019 ; Gallagher, 2013 ; Gallagher & Daly, 2018) inspiré de ces considérations phénoménologiques et pensé comme alternative au DSM. La théorie des *Self-Patterns* repose sur les hypothèses selon lesquelles les êtres humains sont fondamentalement multidimensionnels et que tout Self est composé d'une variété d'aspects interdépendants caractérisés en plusieurs groupes : corporel, expérientiel, comportemental, affectif, intersubjectif, narratifs, cognitif et situés (Daly & Gallagher, 2019 ; Gallagher & Daly, 2018). Son usage de méthodes d'interviews phénoménologiques à la seconde personne permet de récolter des données à la première personne dans un processus fondamentalement intersubjectif. Si son approche dimensionnelle et multiaxiale présente certains avantages, notamment moins de risque de stigmatisation et de problèmes de comorbidités, vis-à-vis d'un diagnostic opérationnel aux catégories fixes, nous pouvons questionner quelles peuvent être ses potentielles applications ou limites. En effet, les explications des auteurs concernant les interactions au sein du modèle et la portée souhaitée de leur diagnostic « riche » restent peu étoffées.

Dans une troisième partie, en prenant pour exemple le cas de la dépression, nous proposons d'illustrer plus concrètement comment le modèle des *Self-Patterns* peut enrichir

ou nuancer un diagnostic classique, et comment la notion phénoménologique de changements existentiels peut y apporter une visée plus compréhensive et détailler certaines dynamiques du modèle. Selon l’OMS (Naik et al., 2018), la dépression affecte plus de 264 millions de personnes de tous âges et est l’une des principales causes d’invalidité dans le monde, contribuant ainsi largement à la charge globale de morbidité. Or, elle est également un trouble d’une grande complexité ne formant pas de consensus (Ehrenberg, 2001 ; Paskaleva, 2011). De plus, la dépression illustre relativement bien les risques liés à la biologisation du trouble mental. En effet, l’observation de corrélations entre les niveaux de sérotonine et l’apparition de la maladie a conduit à une simplification excessive des différents mécanismes neuronaux qui pourraient être impliqués dans la maladie mais aussi des aspects expérientiels y étant liés, à savoir ce que l’on ressent et vit lorsque l’on est déprimé (Paskaleva, 2011). Une évaluation phénoménologique avec le modèle proposé par les *Self-Patterns* interviendra donc pour décrire et structurer les plaintes habituellement rapportées par les patients dépressifs et ainsi fournir une compréhension plus approfondie et détaillée de la symptomatologie du trouble (Daly & Gallagher, 2019 ; Paskaleva, 2011; Ratcliffe, 2015). Enfin, après avoir illustré comment une telle approche phénoménologique peut nous aider à améliorer nos outils de diagnostic et notre compréhension des troubles mentaux, nous tenterons d’élaborer quelques propositions sur les changements que le modèle des *Self-Patterns* suggère dans les soins, notamment sur la manière dont il pousse à une plus grande diversité thérapeutique ainsi qu’à une interaction plus symétrique entre soignant et soigné.

1. L’objet psychiatrique, enjeux de définition et de classification

Une étude attentive de la psychiatrie et de ses objets permet de soulever quatre types de questionnements (Marková & Berrios, 2012) qui nous guideront au fil de cette première partie. Elle interroge nos conceptions ontologiques (i.e., déterminer la nature et les soubassements des objets psychiatriques), soulève certains enjeux psychopathologiques (i.e., classification et démarcation du pathologique vis-à-vis du normal) interpelle de ce fait les approches les plus appropriées pour manipuler les objets psychiatriques et les données issues de leur étude, tout en questionnant les dimensions culturelles et politiques y étant

liées. Par conséquent, toute étude des objets psychiatriques ne doit se séparer de questions concernant la nature et les sources de connaissance de la psychiatrie afin d'interroger les types de légitimité et de pérennité auxquels ces connaissances peuvent prétendre (Berrios, 1996 ; Marková & Berrios, 2012).

Le DSM, ou *Manuel Diagnostic et Statistiques des Troubles mentaux* publié par l'*American Psychiatric Association* (APA), ainsi que le chapitre F du code la *Classification Internationale des Maladies* (CIM) sont les deux principaux systèmes consacrés aux diagnostics et classifications des troubles mentaux et comportementaux. Ces outils proposent à la fois des listes de critères diagnostiques ainsi que des méthodes pour les poser (Pull, 2014). Dans une démarche se voulant pragmatique et rationnelle, on cherche à établir des tableaux cliniques ainsi que des protocoles de traitement spécifiques reposant sur des consensus entre psychiatres de diverses obédiences. Le DSM-5 et la CIM-10 s'appuient sur une approche catégorielle établissant des catégories précises aux propriétés (symptômes et comportements) préétablies et clairement définies qui visent à établir la présence ou l'absence d'un diagnostic (Widakowich, 2013, p.301). Pour poser un diagnostic, il faut également relever dans la plupart des cas un sentiment de détresse ainsi qu'une perturbation du fonctionnement (personnel, professionnel et social dans le DSM 5 et majoritairement personnel dans la CIM-10). Les définitions proposées par le DSM-5 utilisent des critères diagnostiques se voulant explicites, s'appuyant sur des conceptions nomothétiques et polythétiques (Pull, 2014). Précisons que dans ce travail, nous allons nous focaliser essentiellement sur le DSM. Toutefois, au vu des similitudes entre les deux systèmes classificatoires évoqués, bon nombre des enjeux abordés peuvent probablement s'appliquer à la CIM-10.

1.1 DSM-5, influences réalistes et nominalistes

Les versions succédant au DSM-III ne diffèrent globalement pas beaucoup de l'approche empirique logique adoptée dans ce dernier et dont ils tentent principalement d'améliorer les critères. Toutefois, l'actuelle édition (DSM-5), publiée en 2013, montre quant à elle plusieurs changements majeurs. Effectivement, si la liste des troubles inclus et l'ensemble de leurs critères diagnostiques sont remarquablement similaires au DSM-IV, des changements radicaux ont lieu aux niveaux structurel et conceptuel (Cooper, 2018).

Pour illustrer l'influence de conceptions réalistes ou nominalistes en psychologie ainsi que les enjeux associés aux différentes démarches épistémologiques possibles, il

s'agira dans cette partie d'analyser plusieurs critiques faites au DSM-5. Tout d'abord, nous considérerons les avantages et désavantages liés à l'établissement de critères se voulant objectifs ainsi que la signification de l'absence de changement de ces derniers dans le DSM-5. Nous allons ensuite aborder le changement de définition des « troubles mentaux » dans cette dernière version du DSM afin de pouvoir discuter de la volonté explicite de celle-ci à s'appuyer sur une théorie. Cette volonté sera également illustrée par l'abandon du système multiaxial. Enfin, nous aborderons les questions éthiques, prises en compte lors de la dernière révision de la classification, comme signe d'une prise de conscience des risques associés aux usages du DSM. Envisager ces différents changements et les problèmes qu'ils suscitent nous permettra de questionner les relations entre cadre conceptuel, critères diagnostiques et enjeux pratiques et sociaux liés aux classifications.

1.1.1 Catégories, validité et critères

Premièrement, les ambitions de fiabilité du DSM se sont opérées au détriment de la validité de ses étiquettes. En effet, le DSM-III et ses éditions ultérieures, en proposant des définitions opérationnelles, avaient pour but de présenter les symptômes nécessaires au diagnostic dans un langage aussi descriptif que possible afin d'uniformiser les diagnostics. Ce faisant, ils ont cependant remplacé conceptuellement l'objectivité par l'accord entre professionnels dans une dynamique pragmatique (Salvarelli, 2013 ; Stein, 2012). Par conséquent, nous nous trouvons face à une absence de justification concernant les délimitations des catégories, autrement dit face à un problème de validité. Ce problème s'illustre notamment par de fortes comorbidités. En effet, Demazeux explique que les étiquettes diagnostiques sont si fortement liées entre elles qu'il n'est pas rare qu'un même patient puisse faire simultanément l'objet de plusieurs dénominations diagnostiques sans que cela soit nécessairement imputable à un désaccord entre cliniciens (2008, p.71). Dès lors, une forte comorbidité peut signifier deux choses : « que certains troubles vont toujours de pair – auquel cas la question se pose de savoir s'il ne serait pas judicieux de les considérer comme ressortissant à un seul et même trouble fondamental –, ou bien que l'outillage conceptuel des symptômes cliniques n'est pas assez spécifique et discriminant » (Demazeux, 2008, pp.71-72). Le deuxième cas de figure souligne ainsi la trop grande simplicité des descriptions catégorielles qui ne permet donc plus de discriminer efficacement les expériences anormales. A ce sujet, Ratcliffe (2015) défend que c'est le niveau de compréhension phénoménologique nécessaire pour identifier de manière fiable un type d'expérience particulier qui fait défaut aux classifications actuelles. Selon lui, les

critères de diagnostic trop grossiers ne permettent pas de distinguer des expériences qualitativement différentes, car ils ne s'intéressent pas au contexte existentiel dans lequel ces expériences ont lieu. En résumé, l'importance accordée aux accords inter juges implique de savoir si nous parlons vraiment d'entités réelles ou si nous nommons ce qui nous arrange. Si nous optons pour l'accord entre cliniciens, les prétentions objectives et réalistes du DSM ne peuvent que disparaître. De plus, si nous reconnaissons son pragmatisme, nous devons nous montrer prudents voire critiques vis-à-vis de ses penchants, car le DSM exerce une influence considérable sur le système de santé mentale (i.e., diagnostic, reconnaissance, traitement et responsabilité) (Frances & Widiger, 2012).

Face au problème de la validité de ses catégories, le DSM-5 a initialement proposé un remaniement radical de sa classification par le biais du projet appelé *A Research Agenda for DSM-V* (Frances & Widiger, 2012). A l'époque du DSM-III, l'idée était qu'une fois les syndromes identifiés de manière fiable, on pouvait s'attendre à ce que la recherche progresse dans l'identification des causes de la psychopathologie (Frances & Widiger, 2012). Or, depuis cette époque, la recherche des causes n'a toujours pas répondu aux attentes et les percées espérées en génétique, en neurosciences, en sciences du développement, etc., n'ont pour l'instant pas produit de résultats suffisamment satisfaisants pour permettre d'établir une nouvelle classification (Cooper, 2018). Ainsi, *A Research Agenda for DSM-V* a conclu qu'un changement de paradigme encore inconnu pourrait avoir lieu sans pouvoir proposer de changements majeurs pour l'instant (Kupfer et al., 2002).

Toutefois, même dans les cas où les chercheurs conviennent de preuves suffisantes pour un changement, Cooper (2018) remarque qu'il est étonnamment difficile de réviser les critères de diagnostic inclus dans le DSM-5. L'autrice pose en effet l'hypothèse que la pluralité des avis et la multitude des nouvelles études concernant chaque trouble mental ne permettent pas de faire stricte autorité et semblent donc bloquer le système de révision. Plus concrètement, on postule que dans ses éditions les plus récentes, la révision du DSM prend de nombreuses années, coûte des millions de dollars et implique que des centaines d'experts y travaillent (Pull, 2014). De plus, en coulisses, divers groupes aux intérêts variés (représentants de patients, de praticiens, d'assurances, de laboratoires pharmaceutiques etc.) font pression sur l'APA pour que la classification corresponde à leurs intérêts, notamment vis-à-vis de la détermination du seuil entre normal et pathologique qui modifierait tout le système de soin (Cooper, 2018 ; Hyman, 2010). Scharfstein (2008) affirme même que les intérêts des groupes pharmaceutiques poussent à pathologiser la normalité et à élargir les catégories, notamment celle de la dépression. Par ailleurs, la recherche en santé mentale

utilise généralement les critères du DSM et cimenter ainsi la respectabilité scientifique de ce dernier. En conséquence, il est avantageux pour l'APA que le DSM soit largement accepté par les chercheurs en santé mentale du monde entier afin notamment de maintenir ses prétentions à un langage commun et à proposer un pont entre clinique et recherche (Cooper, 2018). Les catégories du DSM figurent également dans de nombreuses législations et dans les directives de nombreuses bureaucraties (LaFrance & McKenzie-Mohr, 2013). Par exemple, il existe actuellement des débats autour de la conception du burn-out en tant que maladie professionnelle ou issue de fragilités personnelles. Ces différentes conceptions incitent à des prises en charge et compensations sociales distinctes et illustrent les tensions entre ces groupes d'intérêts (Bianchi et al., 2019). Cette constatation vient de plus adresser des questions aux usages et éthiques promulguées par la préférence ou prétention d'un critère plutôt qu'un autre tout en soulignant une diminution des préoccupations concernant la souffrance effectivement liée aux psychopathologies.

1.1.2 Définition du trouble mental

Le deuxième changement conceptuel à propos du DSM-5 concerne l'utilisation du terme « trouble mental » pour désigner son objet d'étude (Cooper, 2018 ; Pull, 2014). Le DSM-5 définit le trouble mental comme suit.

A mental disorder is a syndrome characterized by a clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotion regulation, or behaviour that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning. Mental disorders are usually associated with significant distress or disability in social, occupational or other important activities. An expectable or culturally approved response to a common stressor or loss, such as the death of a loved one, is not a mental disorder. Socially deviant behaviour (e.g., political, religious, or sexual) and conflicts that are primarily between the individual and society are not mental disorders unless the deviance or conflict results from a dysfunction in the individual, as described above. (APA, 2013, p. 20, emphase personnelle)

Malgré le flou théorique du terme « trouble mental », on estime que le recours à d'autres termes, tels que ceux d'« affection », de « maladie », de trouble « psychiatrique » ou encore de trouble « psychologique », aurait soulevé des problèmes encore plus importants (Cooper, 2018 ; Pull, 2014). En effet, la définition ci-dessus tente de contourner l'ambiguïté du statut médical de la psychiatrie (Salvarelli, 2013) en proposant une tautologie pour ne pas s'impliquer clairement dans ce qui caractérise le trouble mental (Thyer, 2015). En d'autres termes, dire que le trouble mental est causé par une perturbation dans le fonctionnement mental ne nous apprend rien. Selon Thyer (2015), ce problème est la conséquence directe d'une réification des troubles mentaux en entités naturelles qui provoque une indistinction entre cause et effet.

De plus, cette définition du trouble mental du DSM-5 supprime la nécessité d'un préjudice vécu par le sujet - un critère pourtant présent dans les versions précédentes. Ceci nie par conséquent le lien auparavant (DSM-IV) indispensable entre souffrance et trouble mental (Cooper, 2018). Ce lien permettait de garantir aux individus différents de la norme, mais dont la différence ne cause aucun dommage, de ne pas se voir attribuer de diagnostic. Cooper (2018) affirme que la motivation de ce changement reposait sur la volonté d'aligner la définition du DSM-5 sur celle de l'OMS présente dans la CIM afin de différencier le trouble mental du handicap qui lui serait issu de problèmes sociaux (réponse sociale inadaptée à une incapacité ; Oliver, 1996) plutôt que d'une déficience corporelle. Enfin, la précision de la nécessité d'un impact social ou professionnel risque elle aussi d'être supprimée à l'avenir. Effectivement, l'introduction du DSM-5 indique qu'elle ne sert qu'à marquer une limite entre le social et le biologique en l'attente de marqueurs biologiques distinguant plus efficacement le handicap du trouble mental, autrement dit le normal du pathologique (Cooper, 2018). L'effacement du concept préjudice au sein du diagnostic représente ainsi l'exclusion progressive des explications sociales des troubles mentaux (Cooper, 2018).

1.1.3 Abandon du système multiaxial

Sur le plan structurel, le DSM-5 a abandonné le système de diagnostic multiaxial (Cooper, 2018). En pratique cependant, de nombreux cliniciens ne recueillaient pas les informations sur les cinq axes (i.e., troubles mentaux cliniques, problèmes psychologiques envahissants et troubles de la personnalité, conditions médicales potentiellement pertinentes, problèmes sociaux et environnementaux, et fonctionnement global), mais se focalisaient sur

l'axe I (Cooper, 2018). Dans le DSM-5, ces axes ont disparu et les cliniciens sont désormais tenus de documenter les critères de diagnostic du DSM auxquels un patient répond ainsi que toute affection médicale non psychiatrique et tous problèmes sociaux et environnementaux ainsi que les handicaps qui peuvent être pertinents (APA, 2013). Cooper (2018) défend que l'abandon du système multiaxial n'est pas un simple changement de format mais un changement d'orientation, réduisant la place accordée aux problèmes psychosociaux et environnementaux.

Élaborée dans les DSM-III et IV, l'approche multiaxiale proposait la prise en compte de facteurs environnementaux et sociaux apaisant ainsi les craintes vis-à-vis d'un système diagnostique trop biologique tout en évitant de menacer ceux qui étaient satisfaits d'adopter une telle approche (Spitzer, 2001). Ce faisant, on souhaitait également encourager les réflexions concernant d'autres axes et les potentielles nouvelles informations psychodynamiques, sociales ou environnementales (Cooper, 2018). Son abandon induit alors un passage d'une approche biopsychosociale à une approche plus étroitement biologique des troubles mentaux (Cooper, 2018). Les auteurs ayant présidé le processus de révision du DSM-5 déclarent à ce sujet que « le système multiaxial a été abandonné en grande partie à cause de son incompatibilité avec les systèmes de diagnostic du reste de la médecine »¹ (Kupfer et al., 2013, p.95). Nous pouvons alors arguer qu'une telle focalisation de l'analyse clinique sur les critères opérationnels de l'axe I plutôt que sur d'autres types de symptômes réduit par la même occasion les perspectives (psychodynamiques, sociales, relationnelles ou environnementales) pouvant nous aider à comprendre et expliquer les symptômes (Cooper, 2018). Par exemple, les symptômes anxieux et dépressifs peuvent se manifester différemment selon le genre, le stade développemental ou encore la culture et ces différences risquent d'être ignorées par l'usage d'une seule catégorie (Stein, 2012). De plus, l'adoption d'une perspective unique peut exacerber les préjugés envers des groupes déjà stigmatisés (p.ex. schizophrénie ou retard mental) et peut justifier le peu d'investissement des instances étatiques dans le soin mental en laissant entendre que les souffrances de ces individus proviennent de leurs défauts personnels (Khoury et al., 2014). En outre, si le problème des comorbidités étant déjà présent auparavant, on peut s'imaginer que la réduction des possibilités de nuancer et de contextualiser les souffrances ne fera qu'augmenter leurs apparitions (Horwitz & Wakefield, 2007).

¹ Traduction personnelle

1.1.4 Etiologie

L'abandon de l'approche descriptive se situe dans la lignée des changements expliqués plus haut en reconnaissant explicitement l'appui du DSM-5 sur le modèle biomédical et en rompant ainsi avec les prétentions a-théoriques des éditions précédentes. Effectivement, comme on peut le remarquer grâce à la définition des troubles mentaux selon le DSM-5 vue plus haut, le manuel retient trois différentes sources potentielles des perturbations (processus psychologiques, biologiques ou développementaux ; Thyer, 2015).

Il a été suggéré que le DSM-5 pourrait être réorganisé en un certain nombre de groupes reflétant des « facteurs de risque étiologiques » (Cooper, 2018, p.58). Pour l'instant, cinq groupes ont été proposés (neurocognitif, neurodéveloppemental, psychose, émotionnel et d'extériorisation). Cependant, faute de justifications suffisantes pour se classer dans un groupe ou l'autre, la majorité des troubles à se situerait pour l'instant dans le groupe des « troubles non encore attribués » (Cooper, 2018, p.59). L'idée d'une restructuration globale n'est pas pour autant abandonnée définitivement et le DSM-5 affirme à présent clairement vouloir s'appuyer sur ces groupes pour encourager les études portant sur « les processus physiopathologiques sous-jacents qui donnent lieu à une comorbidité diagnostique et à une hétérogénéité des symptômes »² (APA, 2013, p.13).

Des recours fréquents à ces catégories « non-spécifiées » dans les précédentes versions du manuel ont déjà suscité des critiques questionnant la possibilité d'identifier « des groupes cliniques stables, homogènes et cohérents, susceptibles d'être représentés par des catégories bien délimitées » (Demazeux, 2008, p.72). On peut notamment arguer que les connaissances et techniques actuelles se sont montrées infructueuses dans la découverte des biomarqueurs justifiant une nouvelle catégorisation (Cooper, 2018 ; Wakefield, 2013). Face aux insuffisances classificatoires et en l'attente d'une étiologie, les catégories se sont multipliées et affinées pour tenter de réduire les comorbidités (Demazeux, 2008), risquant de diminuer les avantages liés au diagnostic, à savoir le soulagement et les soins associés à une reconnaissance adéquate.

En outre, si l'on tient à rester dans une approche catégorielle basée sur des lois psychophysiques de la maladie mentale, le manque des marqueurs biologiques validant nos catégories risque de réifier ces dernières (Kendler, 2016 ; Salvarelli, 2013). Compte tenu des idéaux matérialistes majoritairement présents en psychiatrie, on peut effectivement

² Traduction personnelle

prévenir d'un potentiel glissement conceptuel dans lequel les critères deviendraient par erreur et habitude le trouble en lui-même (Kendler, 2016 ; Lafrance & McKenzie-Mohr, 2013). Autrement dit, si les critères proposés par les DSM se veulent être des moyens pratiques que l'on espère fiables, sensibles et spécifiques pour identifier les troubles, le risque d'une telle opérationnalisation prise à la lettre est d'attribuer un statut réel à ce qui n'est qu'un construit hypothétique (Kendler, 2016 ; Thyer, 2015). Une telle erreur conceptuelle est un retour à l'essentialisme et menace la psychopathologie d'un appauvrissement important tout en ayant des implications importantes pour la manière dont les critères du DSM sont utilisés dans la recherche, les soins cliniques et surtout l'enseignement (Andreasen, 2007 ; Kendler, 2016). En effet, une forte confusion entre traduction et transposition, entre réalité clinique et classification, risquerait de substituer le fait d'apprendre à observer et comprendre les troubles à celui d'apprendre à conformer sa vision à celle du DSM (Hyman, 2010 ; Thyer, 2015 ; Widakowich, 2013).

1.1.5 Stigmatisation et valeurs

Khoury et al. (2014, p.3) identifient trois types de stigmatisation (i.e., stigmatisation publique, auto-stigmatisation, évitement du diagnostic) pouvant résulter des diagnostics issus du DSM. La stigmatisation publique désigne l'adoption par une majeure partie du public de stéréotypes négatifs qui engendrent des actes et des tendances malveillants contre les personnes porteuses d'un diagnostic de trouble mental. Le diagnostic va en effet opérer une séparation entre ces individus et le reste de la population, augmentant les préjudices qu'ils peuvent vivre. L'auto-stigmatisation désigne la perte d'estime de soi et du sentiment de capacité qui peut survenir lorsque des individus internalisent la stigmatisation publique. L'évitement du diagnostic désigne pour finir le fait que, conscients de ces stigmatisations, les individus évitent de consulter les services de santé mentale.

De plus, les diagnostics peuvent engendrer des biais chez les thérapeutes en suscitant plus d'attitudes négatives et en menant plus facilement à croire que ces diagnostics psychiatriques sont inchangeables et inconditionnels (Khoury et al., 2014, p.3). Cette perte d'empathie combinée à une catégorisation fixe peut rigidifier le rendu du diagnostic au patient en le privant d'explications contextuelles. Cela entraîne une internalisation de croyances négatives et défaitistes à propos de lui-même, de la honte et peut mener à une impuissance apprise (Khoury et al., 2014, p.3). En résumé, les diagnostics peuvent servir de prophéties autoréalisatrices en réduisant les attentes et ambitions des personnes

catégorisées et en modifiant les attitudes des autres envers ces individus (Khoury et al., 2014, p.2)

En outre, dans une perspective sociale-constructiviste, on peut reprocher au DSM l'effet performatif de son langage (Lafrance & McKenzie-Mohr, 2013). Cette idée est illustrée par la notion d'« espèces interactives » développée par Ian Hacking (1999). Les « espèces interactives » désignent les processus par lesquels individus et classifications interagissent entre eux. Ayant connaissance de leur catégorisation, les individus peuvent, consciemment ou non, changer leurs comportements ou leurs émotions afin de correspondre à ces catégories. Ces changements de comportements peuvent entraîner à leur tour des révisions de la classification (Paskaleva, 2011). Un autre type d'effet rétroactif pouvant influencer et modifier non seulement le concept, mais aussi l'expérience et l'expression de certains troubles mentaux est l'« effet de boucle » (Hacking, 1999). Les « effets de boucle » désignent les processus par lesquels les états mentaux (i.e., comportement personnel, pratiques culturelles ou thérapeutiques) peuvent influencer les faits biologiques. Par exemple, Hacking (1999) explique que les niveaux de sérotonine abaissés dans la dépression peuvent être augmentés par une modification des états mentaux et des pratiques thérapeutiques non médicamenteuses comme les TCCs, ceci presque autant qu'avec des médicaments.

La nouvelle version du DSM tente de prendre en compte ces effets péjoratifs (i.e., stigmatisation, surtraitement, iatrogénie, traitement inapproprié des faux positifs, conséquences juridiques et bureaucratiques, médicalisation potentielle de la normalité ; Khoury et al., 2014 ; Kontos, 2015 ; Lafrance & McKenzie-Mohr, 2013). En effet, lors de l'élaboration du DSM-5, le potentiel impact du diagnostic sur la santé a été pris en compte et conçu comme pouvant également résulter de l'utilisation correcte du manuel (Cooper, 2018, p.60). Cependant, ces considérations éthiques sont limitées. En effet, on ne demande qu'à ceux qui proposent de nouveaux diagnostics d'examiner si le préjudice résultant de l'adoption du diagnostic proposé dépasserait les avantages qui en découlent pour les personnes concernées (Cooper, 2018 ; Kendler et al., 2009). En conclusion, le DSM, qui se présentait comme étant avant tout basé sur des preuves empiriques, est désormais élaboré sur la prise en compte de valeurs, reconnaissant ainsi les dimensions sociales et déontologiques liées au diagnostic (Cooper, 2018).

