

## L'ANALYSE EXISTENTIELLE DANS L'EXPERIENCE DEPRESSIVE

Pour le psychiatre, une analyse existentielle prend son départ dans un phénomène concret: dans l'image clinique d'un homme malade. Nous choisissons un cas typique. Un homme de 50 ans dont la mère et un frère souffraient de dépressions endogènes devient peu à peu dépressif. Il est traité pendant 5 ans sans succès par une dizaine de médecins généralistes, spécialistes et psychiatres. Il est hospitalisé plusieurs fois. On lui a prescrit au cours de cinq années vingt-six médicaments différents, par voie buccale et par injection. L'état s'est amélioré et aggravé, mais il n'y a pas eu de rémission nette. En entrant en traitement il offre la symptomatologie classique d'une grave dépression endogène vitale. Les améliorations vers le soir ne sont que peu prononcées.

Le malade se plaint! Une plainte centrale concerne sa pensée. Il souffre de pensées négatives, qui lui viennent spontanément, qui se répètent continuellement et qu'il ne peut arrêter. S'il cherche à s'en débarrasser, cela lui coûte un effort immense, et souvent il n'y arrive pas. Autrefois il était un très bon organisateur; aujourd'hui, il ne parvient plus à mettre de l'ordre dans son monde pour y agir d'une façon normale.

Au commencement du traitement les mêmes difficultés se produisaient aussi dans les rêves. Plus tard, au contraire, les rêves lui montraient un monde absolument ordonné, dans lequel il pouvait agir comme autrefois, bien que pendant la journée la symptomatologie restât inchangée.

C'est ce dernier phénomène qui nous servira comme point de départ pour notre analyse. Il s'agit là d'un phénomène bien connu. Un autre malade nous a dit: "dans mes rêves je vis, tandis qu'à l'état éveillé je suis mort".

La psychopathologie a souvent comparé la pensée du rêve avec la pensée psychotique, et elle a toujours constaté entre elles des analogies nettes et éclairantes pour la compréhension des manifestations pathologiques (1). Du point de vue de la psychopathologie, des observations comme celles des deux cas cités représentent un vrai paradoxe. Paradoxe d'autant plus intéressant qu'au commencement le malade a dit qu'il ne savait plus distinguer l'état de veille et l'état de sommeil. Une telle situation demande à être analysée par des méthodes existentielles parce que la logique de la pensée quotidienne n'est pas capable de résoudre un tel paradoxe.

L'analyse existentielle peut procéder de deux manières différentes. Ou bien elle se sert des structures existentielles pour comprendre un certain phénomène psychopathologique comme HENRI MALDINEY l'a fait pour la plainte mélancolique (2). C'est la méthode du philosophe. Le médecin-psychiatre, lui, a à sa disposition le malade, il peut lui parler, il peut l'interroger, il peut écouter les arguments et les objections de l'auteur des phénomènes pathologiques. Mais tout entretien entre des hommes (et cela vaut aussi pour le dialogue du psychiatre avec son patient) doit être structuré. En analyse existentielle, le psychiatre se sert des connaissances philosophiques-existentielles pour structurer son dialogue. A quoi mène un tel dialogue?

Une première constatation, bien étonnante, consiste dans le fait que le malade dépressif, comme le montre notre exemple, se sert spontanément de mots qui ne sont guère usités dans la parole ordinaire, mais qui appartiennent au vocabulaire de la philosophie spécialement au vocabulaire de la phénoménologie et de l'analyse existentielle. Telle est la parole sur la négativité que nous venons de rencontrer. A ce propos le malade s'exprime de la façon suivante:

Il n'a rien dont il puisse s'occuper, rien vers quoi il se sente attiré, rien qui l'intéresse, qui le réjouisse, qui lui procure du plaisir.

"Je n'arrive plus à rien, je ne ressens rien pour rien, c'est comme si je n'avais plus de sentiments. Le ressentir n'est plus là. Je ne ressens plus rien corporellement, ni sexuellement, ni pour ma femme, ni pour mon petit-fils qui vient de naître. C'est un vide effrayant autour de moi et moi-même je suis tellement vide".

