



ELSEVIER  
MASSON

Disponible en ligne sur [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

ScienceDirect

L'évolution psychiatrique xxx (2015) xxx–xxx

**L'ÉVOLUTION  
PSYCHIATRIQUE**

[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)

Article original

# L'attitude phénoménologique dans la pratique clinique<sup>☆</sup>

*The phenomenological attitude in clinical practice*

Christian Brokatzky (Psychologue-psychothérapeute FSP, Enseignant à la Haute École de Santé Vaud)<sup>a</sup>, Michèle Gennart (Dr Phil.) (psychologue-psychothérapeute FSP, formatrice au CERFASY)<sup>b,c,\*</sup>, Jacques Thonney (Dr méd) (psychiatre-psychothérapeute FMH, Chef de Clinique, Responsable du volet hospitalier de la section « E. Minkowski »)<sup>d</sup>, Groupe de phénoménologie clinique de Lausanne<sup>1</sup>

<sup>a</sup> Avenue de Beaumont 21, CH - 1011 Lausanne, Suisse

<sup>b</sup> Centre médical de la Clinique La Source, avenue Vinet 30, CH - 1004 Lausanne, Suisse

<sup>c</sup> Ruelle Vaucher 13, CH - 2000 Neuchâtel, Suisse

<sup>d</sup> Service de psychiatrie générale-DP/CHUV, site de Cery, CH - 1008 Prilly, Suisse

Reçu le 7 décembre 2014

En hommage à Pierre Bovet.

## Résumé

**Objectifs.** – La méthode phénoménologique se présente moins comme une technique thérapeutique que comme une *attitude* théorico-clinique dont les auteurs s'efforcent de dégager les aspects essentiels, cherchant à montrer comment l'esprit phénoménologique se traduit au niveau de la sensibilité clinique et de la façon d'être présent en consultation.

**Méthode.** – L'approche phénoménologique porte une attention prioritaire à la façon d'être au monde du patient, à la relation qui le lie à soi, aux autres, à l'historicité de sa vie, autrement dit aux fondements même de son expérience vécue. Ces dimensions, rarement verbalisées de façon explicite, sont essentielles

<sup>☆</sup> Toute référence à cet article doit porter mention : Brokatzky C, Gennart M, Thonney J, Groupe de phénoménologie clinique de Lausanne. L'attitude phénoménologique dans la pratique Clinique. *Evol psychiatr.* 2015; 80 (4): pages (pour la version papier) ou URL [Date de consultation] (pour la version électronique).

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [gennart@bluewin.ch](mailto:gennart@bluewin.ch) (M. Gennart).

<sup>1</sup> Le Groupe de phénoménologie clinique de Lausanne a été fondé en 2002. Les membres suivants ont participé à la réflexion de cet article : V. Ambuehl, G. Bangarter, R. Baumann Dewarrat, E. de Boer, P. Bovet, N. Duruz, F. Macheret Christe, B. Pourré, A. Stantzou, C. Tinguely Decroux.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2015.07.005>

0014-3855/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

lorsqu'il s'agit de comprendre des phénomènes comme la difficulté fondamentale de contact avec autrui, l'expression somatique d'une souffrance psychique ou les symptômes plus « aberrants » d'une maladie. L'accès à ces dimensions s'ouvre dans la rencontre intersubjective, élément constitutif et fondamental de l'approche phénoménologique. Les auteurs cherchent donc à mettre en évidence comment, dans cet horizon intersubjectif, le travail psychopathologique et thérapeutique se pratique.

*Résultats.* – Différents moments sont détaillés et illustrés par des vignettes cliniques : la mise en question de la possibilité même de la rencontre dans la maladie et le soin nécessaire à sa ré-émergence ; le travail de compréhension partagée du monde de l'autre et de la logique singulière qui sous-tend sa constitution ; l'attention au corps comme foyer co-constituant de la présence ; l'élaboration d'un diagnostic où la maladie se définit en référence aux dimensions de notre condition humaine commune, et non seulement en rupture avec cette dernière. Si, dans une perspective phénoménologique, l'intersubjectivité est l'espace de jeu où non seulement la prise en charge thérapeutique mais déjà le diagnostic s'élaborent et cherchent leur voie d'accomplissement, force est de reconnaître la radicalité de l'engagement en première personne du clinicien. Engagement dans l'avènement même, parfois précaire, d'une rencontre avec le malade ; engagement dans le fait de sentir et de penser ce qui se donne dans cette rencontre.