1.2 Considérations philosophiques

On peut observer qu'il ressort de ces critiques une volonté de dénoncer les tentatives de naturaliser l'esprit et les explications à son sujet. Afin d'adopter un autre angle d'analyse face aux problèmes du naturalisme en psychologie et de permettre une compréhension plus complète des arguments en faveur d'une remobilisation de la phénoménologie, nous proposons dans cette partie de replacer ces débats dans la philosophie des sciences, en particulier la philosophie de l'esprit, qui interpelle le naturalisme grâce à son « problème difficile » (Chalmers, 1996, 2004). Plus particulièrement, la philosophie de l'esprit nous permettra de questionner la nature de la relation entre notre corps, c'est-à-dire nos états physiques, et notre esprit, c'est-à-dire nos états mentaux. Elle interroge nos possibilités de joindre les données à la première et à la troisième personne dans une psychologie unifiée.

Notre expérience de nous-mêmes nous permet de distinguer nos états mentaux (i.e., nos perceptions, nos émotions, nos pensées, nos croyances, nos désirs) de nos états physiques (i.e., le fait d'avoir un corps). Nos états mentaux se différencient des états physiques par leur accès à la première personne et leur caractère subjectif (Esfeld, 2005/2012). Nos états mentaux possèdent deux caractéristiques particulières : ils sont intentionnels car dirigés vers quelque chose et ils impliquent une expérience vécue (Esfeld, 2005/2012, p.14). Ces deux conceptions ne sont cependant pas compatibles avec notre manière de faire science, d'investiguer notre monde et d'établir des liens causaux. En effet, d'un côté, il est ardu de vouloir abandonner la défense de l'existence des états mentaux et de leurs effets puisqu'ils se fondent sur l'expérience que nous avons de nous-mêmes. D'un autre côté si nous tenons à respecter les lois des sciences de la nature modernes, il nous faut trouver un moyen de les instancier sur une base physique qui risque de forcer une causalité à sens unique entre cerveau et esprit réduisant donc l'importance voire l'existence de ces derniers (Esfeld, 2005/2012 ; Kendler, 2005). En effet, les sciences de la nature reposent sur le principe de complétude causale nomologique, un principe voulant que « ...dans la mesure où les états physiques ont des causes, ... alors tout état physique a des causes physiques complètes, est soumis à des lois physiques complètes et possède une explication physique complète » (Esfeld, 2005/2012, p.19). Cette thèse est dite physicaliste réductionniste ou moniste dans la mesure où si un état mental se manifeste alors il s'instancie sur une base neurale qui peut à elle seule l'expliquer (Esfeld, 2005/2012).

En suivant les réductions à la matière des autres domaines scientifiques, on veut alors justifier les fonctions psychiques par leur émergence sur des aires cérébrales, et les

troubles par la défaillance de gènes ou de production de neurotransmetteurs (Parnas et al., 2013). Cependant, comme le résume Papineau (2009, pp.103-104): « *We are all physicalists now. ... Where does this leave thoughts, feelings, relationships, institutions and the other familiar human entities that form the subject matter of the human sciences?* » Face au débat corps-esprit, Nagel (1974) défend que si le physicalisme présente de sérieux arguments pour arriver à expliquer les états mentaux, il ne peut prendre en compte la conscience phénoménale. La conscience phénoménale peut être appelée *qualia*, c'est-à-dire l'« effet que cela fait d'être un tel organisme » (Nagel, 1974). Cette idée est reprise par Chalmers (1996) qui affirme que si tout porte à croire que les sciences cognitives et autres neurosciences sont susceptibles d'expliquer la plupart des phénomènes mentaux (problème facile), elles ne peuvent envisager avec leur perspective la conscience et son aspect subjectif sans perdre quelque chose de fondamental dans leur réductionnisme (problème difficile). Par conséquent, les données subjectives, par leur donation à la première personne ne peuvent être traitées comme les autres données habituellement traitées par la science (Chalmers, 1996).

Certains affirment alors qu'une science de l'esprit ne pourra jamais devenir scientifique, car trop subjective pour fournir des données et une méthode fiables (Gallagher & Zahavi, 2008). Le problème est donc qu'il ne peut y avoir de science incluant la conscience si « 1. La conscience est intrinsèquement à envisager à la première personne 2. La science accepte uniquement des données livrées à la troisième personne 3. On conçoit que la traduction d'une expérience vécue en première personne à la troisième personne déforme ou manque le point de vue qui devait justement être expliqué »³ (Gallagher & Zahavi, 2008, p.14). Or, à quoi peut prétendre la psychologie si elle élimine l'esprit et la conscience de ses préoccupations ?

En résumé, le débat autour de la conscience peut se situer à deux niveaux : l'ontologie, où il s'agira de déterminer si la conscience est d'une nature différente du reste de nos propriétés, et le niveau épistémologique, où la question concerne les moyens, objectifs ou non, que nous pouvons mobiliser pour l'étudier (Chalmers, 1996). Il relève surtout d'un besoin de meilleurs modèles conceptuels théorisant la manière qu'ont les niveaux psychologiques et neuronaux de fonctionner. En psychopathologie, comme nous l'avons exposé plus haut, il semble évident que nous ne possédons pas encore les techniques à la troisième personne adéquates pour investiguer et expliciter les états mentaux dits

³ Traductions personnelles

anormaux (Frances & Widiger, 2012 ; Hyman, 2010). Le problème conceptuel défendant une ontologie réductrice gagne alors à être envisagé plus en profondeur afin de débloquent des possibilités méthodologiques (Marková & Berrios, 2012).

Par exemple, une position phénoménologique met avant tout l'accent sur le monde des significations offert par la conscience, ne considérant pas le problème de la conscience comme étant principalement une question concernant sa relation au cerveau (Zahavi, 2015). De plus, pour la phénoménologie, bien que la recherche de lois psychophysiques soit souhaitable, le point sur lequel il faut se focaliser est avant tout la possibilité de récolter et d'analyser les données à la première personne. La conscience comporte bien plus d'aspects à discuter et investiguer (conscience de soi, théorie de l'esprit, incarnation, intentionnalité etc.) que la simple reconnaissance de son irréductibilité (Zahavi, 2015). Autrement dit, la phénoménologie permet d'insister sur le fait qu'il est possible d'investiguer la conscience non seulement comme un objet empirique doté de propriétés mentales, c'est-à-dire comme un objet du monde déterminé par des causes qu'il faudrait investiguer, mais aussi comme le sujet d'une orientation intentionnelle vers le monde (Sass & Parnas, 2003). Alors, le terme de phénomène se réfère à ce qui se manifeste et le terme de conscience désigne la condition de cette manifestation. Autrement dit, la conscience est le « lieu » dans lequel le monde peut se révéler et s'articuler et nécessite une investigation à part entière (Sass & Parnas, 2003, p.429).

En décalant sensiblement le problème, la phénoménologie permet de répondre que l'enjeu ne concerne pas simplement le cerveau, mais la personne entière, immergée dans un monde de significations. Une position phénoménologique permet ainsi de maintenir le souci apporté à l'irréductibilité de la conscience exposée plus haut tout en ne s'impliquant que peu ontologiquement pour insister plutôt sur nos possibilités méthodologiques et épistémologiques. Dans la suite de ce travail, en explicitant les méthodes phénoménologiques et micro-phénoménologiques utilisées dans le modèle des *Self-Patterns*, nous présenterons une des tentatives mises en place par les défenseurs de la phénoménologie pour transformer des données de prime abord inemployables pour la science en matériel exploitable en psychologie.

1.3 Conclusion

Le caractère opérationnel du DSM, censé garantir l'objectivité et la rigueur de ses diagnostics, a néanmoins participé à effacer le besoin d'une réflexion critique afin de les

poser (Khoury et al., 2014). Issu d'un empirisme logique – théorie postulant que la réalité peut être fidèlement décrite sans soubassement théorique – le modèle du DSM s'est fourvoyé en pensant que son langage pouvait être libre de tout présupposé et qu'il pouvait le débarrasser de la tâche bien plus ardue de la définition des objets psychiatriques (Lafrance & McKenzie-Mohr, 2013 ; Parnas & Gallagher, 2015). En effet, parce que ses critères opérationnels ne décrivent les symptômes qu'en surface, ils dépendent des biais peut-être inconscients du clinicien (i.e., ses origines socio-culturelles, son expérience clinique, le contexte de l'entretien, ses expériences personnelles, etc. ; Berrios & Marková, 2015). Par ailleurs, s'il est espéré que les lacunes théoriques se voient comblées par des réponses étiologiques provenant des neurosciences et de la médecine, ces réponses n'ont pour l'instant pas abouti à l'établissement de causes claires pouvant guider le diagnostic (Frances & Widiger, 2012 ; Hyman, 2010). Ensuite, si on venait à trouver les causes biologiques de chaque trouble mental, investiguer les états mentaux et y diriger les interventions thérapeutiques resterait primordial pour la psychiatrie, faute d'admettre une causalité unique déjà démentie (Hacking, 1999; Kendler, 2005; Stein, 2012). Enfin, les problèmes de fidélité, de validité, de réification ainsi que de stigmatisation viennent également remettre en question ce modèle catégoriel et diagnostique proposé par le DSM (Cooper, 2018 ; Demazeux, 2008 ; Kendler, 2016).

Face à ces problèmes, la recherche a décidé de s'orienter vers l'établissement de ses propres critères (RDoC) issus de construits comportementaux dont la base neurobiologique est établie (Parnas & Gallagher, 2015). Pour la clinique, nous défendons que la mobilisation de méthodes et postures phénoménologiques permet de dépasser les écueils actuels du DSM-5 en proposant des modèles prenant à nouveau en compte la personne et son expérience. En effet, l'un des problèmes majeurs de cette crise du diagnostic réside dans la déformation de son objet, dans sa simplification extrême (Parnas & Gallagher, 2015, p.66). De cette réduction ontologique ont découlé des biais méthodologiques. L'espoir qu'un entretien préfabriqué et structuré puisse saisir une quelconque réalité phénoménale en est un (Parnas & Gallagher, 2015, p.66). Le fait de penser que les critères opérationnels reposent sur des signes purement observables en est un autre (Parnas & Gallagher, 2015, p.67). Alors, les distinctions établies par des analyses phénoménologiques restent nécessaires au diagnostic dans la mesure où les critères du DSM exigent la reconnaissance d'une « humeur déprimée », d'un « affect inapproprié » ou encore d'un « style paranoïaque » (Parnas et al., 2013 ; Parnas & Gallagher, 2015). En résumé, l'opérationnalisation en psychiatrie a privé les cliniciens de base théorique commune tout

en exigeant de leur part une cohérence conceptuelle lorsqu'il s'agit d'identifier des symptômes basés sur le contexte ou l'expérience (Parnas & Gallagher, 2015). Elle a réduit les signes et symptômes qui peuvent être présents dans un diagnostic (par exemple la forte anxiété liée à la dépression ; Kendler, 2016), tout en déshumanisant la pratique psychiatrique par ses entretiens structurés (Andreasen, 2007). En se privant de l'évaluation de l'impact de l'expérience vécue et de l'évolution temporelle des troubles, en se désintéressant de l'étude du fonctionnement psychique et en détournant l'analyse du niveau des contextes et des systèmes, la psychiatrie s'est départie de la dimension compréhensive de son étude pour se concentrer sur une dimension explicative éminemment réductrice. La psychiatrie, héritière de l'une des plus riches traditions descriptive et phénoménologique de la médecine, doit-elle se laisser aller à la facilité face au problème « difficile » et réduire sa diversité qui la rend précisément si fascinante (Kendler, 2016, p.179) ? Le processus de soin clinique ne doit-il pas essentiellement consister à explorer les expériences des patients, leur condition humaine qui permettra également un sentiment de compréhension directement thérapeutique (Kendler, 2016, p.179).

2. Une alternative phénoménologique au DSM-5 : le modèle des *Self-Patterns*

L'objectif de cette partie est de fournir un cadre théorique à la phénoménologie et à sa mobilisation en psychologie qui nous permettra une meilleure évaluation de la façon dont les personnes vivant des expériences mentales anormales les décrivent et ainsi de compléter le concept contemporain majoritairement biologique de trouble mental (Paskaleva, 2011). Nous défendrons que les troubles mentaux, étant des troubles qui affectent profondément différents aspects de la vie de l'individu, nécessitent une tentative de compréhension globale qui échouera si elle ne tient pas compte de la perspective du patient lui-même et de l'altération profonde de sa manière de vivre le monde (Paskaleva, 2011 ; Ratcliffe, 2008, 2015). Autrement dit, la phénoménologie répond au besoin de la psychiatrie en fournissant un cadre explicatif qui permettra de caractériser le tableau plus complet (points positifs et points négatifs, aspects subjectifs, situés et incarnés) de la manière dont la maladie a rendu la vie du patient différente (Parnas & Gallagher, 2015, p.72). Cela permettrait d'obtenir ce que Daly et Gallagher (2019) appellent un diagnostic riche.

L'influence de la phénoménologie dans le champ des sciences humaines est aujourd'hui indéniable (Englander, 2016) ; si en psychologie elle est couramment mobilisée dans la recherche qualitative, son usage dans le diagnostic psychiatrique s'est toutefois vu appauvri par les conceptions et usages dominants du DSM (Kendler, 2016). Bien différente de la seule introspection, Bachelor et Joshi (1986) définissent la psychologie phénoménologique ainsi :

[La psychologie phénoménologique] s'intéresse principalement à la dimension significative des expériences et des comportements humains de même qu'à leurs structures et à leurs référents essentiels. Elle se définit comme l'étude des phénomènes tels que les êtres humains conscients en font l'expérience, et la méthode de recherche pour l'étude de ces phénomènes. Sa préoccupation est donc l'expérience à la première personne, telle qu'elle se présente en fait, radicalement immédiate. ... éprouvée dans un contexte de signification qui la rend intelligible. (Bachelor & Joshi, 1986, pp. 1-2)

L'un des arguments majeurs justifiant l'intérêt de la phénoménologie dans le cadre de la compréhension des maladies mentales est que la méthode scientifique habituelle n'indique pas comment reconstituer le tout dynamique qu'est la personne (Parnas et al., 2013 ; Daly & Gallagher, 2019). Au contraire, par la nature même des phénomènes qu'elle étudie - tels que la santé ou la maladie - et en se focalisant avant tout sur la manière dont elles sont vécues pour évaluer et comprendre les souffrances, la phénoménologie envisage la personne entière dans son contexte. De plus, la phénoménologie permet de rendre une part importante de la responsabilité épistémique à l'individu souffrant d'expériences anormales, car son analyse repose sur un processus fondamentalement interactif où le sujet est le principal connaisseur de ses états mentaux (Daly & Gallagher, 2019).

Toutefois, la phénoménologie n'est pas pour autant un corps de pensée stable. En effet, il en existe plusieurs variations avec différentes implications concernant les manières de créer une psychologie phénoménologique (Zahavi, 2008). Ici, nous allons principalement nous appuyer sur les notions issues des théories de Karl Jaspers (1883-1969), de Ludwig Binswanger (1881-1966) et de Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), qui permettent de déployer la phénoménologie non seulement comme volonté d'intégrer les expériences

données à la première personne dans le champ de la psychopathologie, mais aussi comme proposition associée à une certaine épistémologie, méthodologie et posture clinique.

Jaspers (1923/1963) explique que les maladies mentales introduisent un changement radical dans l'existence entière de l'individu, affectant sa manière de se vivre et de vivre le monde. Il ajoute que ce qui se produit dans une maladie psychique ne peut être expliqué entièrement en utilisant les critères de la science : « *Human beings are creators of culture, they develop beliefs and moral standards and constantly transcend their own empirical human Self which is the only Self that scientific research can recognise and grasp* » (Jaspers, 1923/1963, p.8). Par conséquent, la phénoménologie, plus que de simplement nous permettre d'inclure la dimension phénoménale dans la psychopathologie, nous amène à concevoir l'humain dans cette irréductibilité, dans sa dimension fondamentalement réflexive et transcendantale, et nous incite donc à reconstruire une psychopathologie orientée vers les recherches de significations et l'établissement de modèles existentiels (Daly & Gallagher, 2019 ; Stanghellini & Fuchs, 2013).

D'un point de vue épistémologique, Jaspers défend que l'objet de la psychopathologie est « l'événement psychique conscient »⁴ (1923/1963, p.2). S'il reconnaît que les phénomènes psychologiques doivent être étudiés à l'aide de méthodes de description du comportement et mis en relation causale avec des événements cérébraux, il souligne cependant que lesdits événements doivent avant tout permettre de comprendre ce qui se produit au niveau conscient (Parnas et al. 2013). Par conséquent, la seule raison pour laquelle les états cérébraux peuvent prendre de l'importance est leur relation avec les états mentaux. Il s'ensuit que la psychopathologie nécessite, avant la pose d'un diagnostic ou l'emploi de mesures à la troisième personne, une étude approfondie de l'expérience et de la subjectivité qui considère l'humain comme un système étendu - un système vivant incarné et unifié, en relation dynamique et active avec son environnement - et qui prend ce système comme unité d'analyse (Parnas & Gallagher, 2015).

D'un point de vue méthodologique, Jaspers (1923/1963) et Binswanger (1964) défendent que la phénoménologie doit précéder le diagnostic et le traitement, car en l'absence d'une description et une compréhension systématiques de l'expérience intérieure et extérieure d'un patient, les cliniciens ne disposent pas de toutes les informations nécessaires afin de diagnostiquer et pronostiquer l'état d'un patient (Parnas et al., 2013). La systématisme de la psychopathologie descriptive implique une compréhension complète des

⁴ Traduction personnelle

expériences conscientes et de celles qui ont été rendues conscientes par le praticien, afin de pouvoir les ordonner et les classer en créant une terminologie fiable, définie en termes cliniques clairement distincts et reconnaissables, et non pas étiologiques (Stanghellini & Fuchs, 2013). Pour ce faire, il faut se focaliser sur toutes les expériences (pas uniquement les anormales) et la forme qu'elles adoptent plutôt que sur le contenu pour en dégager des symptômes pouvant fonder des distinctions nosographiques (Stanghellini & Fuchs, 2013).

Il s'agit là d'un processus de typification phénoménologique, notamment décrit par Parnas et Zahavi (2002). La typification nous permet de faire sens dans le monde et du monde. Elle représente notre capacité instinctive à mettre du sens dans ce que nous percevons du monde afin de créer des prototypes selon la récurrence de nos expériences. Par exemple, si nous voyons au loin des séries de lignes horizontales et verticales, nous en déduirons par habitude que devant nous se dresse une ville et ses immeubles. La typification servira donc à objectiver les différentes expériences que nous faisons, à les signifier en termes de types et des relations typiques entre ces types. Cela nous permet de former des « types idéaux » formés des caractéristiques nécessaires à une catégorie épistémique. Selon Parnas et Zahavi (2002, p.157), une approche phénoménologique des expériences anormales tentera précisément d'isoler les caractéristiques typiques ou « idéalement nécessaires » à une certaine expérience. Il s'agit là d'une réduction eidétique qui consiste au passage de la conscience d'un objet individuel et concret à sa dimension plus essentielle, départie de ses contingences, ceci par l'intuition. L'intuition phénoménologique correspond à la découverte des invariants expérientiels, qui font qu'un phénomène reste du même type malgré certaines variations. Cette réduction eidétique ne prétend cependant pas à accéder à l'essence même des choses, mais plutôt à aider à concevoir des formes récurrentes. Par conséquent, la phénoménologie psychopathologique s'intéresse plutôt à la forme (à la manière dont un trouble se manifeste dans une certaine forme typique d'existence) qu'au contenu des expériences anormales qui lui sera idiosyncrasique.

En suivant les thèses de Jaspers et Binswanger, on peut extraire trois étapes du processus d'entretien en psychiatrie différant radicalement du processus diagnostique du DSM (Ghaemi, 2007, pp.122-123) :

1. Tout d'abord, il faut établir un rapport empathique avec le patient, c'est-à-dire l'envisager en tant que personne avec son propre mode existentiel (son « être-au-monde » ; Binswanger, 1964 ; Jaspers 1923/1963). Cette notion implique la prise en compte de l'individu dans sa multi dimensionnalité, ceci dans une démarche compréhensive plutôt qu'explicative.

2. L'étape suivante consiste à utiliser les informations ainsi obtenues et d'autres informations récoltées à la troisième personne dans le cadre de la psychopathologie. Il s'agit là d'une autre facette de la phénoménologie, en tant que méthode permettant de décrire et de cataloguer avec soin les états mentaux (Ghaemi, 2007, pp.122-123). Comme exemple actuel de « catalogue » des informations issues à la fois de données à la troisième personne et à la première personne, nous aborderons la théorie des *Self-Patterns* proposée par Gallagher et Daly (2018 ; Daly & Gallagher, 2019). De plus, si l'usage de la phénoménologie permet de mettre entre parenthèses les biais de cadres explicatifs causaux (Daly & Gallagher, 2019), parvenir à suspendre les volontés explicatives tout en maintenant l'intégrité des données à la première personne ne se fait pas aisément. A cet égard, le modèle des *Self-Patterns* propose de mobiliser plusieurs entretiens phénoménologiques et micro-phénoménologique (Parnas et al., 2005 ; Petitmengin, 2006 ; Vermersch, 1996, 2012).
3. La troisième étape consiste en une mise en commun de ces informations dans un diagnostic, qui permet finalement de fournir des conseils pour le traitement (Ghaemi, 2007, p.123). Cette troisième étape reste plus vague dans le modèle proposé par Daly et Gallagher. En effet, si le modèle des *Self-Patterns* propose un cadre de compréhension plus intégratif, axé sur des classifications descriptives basées sur les symptômes, il nous faudra toutefois questionner ses possibilités d'applications, notamment vis-à-vis de la pose de diagnostic et de l'orientation vers des soins.

2.1 Modèle des *Self-Patterns*

L'application du modèle des *Self-Patterns* aux troubles mentaux proposée par Daly & Gallagher (2019) naît des constats des problèmes se heurtant au diagnostic catégoriel que nous avons pu aborder dans la première partie de ce travail (i.e., comorbidités, réification, réductionnisme, enjeux sociopolitiques, stigmatisation et « effets de boucle »). Face à cette crise diagnostique, Daly et Gallagher (2019, p.33) proposent un cadre de compréhension complémentaire axé sur des classifications descriptives basées sur les symptômes, récoltant ses informations en s'appuyant sur des méthodes d'entretien phénoménologiques et micro-phénoménologiques et sur le récit et s'appuyant sur une conception plus complète de la personne grâce au modèle des *Self-Patterns* qu'ils ont développé précédemment (Gallagher

& Daly, 2018). Ainsi, dans leur article *Towards a Phenomenology of Self-Patterns in Psychopathological Diagnosis and Therapy* (Daly & Gallagher, 2019, p.34), les deux auteurs expliquent souhaiter poursuivre les thèses phénoménologiques de Jaspers en réintégrant au diagnostic des récits phénoménologiques à la première personne combinée à des investigations cognitives afin de saisir de manière optimale l'expérience complète et non plus uniquement anormale de ceux qui vivent des troubles psychiatriques. Ce faisant, ils prétendent non seulement offrir une solution à certaines des questions délicates du diagnostic psychiatrique, mais aussi proposer un modèle permettant des interventions thérapeutiques plus efficaces (Daly & Gallagher, 2019, p.33).

Daly et Gallagher s'appuient donc sur leur notion de *Self-Patterns* pour détailler les aspects de l'individu pouvant être altérés dans les expériences de troubles mentaux. Nous commencerons alors par exposer certains des choix ayant guidé la démarche de formation de cette notion puis nous en préciserons chaque aspect. Nous reviendrons ensuite sur la notion de « désordres du Self » afin d'expliquer comment la notion de *Self-Patterns* peut s'appliquer en psychiatrie. Après cela, nous tenterons de questionner la portée de l'application du modèle des *Self-Patterns* vis-à-vis du diagnostic et de la démarche psychiatriques. Pour ce faire, nous discuterons de son approche dimensionnelle, de sa visée classificatoire, de sa dimension explicative et enfin de ses suggestions méthodologiques pour l'entretien psychiatrique.

2.1.1 Notion de Self

La question du Self est d'autant plus épineuse qu'elle suscite les intérêts de domaines distincts comme les neurosciences, la psychiatrie et la philosophie (Northoff, 2007). La multitude des définitions du Self et de ses spécifications - comme le Self « cognitif », « conceptuel », « contextualisé », « central », « dialogique », ou encore « incarné » - illustre bien les nombreux problèmes philosophiques liés à cette notion. Bien qu'il n'y ait pas de consensus absolu sur les caractéristiques fondamentales de la conscience de soi, on peut considérer généralement que celles-ci comprennent la perspective de nos expériences, le sentiment de posséder les parties de notre corps (« c'est mon bras »), le sentiment d'agentivité (« c'est mon action »), le sentiment de créer nos pensées (« c'est ma pensée ») ainsi que l'unification à travers le temps de la pluralité de nos informations personnelles dans un processus autobiographique (Newen, 2018, p.1).

Gallagher et Daly (2018 ; Gallagher, 2013b) expliquent que le modèle des *Self-Patterns* fait écho au concept de Metzinger (2004) de *Self-model*. Metzinger (2004) défend des thèses réductionnistes postulant que l'ensemble des processus liés au Self sont générés par le cerveau et que le Self n'existe donc pas en tant que tel. Ce dernier explique que le Self ou la conscience et les particularités qui s'y rattachent (i.e., perspective subjective, *qualia*, unité) ne sont pas une entité mais une illusion, un enchaînement de processus cérébraux que nous ne pouvons percevoir et que nous confondons donc avec un Self unifié (Metzinger, 2004, p.1). Cette vision « sans Self » cherche donc à expliquer tous les phénomènes mentaux, y compris ceux liés à la conscience de soi (*self-consciousness*) en s'appuyant uniquement sur le cerveau et ses processus et en niant une quelconque entité que nous pourrions désigner comme Self (Newen, 2018, p.2). On peut résumer les arguments de Metzinger comme suit (Newen, 2018, p.4) : le fait que nous expérimentions quelque chose de l'ordre du Self est en fait un construit du cerveau. Les construits du cerveau sont des contenus fictionnels. Par conséquent, il n'y a pas de Self mais seulement le cerveau et le Self fictionnel qu'il a construit. Un contre-argument basé sur un raisonnement par l'absurde pouvant être adressé à cette position consiste à défendre que tout ce que nous expérimentons est à un moment un construit de notre cerveau. Pour que nous ayons conscience d'une table, elle doit être intégrée par notre perception et donc notre cerveau. Être un construit du cerveau n'implique pas nécessairement qu'il n'y a pas d'instanciation correspondant à ce construit. Le Self peut potentiellement avoir la même réalité qu'une table que nous avons vue et intégrée comme telle. A cet égard, nous pouvons même questionner le fait que l'ontologie finale des tables doive être réduite à des atomes et autres particules aux propriétés physiques (Newen, 2018, p. 2). On peut également argumenter que Metzinger (2004) se fourvoie sur ce qu'est la conscience. En effet, si l'on considère qu'elle est la dimension intentionnelle par laquelle les phénomènes peuvent nous apparaître, elle ne peut être considérée comme une entité séparable et substantielle, mais plutôt comme un réseau dynamique connectant les phénomènes qui s'y présentent et émergeant de ses caractéristiques intersubjectives et incarnées (Sass & Parnas, 2003, p.429).