Quand le malade se plaint d'étroitesse, de pesanteur et d'oppression, cela ne se rapporte pas au monde extérieur mais à son ressentir interne. L'effort qu'il doit faire pour surmonter le vide est ressenti sur ce mode. Pour arriver aux autres hommes et aux choses, il doit surmonter une résistance énorme et même alors qu'il n'y réussit encore pas. C'est son propre mouvement qu'il devrait accomplir et qui échoue devant la résistance du vide.

Ce qui apparaît comme vide, il le désigne aussi comme "désordre". Où son regard se porte il rencontre un pur désordre. En cela il voit une exigence de supprimer le manque, mais il ne le peut pas. Autrefois il était capable de bien s'organiser et même de conduire les autres à faire de même; aujourd'hui il n'est plus capable de faire lui-même quelque chose: "j'ai plutôt le sentiment d'être sur le chemin des autres".

"Je ne me sens plus à l'aise nulle part; je suis impatient, je suis un homme insatisfait et je m'emporte contre moi-même, je me hais. Je ne suis satisfait en aucun cas de ce que je suis et de ce que je fais. Je suis toujours complètement à côté. J'ai le sentiment que je me suis perdu moi-même, que je ne suis plus moi-même; j'ai le sentiment que je me sens crispé. Je me révolte contre tout."

"J'ai le sentiment que j'ai fait tout faux. J'ai toujours mauvaise conscience. Je suis tout à fait désespéré. Des choses qui ne me concernent absolument en rien me font m'en occuper. Je m'irrite des moindres petites choses comme d'un bout de papier par terre."

Ces auto-reproches ont un rapport fortement marqué au passé.

"Je n'ai pas appris à me poser des limites. J'aurais dû autrefois apprendre des langues étrangères. J'aurais pu, si j'avais connu des langues, faire des voyages. Tout cela je l'ai négligé. J'ai lu bien trop peu. J'ai trop peu fait pour les autres, trop peu cultivé la communauté avec les autres. Je n'ai jamais eu le temps ni pour les autres ni pour moi. J'étais toujours anxieux, incertain, dépendant d'une confirmation. J'ai grande peine à me rappeler le passé, à exhumer le passé."

Le malade cherche toujours à se rendre présente son enfance, ses premières relations avec sa femme, le commencement de sa maladie; mais c'est un effort vain qui jamais n'aboutit.

Il se plaint: "Ma pensée est limitée. Je n'ai pas l'entière possibilité de penser. J'ai le sentiment que je suis bloqué avec mes pensées et que je ne peux pas changer cela. Ma pensée ne suit plus son chemin comme je veux. Tout à coup une pensée est en moi et je ne m'en débarrasse plus.

Alors ça tourne, ça tourne, ça tourne. Les pensées tournent en cercle. Je ne peux plus m'en détourner. La pensée tourne dans ma tête. Je me trouve entravé dans un courant circulaire. Je sens que je n'avance pas. Je ne vois pas d'issue. Je dois me forcer pour tout. J'ai toujours le sentiment que je peux trop peu. Je raisonne toujours. Je pense toujours. Mais j'ai beaucoup de peine à suivre une pensée positive. Ce que je pense, ce sont des pensées négatives; elles viennent d'elles-mêmes, elles sont ce qui se développe de soi-même. Ca va toujours au négatif."

"Je parle toujours de moi. Je n'arrive pas à me délivrer de moi. Avant, tout passait à côté, par soi-même ne me faisait rien. Aujourd'hui je dois m'efforcer pour tout. Je n'ai plus aucune confiance en moi. Il faut toujours que je compare, mais seulement vers le haut, jamais vers le bas. J'ai toujours le sentiment que je suis le plus faible."

En réponse à une question précise, le malade confirme ce qui ressort déjà de ses paroles: toutes ses pensées, les négatives aussi sont pour lui ses propres pensées.