*Discussion.* – Les auteurs dégagent les lignes de tension émergeant de la confrontation entre l'« idéal » phénoménologique et la réalité clinique, et insistent sur l'aspect transversal de la phénoménologie qui, sans être une technique en soi, veille à ce parti pris anthropologique auquel Minkowski nous invite : exercer une psychopathologie « à deux voix », ancrée dans la « rencontre humaine ». Le clinicien d'inspiration phénoménologique cherche à éclairer l'expérience du patient quant à sa forme de présence au monde, avec ses soubassements spécifiques au niveau du corps vivant-vécu. Il dégage la logique d'existence qui sous-tend les symptômes de la maladie. Il cherche avec l'autre à réinscrire ses modes d'être dans une trame partageable de sens, en veillant à ne pas renforcer l'aliénation par une description qui quitterait le terrain de l'intersubjectivité.

*Conclusion.* – Toute souffrance psychique constitue en soi une forme particulière d'isolement ou de trouble intersubjectif. Tout « traitement » en psychiatrie a dès lors à se soucier de l'espace de rencontre au sein duquel les souffrances et les défaillances se déclarent. Il importe que celles-ci prennent un sens partagé – ce par quoi s'amorce d'un seul tenant le mouvement de compréhension et de soin. Il s'agit de pouvoir passer d'une situation éprouvée par le sujet comme le mettant « à part », aux marges de l'humain, à une situation où il puisse se sentir reconnu et reçu parmi « la communauté des hommes », ayant sa place dans un monde humain partagé.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés :* Phénoménologie ; Analyse existentielle ; Attitude du professionnel ; Rencontre ; Intersubjectivité ; Être-au-monde ; Présence incarnée ; Relation thérapeutique

## Abstract

*Aims.* – The phenomenological method is not so much a therapeutic technique as a theoretical/clinical *attitude*. This paper endeavours to set out its main aspects, and to show how the phenomenological approach translates into clinical terms and the clinician's presence in consultation.

*Method.* – The phenomenological approach gives priority to the patient's manner of being in the world, to his or her relationships with self and others, and to his/her life history, in other words the very foundations of the person's life experience. These dimensions, which are rarely put explicitly into words, are essential for the understanding of phenomena such as difficulty establishing contact with others, somatic expressions of psychic suffering, or the more "aberrant" symptoms of an illness. Access to these dimensions is gained in the course of intersubjective encounters, a fundamental component of the phenomenological approach. This paper thus sets out to show how, in this intersubjective perspective, psychopathological and therapeutic work can be undertaken.

*Results.* – Different moments are detailed and illustrated by clinical vignettes: a questioning of the actual possibility of the encounter in the setting of an illness, and the care required to let it re-emerge; the work on

a shared understanding of the world of the Other, and the singular logic underpinning the way it is formed; attention to the body as the shared receptacle of presence; the elaboration of a diagnosis in which the illness is defined in reference to the dimensions of our shared human condition, rather than merely in contrast or contradiction with it. While in a phenomenological approach intersubjectivity provides the field for interplay, where not only the therapeutic provision but also the upstream diagnostic process are deployed and achieved, it must also be conceded that there is a radical personal implication by the clinician. There is an implication first in the actual occurrence of the encounter with the patient, sometimes very insecure, and then in feeling and apprehending what is played out in that encounter.

*Discussion.* – The authors demonstrate the tensions emerging from the confrontation between the phenomenological “ideal” and clinical reality, with emphasis on the cross-sectional aspects of phenomenology, which, although it is not a technique as such, is attentive to the anthropological stance suggested by Minkowski: practising psychopathology with “two voices”, rooted in the human encounter. The clinician working along phenomenological lines seeks to cast light on the patient’s experience in its relationship to the form of his or her presence in the world, with its specific underpinnings in the living-experiencing body. The clinician thus distinguishes the logic of existence that underpins the symptoms of the illness, endeavouring with the patient to place his/her modes of being in a construction within which meaning can be shared, while at the same time taking care to avoid reinforcing alienation by descriptions overstepping the intersubjective domain.