En contraste avec la notion de Metzinger (2004), le terme de *Self-Patterns* fait appel à un schéma qui inclut à la fois des facteurs cérébraux et extra-cérébraux interdépendants dans la création d'un Self unifié qui émergerait de la somme des interactions de ses parties (Gallagher & Daly, 2018, pp.1-2). Le Self est à concevoir comme une production continue qui apporte une cohérence à un « flux évolutif de sensations, pensées, émotions, désirs,

souvenirs et anticipations »⁵ (Gallagher & Daly, 2018, p.1). La théorie des *Self-Patterns* (Gallagher, 2011, 2013 ; Gallagher & Daly, 2018) soutient ainsi que le Self est irréductible aux processus cérébraux et consiste en un ensemble complexe de certains éléments, dont aucun pris séparément n'est nécessaire ou essentiel en soi à ce dernier. Le Self ainsi constitué est une organisation cohérente, lieu de l'expérience et de l'inscription de l'identité (Gallagher & Daly, 2018, p.1). Si ses aspects spécifiques peuvent pour la plupart être étudiés sous l'angle des neurosciences, cette notion place avant tout « le Self en tant qu'agent ... 'dans le monde' que 'dans le cerveau' »⁶ (Gallagher & Daly, 2018, p.3). Une telle définition permettra également, selon ces derniers, une meilleure compatibilité entre différents domaines d'études en fournissant des aspects précis pouvant être investigués selon plusieurs points de vue (Daly & Gallagher, 2019).

Cette conception du Self est relativement similaire à la définition de la conscience pour Jaspers. En effet, ce dernier soutient qu'elle existe comme une sorte de flux en constante évolution, qu'on ne peut saisir par des fragments séparables mais par une unité mutuellement interdépendante ; c'est un état total qui permet aux états mentaux de se produire (Parnas et al., 2013, p.271). Parnas et al. (2013, p.271) relèvent en outre une triple signification du terme « conscience » pour Jaspers. Être conscient peut se référer à (a) être éveillé et vivre des expériences ; (b) la dimension intentionnelle, dirigé vers un objet ; ou (c) la capacité à avoir une conscience de soi-même. Ces explications arguent donc en faveur d'une conscience non seulement irréductible mais aussi à concevoir comme un tout, qui dépasse le simple fait de vivre des expériences mais qui contient une dimension intentionnelle et réflexive.

Gallagher (2008) se prononce également en faveur d'une causalité mentale. C'est-à-dire que nos états mentaux (pensées ou désirs) ne sont pas de simples épiphénomènes sans pouvoir causal mais conduisent bien à certains états physiques (comportements ou actions) auxquels ils ne sont pas réductibles. Il affirme que l'action est intégrée (orientée vers des objectifs dans le monde, significative et co-déterminée par les états mentaux significatifs), située (dépend d'une perspective subjective particulière, se situant dans une situation particulière) et étendue dans le temps (Gallagher, 2008, p.287). Le modèle des *Self-Patterns* insiste donc sur le fait que les humains doivent être conçus comme des êtres incarnés et immergés dans un monde dans lequel ils mettent du sens, et qu'il nous faut tenir compte de leur adaptation au contexte, c'est-à-dire de leur aspect dynamique qui peut

⁵ Traduction personnelle

⁶ Traduction personnelle

amener les aspects du modèle à se modifier et à s'influencer (Daly & Gallagher, 2019 ; Newen, 2018).

Bien qu'ils ne définissent pas exactement les façons qu'ont les différents aspects de s'influencer et que le nombre ou les dénominations des aspects peuvent varier, Gallagher et Daly (2018) affirment que chacune des caractéristiques peut prendre une valeur et un poids différents selon le moment et qu'elles ne doivent aucunement être lues comme une liste, mais comme un ensemble de données qui aident à définir un modèle dynamique. Nous pouvons retenir les aspects suivants afin de constituer ce schéma dynamique (Daly & Gallagher, 2019 ; Gallagher, 2013 ; Gallagher & Daly, 2018)⁷ qui seront également étayés par d'autres études:

1. Les aspects incarnés désignent la santé physique générale et les aspects biologiques fondamentaux qui ont un effet direct sur la vie d'une personne (Gallagher & Daly, 2018, p.4). Nous pouvons ici également englober les processus autonomes comme le système nerveux central, le fonctionnement autonome et hormonal, les rythmes de sommeil ainsi que les processus sensori-moteurs qui permettent au système de se distinguer de l'extérieur et qui fondent la perspective à la première personne (Gallagher & Daly, 2018, p.4). De plus, la dimension incarnée du Self permet la distinction de l'altérité et donc l'intersubjectivité (Zahavi, 2001, p.162-164).
2. Les aspects expérientiels désignent à la fois la conscience pré-réflexive décrite par Zahavi (2001) et la conscience phénoménale décrite par Chalmers (1996) et une conscience incarnée caractérisées par la perspective à la première personne et les sentiments de « mienneté » de l'expérience (*mineness*) et d'agentivité (*agency*) donnés par les modalités sensori-motrices et la proprioception. (Gallagher & Daly, 2018, p.4). Northoff (2007, p.3) défend que le Self émerge du traitement des stimuli expérimentés comme profondément liés à la conception qu'a un sujet d'être sa propre personne. Ces stimuli sont unifiés non pas par leur origine sensorielle, mais par la force de leur relation avec le Self. Plus le stimulus est associé au sentiment d'appartenance de la personne à elle-même (« *mineness* »), plus il peut être fortement lié au Self (Northoff, 2007, p.3). Ces découvertes des neurosciences valident la description de Gallagher et Daly (2018, p. 4). Ces aspects sont profondément liés à la perspective à la première personne et forment le noyau

⁷ Liste issue de traductions personnelles

expérientiel généralement appelé « moi minimal » ou « conscience minimale de soi » (Nelson et al., 2014, p.479).

3. Les aspects affectifs comprennent le tempérament et les dispositions émotionnelles et reflètent un mélange de facteurs affectifs allant du plus basique des affects corporels aux expressions émotionnelles complexes (Gallagher & Daly, 2018, p.4). Cependant, ces derniers sont intrinsèquement liés aux aspects situés car c'est dans l'environnement que les expériences émotionnelles et comportementales prennent place (Gallagher, 2013, p.4). Cette conception renforce la nécessité de prendre comme unité d'analyse la dyade corps-environnement (Gallagher, 2013, p.4).
4. Les aspects comportementaux désignent les comportements et les actions qui font de nous ce que nous sommes (Gallagher & Daly, 2018, p.4). Nos actions sont principalement liées à certaines de nos émotions et de nos perceptions qui nous poussent à agir et à adopter des expressions explicites (i.e., posture, mouvement, expressions faciales et vocales) (Gallagher, 2013, p.2).
5. Les aspects intersubjectifs comprennent la reconnaissance consciente de soi-même comme étant distinct des autres, mais aussi le sentiment d'appartenance à un groupe ou à une communauté, ainsi que la capacité d'attention à l'égard d'autrui (Gallagher & Daly, 2018). Si l'on peut arguer sur la dimension innée ou non de ces compétences (Gallagher, 2013, p.4 ; Gallagher & Daly, 2018, p.4 ; Zahavi, 2001, p.164), les aspects intersubjectifs sont une condition *sine qua non* de la transmission de notre expérience, mais aussi de la formation de certains aspects du Self conscients et inconscients (Gallagher, 2013, p.4).
6. Les aspects psychologiques et cognitifs regroupent certains aspects liés à la conscience de soi comme l'auto-évaluation, la compréhension conceptuelle de soi-même, la conscience de soi réflexive (Gallagher & Daly, 2018, p.4), mais aussi d'autres aspects cognitifs comme les attitudes, l'attention et la perception (Gallagher, 2013, p.4) ainsi que les traits de personnalité. Ces aspects sont interprétés dans le cadre des théories dominantes de l'identité personnelle qui mettent en avant la continuité psychologique, la mémoire et les représentations de l'identité (Gallagher & Daly, 2018, p.4). Bien que cela ne soit pas explicitement précisé, on peut imaginer que la dimension intentionnelle de la conscience, c'est-à-dire le fait qu'elle soit dirigée vers quelque chose, se trouve dans cet aspect du Self.
7. Les aspects narratifs désignent les récits de soi qui fonctionnent comme éléments organisateurs du modèle global des patterns du Self, apportant une cohérence

générale et indiquant par ses structures temporelles et syntaxiques comment l'individu se raconte et se conçoit (Gallagher & Daly, 2018, p.5). Les récits de soi reflètent explicitement dans le contenu et implicitement dans la forme toutes les autres caractéristiques du modèle et peuvent donc être considérés comme une fenêtre donnant sur les autres aspects (Gallagher & Daly, 2018, p.5). Dans les contextes psychiatriques, l'aspect narratif est une clé pour suivre à la fois l'évolution du trouble et le processus thérapeutique (Daly & Gallagher, 2019, p.41).

8. Les aspects situés ou étendus impliquent les phénomènes d'identification que nous pouvons rencontrer lors de nos interactions avec des choses extérieures. Par exemple, on peut s'identifier aux choses que nous possédons, aux institutions dans lesquelles nous travaillons, ou encore aux technologies que nous utilisons (Gallagher & Daly, 2018, p.4). Cela comprend les structures et les environnements qui façonnent notre identité comme notre famille, notre culture et les pratiques normatives de la société dans laquelle nous nous situons (Gallagher, 2013, p.4). De plus, comme nous nous trouvons constamment dans des situations sociales et culturelles, ces facteurs contribuent à la constitution de nos émotions précisément parce qu'elles s'y expriment (Gallagher, 2013, p.4).

On peut toutefois critiquer le modèle des *Self-Patterns* pour ne pas avoir suffisamment explicité les relations dynamiques entre les éléments du schéma, et sembler n'être rien de plus qu'une simple liste d'éléments, dont l'absence de lien central complexifie l'étude (Beni, 2016 ; de Haan et al., 2017). De plus, la diversité des éléments du modèle vient questionner la possibilité qu'un organisme unique puisse, au niveau neurobiologique, présenter une intégration de ces caractéristiques. Si Beni (2016) reconnaît les fondements empiriques du modèle des *Self-Patterns*, il reproche à son pluralisme de mener à une trop grande hétérogénéité qui ne peut rendre compte efficacement des relations entre les éléments. Daly et Gallagher (2019, p.39) défendent que, si « philosophiquement il peut être intéressant de se demander lesquels de ces éléments sont essentiels dans la définition d'un Self, il est plus pertinent, à des fins psychiatriques, d'investiguer les circonstances dans lesquelles un de ces aspects peut être perturbé et comment cette perturbation modifie la dynamique du modèle lui-même »⁸. Par conséquent, face à ces critiques, les auteurs suggèrent trois façons de découvrir ou d'étudier ces relations dynamiques (Gallagher, 2013 ;

⁸ Traduction personnelle

Gallagher & Daly, 2018) : tout d'abord, par l'étude de la composante narrative qui insuffle un sens et une cohérence au modèle ; ensuite, par l'étude de la psychopathologie, qui peut révéler la manière dont les aspects s'influencent en cas d'altération ; enfin, par les approches de traitement prédictif en neurosciences qui peuvent aider à expliquer les relations dynamiques telles qu'elles se reflètent dans les processus qui relient le cerveau, le corps et l'environnement - bien que le modèle global ne soit pas réductible au cerveau (Gallagher & Daly, 2018, pp.9-10). Cependant, les découvertes neuroscientifiques se dispersent entre études des mécanismes autobiographiques, du sentiment d'unité, d'une perspective centrée sur le corps, de la conscience de soi ou encore d'une conscience pré-réflexive. Gallagher et Daly (2018) insistent alors sur la nécessité de définir un aspect du Self spécifique lors de chaque recherche.

Dans la prochaine partie de ce travail, nous proposons de nous focaliser davantage sur l'étude de la psychopathologie afin d'observer comment ces aspects peuvent interagir et s'influencer. Néanmoins, afin de rester dans une perspective phénoménologique, défendant l'irréductibilité des expériences phénoménales, nous utiliserons également pour notre analyse des données issues de récits à la première personne. Par conséquent, deux manières d'investiguer plus en détail les relations dynamiques seront mobilisées.

2.1.2 Désordres du Self

En suivant les considérations sur les « types pratiques » de Zachar (2003), Daly et Gallagher (2018) estiment que le plus utile est de considérer que les troubles psychiatriques sont des troubles du Self afin de pouvoir analyser les altérations qu'ils causent à la lumière des différents aspects de leur modèle qui offre alors un cadre théorique unifié à des symptômes souvent hétérogènes. La théorie de Zachar (2003) explique que plutôt que de tenter de définir la nature de chaque trouble mental, il est préférable d'en construire une définition qui rendra le plus service à l'usage que l'on souhaite en faire. Ainsi, selon les validateurs utilisés pour justifier un classement (p.ex. le comportement, la génétique ou les neurosciences), une théorie pourra être correcte dans sa manière de classer ses objets sans que sa justesse n'implique une vérité totale (Zachar, 2008). Dans le cas des désordres du Self, ce seront des descriptions phénoménologiques spécifiques et distinctives qui motiveront une classification.

Traditionnellement on considère que ce l'on appelle les « désordres du Self » (Sass, 2013 ; Sass & Parnas, 2003; Nelson et al., 2014) désigne uniquement la perte des sentiments d'unité et d'agentivité (Daly & Gallagher, 2019, p.38). Il s'agit principalement du cadre

interprétatif utilisé par la psychiatrie phénoménologique contemporaine pour conceptualiser la schizophrénie (Daly & Gallagher, 2019 ; Nelson et al., 2014 ; Northoff, 2007, Sass & Parnas, 2003 ; Sass, 2013). On peut notamment citer l'étude des dérèglements associés à la schizophrénie de Nelson et al. (2014) qui, en partant du constat que les controverses concernent principalement le statut ontologique du Self et non pas les concepts de subjectivité et d'expérience phénoménale y étant rattachés, propose deux caractéristiques distinctes du Self :

1. *“Minimal” self, also referred to as “basic” or “core” self or as “ipseity.” This is a prereflective, tacit level of selfhood. It refers to the implicit first-person quality of consciousness, i.e., the implicit awareness that all experience articulates itself in first person perspective as “my” experience. In other words, all conscious acts are intrinsically self-conscious, a feature sometimes designated as “self-affection.” “Minimal” or “core” self constitutes the foundational level of selfhood on which other levels of selfhood are built.*
2. *“Narrative” or social self. This refers to characteristics such as social identity, personality, habits, style, personal history, etc. Psychological concepts such as “self-esteem” or “self-image” refer to this level of selfhood. This level is widely understood to presuppose the sense of existing as a subject of experience (“minimal self”) and often involves reflective, metacognitive processes, in which one’s self is largely an object of awareness. (Nelson et al., 2014, p.479)*

Phénoménologiquement, on peut distinguer trois aspects principalement perturbés liés à l'ipséité (i.e., le sentiment d'être un sujet vivant et identique à soi pouvant vivre des expériences à la première personne) dans la schizophrénie (Sass & Parnas, 2003 ; Sass, 2013). On remarque une hyperréflexivité (i.e., conscience de soi exagérée non volontaire impliquant une focalisation sur des processus internes qui seraient habituellement éprouvés uniquement tacitement ; Sass & Parnas, 2003 ; Sass, 2013) et une diminution de l'auto-affection (i.e., diminution de l'intensité de sa propre présence subjective, de l'impression d'exister en tant que sujet conscient et capable d'action ; Sass & Parnas, 2003 ; Sass, 2013). A cela peut s'ajouter une « prise » sur le monde troublée (i.e., perte de la saillance ou de la stabilité avec lesquelles les objets se distinguent ; Sass & Parnas, 2003, p.429)

Prendre le modèle de la schizophrénie comme exemple permet plusieurs choses. Tout d'abord, cela permet d'illustrer l'avantage de positions phénoménologiques face à l'échec des modèles étiologiques naturalistes et des définitions opérationnelles en psychiatrie (Sass & Parnas, 2003). Sass et Parnas (2003, p.429) affirment que cet échec est dû en grande partie à l'incapacité des chercheurs de spécifier la nature du trouble ou à en définir de frontières cliniques fiables. Constaté cela nous permet ensuite de poser l'hypothèse que se servir d'aspects non empiriques, c'est-à-dire de concepts cliniques, peut aider à ériger un modèle plus à même de comprendre le trouble, de concevoir son développement au long terme et d'établir des catégories valides à partir de méthodes évaluatives spécifiques comme l'examen de l'expérience personnelle anormale (EASE; Parnas et al., 2005 ; Sass & Parnas, 2003). Alors, la schizophrénie gagne à être considérée comme un trouble persistant de l'expérience subjective engageant un type spécifique de conscience et d'expérience de soi et de relation avec le monde extérieur, dont la nature et les manifestations peuvent plus aisément être conceptualisées par une approche phénoménologique (Sass & Parnas, 2003).

Face à ce modèle, Gallagher et Daly (2018) estiment que de nombreux autres troubles mentaux, comme la dépression ou encore l'anxiété peuvent être vus comme des troubles du Self, dans la mesure où les altérations qu'ils causent altèrent le sentiment d'identité, le rapport au monde ou encore la conscience de soi (Northoff, 2007). De plus, les recherches sur l'ipséité affirment que son altération présente une « qualité holistique... particulièrement compatible avec les approches émergentes de la relation entre esprit et cerveau qui soulignent la nature “incarnée” et “intégrée” de la subjectivité et de l'expérience corporelle »⁹ (Sass, 2013, p.116).

Cette vision des altérations du Self conçoit alors les troubles mentaux comme des changements drastiques de la manière qu'a un individu de considérer sa personne, les autres et le monde qui l'entoure. Elle est congruente avec la notion phénoménologique de « sentiments existentiels » (Paskaleva, 2011 ; Ractliffe, 2015) qui explique que dans les cas de psychopathologies ou encore dans des circonstances particulièrement stressantes, l'expérience toute entière de l'individu (sa conception de la réalité et de sa propre place dans le monde) peut se trouver altérée (Paskaleva, 2011). Les sentiments existentiels peuvent être conçus comme un background qui structure et façonne l'unité de toute l'expérience humaine (Paskaleva, 2011, p.50 ; Ratcliffe, 2008). Utiliser cette notion de sentiment

⁹ Traduction personnelle

existentiel nous permettra de compléter une faiblesse du modèle des *Self-Patterns*. En effet, si Daly et Gallagher (2019) affirment que leur modèle offre un cadre plus extensif aux symptômes, leur prétention à y insuffler une unité et une dynamique n'est que peu justifiée sans autres investigations. Le modèle des *Self-Patterns* permet donc de cartographier les différents aspects du Self déréglés par des expériences anormales et leur évolution (Daly & Gallagher, 2019). Ces dernières peuvent ensuite se voir offrir un cadre compréhensif unifié par la notion de changement existentiel (Paskaleva, 2011 ; Ratcliffe, 2008, 2015).

2.1.3 Considérations classificatoires, bénéfiques, limites et désavantage des Self-Patterns

Pour développer sa notion de classification, le projet des *Self-Patterns* (Daly & Gallagher, 2019) s'appuie sur les travaux de Fulford et Sartorius (2009) mettant en avant la distinction entre « classification publique » et « classification privée » qui permet une vision plus flexible des classifications. Les classifications publiques sont notamment utiles pour les études épidémiologiques, car elles remplissent un besoin d'uniformité (Daly & Gallagher, 2019, p.35). Les classifications privées correspondent à des adaptations pragmatiques à des domaines spécifiques, tels que la recherche ou le milieu clinique (Daly & Gallagher, 2019, p.35). Selon Daly et Gallagher (2019, p.36), pour débloquer le système actuel en crise il nous faudrait nous demander si nous acceptons l'impossibilité d'un système répondant à tous les besoins différents. Ceci nous permettrait plutôt de viser des variations dans les méthodologies d'évaluation qui sont réalisables dans différents contextes, comme la recherche est déjà en train de le tenter avec les RDoCs (Daly & Gallagher, 2019). Mais quelles seraient ces variations et comment peuvent-elles être appliquées ? Nous discuterons donc ici des avantages liés à l'usage du modèle des *Self-Patterns* pour investiguer et rendre comptes des altérations causées par des troubles mentaux mais également des désavantages et des limites que l'utilisation de ce modèle peut présenter.

Premièrement, le modèle des *Self-Patterns* souhaite éviter les problèmes des taxonomies exclusives, qu'elles prônent des entités naturelles ou des pures constructions sociales (Gallagher & Daly, 2018, p.6). Pour son application diagnostique, on choisit de considérer les catégories diagnostiques classiques comme « guides de terrain » provisoires qui seront nécessairement révisés à mesure que de nouvelles informations seront mises en lumière et que les expériences du patient évoluent (Daly & Gallagher, 2019, p.36). Puisque l'investigation des altérations se fait principalement par le récit et conçoit l'aspect

dynamique desdites altérations, le diagnostic consiste alors en un processus de construction dialogique entre le psychiatre ou le psychologue et le patient. Le fait que le modèle puisse être régulièrement révisé et adapté aux spécificités de chaque individu, nous pousse à imaginer que le projet des *Self-Patterns* est plutôt de fournir un modèle idiosyncrasique que générique car il permet de conceptualiser un cas spécifique. Plus particulièrement, ces auteurs défendent que, parce que leur modèle est aussi multifactoriel que les troubles psychiatriques, il permettra de mieux rendre compte des différentes manifestations d'un même trouble selon les caractéristiques d'un individu (Daly & Gallagher, 2019 ; Gallagher & Daly, 2018). Selon le contexte (notamment culturel) et le poids des autres aspects du Self (notamment des variations dans le niveau de soutien social, de ressources personnelles, de traitements), le fonctionnement de la personne et l'évolution du trouble peuvent varier (Daly & Gallagher, 2019 ; Gallagher & Daly, 2018 ; Zachar, 2008).

Deuxièmement, un tel modèle permet de diversifier les sources d'où pourrait provenir un problème, mais également un soutien face aux défaillances de certains aspects (First, 2005 ; Khoury et al., 2014). Son abord multidimensionnel pourrait permettre d'éviter certains biais d'attribution inhérents à une définition uniquement intrapersonnelle des états mentaux (Khoury et al., 2014). En effet, la définition du DSM-5 considérant les troubles mentaux comme des défauts internes (dus à des défauts biologiques, à une mauvaise adaptation à la société et/ou à des difficultés de la personnalité), minimise ou nie parfois l'implication de facteurs externes (environnementaux, interpersonnels et sociaux) et banalise le manque de soutien auquel sont confrontés les individus dans les sociétés occidentales actuelles (Khoury et al., 2014, p.4). Ce phénomène est connu sous le nom d'erreur fondamentale d'attribution, car il désigne la tendance à mettre fortement l'accent sur des caractéristiques internes pour expliquer le comportement d'une autre personne dans une situation donnée, plutôt que de prendre en compte des facteurs situationnels externes (Khoury et al., 2014, p.4). Par exemple, nombre des limitations cognitives et fonctionnelles perçues chez les personnes âgées peuvent être dues à un environnement non adapté, chose qui n'est en réalité que rarement considérée dans l'investigation des difficultés et des solutions (Khoury et al., 2014, p.4). L'erreur d'attribution est encore plus grave lorsqu'on estime que le comportement examiné est déviant (la nécessité de supprimer la démarcation entre normal et pathologique se trouve encore plus justifiée), lorsque l'évaluateur ne réfléchit que peu, ou lorsqu'il manque d'énergie ou de motivation (Khoury et al., 2014 ; p.4). Il nous faut alors également insister sur la disponibilité empathique nécessaire lors de

l'investigation des troubles afin de mieux considérer le contexte d'émergence des détresses psychiques.

Troisièmement, le modèle des *Self-Patterns* permet de rendre compte de l'aspect dynamique de l'identité et des potentielles ressources que la personne a à sa disposition. En effet, dans le cas de divers troubles psychiatriques, un ou plusieurs de ces éléments peuvent se trouver perturbés sans que l'identité entière ne se trouve forcément menacée, car les autres aspects du modèle peuvent s'adapter pour compenser d'éventuels manques et ainsi maintenir un bon fonctionnement global. Daly et Gallagher (2019, p.39-40) illustrent cette notion avec l'exemple de la maladie d'Alzheimer. Dans ce cas, ce sont principalement la mémoire (aspect cognitif) et la narration qui sont mises à mal. La conséquence directe de la perturbation de la mémoire sera la modification de la dimension affective, des relations intersubjectives et des aspects comportementaux. En effet, on peut imaginer que le malade ne pourra pas se souvenir de la signification d'un individu dans ses relations antérieures, qu'il oubliera un lien de parenté, une amitié ou une trahison. De la même façon, les pratiques culturelles qui lui étaient chères ou les gestes qui constituaient sa manière habituelle de s'engager dans le monde peuvent disparaître ou ne devenir qu'épisodiques. Cependant, une identité personnelle peut persister en étant soutenue – plus ou moins efficacement – par les autres aspects du Self, notamment un environnement adapté (aspect étendu/situé). Daly et Gallagher (2019, p.40) affirment cependant que si un élément change au-delà d'un certain seuil, le modèle du Self dans son ensemble, en tant que forme complète d'existence, peut lui aussi changer.

Ces explications nous orientent donc vers une conception dimensionnelle des troubles mentaux, où il s'agira de déterminer non pas l'inclusion ou l'exclusion d'une catégorie, mais le niveau d'altération d'un aspect et les possibilités que celui-ci soit compensé par les autres. Si l'étiquette d'une catégorie permettait une reconnaissance dans le système administratif et de santé, dans une telle approche la question qu'il convient de poser devient alors : « Est-ce qu'un ou plusieurs des aspects altérés individuellement ou collectivement interfèrent avec l'autonomie et l'engagement social de l'individu ? »¹⁰ (Daly & Gallagher, 2019, pp.40-41). En revanche, si les *Self-Patterns* permettent une conception moins réductrice de l'humain et des troubles mentaux et désirent atténuer les effets stigmatisants liés à une limite claire entre normal et pathologique (Daly & Gallagher, 2019),

¹⁰ Traduction personnelle

nous pouvons nous demander dans quelle mesure cette conception s'applique-t-elle à une démarche diagnostique ?