Tous ces propos concernant la symptomatologie de cet état dépressif ne font que reproduire des phrases que le malade a exprimées spontanément au cours de seize consultations pendant quatre mois. L'état s'est alors amélioré, certainement par suite du traitement, peut-être aussi pour une part spontanément.

Il faut avouer que l'impression que donne cette description ne correspond pas tout à fait à la réalité. Il s'agit bien, en fait, de phrases exprimées littéralement par le malade pendant ses entretiens avec le médecin. Mais ces phrases étaient alors entourées d'autres phrases, où le malade racontait ce

qu'il avait fait, par lesquelles il relatait les journées précédentes, ce qui s'était passé dans sa vie familiale et dans son travail. Il parlait aussi de ses rêves, de sa santé physique, de ce qu'il avait lu dans le journal, ou du temps actuel, discours inauthentique du "on". Les phrases du "on", les phrases rapportées ici étaient des exclamations de plaintes, survenues par-ici par-là au cours de ces entretiens et en général sans relation avec l'ensemble des propos dont elles interrompaient même le mouvement continu.

Ces plaintes sont adressées au médecin sur un certain ton de reproche parce que l'état ne s'est pas encore amélioré. A d'autres endroits les mêmes plaintes étaient aussi la réponse à la question sur l'état de santé du malade. La plainte est toujours liée à un changement de style du discours du malade, qui devient personnel, aujourd'hui on aime dire: "engagé".

Avant de poursuivre cette analyse il faut que nous ajoutions quelques mots sur la vie conjugale du malade et sur l'état de santé de sa femme, qui souffre aussi d'un état dépressif chronique et assez accentué. Il est probable qu'il ne s'agit pas seulement d'une dépression réactionnelle ou induite par la maladie du mari, mais aussi d'une dépression endogène. Sa réponse à tout ce que le malade lui demande ou à ce qu'il propose est: "non!" Elle est contre tout, elle est toujours mécontente, toujours de mauvaise humeur, elle se plaint continuellement de la maladie de son mari, elle n'a pas de patience, elle ne parle que pour lui reprocher de ne pas avoir de volonté, d'être un homme incapable, faible, sans énergie, elle se plaint de ses plaintes et de tout ce qu'il dit ou fait. Leur fils, qui est médecin, m'a confirmé l'attitude impossible de sa mère. Il ne s'agit donc pas d'un symptôme dépressif du mari quand le malade décrit de telle ou telle façon le comportement de sa femme. Celle-ci intervient aussi dans le traitement, répète chaque jour à son mari que les médicaments du médecin ne valent rien, que rien ne change, que c'est toujours la même chose, qu'il faudrait abandonner ce traitement. Une intervention du médecin vis-à-vis de la femme n'a eu qu'un effet négatif. Elle est ininfluçable, répète sans arrêt la même chose et refuse énergiquement un traitement et même une consultation avec le médecin sur son état de santé qu'elle juge parfait.

Une analyse existentielle ne peut se limiter à décrire le monde du malade limité à lui seul et ce que son moi éprouve. Elle doit introduire l'autre à chaque niveau. Le génie de la langue allemande a créé deux formes verbales pour exprimer la relation avec l'autre. "mit-sein" et "miteinander sein". La seconde forme ajoute au "mit-sein" un "eins-sein", un avec l'autre, "un être avec l'autre en unité" c'est à dire en totalité avec des parties dépendantes, au membres. Mais de plus, l'introduction du "anderen" met l'accent sur l'autre comme être nettement différent du moi.

En général, on ne se rend guère compte du fait que notre existence est fondamentalement déterminée par l'ensemble des trois facteurs existenciaux, le moi, l'autre et le monde, qui sont caractérisés par leur appartenance au moi propre. Dans le cas de notre malade, l'influence négative de sa femme est un peu contrebalancée par les encouragements qu'il reçoit de ses employeurs. C'est la même chose pour le médecin. Mais il ne peut rencontrer ces deux personnes que rarement, en comparaison avec sa femme qui est toujours présente et à laquelle il est lié d'une façon beaucoup plus proche par la relation affective, historiquement fondée.