Premièrement, pour que les dimensions répondent aux besoins des systèmes sociaux et de soin, il faudrait néanmoins déterminer différents degrés et seuils au fonctionnement de l'individu (Demazeux, 2008; First, 2005). Nous pouvons alors questionner de quelle manière il serait possible de déterminer ce seuil de fonctionnement, dont se mêleront assurément les acteurs y possédant un intérêt. Une potentielle solution serait de l'associer avec l'échelle auparavant utilisée sur l'axe V du DSM-IV qui permettait une évaluation globale de fonctionnement (*Global Assessment of Functioning* - GAF). Cependant, si cette échelle fait preuve d'une bonne fiabilité inter-juges au sein de chercheurs, elle est moins fiable lorsqu'elle est utilisée par des cliniciens (Jones et al., 1995). Par conséquent, si nous nous accordons sur l'affirmation selon laquelle l'avantage d'une approche phénoménologique et multidimensionnelle provient d'une meilleure attention portée aux symptômes et leurs contextes qui permet de mieux conserver les informations pertinentes pour l'individu tout en étant moins susceptible de prendre des décisions arbitraires (Bentall, 2006 ; Daly & Gallagher, 2019, p.35), nous pouvons cependant douter du fait qu'une telle approche soit moins sujette aux interférences sociopolitiques.

Deuxièmement, en développant sur la notion de Zachar (2003, 2008) Gallagher et Daly (2018, p.6) ajoutent qu'en plus de permettre une meilleure compréhension du fonctionnement individuel, nous pouvons nous attendre à voir émerger des schémas typiques de « types pratiques » associés à différents troubles. A cet égard, nous pouvons penser au processus de typification phénoménologique qui permet de faire émerger des formes expérientielles spécifiques aux troubles (Parnas & Zahavi, 2002). Cet exemple sera développé en investiguant les changements typiques associés à la dépression. Se dessine alors la possibilité de tirer des généralités - mais l'usage de celles-ci doit-il être de les transformer en lois ? Ce n'est pas le cas pour la phénoménologie de Jaspers ou de Husserl où les types idéaux doivent sans cesse être questionnés et testés, exigeant une attitude réflexive de la part du psychiatre (Parnas & Gallagher, 2015), cependant ils peuvent tout de même servir à proposer un système de classification (Parnas & Zahavi, 2002). Ces possibilités restent toutefois peu claires dans les travaux de Daly et Gallagher et nous ignorons si les schémas typiques qui émergent de leurs observations doivent opérer comme nouvelle catégorisation, se combiner à l'approche du DSM, ou servir uniquement de repère pour le clinicien procédant à une investigation d'un individu. Si l'application de leur modèle

se veut effectivement complémentaire (Daly & Gallagher, p.33), à quels aspects du diagnostic ou de la démarche clinique en général doit-elle l'être ?

Tout d'abord, utiliser leur modèle dimensionnel en contexte clinique en parallèle à une classification catégorielle reposant sur des concepts biomédicaux se heurterait à des problèmes à la fois administratifs et cliniques (First, 2005). En effet, cela nécessiterait une procédure pour convertir les données issues du système dimensionnel en diagnostics catégoriels afin de permettre l'utilisation des codes ICD utilisés par la plupart des instances étatiques (First, 2005, p.561). Ceci créerait une charge administrative supplémentaire pour les cliniciens et nécessiterait des nouveaux codes (First, 2005, p.561). De plus, cela pourrait renforcer les préjugés selon lesquels les troubles mentaux et les affections médicales sont en quelque sorte fondamentalement différents et faciliteraient la stigmatisation à l'encontre des troubles mentaux (First, 2005, p.561).

Ensuite, si on reprend leur volonté de créer une classification privée, celle-ci exige des connaissances communes au groupe l'utilisant (Daly & Gallagher, 2019, p.35). Ainsi, proposer le modèle des *Self-Patterns* comme alternative à l'usage clinique du DSM nécessite l'établissement de conceptions communes qui risque notamment d'être mis à mal par la variété des orientations théoriques actuelles. Si nous avons pu constater que le système précédemment multiaxial du DSM n'était en pratique que peu utilisé par la plupart des cliniciens (Cooper, 2018), on peut alors supposer que tous les aspects ne seront pas investigués avec la même profondeur selon l'obédience du clinicien ou ses croyances vis-à-vis de la nature du trouble. Enfin, en raison de la méconnaissance des approches dimensionnelles en général, de la nouveauté du modèle des *Self-Patterns* ainsi que sa destination (les approches dimensionnelles sont mieux acceptées dans le milieu de la psychologie de la personnalité), l'adoption de ce modèle nécessiterait un réentrainement voire une nouvelle formation pour les professionnels de la santé mentale (First, 2005, p.561).

En outre, First (2005, p.561) suggère que l'adoption d'une approche dimensionnelle perturberait les pratiques de recherche, en particulier celles impliquant des regroupements de diagnostics sur plusieurs études (p.ex. méta-analyses) ou celles nécessitant une réévaluation diagnostique à différents moments dans le temps (p.ex. études longitudinales). En effet, s'il n'y avait plus de diagnostic général mais seulement des dimensions plus ou moins altérées, on peut imaginer que les critères de recrutement pour les études deviendraient de plus en plus complexes et exclusifs. De plus, un tel changement nécessiterait un ré-outillage important des instruments diagnostiques utilisés en recherche,

tous basés sur le système actuel de diagnostic catégoriel (First, 2005, p.651). Nous concluons donc que, si le modèle des *Self-Patterns* peut aspirer à guider les recherches interdisciplinaires, notamment les neurosciences, par le détail qu'il apporte à chacun de ses aspects, son approche dimensionnelle risque de compromettre d'autres champs. Toutefois, nous pouvons imaginer que la mise en exergue de certains types pratiques « typiques » ainsi que la réintroduction de l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement peuvent être avantageuses dans ce domaine.

Par ailleurs, nous pouvons questionner le fait que le modèle des *Self-Patterns* rencontre l'exigence de communicabilité nécessaire à une bonne classification. A cet égard, on peut imaginer que le modèle des *Self-Patterns* remplisse mieux les exigences de clarté par l'exposition détaillée de ses différents aspects ainsi que par la dimension plus complète des altérations de chacune d'entre elles. En effet, si pouvoir dire à un collègue qu'un patient a un trouble de la personnalité borderline permet de lui transmettre à la fois des hypothèses pour un traitement (thérapie comportementale dialectique, SSRI, etc.) et des considérations cliniques (risques d'impulsivité, de comportements auto dommageables, etc.) (First, 2005, p.561), on peut supposer que ces descriptions amènent également des risques de paresse intellectuelle, de stigmatisation (Khoury et al., 2014) et de réification. Ces risques sont atténués par des descriptions plus précises et spécifiques à la personne, mais néanmoins plus chronophages.

2.1.4 Visées compréhensives versus visées explicatives

On peut imaginer que les confusions liées à la possible portée générique de ce modèle des *Self-Patterns* reposent plus profondément sur le flou entre les visées compréhensives ou explicatives des modèles psychopathologiques phénoménologiques. En reprenant la distinction de Dilthey (1883/1992) entre explications causales et compréhension psychologique, Daly et Gallagher (2019) proposent avant tout de suivre les intentions de Jaspers concernant l'établissement d'une relation significative entre psychiatre et patient afin d'interpréter son expérience. Effectivement, pour Jaspers, la compréhension de la personne doit se faire dans une visée d'ensemble, et non pas seulement dans le but de l'établissement d'une symptomatologie précise (Parnas et al., 2013).

Stanghellini et Fuchs décrivent la symptomatologie comme « l'étude des symptômes isolés en vue de leur diagnostic clinique, c'est-à-dire étiologique et

significatif »¹¹ (2013, p. XVII) et expliquent que l'utilisation du terme « symptôme » en psychiatrie est la conséquence d'un modèle dérivé des sciences naturelles, utilisé pour relier données objectives et données étiologiques. Dans ce modèle biomédical, le symptôme est le premier indice utilisé par les cliniciens pour établir un diagnostic en fonction de tel ou tel symptôme. Or, si la psychopathologie est aussi en partie orientée vers l'étude des morbidités, elle est également dirigée vers la personne entière puisque son rôle est aussi de décrire les modes particuliers d'expérience et de comportement d'un patient ainsi que sa relation avec lui-même et avec le monde (Stanghellini & Fuchs, 2013, p. XVII). Par conséquent, la confusion de l'entreprise catégorielle centrée sur le diagnostic par absence ou présence de certains critères réside dans une déformation de ce que doit être une psychopathologie : elle ne doit pas consister en une unique évaluation des symptômes, mais en une compréhension d'un type d'expérience donné et d'une façon donnée « d'être au monde ». Ainsi, comme nous l'avons abordé en introduction de cette partie, le diagnostic est le dernier aspect à saisir dans la compréhension d'un problème psychiatrique, car il risque de dissimuler le « chaos des phénomènes »¹² (Jaspers, 1923/1963, p.482) sous ses étiquettes, alors que ce chaos doit principalement être analysé en termes de significations et de connexions. (Stanghellini & Fuchs, 2013, p.XVII).

Jaspers (1923/1963, p.307) explique que la science exige une connaissance systématique alors que la psychopathologie ne permet pas de systématiser les liens significatifs qu'elle explore. Ce faisant, elle risquerait de réifier son patient sans chercher à le connaître vraiment. Alors, ce dont le psychiatre a réellement besoin n'est pas d'une connaissance systématique, mais plutôt d'une connaissance des moyens systématiques d'acquérir ces savoirs. En d'autres termes, notre compréhension est acquise à l'occasion d'une rencontre avec une personne concrète, et non de manière inductive par la répétition d'une expérience dont nous pouvons déduire des lois. Par conséquent, nous devons nous abstenir de généraliser ce que nous comprenons :

Anything really meaningful tends to have a concrete form and generalisation destroys it. But we expect systematic knowledge in science and if we cannot systematise meaning we can at least order our methods according to principles of understanding. First, however, we should remind ourselves of

¹¹ Traduction personnelle

¹² Traduction personnelle

those sources on which the richness, flexibility and depth of our understanding depend. (Jaspers, 1923/1963, p.314)

Les liens que nous établissons entre les phénomènes n'ont pas besoin d'être étiologiques (reposant sur des relations causales), mais herméneutiques (reposant sur des relations de signification). Saisir les phénomènes expérientiels, consiste alors à établir le lien structurel qui leur confère cohérence et continuité (Stanghellini & Fuchs, 2013, p.101).

Pour Daly et Gallagher (2019) cependant, la vision non réductrice des *Self-Patterns* ne traduit pas obligatoirement une volonté d'exclure les mesures objectives, comme la génétique ou les neurosciences, ni une volonté de minimiser l'importance des fonctions cérébrales par rapport au fonctionnement du Self. En effet, une approche complémentaire à la troisième personne pourrait, comme le suggèrent Fingelkurts et Fingelkurts (2017), servir à répertorier les changements neurophysiologiques en fonction des changements des autres aspects du modèle. Bien qu'il y ait des raisons d'espérer que la génétique et les neurosciences apportent des certitudes qui n'étaient auparavant que le privilège de la médecine somatique (Nemeroff et al., 2013 ; Dalal & Sivakumar, 2009), Daly et Gallagher (2019 ; Gallagher, 2013) défendent toutefois qu'il restera beaucoup de choses à comprendre au-delà de ces instanciations cérébrales, comme l'expérience subjective, « l'effet que cela fait » d'avoir de tels états et comment ils influencent les différents aspects de sa vie. Ils concluent donc en accord avec Jaspers:

...naturalistic explanations of mental illness relying on neurochemistry, neuroimaging and neurobiology, that is, third person accounts, need to be brought into a more rigorous engagement with first person phenomenological accounts to optimally capture the sometimes anomalous experience of those living through psychiatric disorders. (Daly & Gallagher, 2019, p.34)

Toutefois, ces derniers n'exigent pas de méthode spécifique pour lier rigoureusement ces deux perspectives. Nous pouvons alors proposer l'entreprise neurophénoménologique de Varela (1996) s'étant attelée à ce projet. Initialement formulée comme une réponse méthodologique au problème difficile (Chalmers, 1996), la neurophénoménologie propose de lier les investigations phénoménologiques sur l'expérience aux recherches neuroscientifiques sur la conscience (Gallagher, 2012). Cela peut notamment se faire par le biais d'entretiens phénoménologiques similaires à ceux mobilisés par Daly et Gallagher (2019). L'objectif de la neurophénoménologie est

d'incorporer des investigations phénoménologiques sur l'expérience dans les recherches neuroscientifiques sur la conscience (Appourchaux, 2015). Inspirées par cette démarche, de nombreuses études tentent depuis avec un certain succès d'associer tâches expérimentales, mesures de l'activité cérébrale et descriptions phénoménologiques (Appourchaux, 2015), principalement en étudiant la dynamique temporelle de l'expérience consciente et de l'activité cérébrale (Gallagher, 2012). Ce faisant, on souhaite produire des comptes rendus phénoménologiques en temps réel suffisamment précis et complets pour être exprimés à la fois en termes formels et dynamiques (i.e., prédictifs), afin de montrer en quoi les expériences sont liées aux propriétés neurodynamiques de l'activité cérébrale (Gallagher, 2012).

Ainsi, si le modèle des Self-Patterns propose une application clinique permettant avant tout une compréhension idiosyncrasique, il incite également au développement d'une dimension plus explicative grâce à des recherches neuroscientifiques investiguant certains aspects ou certaines spécificités du Self afin de les relier à l'expérience vécue.

2.1.5 Outils d'entretien

L'investigation de l'expérience subjective a soulevé beaucoup de suspicions au sein des sciences naturelles, dont l'objectivité des méthodes de récolte et d'analyse n'est que peu remise en question (Daly & Gallagher, 2019). On peut notamment reprocher à l'entretien d'impliquer deux personnes ayant chacune leurs attentes et une compréhension qui leur est propre, facilitant ainsi les ambiguïtés et les mauvaises interprétations (Daly & Gallagher, 2019 ; Petitmengin, 2006). Toutefois, on peut arguer que toute démarche scientifique repose sur des présupposés ontologiques (par exemple le réalisme), guidant ses choix épistémologiques (par exemple le modèle biomédical) et méthodologiques (par exemple la décision de cantonner l'investigation des symptômes du DSM à un entretien prédéfini et structuré) qui entraînent nécessairement une interprétation. Daly et Gallagher (2019) défendent donc que ce problème s'applique à de nombreuses démarches scientifiques et qu'aucune approche méthodologique de l'expérience n'est neutre, car elle introduit inévitablement un cadre interprétatif et une dimension herméneutique.

Nous maintenons ainsi qu'il est possible d'obtenir des données véritablement issues de l'expérience à condition de suivre une approche disciplinée – qui n'équivaut pas à une simple introspection - et de se sensibiliser aux possibles obstacles d'une telle démarche (Daly & Gallagher, 2019 ; Petitmengin, 2006). Cette partie d'ordre méthodologique nous

permet ainsi de présenter certaines solutions concrètes pour récolter et traduire les expériences à la première personne dans une entreprise menant à une compréhension plus complète des expériences anormales. Ces méthodes peuvent être conçues comme une solution méthodologique au problème difficile (Chalmers, 1996) en permettant la traduction d'un point de vue à la première personne à un point de vue à la troisième personne, par le biais d'un point de vue à la deuxième personne. Ici, Daly et Gallagher (2019) proposent d'utiliser l'examen de l'expérience personnelle anormale (EASE) investiguant en 57 points la diminution de l'auto-affection, les formes d'hyper réflexivité et l'altération de la «prise» sur le monde de Parnas et al. (2005) ; l'entretien d'explicitation de Vermersch (1996, 2012) qui vise à permettre la verbalisation et la conscientisation de la dimension vécue et procédurale de l'action ; et l'entretien micro-phénoménologique de Petitmengin (2006) qui se propose d'être l'adaptation de l'entretien de Vermersch (1996, 2012) pour les recherches en sciences cognitives.

En affirmant que l'utilisation des récits qui se concentrent sur les expériences à la première personne générées dans des contextes de conversation interactifs ou des entretiens semi-structurés a déjà une grande valeur dans d'autres contextes médicaux et thérapeutiques (Cole & Gallagher, 2016 ; Englander, 2016), Daly et Gallagher (2019) proposent de mobiliser l'aspect narratif dans le but d'investiguer le modèle de *Self-Patterns* d'une personne sous forme d'entretiens phénoménologiques à la deuxième personne afin d'accéder aux autres aspects du modèle. De plus, ils s'appuient sur le fait que, dans certains contextes thérapeutiques, la focalisation sur l'aspect narratif peut permettre à un patient d'intégrer une nouvelle prise de conscience, comme par exemple une meilleure connaissance de son corps ou de son fonctionnement (Daly & Gallagher, 2019). Par conséquent, bien que les thérapies narratives forment une thérapie à part entière, la mobilisation de cet aspect peut, en soi, avoir un effet bénéfique (Daly & Gallagher, 2019).

L'entretien phénoménologique est un entretien intersubjectif dit « à la seconde personne » car il propose d'obtenir des descriptions phénoménologiques précises récoltées par le biais d'un intervieweur guidant un interviewé (Appourchaux, 2015). Il est intersubjectif non seulement dans la mesure où il implique une interaction dyadique interactive entre l'intervieweur et l'interviewé mais aussi parce qu'une grande partie de ce que le patient découvre et exprime dans son récit ne peut émerger que dans l'expression de celui-ci à une autre personne qui tente de le comprendre (Cole & Gallagher, 2016 ; Daly & Gallagher, 2019). Il peut être conçu dans des formes de conversation interactives ou dans des entretiens plus formels (Cole & Gallagher, 2016), bien qu'il soit moins fiable dans des

contextes entièrement déstructurés (Parnas et al., 2005). Il permet à l'interviewé, par son récit à l'autre, de faire émerger des descriptions détaillées de ses états mentaux rendus ainsi partageables (Daly & Gallagher, 2019).

Les entretiens phénoménologiques nécessitent un intervieweur sensibilisé à l'empathie (comme ouverture à la différence fondamentale de l'autre ; Jaspers, 1963 ; Varela et al., 1999 ; Gallagher, 2013 ; Zahavi, 2001) mais également entraîné afin de faciliter l'entrée dans un mode pré-réflexif et de maintenir l'attention sur les aspects expérientiels (Cole & Gallagher, 2016 ; Daly & Gallagher, 2019 ; Petitmengin, 2006). En effet, la prise de conscience ainsi que la transmission de ses états mentaux reposent sur des compétences nécessitant une formation en raison des difficultés inhérentes à la communication précise de l'expérience à la première personne (Daly & Gallagher, 2019). Une telle description n'est pas facile à obtenir pour un certain nombre de raisons que nous allons regrouper ici sous deux catégories, desquelles découlent des solutions différentes : 1) les problèmes liés à la conscience que nous avons de nos propres expériences subjectives ; 2) les problèmes liés à la traduction de celles-ci en langage.

Tout d'abord, de manière générale et en dehors de tout contexte psychiatrique, il est difficile de prendre conscience de notre expérience subjective parce que notre attention est généralement dispersée plutôt que concentrée, et qu'elle est plus souvent dirigée vers le monde extérieur (Petitmengin, 2006). Autrement dit, conscientiser nos expériences subjectives nécessite de suspendre notre mode habituel de fonctionnement où notre attention est orientée vers le monde extérieur et l'agir, pour la ramener sur nous-même. A ce sujet, Petitmengin (2006) explique qu'une part importante de notre expérience subjective (i.e., notre rapport au monde) se déroule en dessous du seuil de la conscience (à concevoir ici comme conscience intentionnelle plutôt que phénoménale), c'est-à-dire au niveau pré-réflexif et/ou pragmatique (« savoir comment » plutôt que « savoir que » ; Daly & Gallagher, 2019). A cet égard, on peut reprocher à ces méthodes d'entretien de modifier l'expérience originelle à travers un nécessaire « retournement attentionnel » (Approuchaux, 2015, p.95). Si Vermersch (1994) reconnaît qu'une certaine transformation « du vécu vers le représenté » (p.102) a lieu, il défend cependant que cette transformation est de l'ordre de la création d'un sens conscientisé et non pas de l'invention d'autres expériences.

Ensuite, selon Vermersch (1996), il existe une confusion entre expérience et représentation de l'expérience qui non seulement nous empêche de réaliser que nous ignorons comment nos processus cognitifs se déroulent, mais nous mène également à croire que nous le savons. Nous pouvons notamment retenir deux effets issus de ces malentendus :

1) un effet déformant : tendance à remplacer la description de l'expérience par une description de notre représentation de l'expérience ; 2) un effet de dissimulation : lorsque certaines dimensions de notre expérience ne correspondent pas à notre représentation ou notre compréhension, elles sont écartées de notre conscience (Petitmengin, 2006)

Pour aider à maintenir l'attention, il est primordial d'aborder le cadre et d'explicitier le contexte et les conditions de l'entretien : « Nous sommes ici ensemble pour un temps donné, avec un objectif spécifique, qui est de rassembler une description de cette expérience particulière »¹³ (Petitmengin, 2006, p. 239). A cette présentation peut s'ajouter une technique de focalisation qui consiste à encourager le sujet, dès le début de l'entretien, à laisser de côté les soucis qui l'accablent, à s'autoriser à les suspendre momentanément, afin de se dégager un espace vide de préoccupations (Petitmengin, 2006). Le rôle de l'intervieweur sera ensuite de suspendre ses propres croyances et jugements internes, mais aussi de rediriger constamment l'attention de la personne qu'il interroge à l'expérience elle-même. Différentes techniques, inspirées notamment de la pleine conscience (Segal et al., 2019), expliquent que les relances de l'intervieweur doivent : 1) inciter à rester concentré sur le particulier, notamment en utilisant des références directes avec des termes tels que « ce sentiment », « cette chose dont vous me parlez » etc. (Petitmengin, 2006) ; 2) rendre attentif au fait de pas déformer son discours par des abstractions, des généralisations, des justifications ou des explications afin de favoriser une révélation de l'expérience en tant que telle. Cela peut se faire en interrompant les explications, en reformulant ses mots afin de ne pas briser l'alliance et en ramenant la parole à l'expérience avec une nouvelle question (Petitmengin, 2006) ; 3) reformuler régulièrement l'expérience telle qu'elle est décrite afin de ramener la personne interrogée à la tâche de description et de vérifier la compréhension des deux parties (Høffding & Martiny, 2016 ; Petitmengin, 2006) ; 4) rendre attentif aux aspects sensoriels et incarnés de l'expérience en évoquant le contexte et les différentes modalités (visuelles, auditives, kinesthésiques, émotionnelles) comme un moyen de revenir à l'expérience (Petitmengin, 2006) ; 5) recentrer sur la manière (le comment) de l'expérience, plutôt que sur le contenu (le quoi), sur l'« être » plutôt que le « faire » afin de passer d'une conscience directe à une conscience réflexive (Petitmengin, 2006 ; Segal et al., 2019). En outre, l'usage de méthodes micro-phénoménologique rend possible le repérage d'indices corporels qui indiquent que quelqu'un passe d'un mode pré-réflexif direct à la première personne à un mode réflexif à la troisième personne et pourrait ainsi introduire

¹³ Traduction personnelle

des distorsions ou des inexactitudes dans le récit (Daly & Gallagher, 2019 ; Petitmengin, 2006). Pour finir, Høffding et Martiny (2016) affirment qu'il n'est pas nécessaire d'établir une authentique reviviscence ou reconstitution de l'expérience originale, mais qu'il faut plutôt viser une compréhension suffisante de l'expérience de la personne interrogée.

La conversion de l'expérience subjective en langage représente un second défi. En effet, la verbalisation nécessite que la personne interrogée puisse trouver ses propres mots pour exprimer son expérience, et le langage risque d'interférer avec la compréhension de l'expérience (Daly & Gallagher, 2019). De plus, même en dehors de tout contexte psychiatrique, certaines personnes peuvent vivre leur vie accompagnée d'une narration moins cohérente et plus épisodique que d'autres ; pour celles-ci ainsi que pour celles dont les expériences sont anormales, l'usage de la narration pour transmettre ses expériences peut s'avérer plus délicat (Daly & Gallagher, 2019). Parnas et al. (2005) soulignent plusieurs difficultés intrinsèques au processus d'entretien concernant l'expérience anormale : 1) le patient peut n'avoir jamais communiqué son expérience à quiconque auparavant ; 2) les expériences peuvent ne pas concerner des choses, être ineffables, autrement dit par leur nature même être difficiles à décrire ; 3) le patient peut ne pas avoir le répertoire verbal pour exprimer son expérience ; 4) le patient peut avoir un sentiment aigu d'humiliation au regard de telles expériences qui peut l'inciter à ne pas vouloir les transmettre. Face à ces problèmes, on peut alors entrevoir différentes solutions (Parnas et al., 2005).