Il s'agit maintenant d'examiner l'état dépressif du malade, comment il le décrit en relation avec (et en fonction de) ces différentes formes d'intersubjectivité que nous venons de mentionner. La démarche la plus facile du point de vue clinique serait d'envisager cet état comme une dépendance à l'égard de la situation extérieure. Depuis longtemps les psychiatres se disputent au sujet de la différenciation entre dépressions dites l'une "endogène" et l'autre "réactionnelle". Jusqu'à aujourd'hui la question n'est pas tranchée. Qu'est-ce que l'analyse existentielle peut apporter à une décision dans ce débat?

La distinction entre "endogène" et "exogène" présuppose une distinction entre "sujet" et "objet" comme deux entités, séparées l'une de l'autre par deux façons absolument différentes d'être et d'être saisi et reconnu. On voit ici la base, l'assise primaire de toute réflexion scientifique, base

toujours pré-établie, jamais discutée et moins encore mise en question, mais jugée comme allant de soi. C'est à ce problème précisément que commence l'analyse existentielle en renonçant à suivre ce cours de réflexion.

L'existant qu'est notre malade doit constituer son monde comme chaque homme par l'activité du moi. Pour y arriver, le moi se forme des modèles sur la base d'expériences extérieures ou intérieures à lui-même. Le malade dit que pour accomplir cette tâche il n'arrive plus à se servir des anciens modèles que sa vie antérieure pourrait lui offrir. Il n'est pas capable non plus de produire de nouveaux modèles sur lesquels il pourrait se baser. Le malade, comme l'homme normal, trouve toujours ces modèles en lui-même, quelle que soit par ailleurs leur origine, qu'ils viennent de lui ou qu'ils viennent de l'extérieur. Dans les deux cas, en ce qui concerne notre malade, la situation est la même: sa capacité propre et intérieure d'activité créatrice est réduite ou même anéantie. En conséquence, il utilise comme modèles ce qu'il trouve dans ses conditions de vie actuelles. A considérer ce dernier point, on est porté à dire qu'il est dans une dépendance extrême de tout ce qui l'entoure. Par contre, si on suit le mouvement propre du moi qui crée le monde dont il use, on en découvre les sources intérieures.

Mais il arrive que ces modèles actuels ne puissent plus lui servir. Il recherche alors dans le passé des modèles correspondants, par leur contenu chargé de significations négatives ou destructrices, à son incapacité d'avancer dans sa voie. C'est sur un tel modèle qu'il construit son monde dépressif. Nous sommes alors en présence de ce que la psychopathologie appelle une idée délirante. C'est là, pour certains psychiatres, le critère qui autorise à parler de psychose dépressive ou mélancolie. Nous ne pouvons discuter ici les problèmes que cette terminologie psychopathologique apporte avec soi. Rappelons seulement les influences que l'âge, l'affectivité, les intérêts, la formation intellectuelle, l'état de santé physique et psychique et d'autres facteurs encore, ont sur l'image clinique et rappelons du même coup les chemins ouverts à la psychopathologie par la distinction fondamentale de Ludwig BINSWANGER entre "fonction vitale" et "histoire intérieure de la vie". Pour le psychiatre qui rencontre un malade comme celui dont nous avons présenté les plaintes, les facteurs psychopathologiques mentionnés ici servent de direction pour juger du cas, pour poser son diagnostic et pour dresser un plan thérapeutique. L'analyse existentielle pour sa part envisage toutes ces constatations comme autant d'éléments de ce qui elle nomme avec HEIDEGGER la "situation" d'un existant. Cette notion implique que les modèles dont un homme malade se sert ne sont jamais des événements extérieurs indépendants du moi, mais qu'à la base de chaque modèle il y a un existant qui décide de ce qui entre en compte comme modèle et de la façon dont il s'en sert.