Tout d'abord, pour encourager une personne à se livrer, qu'elle ressente ou non une gêne face à ses ressentis, l'établissement d'un niveau approprié de résonance empathique est nécessaire (Parnas et al., 2005). En effet, transmettre son expérience, que l'on peut juger anormale, à une autre personne nécessite une certaine intimité afin que l'on se sente libre d'explorer son propre esprit. Il est donc obligatoire d'essayer d'établir un rapport neutre mais attentionné avec le sujet et idéalement de lui fournir les possibilités d'agir en tant que partenaire actif dans une exploration partagée et mutuellement interactive. En d'autres termes, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, le patient a une part importante de responsabilité épistémique à côté de celle du psychiatre (Daly & Gallagher, 2019). Parnas et al. (2005) rappellent que ce qui est investigué est la façon dont le patient fait l'expérience de lui-même et de son monde et bien que son témoignage dans son ensemble puisse servir à des considérations diagnostiques ou thérapeutiques, il s'agit avant tout de son expérience qui ne doit en aucun cas être réduite à une « réalité » médicale, au risque de biaiser l'attention de l'intervieweur. Aussi rares ou bizarres que soient les expériences rapportées, l'enquêteur doit rester neutre et calme, dans une attitude de retenue et intéressée,

transmettant ainsi tacitement à l'interviewé qu'il est familier avec le type de pathologie investiguée (Parnas et al., 2005, 2013). Il n'est toutefois pas recommandé aux individus souffrant d'un retard mental ainsi qu'aux personnes traversant une phase psychotique aiguë de passer un entretien phénoménologique (Parnas et al., 2005). A cet égard, on peut suggérer l'utilisation d'une échelle d'évaluation de la capacité narrative, la *Scale to Assess Narrative Development* (STAND), afin d'observer dans les récits moins cohérents et élaborés si certaines caractéristiques suggèrent des problèmes de mémoire ou d'autoréférence (Daly & Gallagher, 2019)

Ensuite, au sujet du langage, Parnas et al. (2005), affirment qu'une attention particulière doit être apportée à l'usage de la métaphore dans le contexte de l'entretien psychiatrique car elle reflète une conceptualisation progressive de l'expérience, passant de pré-réflexive à un format signifiant et transmissible. Elle doit être considérée comme un processus de symbolisation qui, par le langage, articule l'expérience pour la première fois et la rend ainsi accessible de manière réfléchie à soi-même et à l'autre. Cet usage de la métaphore pour décrire le caractère impartageable d'un vécu, particulièrement en cas de maladie mentale, est aussi souligné par Paskaleva (2011).

Enfin, s'il est permis de proposer à un patient en mal de mots des exemples d'expériences pathologiques, il est toujours nécessaire de vérifier la présence de chaque élément expérientiel en demandant au patient de le décrire en détail et avec ses mots, ou avec au moins un exemple concret (Parnas et al, 2005). Idéalement, l'entretien consiste en une réflexion interactive où l'enquêteur utilise des reformulations en échos ou des exemples pour déterminer s'il a compris correctement la description et inciter le patient à le corriger et à fournir un autre exemple avec ses propres termes (Appourchaux, 2015 ; Parnas et al., 2005). Une telle démarche doit permettre à l'intervieweur de saisir les caractéristiques essentielles de l'expérience qui, par exemple, permettront de distinguer des pensées intrusives de ruminations (Parnas et al., 2005). Cela signifie que, dans ses tentatives de représenter l'expérience du patient, l'enquêteur peut en diminuer certains aspects et en retenir davantage d'autres afin de dépouiller l'expérience de ses caractéristiques contingentes (Parnas et al., 2005). De plus, Høffding et Martiny (2016) conseillent l'usage de questions ouvertes parce qu'elles ne présupposent pas plus de connaissances que ce qu'elles visent à recueillir. Au contraire, les questions fermées introduisent des biais dans leur formulation et suggèrent non seulement des réponses possibles, mais aussi des concepts et des formulations utiles pour les verbaliser. Pour se libérer encore davantage des risques d'induction, il est préférable d'utiliser des techniques de redirection attentionnelle comme

l'usage de relances sans contenu précis ou des propositions aussi exhaustives que possible - ceci afin de signaler, sans le décrire, le moment à expliciter. L'intervieweur doit proposer une liste de possibilités exhaustive si l'utilisation de contenu est nécessaire dans les relances, par exemple lors d'évocations d'ordre sensoriel. De cette manière, on espère que le sujet pourra décrire fidèlement son expérience sans être influencé (Appourchaux, 2015).

2.2 Phénoménologie, empathie et intersubjectivité

Autant les auteurs classiques de la phénoménologie classique - tels que Jaspers ou Binswanger - que les instructions liées aux méthodes plus récentes - Daly et Gallagher (2019), Ghaemi (2007) ou encore Petitmengin (2006) – insistent sur la nécessité d'une posture empathique, comme caractéristique à part entière de la méthode de tout projet phénoménologique. Si l'empathie est l'un des arguments majeurs pour la mobilisation des théories phénoménologiques en psychiatrie (Basso et al., 2018), elle ne désigne pas simplement le fait de « vibrer » avec l'autre. Elle désigne la possibilité fondamentale de pouvoir rencontrer l'autre, non pas parce qu'il est susceptible d'être le même, mais parce qu'il est différent (Merleau-Ponty, 1945/2001 ; Ratcliffe, 2015 ; Zahavi, 2001). Le but ici n'est pas de prescrire une approche particulière de thérapie, mais de retracer les possibles implications de ce point de vue.

Si la compréhension des altérations phénoménologiques impliquées dans les troubles mentaux a le potentiel d'éclairer la classification et le diagnostic, le projet de distinguer plusieurs types d'expérience n'est pas assimilable à la compréhension de ce que vit une personne en particulier (Ratcliffe, 2015). L'éclaircissement de catégories phénoménologiques recherche effectivement quelque chose de général, tandis que la compréhension des vécus particuliers d'un individu exige de saisir quelque chose de spécifique : *son* expérience, qui est « la sienne seulement » (Ratcliffe, 2015, p.230). Il est alors nécessaire de s'interroger sur les manières dont les connaissances phénoménologiques peuvent être appliquées lors de la rencontre d'une expérience dans sa particularité.

Comment le mot Je peut-il se mettre au pluriel, comment peut-on former une idée générale du Je, comment puis-je parler d'un autre Je que le mien, comment puis-je savoir qu'il y a d'autres Je, comment la conscience qui, par principe, et comme connaissance d'elle-même, est dans le mode du Je, peut-elle être saisie

dans le mode du Toi et par là dans le monde du On ? (Merleau-Ponty, 1945/2001, p. 400-401)

Comment accéder à l'autre si ses états mentaux, sa conscience et sa subjectivité, ont cela de particulier qu'ils ne se manifestent qu'à la première personne ? Face à cette question, Merleau-Ponty (1945/2001) affirme que l'expérience de la subjectivité doit contenir une dimension d'altérité, sans quoi l'intersubjectivité serait impossible. Non seulement nous n'aurions pas les moyens de reconnaître d'autres corps comme des sujets incarnés, mais nous n'aurions pas non plus la capacité de nous reconnaître. Si la seule expérience du sujet est celle acquise en coïncidant avec lui, si l'esprit par définition échappe au « spectateur étranger » (Merleau-Ponty, 1945/2001, p. 427) et ne peut être reconnu que de l'intérieur, comment partager nos expériences avec un autre ? Pour Merleau-Ponty, c'est la reconnaissance de la jonction entre l'intérieur et l'extérieur, entre le monde et soi, qui permet aussi aux autres corps de prendre vie :

Quel spectacle pourra jamais m'induire valablement à poser hors de moi-même ce mode d'existence dont le sens exige qu'il soit intérieurement saisi ? Si je n'apprends pas en moi-même à reconnaître la jonction du pour soi et de l'en soi, aucune de ces mécaniques que sont les corps des autres ne pourra jamais s'animer si je n'ai pas de dehors les autres n'ont pas de dedans. La pluralité des consciences est impossible si j'ai conscience absolue de moi-même. (Merleau-Ponty, 1945/2001, pp. 427–428)

Merleau-Ponty explique que, parce que la conscience de soi est incarnée, elle comporte inévitablement une extériorité (Zahavi, 2001). C'est parce que nous ne sommes pas une pure intériorité que nous pouvons accéder à un pressentiment de l'autre – qui apparaît à l'horizon de notre propre expérience (Zahavi, 2001, p.163). Par exemple, quand notre main gauche touche notre droite, ou quand nous regardons notre pied gauche, nous nous sentons nous-même, mais d'une manière qui anticipe la manière dont nous vivrions l'expérience d'un autre, et un autre nous vivrait (Merleau-Ponty, 1945/2001, p.424). Ainsi, la subjectivité n'est pas une « identité immobile avec soi » (Merleau-Ponty, 1945/2001, p.487) ; son essence est de s'ouvrir à un autre et d'aller au-delà d'elle-même. Cette conception de l'incarnation comme élément fondamental dans la création du Self rejoint donc les explications plus récentes de Gallagher (2013) ou de Newen (2018).

En outre, l'adoption d'une « position phénoménologique » implique une suspension méthodique de nos présupposés communs sur le monde partagé afin de se décentrer de sa propre manière de vivre le monde et de faciliter l'ouverture à des types de différences expérientielles qui seraient autrement mal interprétées ou passeraient inaperçues (Gallagher & Zahavi, 2008 ; Ratcliffe, 2015). Cela permet aux thérapeutes de concevoir des manières de se trouver dans le monde fondamentalement différentes des leurs. Dans leurs efforts pour comprendre le patient, il leur faut supposer une différence plutôt qu'une ressemblance entre leur propre manière de vivre le monde et celle de l'autre (Fuchs et al., 2019). Pour Zahavi (2001), cette approche rejette l'idée que la relation entre soi et l'autre s'établit par la voie de l'analogie, mais plutôt par un mode spécifique de la conscience, qui serait l'empathie. Plus spécifiquement, l'empathie est ici considérée comme une forme unique et irréductible d'intentionnalité qui nous permet d'expérimenter et de comprendre les sentiments, les désirs et les croyances des autres par la prise en compte fondamentale de leur altérité (Ratcliffe, 2015 ; Zahavi, 2001). Il ne s'agit pas non plus d'imposer sa propre expérience à quelqu'un d'autre, bien que l'on puisse reconnaître la possibilité qu'une autre personne vive quelque chose de similaire à ce que l'on vit ou que l'on a vécu (Ratcliffe, 2015). Autrement dit, plutôt que de souhaiter faire l'expérience de ce que l'autre personne vit de la même manière qu'elle, il nous faut favoriser l'ouverture à la différence comme point de départ à un processus collaboratif, inséparable d'une attitude de la seconde personne (Petitmengin, 2006 ; Ratcliffe, 2015).

L'empathie est alors un processus dialogique qui ne nécessite pas un ensemble d'expériences similaires partagées, mais qui consiste plutôt en une appréciation progressive de l'expérience radicalement différente du patient (Throop, 2010). Il s'agirait d'un travail d'« imagination » permettant d'unifier les détails et les nuances de la vie d'une personne (ses aspirations, ses craintes, ses vulnérabilités, ses espoirs) en une expérience intégrée (Throop, 2010). Pour Foucault (1954/2015), l'univers pathologique est pénétrable sans passer par l'analogie, mais par une « compréhension » phénoménologique qui restitue à la fois « l'expérience que le malade a de sa maladie (la manière dont il se vit comme individu malade [...] et l'univers morbide sur lequel s'ouvre cette conscience de maladie, le monde qu'elle vise et qu'en même temps elle constitue » (p.56). La tâche de la phénoménologie est ainsi double : comprendre la conscience malade et reconstituer son univers pathologique. Par conséquent, bien que la phénoménologie ne doive pas être réduite à l'empathie, celle-ci est fondamentalement présente dans toute attitude de seconde personne (Ratcliffe, 2015, Zahavi, 2001).

Si la question de l'empathie et de la subjectivité présentée ainsi devient pertinente non seulement pour les discussions en philosophie, mais aussi pour des disciplines comme la psychologie et la psychiatrie (Zahavi, 2001), ce croisement interdisciplinaire sert deux buts. Premièrement, il permet d'établir une compréhension commune de ce que représente et implique l'empathie dans la démarche phénoménologique. En effet, il permet de saisir la nécessité de concevoir le sujet comme incarné et immergé dans un monde, d'insister sur l'importance de l'empathie afin de replacer les expériences du sujet dans un cadre unifié, et affirme le bien-fondé d'une posture à la deuxième personne pour recueillir les expériences subjectives.

Ensuite, ces explications nous permettent également d'adresser une réponse aux critiques de la méthodologie phénoménologique en développant la notion d'intersubjectivité. La phénoménologie fait effectivement l'objet de critiques pour son emploi de l'introspection qui serait une méthode trop peu fiable, ne permettant pas d'accord entre experts (Dennett, 1993 ; Metzinger, 2004). Leur argument de base semble concerner les difficultés épistémologiques liées à toute approche cherchant à générer des données à la première personne qui ne dispose donc pas de moyen objectif pour vérifier et statuer sur la justesse des données récoltées. Plus précisément, Metzinger (2004) considère que seules les données extraites du monde physique par des appareils de mesure techniques sont utilisables. Par leur mode d'accès et leur caractère intime et privé, les expériences subjectives ne remplissent dès lors pas ces critères définissant ce que doivent être des données. Mais la phénoménologie est-elle réellement basée sur l'introspection (Gallagher & Zahavi, 2008) ?

Bien que la phénoménologie s'intéresse aux phénomènes (i.e., comment les choses sont vécues ou présentées au sujet en expérience) et leurs conditions de possibilité, le domaine phénoménal ne se situe pas uniquement dans l'esprit selon la phénoménologie (Zahavi, 2001). Merleau-Ponty, Husserl ou encore Heidegger estiment tous qu'il est impossible de tracer une démarcation entre intériorité et extériorité (Gallagher & Zahavi, 2008). L'existence humaine et le monde ne peuvent être appréhendés séparément (Zahavi, 2001). Il est alors faux de suggérer que le moyen d'accéder et de décrire l'expérience vécue est de tourner son regard vers son intérieur, autrement dit par l'introspection. En effet, le clivage entre intérieur et extérieur repose sur une division métaphysique trompeuse que le terme d'introspection englobe. Autrement dit, parler d'introspection, c'est cautionner implicitement l'idée que la conscience est à l'intérieur de notre esprit et que le monde est à

l'extérieur de celui-ci (Gallagher & Zahavi, 2008). Au contraire, les expériences vécues s'étudient et s'articulent dans l'intersubjectivité.

Selon Zahavi (2001) l'intersubjectivité n'est jamais à concevoir comme une structure existante dans le monde qui peut être décrite et analysée à partir d'une perspective à la troisième personne. Au contraire, l'intersubjectivité est une relation entre des sujets qui doit être analysée à la première et à la seconde personne. C'est pourquoi le point de départ phénoménologique est l'investigation d'un sujet qui est lié au monde et aux autres. Zahavi (2001) défend que, loin d'être des alternatives concurrentes, la subjectivité et l'intersubjectivité sont en fait des notions complémentaires et mutuellement interdépendantes. Cet auteur renforce alors l'une des conceptions cruciales de la phénoménologie selon laquelle il n'est pas possible de se contenter d'insérer l'intersubjectivité quelque part dans une ontologie déjà établie ; « les régions “soi”, “autrui” et “monde” sont plutôt interdépendantes ; elles s'éclairent mutuellement et ne peuvent être comprises que dans leur interconnexion » (Zahavi, 2001, p.166). En d'autres termes, la subjectivité qui est liée au monde n'acquiert sa pleine relation avec elle-même, et avec le monde, que par rapport à l'autre ; c'est-à-dire dans l'intersubjectivité. De la même manière, l'intersubjectivité n'existe et ne se développe que dans l'interaction mutuelle entre les sujets qui sont incarnés dans le monde. Pour finir, le monde, considéré comme un champ d'expérience commun, n'est amené à s'articuler que dans la relation entre les sujets (Zahavi, 2001, p.166). Les entretiens à la seconde personne sont alors une étape nécessaire à l'intégration des expériences phénoménales.

2.3 Conclusion

Ces multiples considérations nous permettent d'avancer que l'usage du modèle des *Self-Patterns* en psychopathologie permet avant tout d'adopter une posture clinique compréhensive. Celle-ci se manifeste par l'adoption d'une posture empathique qui entraîne à la fois un entretien d'investigation plus symétrique et éminemment intersubjectif et une démarche de compréhension de l'expérience unifiée radicalement différente de l'entreprise réductrice centrée sur les causes du DSM-5.

Par ailleurs, évaluer fidèlement un autre, ses expériences, ses croyances et ses expressions, exige des compétences interpersonnelles, empathiques et perceptuelles qui doivent se jouer dans les pratiques narratives ainsi que dans les compétences d'analyse du praticien (Parnas & Gallagher, 2015, p.77). Ces compétences, si elles nécessitent une

formation, sont néanmoins indispensables au projet psychopathologique ainsi qu'à une « réhumanisation » de la psychiatrie (Parnas & Gallagher, 2015, p.78).

La conception d'un diagnostic selon les *Self-Patterns*, par sa co-construction, ses révisions et sa temporalité, est dès lors une démarche idiosyncrasique, dont les seuls points théoriques sont ceux liés à sa méthode. Ainsi, le modèle des *Self-Patterns* et plus généralement les modèles phénoménologiques, offrent des solutions méthodologiques alternatives claires et employables dans les contextes cliniques, réintégrant le diagnostic dans une démarche psychopathologique plus globale dépassant la classification. Sur ce dernier point, il semble en effet qu'un tel modèle rencontre certaines limites liées à son refus d'une démarcation claire entre normalité et pathologie.

3. Phénoménologie et modèle des *Self-Patterns* appliqués : l'exemple de la dépression

La dépression est l'un des troubles mentaux les plus répandus de nos jours, touchant selon l'OMS (Naik et al., 2018) 264 millions de personnes à travers le monde et étant le quatrième contributeur à la morbidité mondiale (mesure des années potentielles perdues à cause d'une mortalité prématurée ou celle des années de productivité perdues à cause du handicap). Première cause de handicap pour les 18-44 ans (nombre d'années vécues avec la maladie), on estime que l'âge médian de son apparition est de 32 ans avec une prévalence plus élevée chez les femmes que chez les hommes. De plus, l'OMS (Naik et al., 2018) prédit un passage au deuxième rang de contributeur à la morbidité mondiale pour 2020 pour tous genres et âges. Ces chiffres indiquent donc que la dépression est l'un des troubles mentaux les plus courants et qu'il y a de fortes chances que chacun s'en trouve affecté à un moment de sa vie. L'augmentation de l'intérêt pour cette maladie et l'attention croissante portée à la prise de conscience de sa prévalence, de sa nature et d'éventuels corrélats neuronaux en ont fait l'un des troubles psychopathologiques les plus connus du grand public. Habituellement associée à un type particulier de tristesse mélancolique, la dépression est considérée comme un trouble de l'humeur (Paskaleva, 2011). Bien que le trouble fasse l'objet d'un nombre important de recherches dans des pays différents au cours de ces dernières décennies, sa nature, ses causes et son déroulement ne sont pas encore pleinement compris (Ehrenberg, 2001 ; Ratcliffe, 2015). Si sa complexité est souvent sous-estimée, la conception contemporaine du trouble le présente comme le résultat d'un déséquilibre neurochimique

pouvant être corrigé à l'aide d'agents pharmaceutiques. Ainsi, l'expérience, le caractère intime de la dépression est souvent négligé et l'accent est mis sur certaines de ses caractéristiques observables (Paskaleva, 2011).

Cette exploration de différentes applications de la phénoménologie nous permettra alors d'illustrer comment les recherches phénoménologiques peuvent contribuer à la psychiatrie tout d'abord en précisant, modifiant ou encore en modérant la liste de symptômes présentés dans le DSM-5. A la lumière de cette classification révisée, nous mobiliserons ensuite la notion d'altérations existentielles (Paskaleva, 2011 ; Ratcliffe, 2015) afin d'obtenir une meilleure compréhension, plus riche et dynamique, de l'expérience des patients. Nous soutiendrons dans la suite de ce travail qu'un examen minutieux des aspects expérientiels mis en avant par les personnes souffrant de dépression est essentiel non seulement pour mieux comprendre la nature de ce trouble, mais aussi pour améliorer et développer les outils de diagnostic et ensuite les approches thérapeutiques.

3.1 Perspective critique du diagnostic de la dépression dans le DSM-5

Comme nous avons pu l'observer dans les chapitres précédents, l'introduction de critères diagnostic opérationnalisés, comme ceux du DSM, peut avoir de nombreux avantages pour la pratique ainsi que la recherche psychiatrique (Cooper, 2018 ; Frances & Widiger, 2012 ; Hyman, 2010). Cependant, leur utilisation à grande échelle a conduit à leur réification : que ce soit dans les formations, le travail clinique ou encore la recherche, on peut remarquer des tendances à n'observer que les critères du DSM et à les considérer comme s'ils constituaient l'ensemble de connaissances connues et souhaitées d'un trouble particulier (Kendler, 2016 ; Khoury et al., 2014). Par conséquent, se concentrer uniquement sur les symptômes et les signes listés par le DSM conduit à une vision appauvrie de la psychopathologie. Dans cette partie, nous allons plus particulièrement évaluer cette fragilité diagnostique pour l'un des troubles psychiatriques les plus courants et importants : l'épisode dépressif majeur.

Reprenant le projet de Gallagher et Daly (2018), nous proposons ici une liste¹⁴ suivant les différents aspects des *Self-Patterns* affectés par la dépression. Nous confronterons les symptômes du DSM-5 (en premières lignes), aux possibles extensions apportées par des considérations phénoménologiques (énumérées aux points numérotés) et

¹⁴ Liste issue de traductions personnelles

à leurs nuances (énumérées aux points lettrés) tirées de diverses sources (Daly & Gallagher, 2019 ; Gallagher et Daly, 2018 ; Kendler, 2016 ; Paskaleva, 2011 ; Ratcliffe, 2015). Dans le cas d'un épisode dépressif majeur, nous pouvons constater que tous les facteurs du modèle des *Self-Patterns* peuvent être affectés.

Aspects incarnés :

Des changements importants de poids, des insomnies ou des hypersomnies (APA, 2013)

1. Manque d'appétit (Gallagher & Daly, 2018, p.7)
2. Lenteur de mouvement (Gallagher & Daly, 2018, p.7)
3. Perturbations du sommeil ; sommeil peu réparateur (Daly & Gallagher, 2019, p.42)
4. Symptômes somatiques (i.e., changements gastro-intestinaux, menstruels et libidinaux ; assèchements de la peau ; changements des expressions faciales et de la posture (Kendler, 2016, pp.772-773).
5. Modifications biologiques (i.e., prédispositions génétiques (Flint & Kendler, 2014) ; rétrécissement de l'hippocampe (Paskaleva, 2011, p.14) ; absorption ou un renouvellement de la sérotonine plus forte que dans une population normale (Paskaleva, 2011, p.14) ; corrélations entre réseaux cérébral autoréférentiel et la gravité des symptômes dépressifs (i.e., plus grande centration sur soi, des ruminations et des tensions corporelles ; Fingelkurts & Fingelkurts, 2017).
 - a. Importance moindre des caractéristiques neurovégétatives de la dépression (changements dans le sommeil, l'appétit et le poids) (Kendler, 2016, p.776).
 - b. Caractéristiques végétatives « inversées » (augmentation de l'alimentation/du poids et l'hypersomnie) ne sont pas décrites (Kendler, 2016, p.776).

Aspects expérimentiels :

Une fatigue ou une perte d'énergie presque tous les jours (APA, 2013)

1. Sentiment de lourdeur, d'épuisement et de manque de vitalité (Gallagher & Daly, 2018, p.7 ; Ratcliffe, 2015, p.94)
2. Fatigue, engourdissement et ralentissement profond (locomotion et parole ; Fuchs, 2005, p.226 ; Ratcliffe, 2015, p.89).
3. Expérience de stupeur, d'incapacité corporelle à effectuer des actions motrices (Fuchs, 2005, p.226).
4. Sensation de désincarnation ou d'hyperincarnation (Daly & Gallagher, 2019, p.7)

5. Sens réduit de l'agentivité, sensation d'être un automate (Daly & Gallagher, 2019, p.42 ; Paskaleva, 2011, p.82), expérience de soi-même en tant qu'étranger qui peut contribuer à un sentiment de perte d'identité voire même fragmentation de soi (Paskaleva, 2011, p.95)
6. Déréalisation et dépersonnalisation (Kendler, 2016, p.773 ; Paskaleva, 2011, p.50 ; Ratcliffe, 2015, p.148, 262)
7. Monde qui n'est plus perçu comme un lieu de potentielles actions (Daly & Gallagher, 2019, p.42 ; Ratcliffe, 2015)

Aspects affectifs :

Une humeur dépressive (tristesse, vide, désespoir) presque toute la journée et presque tous les jours, une diminution de l'intérêt ou du plaisir, un sentiment d'inutilité ou de culpabilité (APA, 2013)

1. Manifestations subjectives de l'humeur dysphorique plus variées (i.e., « douloureux », « solitaire », « misérable », « ennuyeux », « cœur brisé » et « à l'agonie » ; Kendler, 2016, p.773).
2. Perte de résonance empathique avec les autres, sentiment de solitude, sentiment que son expérience est absolument isolée et impartageable, sentiment d'être exclu/ de ne pas être compris/ sous-estimé, sentiment d'aliénation (Gallagher & Daly, 2018, p.7 ; Ratcliffe, 2015, p.212)
3. Dégoût ou une faible estime de soi, (Gallagher & Daly, 2018, p.7 ; Paskaleva, 2011, p.81).
4. Sentiment envahissant de crainte, des peurs inexplicables (Gallagher & Daly, 2018, p.7). Anxiété pouvant causer des attaques de panique et des peurs obsessionnelles (Kendler, 2016, p.772).
 - a. Lien avec l'anxiété extrêmement peu abordé dans le DSM malgré une forte comorbidité (Kendler, 2016, p.772).

Aspects comportementaux :

Une agitation ou un retard psychomoteur presque tous les jours (observable par les autres) (APA, 2013)

1. Incapacité de s'arrêter de pleurer (Gallagher & Daly, 2018, p.7)
2. Diminution des comportements de prise en charge de son propre bien-être (Gallagher & Daly, 2018, p.7)

3. Automutilations pour réduire l'anxiété (Gallagher & Daly, 2018, p.7)
 - a. Réduction de l'importance de l'agitation psychomotrice comme un symptôme courant de la dépression ou de la mélancolie (Kendler, 2016, p.776).
 - b. Grande importance des changements dans le fonctionnement psychomoteur, en particulier le retard psychomoteur comme symptômes dépressifs clefs (Kendler, 2016, p.776). Contrairement à la pratique actuelle.

Aspects intersubjectifs :

Ne sont pas couverts.

1. Sentiment d'être un fardeau pour les autres (Gallagher & Daly, 2018, p.7).
2. Sentiment d'être exclu, de ne pas appartenir au même monde, d'être coupé de celui-ci, profonde aliénation intersubjective (Gallagher & Daly, 2018, p.7, Paskaleva, 2011, p. 62 ; Ratcliffe, 2015, p.262).
3. Inquiétude que les autres pensent du mal de soi, une évaluation négative de l'apparence de soi, sentiment d'être un perdant, sentiment d'être invisible (Gallagher & Daly, 2018, p.7 ; Paskaleva, 2011, p.80-81).
4. Potentielle maltraitance infantile (Daly & Gallagher, 2019, p.42).
 - a. Dimension est abordée avec insistance dans presque tous les récits à la première personne, les changements sociaux et interpersonnels prennent une place centrale dans les expériences de la dépression et ne semblent pas en être un dérivé (Paskaleva, 2011, p.64).

Aspects psychologiques/cognitifs :

Une diminution de la capacité à penser ou à se concentrer, une indécision, des pensées de mort récurrentes, des idées suicidaires récurrentes avec ou sans plan spécifique de suicide (APA, 2013)

1. Plus grande diversité des changements cognitifs (i.e., désespoir, morosité, impuissance, inutilité ; thèmes d'auto-accusation et d'auto-dénigrement ; Kendler, 2016, p.772 ; Paskaleva, 2011, p.95).
2. Attention désordonnée, brouillard mental (Gallagher & Daly, 2018, p.7)
3. Rumination excessive, processus de pensée toxique (Gallagher & Daly, 2018, p.7)
4. Pensée nihiliste, difficulté à imaginer un avenir différent, sentiment d'inévitabilité (Daly & Gallagher, 2019, p.42 ; Ratcliffe, 2015, p.68, 73, 102)
5. Anticipation d'une punition ou d'une blessure (Ratcliffe, 2015, p.138)

6. Perception du temps modifiée, temps vécu comme passant très lentement, une conception de l'avenir bloqué (Gallagher & Daly, 2018, p.7 ; Ratcliffe, 2015, p.71).
Présent immuable (Ratcliffe, 2015, p.175).
 - a. Diminution de l'importance des modifications du fonctionnement cognitif (difficultés de réflexion et de concentration) (Kendler, 2016, p.772).

Aspects narratifs :

Ne sont pas couverts par le DSM-5

1. La réécriture répétée de conversations jugées insatisfaisantes (Gallagher & Daly, 2018, p.7)
2. Prédominance de l'utilisation de pronoms à la première personne chez les personnes suicidaires (Stirman et Pennebaker, 2001), changements dans la formulation des discours (i.e., plus lent, faible en volume, avec de longues pauses ; Kendler, 2016, p.776)
3. Récits passés formulés en termes de perte, d'échec et de dommage ; récits présents n'ont que peu ou pas d'intérêt, les récits futurs absents (Gallagher & Daly, 2018, p.7)

Aspects étendus/situés :

Ne sont pas couverts par le DSM-5

1. Choses et environnement considérés comme moins saillants (Gallagher & Daly, 2018, p.7 ; Ratcliffe, 2015, p.119)
2. Diminution de l'engagement avec le monde (Gallagher & Daly, 2018, p.7 ; Ratcliffe, 2015, p.213)
3. Perte du sentiment d'appartenance ou d'adaptation à l'environnement (Gallagher & Daly, 2018 ; Ratcliffe, 2015, p.261)

Dans le DSM-5, un des deux symptômes principaux doit être persistant (humeur dépressive et/ou perte d'intérêt), ainsi qu'au moins quatre autres parmi une liste de sept (changements de poids et/ou d'appétit, troubles du sommeil, changements d'activité, fatigue, inutilité et/ou culpabilité, manque de concentration, pensées de mort ou de suicide). S'ajoute à cela la possibilité de sélectionner des spécificateurs. Ces symptômes doivent être présents pendant au moins deux semaines, affecter la capacité à fonctionner socialement ou professionnellement et ne doivent pas être confondus avec les réactions appropriées à une

perte importante, comme un deuil par exemple. Il est également indiqué que les symptômes attribuables à un état de santé général ne doivent pas être pris en compte dans le diagnostic de la dépression (APA, 2013). A l'exception du changement d'appétit ou de poids, tous les symptômes font explicitement référence à l'expérience ou impliquent quelque chose à propos de l'expérience. Les critères étiologiques supplémentaires sont peu nombreux et la compréhension de ce qu'est une dépression majeure est donc fortement tributaire de la compréhension de la phénoménologie associée (Ratcliffe, 2015). Par conséquent, la capacité à faire des distinctions plus affinées a certainement le potentiel d'améliorer nos classifications et notre compréhension de leurs critères (Ratcliffe, 2015).

De ces observations, on peut conclure que l'hétérogénéité des vécus dépressifs peine à être regroupée sous la seule définition trop simplifiée du DSM-5. Selon ces critères, un patient peut recevoir un diagnostic de dépression majeure en présentant une humeur déprimée, une anhédonie, une perte de poids, des insomnies et une agitation psychomotrice. Une autre personne peut recevoir le même diagnostic en présentant un ralentissement psychomoteur, de la fatigue, un sentiment inapproprié de culpabilité et des idées suicidaires. Aucun symptôme n'est commun à ces deux personnes mais ils reçoivent le même diagnostic (Thyer, 2015). Ce problème vient tout d'abord questionner la validité des syndromes proposés par le DSM-5 (Thyer, 2015), mais aussi rendre compte de l'exacerbation des problèmes de communication et de compréhension autour de la dépression. Ce ne sont pas seulement les récits à la première personne qui peinent à retracer les contours de cette affection, mais aussi les descriptions que l'on en trouve en psychiatrie (Ehrenberg, 2001).

Un autre problème issu du caractère phénoménologiquement permissif des critères du DSM-5 concerne l'exigence d'identifier une « humeur déprimée ». On peut arguer que cette humeur déprimée peut aisément être confondue avec d'autres types de malaise (Ratcliffe, 2015). Par exemple, un sentiment prononcé de malaise typique des maladies telles que la grippe pourrait aussi répondre aux critères d'un épisode dépressif. En effet, la grippe peut impliquer une humeur dépressive et une perte d'intérêt pour l'activité pendant au moins deux semaines, ainsi que d'autres symptômes tels qu'une baisse d'énergie, des difficultés à penser et des changements dans les habitudes de sommeil. De plus, la neurobiologie corrobore cette idée en n'arrivant pas à distinguer ces deux types de malaise (Ratcliffe, 2015). Alors, si ces types de malaises partagent les mêmes corrélats neuronaux, il faudrait donc bien les distinguer phénoménologiquement (Ratcliffe, 2015).

En conclusion, un approfondissement phénoménologique des critères du DSM-5 aboutit non seulement à des critères plus précis et extensifs mais permet également de

critiquer la prétendue cohérence du manuel. En effet, sous ses prétentions de simplification pour gagner en objectivité, le DSM-5 rejette la seule manière dont nous disposons actuellement pour différencier, identifier et comprendre les vécus dépressifs et se heurte à des sérieuses questions vis-à-vis de la validité de ses catégories. Autrement dit, la phénoménologie nous permet d'interroger le bien-fondé de nos concepts et nos catégories tout en offrant des modèles existentiels plus à même « de saisir les expériences hétérogènes que représentent les symptômes psychopathologiques à partir de l'analyse des changements structuraux plus profonds et unitaires de "l'être dans le monde" qui les déterminent » (Basso et al., 2018, p.31). Par conséquent, en reprenant les travaux de Paskaleva (2011) ou Ratcliffe (2015), nous proposons ensuite d'illustrer comment ces nouveaux symptômes, élargis mais toujours disparates, gagnent à être envisagés sous le prisme des altérations de sentiments existentiels, ceci leur offrant une plus grande unité ainsi qu'une meilleure compréhension. Leur redonner une dimension significative permettra de les regrouper ou les contraster, mais aussi de les considérer dans leur aspect dynamique (Paskaleva, 2011 ; Ratcliffe, 2015).

3.2 Prisme phénoménologique de la dépression : altérations des sentiments existentiels

Selon Ratcliffe (2015) les sentiments existentiels se réfèrent aux variations des sentiments de réalité et d'appartenance au monde qu'un individu peut ressentir. Ils ont un rôle phénoménologique déterminant, du fait qu'ils sous-tendent les conceptions d'un individu vis-à-vis des possibilités qu'il conçoit comme faisant partie du monde. Ce faisant, ils influencent le type d'expériences auquel un individu est ouvert (Ratcliffe, 2015).

Malgré l'hétérogénéité des symptômes dépressifs, on peut observer que la plupart des expériences de dépression ont en commun un certain nombre de thèmes, notamment le sentiment d'être déconnecté du monde et des autres personnes, des expériences corporelles altérées, un sentiment que la dépression est hors du temps, sans fin et inéluctable, un sentiment d'incapacité lié au sentiment que le monde est dépourvu de certaines possibilités et encore une modification des processus affectifs (Foucault, 1954/2015 ; Paskaleva, 2011 ; Ratcliffe, 2015). Tous ces aspects peuvent être considérés comme faisant partie d'un changement existentiel unique qui peut être composé de plusieurs stades d'un épisode ou engager un schéma récurrent d'épisodes s'étalant dans le temps (Ratcliffe, 2015). Ainsi, pouvoir les discriminer plus précisément peut mener à une meilleure compréhension de

l'aspect dynamique de la dépression (Ratcliffe, 2015) ainsi qu'à un processus de typification faisant surgir des formes récurrentes.

3.2.1 Perte d'espoir

La perte d'espoir ou le désespoir font partie des symptômes affectifs principaux du DSM-5 (Kendler, 2016). Cependant, la perte d'espoir peut revêtir plusieurs formes d'intensité différentes qui peuvent être distinguées phénoménologiquement. Nous en détaillerons trois formes : la perte existentielle radicale, le manque d'aspiration, la démoralisation (Ratcliffe, 2015). La première concerne l'expérience dans son entièreté alors que les deux autres désignent des états intentionnels.

La perte d'espoir générale ou radicale désigne le fait, souvent retracé dans les récits à la première personne, que le désespoir implique souvent la perte de la capacité d'espérer plutôt que l'absence d'un quelconque espoir spécifique. Autrement dit, non seulement la personne déprimée cesse d'espérer, mais elle se sent aussi incapable de le faire (Ratcliffe, 2015). Ratcliffe (2015) affirme que la capacité à espérer suppose une conception de l'avenir comme étant une dimension dans laquelle des possibilités importantes peuvent être déployées. Dans les cas les plus graves de dépression, cette vision orientée vers l'avenir est transformée de manière à interdire la possibilité même d'espérer (Ratcliffe, 2015). Parfois, l'accent est mis sur la propre vie de l'individu, c'est le « moi » qui ne peut plus concevoir les possibilités sur lesquelles reposent les espoirs et qui ne peut plus envisager d'amélioration. Il se peut que sa focalisation soit dirigée sur sa propre vie parce que son sentiment que les autres comptent s'est également érodé (Ratcliffe, 2015). Parfois, l'accent peut être mis sur l'humanité dans son ensemble et la personne déprimée considère que l'avenir entier a disparu (Ratcliffe, 2015). Dans les deux cas, ce qui rend la situation particulièrement difficile est le sentiment d'impossibilité qui y est associé.

Qualitativement différent et moins profond, le manque d'aspiration n'implique pas nécessairement la perte d'espoir, mais plutôt son absence (Ratcliffe, 2015). Une personne peut être dépourvue de toute aspiration à être meilleure, de tout espoir d'améliorer sa situation, ou de tout sentiment d'en valoir la peine. La vie lui apparaît privée de significations importantes, dénuée de projets à long terme, de choses qui valent la peine de s'y engager. Les seules possibilités qu'elle conçoive sont liées aux plaisirs et distractions éphémères (Ratcliffe, 2015). Bien qu'elle puisse encore espérer, ce sont les types d'espoirs qu'elle peut vivre qui sont limités et la possibilité de reconnaître des alternatives qui échoue

(Ratcliffe, 2015). Ce qui est vécu est considéré comme interchangeable et occupe toutes les perspectives que l'individu imagine pour lui et pour le monde (Ratcliffe, 2015). Certaines personnes décrivent notamment la dépression comme le fait de ne pas pouvoir imaginer qui elles pourraient être un jour (Ratcliffe, 2015, p.118). Donc, le contraste entre avoir et ne pas avoir d'espoir n'est pas seulement une question de contenu concernant les divers espoirs spécifiques qui se trouvent effacés, mais bien une différence existentielle concernant les différents types de possibilités que l'on imagine que le monde et l'avenir ont à offrir (Ratcliffe, 2015).

La deuxième privation également différente de la perte d'espoir existentiel est ce que nous pourrions appeler « démoralisation » ou « renoncement à la vie » (Ratcliffe, 2015, p. 119). La possibilité d'espérer comme base existentielle n'a pas disparu, mais l'espoir concernant son propre avenir et les perspectives qu'il contient ont disparu. On peut considérer qu'il s'agit d'une absence d'optimisme et c'est dans ce sens que l'on conçoit le plus souvent le critère de « perte d'espoir » du DSM-5 (Ghaemi, 2007). Cette forme diffère de la perte d'aspiration dans la mesure où l'on devient également démoralisé par rapport à des passe-temps triviaux. La démoralisation dépasse la perte d'envie de se changer ou de s'améliorer, mais implique plutôt l'idée qu'il n'y a plus rien à espérer, que l'avenir n'a rien à offrir (Ratcliffe, 2015). Autrement dit, ce n'est pas qu'on ne puisse pas concevoir la possibilité d'un avenir, mais plutôt qu'on se résigne à ne pas en avoir. Ici, c'est le monde qui n'attire plus l'attention et perd de sa saillance ; son attrait est réduit ou absent (Ratcliffe, 2015, p.119). Clarke et Kissane (2002), en relevant la différence entre perte d'espoir existentiel et démoralisation, suggèrent que cette dernière constitue un syndrome qui n'est pas similaire à la dépression. Ils affirment que qualitativement la démoralisation n'est pas assimilable à la dépression, car bien qu'elle implique la perte d'anticipation, elle n'implique pas d'anhédonie c'est-à-dire de perte de plaisir. Cependant, il se peut qu'en absence de prise en charge, la démoralisation puisse mener à la dépression. Enfin, Ratcliffe (2015) suggère que de distinguer la démoralisation de la perte de la capacité à espérer permet d'identifier ce que le DSM désigne comme des caractéristiques mélancoliques.

3.2.2 Rapport aux autres et au monde

Une autre catégorie de sentiments existentiels concerne la modification des rapports au monde et aux autres. En effet, la majorité des récits de dépression insistent sur la perception du monde extérieur comme distant ou s'effaçant. Les patients rapportent

généralement qu'ils se sentent comme ne participant pas au monde, décrivant plutôt le vivant comme à travers un « mur de verre » (Paskaleva, 2011, Ratcliffe, 2015). On peut également retrouver l'impression que la vitalité du monde est perdue. L'environnement est perçu comme épais et inanimé, entravant les mouvements et les actions (Paskaleva, 2011 ; Ratcliffe, 2015). Ce n'est pas la réalité ou l'existence du monde qui sont remises en question, mais la possibilité de s'y connecter. L'expérience habituellement prédominante d'être situé dans le monde et de pouvoir y agir directement est remplacée par une observation détachée d'un monde devenu flou et lointain (Ratcliffe, 2015). Cette absence de capacité à percevoir ou à expérimenter (dans) le monde contribue par conséquent au sentiment de ne pouvoir construire une relation fonctionnelle et significative avec ce qui nous entoure, pouvant mener à un sentiment d'aliénation personnelle ou d'incapacité (Ratcliffe, 2015).

Le sentiment de déconnexion du monde peut regrouper une expérience corporelle altérée, une perte d'espoir, un sentiment d'agentivité restreinte ainsi qu'un sentiment d'isolement dans une seule et même dynamique que l'on peut comparer à un sentiment d'incarcération (Ratcliffe, 2015). Le thème général de l'incarcération se présente sous une forme ou une autre dans presque tous les récits à la première personne (Ratcliffe, 2015). Selon certains témoignages, l'expérience implique fondamentalement le corps ; l'un est « immergé » ou « enveloppé » dans quelque chose, l'autre parle de « barrière impénétrable » empêchant de s'engager dans le monde (Ratcliffe, 2015). L'expérience peut également être décrite en termes visuels ; le monde est sombre, vidé de sa couleur. De nombreux témoignages font appel à une notion d'agentivité restreinte : on peut voir l'extérieur, mais on ne peut pas sortir (Ratcliffe, 2015). On retrouve le thème d'une étreinte toujours oppressante, d'un monde concentré, sans air et sans issues, mais aussi solitaire et inéluctable où l'on est irrévocablement seul, coupé du reste de l'humanité (Ratcliffe, 2015).

Tout comme le monde se révèle normalement être un espace aux multiples possibilités, les autres sont habituellement vécus comme des personnes avec lesquelles on peut interagir (Paskaleva, 2011). Dans une expérience dépressive la dimension intersubjective est altérée, on peut se sentir incapable de se connecter avec d'autres personnes, ou avoir l'impression d'être un simple observateur, de s'effacer et ne pas être vu par les autres, ou au contraire de se sentir observé, ou suivi (Paskaleva, 2011). L'idée du regard des autres peut provoquer du dénigrement, de la honte et des sentiments de culpabilité diffus qui impliquent une perte d'espoir et peuvent mener à des idées suicidaires (Ratcliffe, 2015). En effet, la culpabilité existentielle inclut la conviction que les autres seraient mieux sans la personne :

Deep despair, hate myself, feel like I can't do anything right, everyone would be better off if I wasn't here to fuck their lives up, feel useless, why was I even born, I shouldn't be here, I don't belong here, just want to go to sleep and never wake up. (Ratcliffe, 2015, p.135)

De plus, les sentiments de solitude et d'isolement sont assez fréquents dans les récits de dépression et les malades semblent incapables de ressentir la proximité qu'ils ont normalement avec les gens dans leur environnement. L'incapacité à ressentir la proximité et la connexion avec les autres et à s'engager dans des interactions peuvent éventuellement aboutir à un retrait et à une aliénation de la vie sociale (Paskaleva, 2011). La séparation et le retrait de la vie sociale peuvent à leur tour conduire à un sentiment d'irréalité ou du moins d'une autre « réalité » entourant la maladie (Kendler, 2016 ; Paskaleva, 2011) Cette impression n'est pas comparable au sentiment d'irréalité observé dans la schizophrénie, où les patients peuvent avoir des hallucinations, mais est plutôt un sentiment d'être séparé de la réalité physique et sociale et de vivre dans une réalité parallèle, mais séparée (Paskaleva, 2011).

It was as if the whatness of each thing ... the essence of each thing in the sense of the tableness of the table or the chairness of the chair ... was gone. There was a mute and indifferent object in that place. Its availability to human living ... in the world was drained out of it. It's identity as a familiar object that we live with each day was gone ... the world had lost its welcoming quality.
(Kendler, 2016, p.776)

3.2.3 Expérience générale

En plus des relations avec le monde et les autres, les patients mentionnent aussi généralement deux formes de l'expérience générale qui sont altérées. On relève notamment une expérience altérée de leur propre corps ainsi qu'une perception déformée du temps (Paskaleva, 2011 ; Ratcliffe, 2015).

Selon Paskaleva (2011), la perception de son corps comme moyen d'activité et de perception fait partie intégrante de l'expérience humaine globale. Avoir un corps est indissociable du sentiment d'être dans le monde et le corps sert de toile de fond à toutes les

expériences. Dans une expérience quotidienne, ou « normale », le corps est considéré non pas comme l'objet d'expérience, mais plutôt comme support (Paskaleva, 2011). Cette vision rejoint les propos de Fuchs (2005, 2013) qui suggère notamment que si l'organisme fonctionne habituellement comme un moyen au travers duquel le monde est vécu, il devient inconfortablement envahissant, lourd et solide dans la dépression. Le corps perd la fluidité et la mobilité d'un médium et se transforme en un corps lourd et solide qui résiste à toutes les impulsions dirigées vers le monde (Fuchs 2013, p. 226). Cette « corporalisation » (Fuchs, 2005, 2013), conduit à un changement dans la relation au monde dans son ensemble, à un sentiment d'être détaché du monde extérieur et d'avoir perdu la capacité d'agir sur lui. Par ailleurs, l'expérience de l'organisme comme « faible » et « fragile », ou « disloqué » et « manquant de coordination » donne à l'individu le sentiment que son corps n'est pas susceptible de s'engager dans diverses actions, peuvent renforcer son sentiment d'incapacité corporelle et générale (Ratcliffe, 2015). Elle s'accompagne souvent d'une fatigue, d'un engourdissement et d'un ralentissement profond des mouvements, notamment de la locomotion et de la parole (Fuchs, 2005). En outre, l'étude de manuels phénoménologiques a mis en lumière une réduction de l'importance de l'agitation psychomotrice, considérée comme symptôme courant par le DSM-5 de la dépression ou de la mélancolie. Il semble néanmoins possible de se servir de leur observation afin d'envisager un diagnostic d'états « mixtes » (Kendler, 2016, p.776). Enfin, grâce à ces explications ainsi que celles concernant le sentiment de vivre dans une réalité différente, on peut expliquer de deux manières radicalement différentes une seule observation comportementale qui serait le retrait des activités. En effet, il peut s'expliquer par une expérience d'incapacité corporelle ou par une expérience d'impossibilité à agir dans une réalité dont on ne fait plus partie.

Un autre aspect des expériences corporelles concerne l'altération de la perception. La majorité des vécus dépressifs font état d'un certain engourdissement des sens, par exemple de ne pas pouvoir bien voir ou entendre (Paskaleva, 2011 ; Ratcliffe, 2015). D'autre part, il existe également des cas de sensibilité accrue, où les sons et les lumières, par exemple, peuvent entraîner des sensations douloureuses. Or, pour Paskaleva, (2011), vivre avec une perception altérée module davantage l'expérience de l'environnement et influence le sentiment d'être d'une personne. Par conséquent, cela peut renforcer une impression de déconnexion du monde déjà vécue autrement (Paskaleva, 2011).

La somatisation est également fréquente dans les cas de dépression et un certain nombre de sensations douloureuses sont généralement décrites (Kendler, 2016). Il semble que les patients souffrent de sensations douloureuses plutôt diffuses, non localisées. La

douleur est décrite comme écrasante, dominant l'expérience, sans fin, et dénuée de toute accalmie ou espoir de soulagement (Paskaleva, 2011). Ce faisant, on peut penser qu'elle contribue également à la perte d'espoir, à l'impression de fatigue constante et à l'expérience de ralentissement du temps. Cependant, les symptômes somatiques se trouvent être plus fréquents dans les cultures non occidentales, en particulier en Chine. Kleinman et Kleinman (1985) affirment que cette différence est due à une « mentalisation » de la dépression plus importante dans la culture occidentale. On peut donc ici poser l'hypothèse que l'utilisation plus fréquente dans les pays occidentaux des critères du DSM excluant les symptômes somatiques a pu contribuer à cette tendance (Kendler, 2016, p.776). De plus, les caractéristiques neurovégétatives habituellement proposées par le DSM-5 (i.e., diminution du sommeil, du poids et de l'appétit) ont une importance bien moindre dans les récits de dépression (Kendler, 2016, p.776). Nous pouvons à ce sujet poser l'hypothèse que leur caractère aisément mesurable leur a fait prendre une plus grande importance.

En abordant la dimension incarnée des expériences subjectives pouvant être prise en compte par les analyses phénoménologiques, on peut notamment constater qu'il existe certaines similarités entre le « sentiment existentiel » de Ratcliffe (2015) et le « schéma corporel » exposé par Gallagher (2005). En effet, Ratcliffe (2015) soutient que les sentiments existentiels ont une dimension incarnée, proprioceptive et kinesthésique. Gallagher (2005), inspiré par des études sur l'inséparabilité de l'orientation, des capacités corporelles et de l'expérience perceptive, propose de son côté une distinction entre « l'image du corps » et le « schéma corporel ». L'image du corps désigne le fait que le corps est objet de perception ou de pensée, tandis que le schéma corporel implique la mise en forme tacite de l'expérience et de la pensée. Cependant, Gallagher (2005) soutient que ce schéma joue un rôle prénoétique, c'est-à-dire qu'il structure l'expérience, mais n'est pas lui-même quelque chose dont nous sommes conscients. Similairement, le sentiment existentiel exposé par Ratcliffe (2015, p.62) est une chose que nous ignorons souvent, car s'il structure l'expérience, il ne s'en présente pas comme objet. Ainsi, la conception de Gallagher sur le schéma corporel soutient l'affirmation de Ratcliffe (2015) selon laquelle les dispositions corporelles sont inséparables de la perception de ce que le monde a à offrir. Par conséquent, les sentiments existentiels sont fondamentalement incarnés et situés (Ratcliffe, 2015).

Concernant ces altérations des sentiments existentiels venant moduler l'expérience générale, Paskaleva (2011) et Ratcliffe (2015) rapportent également un changement dans la manière d'expérimenter le temps. Si normalement nous avons le sentiment que le temps est composé du passé, du présent et du futur et que nous le vivons comme un flux constant,

cette impression semble être modifiée dans les vécus dépressifs (Paskaleva, 2011). Les sujets rapportent généralement que le temps se fait sentir comme « figé » ou « sans fin ». On retrouve le thème de la stase, dans laquelle le monde est dépourvu de toute possibilité de changement. On observe la vie des autres de l'intérieur d'une bulle solitaire, mais surtout immuable. Le sentiment d'incarcération devient donc plutôt temporel que spatial (Ratcliffe, 2015).

Les moments de douleur, de souffrance et de tourment caractéristiques des expériences dépressives sont expérimentés comme « éternels » et « interminables » (Paskaleva, 2011). Lorsque l'on est déprimé, le passé et l'avenir sont entièrement absorbés par le moment présent, on ne peut pas se souvenir d'un moment où l'on s'est senti mieux, et l'on ne peut certainement pas imaginer un moment futur où l'on se sentira mieux (Paskaleva, 2011). Le passé devient imprécis, les altérations dans la manière dont le temps est vécu peuvent également influencer la mémoire (Ratcliffe, 2015). L'écoulement du temps est également vécu d'une manière profondément différente, ralentie. Ce n'est pas seulement que l'importance et la tonalité émotionnelle du moment présent dominant sur le passé et le futur, mais aussi que nous avons l'impression que le présent durera pour toujours (Paskaleva, 2011). La dépression est atemporelle et de ce fait empêche tout espoir d'aller mieux. De plus, Ghaemi (2007, p.124) explique que les sujets déprimés surestiment constamment les intervalles de temps, illustrant ainsi que la dépression implique des expériences d'altération, de ralentissement temporel. Au contraire, une accélération du temps perçu peut indiquer l'amorce d'une phase maniaque, permettant ainsi de différencier un épisode bipolaire.