Cela veut dire que même un malade qui souffre d'une dépression grave fait un choix sur lequel il constitue son monde, appelé "pathologique" par nous, les autres. Mais la situation, au sens que nous venons d'indiquer, ne désigne tout de même pas une activité du moi sans limitation. Dans ce cas pathologique, cette limitation se déclare même d'une façon spécialement claire. Quelle est l'instance limitant? C'est la nature, la "fonction vitale" de Ludwig BINSWANGER qui entre en dialogue avec la liberté. Il s'agit de deux formes d'existence en équilibre; mais en équilibre dynamique, c'est-à-dire en mouvement autour d'un état d'équilibre, qui diffère avec la situation dans le temps. La condition pathologique déplace l'étendue de ces mouvements et les niveaux autour desquels ils oscillent. Les situations dans lesquelles un existant se décide portent en elles certaines exigences, auxquelles ses mouvements répondent d'une façon harmonieuse ou bien, au contraire, la dynamique du moi s'y oppose et la situation devient conflictuelle. La dépression, comme toute condition pathologique, limite le vaste champ d'activité dont dispose l'homme sain et normal.

Les activités du moi ne sont pas fixées sur une direction unique et notamment ne sont pas réductibles à l'intentionnalité, c'est-à-dire à la pensée dirigée et par conséquent consciente. Elles

sont aussi d'origine pulsionnelles et affectives et par là inconscientes dans leur origine. Si d'autre part l'existence en elle-même en prend conscience, ce n'est que secondairement et incomplètement.

De là il ressort que le problème de la liberté et de la dépendance ne se décide pas uniquement par l'activité du moi et de sa puissance sur tout ce qui le rend dépendant, mais qu'il intervient une dialectique intérieure au moi lui-même entre pulsion et affectivité d'une part et intentionnalité et volonté d'autre part. Cette dialectique intérieure influence intimement cette autre dialectique entre l'activité du moi et la puissance des forces extérieures. Nous ne pouvons développer ces questions maintenant.

Il nous faut plutôt retrouver les problèmes qui concernent les états dépressifs. Il est évident que dans ces états pathologiques les activités du moi sont touchées fondamentalement. Les descriptions de notre malade le démontrent d'une façon évidente. L'extérieur prend une prépondérance qui limite la liberté à un niveau minime. Cependant il faut faire attention: nos observations des états dépressifs et nos remarques précédentes conduisent en première analyse à distinguer une liberté qui serait aux prises avec une dépendance intérieure et une liberté qui aurait à faire à une dépendance extérieure. Et il faut éviter l'erreur de tomber dans la distinction entre sujet et objet au sens banal d'une psychologie positive. On a ainsi reconnu deux niveaux de jeu différents pour ces différentes dialectiques; mais ces niveaux ne sont pas indépendants l'un de l'autre. S'agissant des états dépressifs, cela signifie que, pour remplir les lacunes que l'inactivité du moi laisse apparaître dans le cours de la pensée et des actions, celui-ci est contraint de prendre appui sur des modèles du monde environnant actuel ou de l'existence passée. Les modèles aptes à cette tâche sont surtout offerts par les autres. Dans le cas de notre malade, c'est sa femme qui lui sert de modèle et c'est alors spécialement un modèle dépressif qui devient agissant. Ce modèle retient le malade, il le maintient dans son état pathologique, il l'aggrave et il empêche même l'amélioration sans parler de guérison. C'est ce qui arrive là où la base biologique s'améliore; c'est tout le problème de l'effet pharmacologique et les relations entre le biologique et le psychique.

Maintenant apparaît la possibilité de comprendre cet autre phénomène: les rêves. Au commencement du traitement, ceux-ci reflétaient l'état pathologique et, par la suite, ils ont changé de contenu et sont devenus sains et normaux, alors que l'état clinique ne s'est pas amélioré et que le malade a continué à se plaindre dans les mêmes termes qu'au commencement. La raison en est que le moi devient plus facilement actif dans le rêve parce que la réalité et les modèles qui lui ont servi pendant la manifestation de la dépression sont impuissants. Dans le rêve, les activités du moi ont la possibilité de se manifester. L'activité du moi n'est toutefois pas un facteur qui est ou là ou absent. Elle se montre avec plus ou moins de force, elle est plus ou moins capable de contrebalancer les influences extérieures. Le psychiatre et chacun qui connaît des personnes dépressives savent combien de force il faut pour rester dans un monde commun avec un dépressif. On peut aussi dire que la dépression est dans un sens très spécial "contagieuse".