3.2.4 Sentiment de capacité et d'autonomie

Un autre type d'altération des sentiments existentiels concerne les sentiments de capacité, de contrôle et d'agentivité. D'ordinaire, nous sommes dotés de facultés d'agentivité et d'autonomie, faisant référence à nos capacités à agir sur le monde ainsi qu'à notre sentiment d'être un participant actif de la vie (Paskaleva, 2011 ; Ratcliffe, 2015). Elles désignent le sentiment de pouvoir mener à bien une action particulière, de pouvoir atteindre un certain objectif, ou que nous pouvons agir sur notre environnement et les éléments qui s'y trouvent (Paskaleva, 2011). Ces aptitudes nous donnent un sentiment de contrôle, de ne pas être simplement un observateur impuissant des événements qui nous entourent (Paskaleva, 2011 ; Ratcliffe, 2015).

En outre, les sentiments de capacité et d'aptitude spécifiques à certaines actions peuvent être liés à une impression de valeur, d'être méritant (Paskaleva, 2011). Par exemple, si nous nous sentons capables d'atteindre un certain objectif, nous sommes plus susceptibles de nous identifier à notre accomplissement et considérons que nous méritons son résultat ou la reconnaissance qu'il suscite chez d'autres (Paskaleva, 2011). Ces sentiments fonctionnent normalement en arrière-plan de notre conscience et modifient nos pensées à propos de nous-mêmes, notre expérience du monde, et notre sentiment d'y être situé. Ils influencent nos actions, peuvent les faciliter ou les entraver selon nos précédentes réussites ou échecs et la valeur qui nous y apposons (Paskaleva, 2011). Les récits à la première personne démontrent principalement une focalisation négative sur la capacité et l'aptitude - accompagnées d'une tendance aux ruminations des échecs ainsi qu'une perte du sentiment d'agentivité, qui peut conduire à un sentiment d'impuissance, d'inévitabilité, de perte de contrôle et de dévalorisation, voire de dégoût de soi (Daly & Gallagher, 2019 ; Paskaleva, 2011).

Le sentiment d'être incapable d'accomplir une action particulière ou de s'engager dans une certaine activité peut s'expliquer d'une part par le fait de vivre le monde comme distant et ne pouvant donc pas agir sur lui ; et d'autre part, comme résultat d'une perturbation d'un type distinct de sentiments existentiels qui modulent précisément l'expérience de nos propres capacités et aptitudes (Paskaleva, 2011). Cette incapacité vécue reflète le rétrécissement constant des possibilités d'action que le monde présente (Ratcliffe, 2015). De plus, le sentiment d'incapacité à faire certaines tâches pourtant basiques et peu coûteuses peut être une des causes importantes d'anxiété (Paskaleva, 2011). En outre, une telle impression peut aussi englober des domaines de fonctionnement plus larges et complexes (i.e., se sentir incapable de gérer sa propre carrière, de réussir sa vie, d'avoir une relation amoureuse, une famille) qui peut aboutir à un sentiment de culpabilité, voire même à des idées de ruine (Paskaleva, 2011). De manière plus générale encore, cette altération peut conduire au sentiment d'incapacité à agir tout court, à réaliser une quelconque action dotée de sens. L'incapacité se transforme alors en impuissance et affecte les sentiments d'autonomie et de contrôle (Paskaleva, 2011). Ce sentiment, vécu en permanence, conduit à la formation d'une image de soi négative, mène à des ruminations ainsi qu'à un manque de confiance en soi. Ce processus peut aboutir à une vision menaçante du futur sur lequel nous n'avons plus de prise (Paskaleva, 2011). Autrement dit, le sentiment d'incapacité peut entraver non seulement les activités que nous entreprenons, mais aussi s'étendre aux valeurs morales et éthiques, menant ainsi très probablement à une image et une compréhension de

soi déformées, ne prenant plus en compte les réussites et les accomplissements (Paskaleva, 2011). Il peut alors en résulter un sentiment aigu d'inutilité et de haine contre soi-même, mais aussi d'anxiété allant jusqu'à moduler le comportement, les processus cognitifs et les émotions (Paskaleva, 2011, pp.83-84). Par conséquent, pouvoir cibler le niveau d'incapacité ressentie et déterminer si celle-ci est liée au ressenti du corps, à une perte d'espoir ou encore à la distance perçue entre le monde et l'individu permet de saisir au mieux la dynamique existentielle en cours et potentiellement pouvoir agir sur ces aspects précis.

3.2.5 Affectivité

Selon Paskaleva (2011), le dernier groupe de sentiments existentiels altérés par la dépression comprend ceux qui sous-tendent le traitement affectif. Les sentiments existentiels jouent un rôle crucial dans notre vie affective en permettant et en modifiant nos états émotionnels (Paskaleva, 2011 ; Ratcliffe, 2015). Le symptôme probablement le plus important de la dépression est l'humeur abaissée ainsi que les altérations dans le traitement affectif en général (Kendler, 2016). Ces symptômes peuvent s'expliquer par deux principales sources de perturbations.

D'une part, on témoigne d'un aplatissement de l'intensité émotionnelle : il n'y a plus d'émotions fortes (Paskaleva, 2011). Si l'anhédonie est l'un des principaux symptômes du DSM, elle revêt également une grande importance dans les récits à la première personne. On rapporte généralement, en plus de se sentir « déprimés » ou « tristes », une incapacité à se sentir réjoui de quoi que ce soit (Kendler, 2016 ; Paskaleva, 2011). L'expérience du bonheur est « perdue », mais pas uniquement : sont concernées également d'autres émotions fortes, y compris la tristesse qui, bien que considérée comme la caractéristique principale du trouble, n'est pas vraiment ressentie (Paskaleva, 2011). Ce manque de sentiment peut être expliqué par une perturbation dans l'attribution de la signification et du sens que nous apposons aux choses qui nous entourent et à ce que nous vivons (Paskaleva, 2011). Les entités et les événements dans le monde se révèlent alors être dépourvus de signification émotionnelle et de ce fait ne parviennent pas à émouvoir. En outre, la perte est elle-même expérimentée : non seulement on ne ressent pas les différentes émotions, mais nous sommes conscients de ce « néant » émotionnel (Paskaleva, 2011).

D'autre part, une hypersensibilité aux stimuli émotionnels ainsi que des réponses émotionnelles disproportionnées ou inappropriées sont fréquemment mentionnées. Paskaleva (2011) avance que l'hypersensibilité émotionnelle et les réactions émotionnelles

positives disproportionnées sont généralement signalées avant un épisode dépressif majeur sévère. Au contraire, l'absence d'affect et l'anhédonie sont principalement présentes au sein d'épisodes dépressifs majeurs eux-mêmes (Paskaleva, 2011). Ainsi, on peut imaginer que la perturbation initiale dans l'attribution de la signification émotionnelle se transforme peu à peu en un manque total d'émotions, reflétant une perturbation croissante des sentiments existentiels (Paskaleva, 2011). Par conséquent, un examen détaillé des altérations des sentiments existentiels a le potentiel de fournir non seulement d'autres critères de diagnostic, mais aussi de compléter ceux qui existent déjà en introduisant des spécifications et des distinctions plus fines dans la gamme des symptômes observés.

3.2.6 Narration, indicibilité et contexte existentiel

Si l'usage de récits sur la dépression provenant d'époques et de contextes différents peut être remis en question dans une volonté de prendre en compte l'influence des normes culturelles ainsi que celle des outils et concepts médicaux propres à chaque époque, on peut arguer que, malgré ces différences, il est possible d'observer des similitudes dans les souffrances qui sont décrites (Paskaleva, 2011). En effet, on y retrouve une démarche de reconstruction narrative pour essayer de trouver le sens d'une telle détresse et ainsi apprendre à vivre avec. Les récits ne nous présentent pas une simple séquence d'événements qui peuvent ou non être liés, mais illustrent plutôt comment une personne, dont la conscience et l'identité ont subi des transformations fondamentales, conceptualise et vit de tels changements (Foucault, 1954/2015 ; Paskaleva, 2011 ; Ratcliffe, 2008).

Par ailleurs, les structures narratives elles-mêmes, y compris les structures temporelles et syntaxiques, sont perturbées dans la dépression et leur étude peut notamment nous donner des indices importants sur l'évolution de la maladie (Daly & Gallagher, 2019). Par exemple, Junghaenel et al. (2008) ont constaté une baisse de l'usage de mots cognitifs (par exemple, « cause », « savoir », « devoir ») dans les récits des patients psychiatriques en général, pouvant indiquer une sorte de changement cognitif. En outre, l'étude de Stirman et Pennebaker (2001), montre que l'utilisation accrue du pronom à la première personne dans les récits de soi permet de prédire à la fois la dépression et la manie. Plus encore, on trouve un plus grand usage de mots d'autoréférence (par exemple, je, moi, mon) par rapport à d'autres mots de référence (par exemple, nous, eux, ils), chez les artistes qui se sont suicidés par rapport à ceux qui ne l'ont pas fait (Pennebaker et al., 2003).

Toutefois, la traduction du sentiment dépressif par des mots peut se trouver mise à mal. En effet, Ratcliffe (2015) explique qu'une telle tâche fait appel à quelque chose de pré-réflexif dans la mesure où notre rapport au monde, quand il n'est pas altéré, ne fait pas l'objet de notre attention. Autrement dit, les sentiments existentiels ne sont pas aisément descriptibles ni transmissibles parce que la réalité du monde et notre appartenance à celui-ci sont généralement considérées comme allant de soi (Paskaleva, 2011 ; Ratcliffe, 2008).

De plus, nous pouvons douter de la possibilité d'avoir les ressources linguistiques adéquates pour une telle tâche (Daly & Gallagher, 2019 ; Paskaleva, 2011 ; Ratcliffe, 2015). Par exemple, on peut lire à ce sujet les témoignages de Rowe (1978) : « *Such feelings are not easy to describe : our vocabulary -when it comes to talking about these things – is surprisingly limited. The exact quality of perception requires the resources of poetry to express. [...] I awoke into a different world.* » (p.268).

Nous pouvons tirer plusieurs connaissances de ces témoignages, ou difficultés à témoigner. Premièrement, si de nombreuses personnes trouvent extrêmement difficile de partager leurs expériences de la dépression à d'autres, la maladie peut donc revêtir en elle-même un caractère intransmissible. De plus, parce qu'elle est difficilement partageable, elle crée une distance supplémentaire avec les autres, contribuant à l'aliénation sociale (Ratcliffe, 2015). Deuxièmement, la difficulté est souvent attribuée à la différence radicale entre les vécus dépressifs et un vécu non pathologique (Ratcliffe, 2015). Ratcliffe (2015) vient donc ici insister sur le fait que l'expérience humaine contient un sens pré réflexif « d'appartenir à un monde partagé », sens précisément altéré dans l'expérience de la dépression (Ratcliffe, 2015). Cela explique donc aussi en partie pourquoi la dépression est si difficile à décrire et à partager : elle implique un aspect de l'expérience qui est rarement un objet de réflexion ou de discussion et qui est donc difficile à articuler (Ratcliffe, 2008, 2015). Cela nous permet ici d'insister sur la différence profonde entre le « monde » des individus déprimés et ceux qui ne le sont pas et donc sur la nécessité de l'adoption d'une position phénoménologique, mobilisant l'empathie comme rencontre éminemment intersubjective afin de les rencontrer.

Pour résumer cette mise en commun des analyses phénoménologiques, on peut conclure que les altérations des sentiments existentiels décrites dans les récits à la première personne de dépression peuvent être utilisées pour créer un profil plus détaillé et plus profond de la dépression, mais surtout pour apporter une compréhension plus unifiée et cohérente de la symptomatologie associée au trouble. Ainsi, concevoir les symptômes dans des modes expérientiels permet de distinguer certaines phases de ce trouble. En effet,

l'identification des sentiments existentiels permet une meilleure évaluation de la sévérité et des phases de la maladie, notamment en considérant ses altérations dans les sentiments corporels, temporels et affectifs (Paskaleva, 2011 ; Ratcliffe, 2015). En outre, ce profil phénoménologique de la dépression suggère qu'en son cœur se trouve une altération profonde de tout le contexte existentiel de la personne (Paskaleva, 2011). On peut imaginer que si les récits à la première personne font fréquemment référence à une déréalisation alors qu'elle n'est pas présente dans le DSM-5, c'est justement parce qu'elle n'est pas un symptôme, mais plutôt le changement fondamental sur lequel apparaissent les symptômes (Paskaleva, 2011).

Par conséquent, on peut faire l'hypothèse que la dépression est très probablement un trouble du sentiment d'existence générale et pas seulement de l'affect (Ratcliffe, 2015 ; Paskaleva, 2011). A cet égard, Ratcliffe (2015, p.276) postule que la dépression est principalement la voie par laquelle on aboutit à un désespoir existentiel. Par conséquent, en cas de traitement des symptômes dépressifs uniquement, un sentiment de futilité peut persister si l'on ne se penche pas également sur le désespoir existentiel de la personne. Cela peut donc avoir un effet crucial sur la compréhension de la nature des symptômes de cette affection ainsi que sur leur traitement.

3.3 Perspectives de soin

Idéalement, la théorie des *Self-Patterns*, en se libérant des critères diagnostiques catégoriels, espère repenser l'accès aux services sociaux, aux assurances et aux médicaments et éviter à la pratique psychiatrique certains conflits d'intérêts (Daly & Gallagher, 2019, p.45). Si en mobilisant un système catégoriel fixe, les psychiatres peuvent vivre des conflits d'intérêts, un système multiaxial et dimensionnel pourrait en effet permettre de cibler au mieux les aspects plus ou moins sévèrement altérés. Par exemple, un psychiatre considérant légitimement qu'un patient a besoin de tels ou tels traitements peut se retrouver à souhaiter « adapter » son rapport symptomatologique pour que son patient - bien qu'il ne remplisse peut-être pas tous les critères pour un diagnostic catégoriel - puisse avoir accès au traitement, au service et/ou à l'assurance appropriés (Daly & Gallagher, 2019, p.45). Autrement dit, face aux problèmes à la fois des conflits d'intérêts, mais aussi des soins proposés, Daly et Gallagher (2019) espèrent que le cadre théorique des *Self-Patterns* puisse fournir une évaluation plus fine des aspects altérés afin que les traitements soient plus précisément ciblés. Reconnaître qu'un des aspects mérite une attention et des soins

particuliers suffirait alors pour en bénéficier, ceci même si les autres aspects ne sont pas « suffisamment » altérés pour engager un diagnostic classique.

De plus, en réduisant l'importance des aspects biologiques pour inclure le besoin d'une analyse détaillée du niveau de fonctionnement des autres aspects du modèle, Daly et Gallagher (2019) aspirent à diminuer le recours prédominant aux interventions pharmaceutiques. En effet, les substances psychoactives restent le traitement principal des maladies mentales ou de la détresse émotionnelle, alors que la psychothérapie ou encore l'exercice physique se sont tous deux révélés aussi efficaces que les médicaments contre la dépression, et présentant de surcroît des effets plus durables (Angell, 2011). Ce faisant, elle assure également une plus grande diversité de perspectives que le DSM-5, particulièrement à cause de l'abandon du système multiaxial de ce dernier. A cet égard, elle permet donc également de saisir plus sensiblement les influences de l'environnement et alors d'orienter les recherches de solutions dans cette direction de manière plus appropriée (Daly & Gallagher, 2019 ; Khoury et al., 2014).

Ensuite, par son appui sur un continuum et sur une liste plus extensive des dimensions pouvant être altérées, cette approche est capable de prendre en compte les changements, le contexte ainsi que les modalités expérientielles (Daly & Gallagher, 2019). Ce faisant, elle est donc plus à même de suivre l'évolution et la dégradation de l'expérience de l'individu, d'investiguer les évolutions d'une difficulté (sa phase prodromique) ainsi que son contexte d'apparition. La nécessité de pouvoir remarquer les symptômes prodromiques est particulièrement importante dans le traitement de certains troubles, tels que la schizophrénie, ainsi que dans la distinction de certains autres, tels que la bipolarité (Lecardeur et al., 2013). A cet égard, les investigations poussées de la phénoménologie s'avèrent donc être plus efficaces (Ghaemi, 2007 ; Ratcliffe, 2015).

Une approche dimensionnelle et basée sur les symptômes permet également de faire face à l'hétérogénéité des symptômes, que nous avons pu notamment constater dans la dépression, mais aussi présente dans les troubles psychotiques et bipolaires (Van Os et al., 1999). Ne pas reconnaître ces différences peut être un frein aux recherches, mais également à la pratique clinique car il sera plus difficile de prédire les besoins de soins d'un patient. En effet, Van Os et al. (1999) ont pu prouver que des évaluations dimensionnelles permettent de mieux prédire certains facteurs importants tels que l'employabilité, les comportements suicidaires ou encore la qualité de vie.

En outre, parce que le processus d'entretien est fondamentalement intersubjectif (Parnas et al., 2003 ; Zahavi, 2001), il provoque une interaction plus symétrique. Ce faisant,

il réintègre une partie de la responsabilité épistémique au sujet plutôt que de se focaliser sur des mesures biomédicales ou l'expertise du psychiatre (Daly & Gallagher, 2019, p.44). Par ailleurs, par sa prise en compte de l'évolution des symptômes et son entretien axé sur la personne et ses expériences plutôt que sur une liste de critères diagnostic, un tel modèle permet au sujet de retrouver un sentiment de capacité et des buts. En effet, il est plus impliqué dans le processus de soin et peut partager avec l'intervieweur ses aspirations vis-à-vis de l'évolution de chaque aspect du modèle du Self (Daly et Gallagher, 2019).

En mobilisant l'expertise du patient, le modèle des *Self-Patterns* permet également de saisir le contexte et les significations personnelles et ainsi de déstigmatiser, de dépathologiser certaines expériences (Daly & Gallagher, 2019). En effet, les hallucinations, les délires, les obsessions, et d'autres symptômes de troubles mentaux varient tous considérablement dans leur forme et leur contenu entre les individus, entre les cultures et entre les périodes historiques (Daly & Gallagher, 2019 ; Paskaleva, 2011). Par exemple, une hallucination spécifique, phénomène dont on a pu observer les manifestations couramment dans une population « normale », peut être interprétée par une personne sur le plan médical et par une autre sur le plan spirituel. Par conséquent, leur interprétation en tant que dysfonctionnement, ou trouble, dépend de la signification qu'on leur attribue (Warnes et al., 1996).

Si l'approche des *Self-Patterns* incite notamment à diversifier les traitements proposés pour inclure également des thérapies plus spécifiques aux besoins et envies de la personne, telles que les TCCs, la thérapie narrative, la méditation, l'art-thérapie, ou diverses thérapies du mouvement, etc. (Daly & Gallagher, 2019), elle ne précise toutefois pas comment déterminer plus précisément quelles mesures seraient plus adéquates, ou pour quel type d'aspect elles le seraient. Nous pouvons néanmoins essayer de préciser l'application de quelques-unes d'entre elles.

Daly et Gallagher (2019) expliquent que l'investigation elle-même peut s'avérer thérapeutique en sollicitant l'aspect narratif. En effet, aborder le fonctionnement du patient avec lui permet de faire émerger une signification nouvelle améliorant la compréhension du thérapeute mais aussi celle du patient lui-même (Petitmengin, 2006). De plus, selon Paskaleva (2011), les récits de maladies mentales en général et d'expériences dépressives en particulier peuvent revêtir un rôle déterminant dans les tentatives de coping des individus qui en souffrent.

A personal narrative brings together different parts of our selves and integrates them into a purposeful and convincing whole not only by arranging

various experiences and events along a certain timeline, but rather by establishing connections and relationships between what may appear distinct and independent episodes. (Paskaleva, 2011, p.19)

Autrement dit, les récits à la première personne non seulement construisent, reconstruisent, et constituent le Self, mais ils aident également la personne à trouver une signification personnelle de la maladie et à conceptualiser les diverses altérations de l'identité dues à celle-ci (Daly & Gallagher, 2019 ; Paskaleva, 2011). L'action même de créer une histoire mettant en mots l'expérience altérée fait donc partie d'une défense face à la maladie mentale et permet une reconstruction thérapeutique (Paskaleva, 2011).

On peut donc imaginer que des thérapies axées sur d'autres aspects, selon les affinités de la personne, peuvent changer la dynamique du tout. Daly et Gallagher (2019) proposent notamment les pratiques passant par le corps comme la thérapie par le mouvement, les pratiques passant par l'esprit comme la psychothérapie ou encore les pratiques passant par le comportement comme certaines approches cognitivo-comportementales. De plus, on peut supposer que le processus d'investigation lui-même peut fournir des informations sur ce qui peut être efficace chez la personne. Par ailleurs, si les entretiens phénoménologiques s'orientent vers des techniques d'investigation proches de celles utilisées par la pleine conscience, on pourra alors remarquer si une personne est plus ou moins réceptive à ces techniques. On peut notamment penser à la *Mindfulness based cognitive therapy* (MBCT) qui se montre autant, voire plus efficace que la pharmacothérapie dans le traitement des rechutes dépressives de sévérités légères à moyennes (Segal et al., 2019). On peut également formuler l'hypothèse que les thérapies basées sur la pleine conscience peuvent être particulièrement indiquées pour les symptômes concernant une altération dans la manière dont le temps est vécu. Effectivement, pour Ghaemi (2007), une psychothérapie mettant l'accent sur une centration dans « l'ici et maintenant » peut s'avérer efficace en raison de ses effets sur la phénoménologie du temps.

Nous pouvons également mobiliser les considérations de Petitmengin (2008) défendant que les méthodes micro-phénoménologiques permettent une ouverture à des approches non pharmacologiques. L'auteur soutient en effet que l'éducation à la conscience du corps permet à une personne d'acquérir une meilleure détection des phases de sa maladie, d'en reconnaître les phases précoces, plus généralement silencieuses, ainsi que les épisodes aigus (Petitmengin, 2008). Si de telles thérapies non pharmacologiques prouvent notamment leur efficacité dans la gestion de l'épilepsie, on peut espérer qu'elles puissent

être développées pour d'autres pathologies comme les dépendances, les troubles anxieux ou encore la dépression, ceci afin de faciliter leur prévention, leur détection et leur traitement (Petitmengin, 2008). A cet égard, nous pouvons également imaginer que l'attribution d'une position active dans l'investigation de leurs difficultés ainsi que dans la prévention de celles-ci permet aux individus de retrouver un sentiment d'agentivité et de capacité précisément perdu dans les expériences dépressives.

Conclusion

La révolution du DSM-III s'est appuyée sur deux présupposés. Le premier est d'ordre épistémologique et concerne l'adoption du modèle behavioriste néopositiviste pour exiger que seules les informations observables soient nécessaires à la clinique (Parnas & Gallagher, 2015, p.68). Le deuxième repose sur une position métaphysique physicaliste opérant une réduction au biologique (Parnas & Gallagher, 2015, p.68). Ces présupposés ont conduit à la simplification de l'objet psychiatrique et ses symptômes envisagés par une perspective à la troisième personne (entretien psychiatrique prédéfini et structuré et tests neurobiologiques), réifiés en une entité naturelle, elle-même délimitée spatio-temporellement et indépendante de son contexte (Parnas & Gallagher, 2015, p.69).

L'expérience subjective, parce qu'elle n'est pas observable de cette perspective à la troisième personne, est alors ignorée et les symptômes, parce qu'ils ne sont conçus que dans leurs instanciations physiques, perdent de leur signification (Parnas & Gallagher, 2015). L'adoption d'un modèle similaire à celui de la médecine manque donc non seulement de marqueurs biologiques pour en valider les hypothèses, mais aussi d'une conception de la personne dans son caractère conscient, unifié et incarné (Parnas & Gallagher, 2015). La conception phénoménologique au contraire défend que les troubles mentaux instaurent une forme d'existence à part entière pour l'individu, autrement dit une manière spécifique « d'être au monde », qui va au-delà de symptômes épars et dont l'étude nous permet de mieux conceptualiser et soigner lesdits troubles (Merleau-Ponty, 1963/1979, Foucault, 1954/2015).

L'application du modèle des *Self-Patterns* au diagnostic psychiatrique est une tentative de replacer ces considérations phénoménologiques dans le champ de la psychopathologie. Cependant, vis-à-vis d'une potentielle application diagnostique, on peut reprocher à l'approche dimensionnelle des *Self-Patterns* de ne pas fournir de précision sur

un seuil qui puisse être mobilisé par les assurances et le système de santé afin de déterminer qui bénéficie de soin. Si l'effacement de la démarcation entre normal et pathologique permet de résoudre certains problèmes de démarcation entre les troubles et de diminuer les risques de stigmatisation, il pose néanmoins la question de savoir qui doit déterminer le seuil de fonctionnement minimum, et comment. Doit-il concerner le fonctionnement global, car les autres aspects peuvent être des ressources compensant les difficultés ou doit-il être fixé sur chaque dimension ? Cela pose finalement une interrogation encore plus fondamentale : le modèle des *Self-Patterns* peut-il fonctionner comme diagnostic avec une portée générique ?

Nous avons pu constater que le diagnostic biomédical tentait d'accomplir deux objectifs : proposer une méthode d'investigation, mais surtout en fin de compte proposer des explications et un traitement pharmacologique adapté à ces explications (Irarrázaval, 2020, p.4 ; Salvarelli, 2013). Un diagnostic phénoménologique est quant à lui orienté vers la proposition de traitements basés sur la compréhension de la dimension expérientielle (i.e., le sens attribué aux expériences anormales, la manière dont les symptômes se manifestent dans le contexte de vie immédiat et se configurent au fil des interactions significatives du patient avec les autres) d'un trouble mental donné (Irarrázaval, 2020, p.4). Pour reprendre les explications de Jaspers, la science exige une connaissance systématique alors que la psychopathologie ne permet pas de systématiser ce qu'elle explore sans risquer de réifier son patient. Alors, ce qui est réellement nécessaire à la démarche diagnostique n'est pas d'accéder à une connaissance systématique, mais plutôt à des moyens systématiques d'acquérir ces savoirs (Stanghellini & Fuchs, 2013).

Ces considérations nous mènent à penser que si le modèle des *Self-Patterns* ne remplit donc que peu les objectifs d'utilité administrative, judiciaire, épidémiologique d'une classification publique que le DSM-5 remplit quant à lui relativement bien, il peut néanmoins avoir une meilleure utilité clinique. Nous défendons alors que le modèle proposé par Daly et Gallagher offre principalement des moyens d'acquérir ces connaissances, grâce à une manière de conduire un entretien psychiatrique et de concevoir le travail clinique entourant le diagnostic. En effet, de nombreuses imprécisions entourant les termes mentaux très souvent polysémiques proviennent principalement de la volonté d'exclure les notions liées à la subjectivité du DSM-5. L'utilisation des démarches d'explicitation des expériences anormales semble des plus nécessaires pour engager un entretien minutieux et atteindre une compréhension adéquate de l'expérience du sujet (Parnas et al., 2013). Par exemple, lorsqu'un patient dit qu'il se sent déprimé et triste, il peut non seulement ressentir une humeur dépressive, mais aussi, par exemple, de l'irritation, de la culpabilité, une perte

de sens, des variétés de fatigue, une ambivalence, de l'anxiété, voire même faire l'expérience de voix au contenu négatif (Parnas et al., 2013, p.275).

Par ailleurs, les méthodes d'entretien phénoménologique et micro-phénoménologique utilisées pour investiguer le modèle des *Self-Patterns* représentent une sérieuse tentative de prendre en compte les données issues d'une perspective à la première personne sans les dénaturer. Fondamentalement dialogiques, elles permettent une exploration non seulement plus symétrique des expériences vécues, axée sur l'aspect narratif du modèle des *Self-Patterns*, mais aussi plus systématique et précise des différents aspects du Self. Ces méthodes exigent une posture empathique, comme ouverture à l'expérience radicalement différente de l'autre. L'empathie est rendue possible par la dimension fondamentalement incarnée de notre subjectivité qui permet l'anticipation de celle de l'autre (Ratcliffe, 2015 ; Zahavi, 2001). Par ces caractéristiques, l'investigation telle qu'elle est proposée par le modèle des *Self-Patterns* peut avoir des bénéfices thérapeutiques en permettant une prise de conscience, une création de nouvelles significations aidant le Self à s'adapter et à se reconstruire. Elle est également porteuse d'une alliance entre praticien et patient.

La notion de rencontre radicale avec « l' être-au-monde » de l'autre permet d'établir des connaissances idiosyncrasiques, autrement dit d'adopter un point de vue compréhensif. Ici, l'approche dimensionnelle des *Self-Patterns* prend tout son sens en permettant une évaluation fine et variée des difficultés, mais aussi des ressources d'une personne. Cette méthode sert alors non seulement de moyen de récolter des données plus complètes, mais aussi de proposer des soins plus adaptés à chaque potentielle altération. En mobilisant un cadre conceptuel moins biologisant et en prenant en compte le contexte des altérations, il devient alors possible de déployer plus d'alternatives thérapeutiques correspondant mieux à l'individu et à l'aspect dynamique de ses expériences.

Toutefois, sa multi dimensionnalité et ses nouvelles méthodes d'entretien nécessitent de former à nouveau les individus investiguant la santé mentale et peuvent être un frein à l'utilisation clinique du modèle des *Self-Patterns*. En effet, si le système multiaxial a été progressivement abandonné par les cliniciens, on peut imaginer que dans ce modèle aussi, selon les obédiences personnelles, certains aspects seront exacerbés ou diminués. De plus, le processus d'entretien exige un investissement important en temps et en attention de la part de toutes les parties afin d'éviter les risques de déformation des récits à la première personne et de s'assurer de l'investigation complète (Daly & Gallagher, 2019). Néanmoins, si les catégories de diagnostics catégoriels réduisent les incertitudes des

cliniciens, elles mènent à une diminution de la réflexion personnelle, de la recherche d'alternatives et de la remise en question de nos présupposés. Les étudiants en psychologie et psychiatrie sont également moins enclins à se former en apprenant des catégories fixes et inconditionnelles au contexte (Khoury et al, 2014). Dès lors, il est possible de considérer qu'une réforme des pratiques d'entretiens cliniques présente plus d'avantages que de désavantages.

En outre, mobiliser une approche phénoménologique permet d'être critique par rapport aux pratiques et usages psychiatriques. Des analyses plus poussées des vécus dépressifs ont démontré une diversité de manifestations symptomatiques venant contrebalancer, nuancer ou corriger la vision proposée par le DSM-5. Cela a non seulement permis d'illustrer les limites et les paradoxes (identifier une dépression grâce à une humeur déprimée) d'une approche catégorielle et opérationnelle, mais aussi de remettre en question ce que nous concevons être l'aspect fondamental d'un trouble (trouble de l'affect ou changement spécifique radical de l'existence). En nous incitant à redéfinir nos objets psychiatriques, à réintégrer la subjectivité tout en la conjuguant avec des recherches interdisciplinaires, une telle approche nous prévient d'adopter dans une mythologie unique (Fulford & Sartorius, 2009) et favorise la remise en question des entreprises classificatoires trop manichéennes.

Enfin, si ce travail permet de mettre en avant les avantages méthodologiques et cliniques du modèle des *Self-Patterns* appliqué au problème du diagnostic, il convient de rappeler que celui-ci fournit un cadre théorique également pertinent pour élaborer des recherches conceptuelles et empiriques sérieuses sur l'expérience, la conscience, l'intentionnalité ou encore l'intersubjectivité. Ce modèle invite avant tout à l'interdisciplinarité et offre certaines solutions face à la fragmentation des domaines s'intéressant à l'esprit.

Bibliographie

- APA. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association.
- APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4th ed. Vol. 1). American Psychiatric Pub.
- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV TR)* (4th ed. text revision ed.). American Psychiatric Pub.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5th ed.). American Psychiatric Pub.
- Andreasen, N. C. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophrenia bulletin*, 33(1), 108-112.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbl054>
- Angell, M. (2011). The illusions of psychiatry. *The New York review of books*, 58(12), 20-22.
- Appourchaux, K. (2015). La neurophénoménologie en pratique. *Les Cahiers philosophiques de Strasbourg*, 38, 85-99. <https://doi.org/10.4000/cps.442>
- Baars, B. J. (1988). *A cognitive theory of consciousness*. Cambridge University Press.
- Bachelor, A., & Joshi, P. (1986). *La méthode phénoménologique de recherche en psychologie: guide pratique*. Les Presses de l'Université Laval.
- Basso, E., Abettan, C., & Demazeux, S. (2018). Quel renouveau pour la phénoménologie psychiatrique ? *Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences*, 16(1), 17-31.
<https://doi.org/10.3917/psn.161.0017>
- Beni, M. D. (2016). Structural realist account of the self. *Synthese*, 193(12), 3727-3740.
<https://doi.org/10.1007/s11229-016-1098-9>
- Bentall, D., & Pilgrim, R. (1999). The medicalisation of misery: A critical realist analysis of the concept of depression. *Journal of mental health*, 8(3), 261-274.
<https://doi.org/10.1080/09638239917427>
- Bentall, R. (2006). Madness explained: why we must reject the Kraepelinian paradigm and replace it with a 'complaint-orientated' approach to understanding mental illness. *Medical hypotheses*, 66(2), 220-233.
<https://doi.org/10.1016/j.mehy.2005.09.026>
- Berrios, G. E. (1996). *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge University Press.

- Berrios, G. E., & Marková, I. S. (2015). Towards a new epistemology of psychiatry. In L. J. Kirmayer, R. Lemelson, & C. A. Cummings, *Re-visioning psychiatry* (pp.41-64). Cambridge University Press.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2019). Burnout: Moving beyond the status quo. *International journal of stress management*, 26(1), 36.
<https://doi.org/10.1037/str0000088>
- Binswanger, L. (1964). On the manic mode of being-in-the-world. In E. W. Straus (Ed.), *Phenomenology: Pure and Applied* (pp. 127-141). Duquesne University Press.
- Chalmers, D. J. (1996). *The conscious mind: In search of a fundamental theory*. Oxford University Press.
- Chalmers, D. J. (2004). How can we construct a science of consciousness? In M. Grazzaniga (Ed.), *The cognitive neuroscience* (4th ed., pp.1111-1120). MIT Press.
- Churchland, P. M. (1986). *Matter and Consciousness: A contemporary introduction to the philosophy of mind*. MIT Press.
- Clarke, D. M., & Kissane, D. W. (2002). Demoralization: its Phenomenology and Importance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36, 733–742.
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01086.x>
- Cole J., & Gallagher, S. (2016). Narrative and Clinical Neuroscience: Can phenomenologically informed approaches and empirical work cross-fertilize?. In A. Whitehead & A. Woods (Eds), *The Edinburgh Companion to the Critical Medical Humanities* (pp.377-394). Edinburgh University Press
- Cooper, R. (2018). Understanding the DSM-5: stasis and change. *History of Psychiatry*, 29(1), 49-65. <https://doi.org/10.1177/0957154x17741783>
- Dalal, P. K., & Sivakumar, T. (2009). Moving towards ICD-11 and DSM-V: Concept and evolution of psychiatric classification. *Indian journal of psychiatry*, 51(4), 310-319. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.58302>
- Daly, A., & Gallagher, S. (2019). Towards a phenomenology of self-patterns in psychopathological diagnosis and therapy. *Psychopathology*, 52(1), 33-49.
<https://doi.org/10.1159/000499315>
- de Haan, S., Rietveld, E., Stokhof, M., & Denys, D. (2017). Becoming more oneself? Changes in personality following DBS treatment for psychiatric disorders: Experiences of OCD patients and general considerations. *PLoS One*, 12(4), e0175748. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175748>

- Demazeux, S. (2008). Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées? *PSN*, 6(1), 17-25. <https://doi.org/10.1007/s11836-008-0049-z>
- Dennett, D. C. (1993). The Message is: There is no Medium. *Philosophy and Phenomenological Research*, 53(4), 919-931. <https://doi.org/10.2307/2108264>
- Dennett, D. C. (2003). A propos de notre conscience. *Ted*.
https://www.ted.com/talks/dan_dennett_on_our_consciousness?language=fr
- Dilthey, W. (1992). *Critique de la raison historique, Introduction aux sciences de l'esprit*. Editions du Cerf. (Première édition : 1883)
- Ehrenberg, A. (2001). De la névrose à la dépression. *Figures de la psychanalyse*, 4(1), 25-41. <https://doi.org/10.3917/fp.004.0025>
- Englander, M. (2016). The phenomenological method in qualitative psychology and psychiatry. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11(1), 30682. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30682>
- Esfeld, M. (2012). *La philosophie de l'esprit: de la relation entre l'esprit et la nature* (2e éd.). Armand Colin. (Première édition : 2005).
- Fingelkurts, A. A., & Fingelkurts, A. A. (2017). Three-dimensional components of selfhood in treatment-naive patients with major depressive disorder: a resting-state qEEG imaging study. *Neuropsychologia*, 99, 30-36.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.02.020>
- First, M. B. (2005). Clinical utility : A prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 560-564.
- Flint, J., & Kendler, K. S. (2014). The genetics of major depression. *Neuron*, 81(3), 484-503. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.01.027>
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique. Folie et déraison*. Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (2015). *Maladie mentale et psychologie* (6e éd.). Presses Universitaires de France. (Première édition : 1954).
- Frances, A. J., & Widiger, T. (2012). Psychiatric diagnosis: Lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annual review of clinical psychology*, 8(1), 109-130. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143102>
- Frances, A. J., Widiger, T. A., & Pincus, H. A. (1989). The development of DSM-IV. *Archives of General Psychiatry*, 46(4), 373-375.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810040079012>

- Fuchs, T. (2005). Corporealized and disembodied minds: a phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 12(2), 95-107.
- Fuchs, T. (2013). Depression, intercorporeality, and interaffectivity. *Journal of Consciousness Studies*, 20(7-8), 219-238.
- Fuchs, T., Messas, G. P., & Stanghellini, G. (2019). More than Just Description: Phenomenology and Psychotherapy. *Psychopathology*, 52(2), 63-66.
<https://doi.org/10.1159/000502266>
- Fuchs, T., & Schlimme, J. E. (2009). Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective. *Current opinion in psychiatry*, 22(6), 570-575.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283318e5c>
- Fulford, K., & Sartorius, N. (2009). A secret history of ICD and the hidden future of DSM. In M. Broome & L. Bortolotti (Eds.), *Psychiatry as cognitive neuroscience: Philosophical perspectives* (pp. 29-48). Oxford University Press.
- Gallagher, S. (2005). Dynamic models of body schematic processes. In H. De Preester & V. Knockaert (Eds.), *Body Image and Body Schema* (Vol. 62, pp.233-250). John Benjamins Publishing Company.
- Gallagher, S. (2008). Self-agency and Mental Causality. In K. S. Kendler & J. Parnas (Eds.), *Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Phenomenology, and Nosology* (pp.286-312). John Hopkins University Press.
- Gallagher, S. (2011). *The Oxford handbook of the self*. Oxford University Press.
- Gallagher, S. (2012). On the possibility of naturalizing phenomenology. In D. Zahavi (Ed.), *Oxford Handbook of Contemporary Phenomenology*. Oxford University Press.
- Gallagher, S. (2013). A Pattern Theory of Self. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7(443), 1-7. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00443>
- Gallagher, S., & Daly, A. (2018). Dynamical Relations in the Self-Pattern. *Frontiers in Psychology*, 9(664), 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00664>
- Gallagher, S., & Zahavi, D. (2008). *The Phenomenological Mind : An Introduction to Philosophy of Mind and Cognitive Science*. Routledge
- Gallagher, S. (2005). *How the Body Shapes the Mind*. Oxford University Press.
- Gergen, K. (2011). The Social Construction of Self. In S. Gallagher (Ed.), *The Oxford Handbook of the Self* (pp. 633-653). Oxford University Press.

- Ghaemi, S. N. (2007). Feeling and time: the phenomenology of mood disorders, depressive realism, and existential psychotherapy. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 122-130. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl061>
- Greenberg, G. (2013). *The book of woe: The DSM and the unmaking of psychiatry*. Penguin Group.
- Hacking, I. (1999). Historical meta-epistemology. *Abhandlungen der Akademie der Wissenschaften in Göttingen. Philologisch-historische Klasse* (231), 53-77.
- Haslam, N. (2003). Categorical Versus Dimensional Models of Mental Disorder: The Taxometric Evidence. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 696-704. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2003.01258.x>
- Høffding, S., & Martiny, K. (2016). Framing a phenomenological interview: what, why and how. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 15(4), 539-564. <https://doi.org/10.1007/s11097-015-9433-z>
- Horwitz, A., & Wakefield, J. C. (2007). *The Loss of Sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.
- Hyman, S. E. (2010). The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 155-179. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532>
- Irarrázaval, L. (2020). A Phenomenological Paradigm for Empirical Research in Psychiatry and Psychology: Open Questions. *Frontiers in Psychology*, 11(1399). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01399>
- Jaspers, K. (1963). *General psychopathology* (J. Hoenig, & M. W. Hamilton, Trans.). University of Chicago Press. (Edition originale publiée en 1923).
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale : the reliability and validity of the global assessment of functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry*, 166(5), 654-659. <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/166/5/654>
- Junghaenel, D. U., Smyth, J. M., & Santner, L. (2008). Linguistic dimensions of psychopathology: A quantitative analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(1), 36-55. <https://doi.org/10.1521/jscp.2008.27.1.36>
- Kendler, K. S. (2005). Toward a philosophical structure for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 433-440. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.433>

- Kendler, K. S. (2016). The Phenomenology of Major Depression and the Representativeness and Nature of DSM Criteria. *American Journal of Psychiatry*, 173(8), 771-780. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15121509>
- Kendler, K. S., Kupfer, D., Narrow, W., Phillips, K., & Fawcett, J. (2009). *Guidelines for making changes to DSM-V*. American Psychiatric Association.
- Kendler, K. S., Zachar, P., & Craver, C. (2011). What kind of things are psychiatric disorders? *Psychological Medicine*, 21, 1143-1150. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001844>
- Khoury, B., Langer, E. J., & Pagnini, F. (2014). The DSM: Mindful science or mindless power? A critical review. *Frontiers in psychology*, 5, 602.
- Kleinman, A., & Kleinman, J. (1985). Somatization: the interconnections in Chinese society among culture, depressive experiences, and the meanings of pain. In A. Kleinman & B. Good (Eds.), *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder* (pp.429-490). University of California Press.
- Kontos, N. (2015). Can what's in your head be 'all in your head'?: Possibilities and problems of psychological symptom amplification. In D. D. Moseley & G. Gala (Eds.), *Philosophy and Psychiatry: Problems, Intersections and New Perspectives* (pp.23-44). Routledge.
- Kuhn, T. (1970). *La structure des révolutions scientifiques*. Flammarion.
- Kupfer, D. J., First, M. B., & Regier, D. A. (2002). *A Research Agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association.
- Kupfer, D. J., Kuhl, E. A., & Regier, D. A. (2013). DSM-5 —The Future Arrived. *JAMA*, 309(16), 1691-1692. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.2298>
- Lafrance, M. N., & McKenzie-Mohr, S. (2013). The DSM and its lure of legitimacy. *Feminism & Psychology*, 23(1), 119-140. <https://doi.org/10.1177/0959353512467974>
- Lecardeur, L., Meunier-Cussac, S., & Dollfus, S. (2013). Troubles cognitifs des sujets présentant un premier épisode psychotique et à haut risque de transition vers la psychose: du repérage à la prise en charge. *L'Encéphale*, 39, S64-S71. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.10.011>
- Marková, I., & Berrios, G. (2012). Epistemology of Psychiatry. *Psychopathology*, 45, 220-227. <https://doi.org/10.1159/000331599>

- Merleau-Ponty, M. (2001). *Phénoménologie de la Perception*. Éditions Gallimard.
(Première édition : 1945).
- Merleau-Ponty, M. (1979). *Le Visible et L'Invisible*. Éditions Gallimard. (Première édition: 1963).
- Metzinger, T. (2004). *Being no one: The self-model theory of subjectivity*. MIT Press.
- Nagel, T. (1974). What Is It Like to Be a Bat? *The Philosophical Review*, 83(4), 435-450.
<https://doi.org/10.2307/2183914>
- Naik, G., James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N.,
Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdoullahpour, I.,
Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad,
L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., ..., & Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and
national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 Diseases
and Injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis
for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392(10159), 1789-1858.
<https://doi.org/10.1016/S0140-6736%2818%2932279-7>
- Nelson, B., Parnas, J., & Sass, L. A. (2014). Disturbance of minimal self (ipseity) in
schizophrenia: clarification and current status. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 479–
482. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu034>
- Nemeroff, C. B., Weinberger, D., Rutter, M., MacMillan, H. L., Bryant, R. A., Wessely,
S., Stein, D. J., Pariante, C. M., Seemüller, F., Berk, M., Malhi, G. S., Preisig, M.,
Brüne, M., & Lysaker, P. (2013). DSM-5: a collection of psychiatrist views on the
changes, controversies, and future directions. *BMC Medicine*, 11(1), 202.
<https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-202>
- Newen, A. (2018). The Embodied Self, the Pattern Theory of Self, and the Predictive
Mind. *Frontiers in Psychology*, 9(2270), 1-14.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02270>
- Northoff, G. (2007). Psychopathology and pathophysiology of the self in depression—
neuropsychiatric hypothesis. *Journal of Affective Disorders*, 104(1-3), 1-14.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.02.012>
- Oliver, M. (1996). Defining impairment and disability: issues at stake. In C. Barnes & G.
Mercer (Eds.), *Exploring the Divide*. The Disability Press.
- Papineau, D. (2009). Physicalism and the Human Sciences. In C. Mantzavinos (Ed.),
Philosophy of the Social Sciences: Philosophical Theory and Scientific Practice
(pp. 103-123). Cambridge University Press.

- Parnas, J., & Gallagher, S. (2015). Phenomenology and the interpretation of psychopathological experience. In L. Kirmayer, R. Lemelson, & C. Cummings (Eds.), *Revisoning Psychiatry Integrating Biological, Clinical and Cultural Perspectives* (pp. 65-80). Cambridge University Press.
- Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., & Zahavi, D. (2005). EASE: examination of anomalous self-experience. *Psychopathology*, 38(5), 236-58.
- Parnas, J., Sass, L. A., & Zahavi, D. (2013). Rediscovering Psychopathology: The Epistemology and Phenomenology of the Psychiatric Object. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 270-277. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs153>
- Parnas, J., & Zahavi, D. (2002) The role of phenomenology in psychiatric diagnosis and classification. In M. Maj, W. Gaebel, J.J. Lopez Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Psychiatric Diagnosis and Classification* (pp.137-162). John Wiley & Sons
- Paskaleva, A. (2011). *A Phenomenological Assessment of depression narratives*. [Mémoire, Université d'Osnabrück].
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.222.7090&rep=rep1&type=pdf>
- Pennebaker, J. W., Mehl, M. R., & Niederhoffer, K. G. (2003). Psychological Aspects of Natural Language Use: Our Words, Our Selves. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 547-577. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145041>
- Petitmengin, C. (2006). Describing one's subjective experience in the second person: An interview method for the science of consciousness. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 5(3), 229-269. <https://doi.org/10.1007/s11097-006-9022-2>
- Petitmengin, C. (2008). Phénoménologie et techniques neuroscientifiques : quels enjeux thérapeutiques et existentiels ?. In P.E. Schmidt & P.A. Chardel (Eds.), *Phénoménologie et technique(s)*. Editions Vrin.
- Pinkas, D. (1995). *La matérialité de l'esprit, un examen critique des théories contemporaines de l'esprit*. La Découverte.
- Porter, R. (2002). *Madness: A Brief History*. Oxford University Press.
- Pull, C. B. (2014). DSM-5 et CIM-11. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172(8), 677-680.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.08.016>
- Ratcliffe, M. (2008). *Feelings of being: phenomenology, psychiatry and the sense of reality*. Oxford University Press.

- Ratcliffe, M. (2015). *Experiences of Depression: A Study in Phenomenology*. Oxford University Press.
- Rowe, D. (1978). *The Experience of Depression*. John Wiley & Sons.
- Salvarelli, J.-P. (2013). De quoi la psychiatrie est-elle le nom ? *L'information psychiatrique*, 89(1), 15-31. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8901.0015>
- Sass, L. A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia bulletin*, 29(3), 427-444. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017>
- Sass, L. A. (2013). Altération du self et schizophrénie : structure, spécificité, pathogénèse. (Problèmes actuels, nouvelles orientations). *Recherches en psychanalyse*, 16(2), 111-126. <https://doi.org/10.3917/rep.016.0111>
- Segal Z. V., Williams J. M. G., & Teasdale J. D. (2019). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression: Prévenir la rechute*. De Boeck Supérieur
- Sharfstein, S. S. (2008). Big Pharma and American Psychiatry. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(4), 265-266. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31816a4380>
- Spitzer, R. L. (2001). Values and Assumptions in the Development of DSM-III and DSM-III-R: An Insider's Perspective and a Belated Response to Sadler, Hulgus, and Agich's "On Values in Recent American Psychiatric Classification". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(6), 351-359. <https://doi.org/10.1097/00005053-200106000-00002>
- Stanghellini, G., & Fuchs, T. (2013). *One century of Karl Jaspers' general psychopathology*. Oxford University Press.
- Stein, D. J. (2012). Dimensional or categorical: different classifications and measures of anxiety and depression. *Medicographia*, 34, 270-275.
- Stirman, S. W., & Pennebaker, J. W. (2001). Word Use in the Poetry of Suicidal and Nonsuicidal Poets. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 517-522.
- Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15(2), 113-118. <https://doi.org/10.1037/h0046535>
- Szasz, T. S. (1974). The Myth of Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 28(4), 517-526. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1974.28.4.517>
- Throop, C. J. (2010). Latitudes of loss: On the vicissitudes of empathy. *American Ethnologist*, 37(4), 771-782. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1548-1425.2010.01284.x>

- Thyer, B. A. (2015). The DSM-5 definition of mental disorder: critique and alternatives. In B. Probst (Ed.) *Critical thinking in clinical assessment and diagnosis* (pp. 45-68). Springer
- Van Os, J., Gilvarry, C., Bale, R., Van Horn, E., Tattan, T., & White, I. (1999). A comparison of the utility of dimensional and categorical representations of psychosis. *Psychological medicine*, 29(3), 595-606.
<https://doi.org/10.1017/S0033291798008162>
- Varela, F. J. (1996). Neurophenomenology: a methodological remedy for the hard problem. *Journal of Consciousness Studies*, 3(4), 330-349.
- Varela, F. J., Shear, J., & Bowling, G. (1999). *The View from Within: First Person Approaches to the Study of Consciousness*. Thorverton, UK: Imprint Academic.
- Vermersch, P. (1994) *L'entretien d'explicitation*. ESF Éditeur.
- Vermersch, P. (1996). L'explication de l'action. *Cahiers de linguistique sociale*, 28-29, 113-120.
- Vermersch, P. (2012). *Explicitation et Phénoménologie: Vers une psychophénoménologie*. Presses Universitaires de France.
- Wakefield, J. C. (2013). DSM-5: an overview of changes and controversies. *Clinical Social Work Journal*, 41(2), 139-154. <https://doi.org/10.1007/s10615-013-0445-2>
- Warnes, A., Strathdee, G., & Bhui, K. (1996). On learning from the patient: hearing voices. *Psychiatric Bulletin*, 20(8), 490-492. <https://doi.org/10.1192/pb.20.8.490>
- Widakowich, C., Van Wettere, L., Jurysta, F., Linkowski, P., & Hubain, P. (2013). L'approche dimensionnelle versus l'approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique: aspects historiques et épistémologiques. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(5), 300-305.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.03.013>
- Zachar, P. (2003). The practical kinds model as a pragmatist theory of classification. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 9(3), 219-227.
<https://doi.org/10.1353/ppp.2003.0051>
- Zachar, P. (2008). Real kinds but no true taxonomy: an essay in psychiatric systematics. In K. S. Kendler & J. Parnas (Eds.), *Philosophical Issues in Psychiatry* (pp. 327-354). Baltimore, MA: John Hopkins Press.
- Zahavi, D. (2001). Beyond empathy. Phenomenological approaches to intersubjectivity. *Journal of Consciousness Studies*, 8(5-6), 151-167.
<https://doi.org/10.3846/coactivity.2010.08>

Zahavi, D. (2003). Phenomenology of self. In T. Kircher & A. David (Eds.), *The Self in Neuroscience and Psychiatry* (pp.56-75). Cambridge University Press.

Zahavi, D. (2015). Intentionnalité et phénoménalité : un regard phénoménologique sur le « problème difficile ». *Philosophie*, 124(1), 80-104.

<https://doi.org/10.3917/phil.124.0080>