Il ressort de tout cela que la maladie dépressive se manifeste avec des profondeurs très différentes. Elle peut rester inaperçue par l'entourage et même par le dépressif lui-même pendant longtemps si l'extérieur est structuré de telle façon qu'il compense les déficiences de l'activité moïque. S'il arrive que la situation extérieure change, il se peut qu'alors la dépression se manifeste. C'est par exemple le cas pour la dépression de déménagement (3). Le même effet peut se constater à la suite d'une déception due à des difficultés personnelles, à la perte d'un proche et au deuil qui s'ensuit. Tout ce qui exige une adaptation à une nouvelle situation est susceptible de produire l'état dépressif qui était déjà en latence avant l'événement. La psychopathologie moderne parle de "dépression masquée" (4), mais elle entend par cette notion autre chose, c'est-à-dire un état dépressif manifeste qui se montre seulement à travers une symptomatologie physique ou psychique, mais inhabituelle, sous la forme par exemple de symptômes hystériques, obsessionnels ou purement phobiques.

Nous arrivons ainsi à comprendre que bien des plaintes de notre malade ne sont pas des événements fortuits, mais ont une signification valable et profonde. S'il dit qu'il aurait dû faire des voyages, il a parfaitement raison. Faire des voyages nous entraîne à nous adapter à des situations inconnues et imprévisibles. Nous nous habituons alors à nous tirer d'affaire par l'activité de notre moi. La même chose vaut pour l'apprentissage de langues étrangères, parce que la langue fait partie de notre monde. Sa structure est une des puissances fondamentales qui structurent notre monde, d'abord intersubjectif, mais aussi notre monde objectal. Apprendre des langues étrangères nous ouvre la vue sur les possibilités de structuration d'un monde étranger et nous permet de nous exprimer, et cela veut dire: vivre dans un monde étranger. C'est dans cette direction qu'il faut chercher l'explication de phénomènes très bizarres qui peuvent se produire en psychopathologie et en neurologie chez des malades qui disposent de l'emploi différencié de plusieurs langues. Il se peut qu'un dépressif ne puisse plus s'exprimer que dans une langue qui lui est étrangère.

Ces analyses nous ouvrent aussi la vue sur différentes possibilités d'interventions thérapeutiques. Dans le cas de notre malade le traitement de l'état dépressif de sa femme serait un moyen pour l'aider à retrouver une activité normale de son moi. Comme sa femme refuse son propre traitement, ce chemin est bloqué. Un autre moyen consiste dans l'augmentation de la dose des médicaments antidépresseurs. De cette façon le seuil de tolérance pour les difficultés de la situation extérieure, intersubjective ou intérieure peut être augmenté jusqu'à la disparition de la symptomatologie manifeste. Malheureusement ce chemin n'est pas toujours possible car l'augmentation du dosage se trouve limitée par des effets secondaires ou est incapable d'améliorer l'état dépressif au-delà d'une certaine limite. Notre malade en représente un cas intéressant. Si on le rencontre aujourd'hui, six ans après l'arrêt du traitement, on a l'impression qu'il est en parfaite santé. Il a un comportement absolument normal, il a l'air joyeux, il travaille. Mais dès qu'on lui demande comment il va, il commence à se plaindre, raconte qu'il va très mal, qu'il pourrait même prochainement se suicider. Un ami qui le connaît depuis des dizaines d'années juge qu'au fond il n'est plus malade, mais que c'est sa femme qui lui rend la vie presque intolérable. Dans ce cas, ce sont surtout les paroles de la femme qui entretiennent un état quasi-dépressif. Si le malade connaissait des langues étrangères il aurait, pour ainsi dire, une issue pour se dégager des structures verbales que lui imposent sans cesse les répétitions de sa femme.

Tout ce qui vient d'être dit sur la puissance structurante de la langue forme bien entendu une base centrale de toute psychothérapie. Le psychothérapeute aurait grand avantage à réfléchir à la manière de s'orienter sur les possibilités offertes par la linguistique pour l'approfondissement de ces problèmes. Malheureusement nous ne pouvons entrer dans le détail de ces questions. Sans doute de telles choses sont-elles faciles à dire, mais les problèmes en cause sont d'une grande complexité et exigent des développements à la fois vastes et précis. En face de l'immense production de textes et de paroles sur les traitements psychothérapeutiques en psychiatrie on doit constater que toute cette production prétendue scientifique est aujourd'hui encore très loin de s'articuler à ces difficultés. Il faut même dire que la psychothérapie ordinaire est plutôt capable d'accroître la confusion.

"Psychose et Présence" de HENRI MALDINEY (5) éclaire la problématique de l'expression verbale dans la dépression, c'est-à-dire de la plainte. Pour le psychiatre, ce texte donne des résultats bien précieux. Mais pour le psychiatre, la dépression est encore autre chose, elle est un phénomène qui dépasse l'expression langagière. Qu'en est-il des modifications de l'existence dépressive non-verbale?

En même temps qu'il écrivait "Psychose et Présence", MALDINEY a étudié : "Pulsion et" Présence" (6). Cet article est pour ainsi dire le complément du premier; il explique les relations de l'intentionnalité avec ses fondements préconscients, affectifs et pulsionnels. Comme les pulsions constituent le fond de toute activité psychique, il va de soi que l'état dépressif doit avoir une base pulsionnelle qui est intimement liée avec ce que la langue appelle la "Stimmung", qu'on pourrait

traduire par “climat” ou “tonalité pathique”. C’est ici la grande discontinuité de notre existence qui est en jeu dans les états dépressifs.

Mais ces bases pulsionnelles et affectives ne peuvent pas seulement être envisagées comme expression d’un état et d’une expérience du moi, mais elles doivent être vues comme puissance relationnelle avec autrui! Ces relations sont réalisées sur la voie de la psychomotricité. Notre activité pulsionnelle est exactement et strictement liée, et en grande partie fondée par l’activité psychomotrice d’autrui, dans certaines situations par le mouvement animal, les mouvements dans la nature et même ceux des machines construites par l’homme. C’est alors non seulement la vue, mais aussi le toucher en ce qui comporte d’éloignement dans l’approche de l’autre ou de la chose, et l’ouïe, le lieu des sources de ce qu’on entend, qui sont réceptifs à la verbomotricité d’autrui. Tous ces sens, parce qu’ils ont sens comme orientation d’une présence au monde, mettent en résonance la motricité propre et le ressentir propre. C’est ici qu’il faudrait parler de l’influence de la musique sur l’existence et de tout ce qui tient à la musico-thérapie. Nous sommes entourés par tout un espace en mouvement qui nous met en mouvement mais que nos propres mouvements influencent. C’est ainsi que nos mouvements influencent le monde mouvant des autres.

Dans un troisième article de H. MALDINEY: Dialectique du “Moi” et morphologie du style, paru dans “Art et Existence” (7), ces problèmes sont examinés à l’aide d’un livre de Wilhelm WÖRRINGER: “Abstraktion und Einfühlung”, un mot intraduisible, qui entend ce que nous venons de décrire. Dans l’état dépressif c’est l’“Einfühlung” qui ne fonctionne plus ou seulement d’une façon inhibée. La question se pose alors de savoir jusqu’à quel point ces troubles de l’“Einfühlung” psychomotrice sont à l’origine des troubles de l’abstraction qui sans doute font aussi partie de la symptomatologie dépressive.

Qu’en est-il des résultats? Même une analyse aussi fragmentaire que celle que nous venons de présenter, nous conduit à des conséquences pratiques. Revenons d’abord à notre constatation préliminaire où notre malade emploie des expressions inhabituelles mais correspondant à une terminologie philosophique. L’appui que nous avons donné à l’intersubjectivité dans notre analyse nous indique: l’analyse existentielle commence déjà avec la rencontre entre patient et médecin.

Souvent de pareilles plaintes, comme notre malade les a exprimées, ne sont pas entendues et par conséquent ne sont pas non plus notées. Dans les feuilles d’observation on trouve alors la phrase: “Le malade se plaint toujours encore, ses plaintes mettent en rage les autres patients de la clinique”. Avec de pareilles constatations personne ne peut faire une analyse existentielle. Le matériel de base pour une analyse existentielle se montre dans ce que nous avons appelé avec HEIDEGGER une situation, dans laquelle se trouve le médecin avec son malade, c’est-à-dire où les deux se sont décidés à être ouverts vers l’autre. L’asymétrie de cette relation entre médecin et malade dépressif est évidente, mais elle ne peut être analysée ici.

Il y a quantité d’autres questions qui se posent et auxquelles nous ne pouvons répondre. A vrai dire, notre tâche a seulement commencé. Demeurent le problème de la position de la plainte dans le cours d’un entretien, celui de la rupture de ce cours et de sa reprise après l’exclamation, ... Il faudrait se demander si le dépressif qui se plaint comme le malade dont nous avons cité les plaintes, cherche à trouver son moi, un moi authentique, en quittant la relation inauthentique du “on”. Au lieu de se trouver, il constate qu’il s’est perdu. C’est bien le moment où apparaît le rien. Il faudrait maintenant continuer l’analyse de ce rien, dont nous avons fait les premiers pas.

Les quelques pas d’analyse existentielle que nous venons de faire sont bien loin d’arriver à un but ou à un ensemble dans le sens de la totalité. Nous ne pouvons présenter ici une analyse plus profonde et plus détaillée. Déjà notre conférence se trouve à la limite de ce que l’auditeur peut saisir et retenir. On peut même à juste titre, nous objecter que nous avons présupposé que l’auditeur ait toujours présent les plaintes du malade avec les mots et les tournures qu’il a employés, car chaque

pas de l'analyse se réfère à ce matériel de base qui consiste dans les plaintes exprimées verbalement. Il n'était pas possible de les rappeler continuellement, ni pour vous, ni pour moi.

Nous remarquons qu'une analyse existentielle n'est pas une tâche qu'on se pose et qu'on achève à un certain moment. C'est un mouvement qu'on entreprend, dans lequel on se met avec toute sa propre existence et qui se termine seulement pour moi si je la quitte. Je laisse alors derrière moi une situation changée et moi-même je me suis aussi changé, si ce que nous appelons "analyse existentielle" était un événement authentique. Si telle analyse est présentée dans une conférence comme c'est le cas ici, elle continuera chez les auditeurs comme elle le fera chez celui qui l'a mise en marche. Là-dessus nous voulons nous arrêter.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) EY HENRI, Etudes psychiatriques, Tome I, Le Rêve "Fait primordial" de la Psychopathologie, pp. 187-277, Paris, 1952.
  - (2) MALDINEY HENRI, Psychose et Présence, Revue de Métaphysique et de Morale, vol. 81, pp. 513-565, 1976.
  - (3) R. KUHN, "L'Errance comme problème psychopathologique ou déménager" In: Présent à Henri Maldiney, pp. 111-131, Ed. L'âge d'homme, Lausanne, 1973.
  - (4) KIELHOLZ P., La dépression masquée, Hans Huber, Bern, 1973 (Comptes Rendus d'un Symposium à St. Moritz en 1973 par Ciba-Geigy).
  - (5) MALDINEY H., I. c.
  - (6) MALDINEY H., Pulsion et Présence. La psychanalyse à l'université: vol. 2, pp.49-77, 1976.
  - (7) MALDINEY H., Art et Existence, 2 éd., Klincksieck, Paris, pp. 55-127, 1987.
- Conférence prononcée aux "Deuxièmes journées" de l'A.L.E.P. sur le thème de "L'analyse existentielle dans l'expérience dépressive". Lyon-Bron, 6 et 7 novembre 1987.

Roland Kuhn  
CH 8596 SCHERZINGEN