*Conclusion.* – Any psychic suffering is a particular form of isolation or intersubjective disorder. Any “treatment” in psychiatry should therefore attach importance to the space for encounter where these sufferings and shortfalls can be addressed. It is important for suffering and shortfall to take on a shared meaning, since this enables both understanding and care provision. The need is to move from a situation experienced by the subject as placing him or her “apart”, on the fringes of humanity, to a situation where the subject can feel recognised and integrated “into the society of men”, with a place in a shared human world.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Keywords:* Phenomenological attitude; Encounter; Intersubjectivity; being-in-the-world; Embodied presence

## 1. Introduction

La phénoménologie psychiatrique connaît des développements théoriques multiples et complexes [1]. En revanche, sa pratique clinique est peu documentée. Cet article vise à présenter et illustrer comment l’esprit phénoménologique travaille notre sensibilité clinique et notre façon d’être présent en consultation.

En préambule, il convient de mentionner un postulat essentiel de la phénoménologie. Husserl, l’un de ses pères fondateurs, préconise un « retour aux choses même » s’opérant par la levée patiente des a priori, afin de revenir au « pré-théorique ». En ce sens, la phénoménologie en revient toujours au début. L’étymologie du mot « début » est pertinente pour saisir la portée d’un tel mouvement : le préfixe *de-* suggère ici le mouvement opposé à celui d’aller vers un but, comme dans le verbe *dé-faire*, par exemple. En termes cliniques, se trouver « au début des choses » revient d’une part à privilégier la rencontre inaugurale avec le patient et à partager son expérience existentielle ; d’autre part à ne pas s’assigner d’emblée un but comme l’élaboration d’un diagnostic syndromique ou d’une hypothèse étiologique, démarche présumant une compréhension prédéterminée.

La façon d’être au monde d’un patient, la relation qui le lie à soi, à son histoire et aux autres, autrement dit les fondements de l’expérience vécue, sont rarement verbalisés explicitement.

Ces dimensions sont pourtant essentielles lorsqu'il s'agit de comprendre des phénomènes cliniques comme la difficulté fondamentale de contact avec autrui, proche ou inconnu, ou l'expression somatique d'une souffrance psychique. L'accès à ces dimensions s'ouvre dans la *rencontre intersubjective*, élément constitutif et fondamental de l'approche phénoménologique. L'intersubjectivité met en jeu tant la subjectivité du patient que celle du clinicien et s'avère nécessaire au partage de l'expérience vécue. Son déploiement requiert de ne pas préjuger des caractéristiques du patient. L'attitude phénoménologique invite en ce sens à mettre entre parenthèses ce que nous savons déjà, en termes généraux, pour nous mettre au travail clinique qui, pour sa part, a toujours affaire à la singularité d'une situation vécue. Il s'agit d'être prêt à suspendre la constellation d'idées déjà faites quant à l'étiologie, au mode de fonctionnement intrapsychique ou relationnel de la personne afin de se libérer de la répétition du « déjà pensé » et de favoriser un présent qui tranche par son événementialité : être prêt à se laisser étonner pour être vraiment présent, et non seulement figurant, contraint à répéter un rôle déjà maintes fois joué. De tels moments sont souvent source de libération par rapport au processus morbide essentiellement répétitif.

Ainsi, une attention particulière est portée à l'expérience de la rencontre avec le patient, dans une perspective clinique de co-présence. La rencontre est appréhendée moins comme un thème réflexif que comme un événement à vivre. Maldiney l'évoque en ces termes : « Un événement-avènement [. . .] ouvre le monde. Tous les systèmes de référence jusqu'alors opérants s'effondrent. L'événement est transformateur ; et nous ne l'accueillons qu'à nous transformer nous-mêmes. [. . .] Comme jailli d'un cratère ou débordant d'une source, quelque chose est là, qui n'était rien pour moi, là où je n'étais pas et où soudain je me trouve. » [2].

## 2. La rencontre

La vignette clinique suivante illustre la manière dont nous pouvons nous soucier de la possibilité même de la rencontre et de la construction d'une expérience commune.

Une patiente est adressée à l'une d'entre nous par un collègue qui l'avait informée au préalable qu'elle ne lui « prendrait pas beaucoup de temps », sinon celui de lui faire un contrôle sanguin chaque mois. La notice orale précisait en outre que les symptômes de type négatif de la maladie étaient prégnants et qu'il n'y avait « pas grand-chose à faire ». Ces derniers mots prirent un chemin de pensée singulier dans le for intérieur de notre collègue. Ce « pas grand-chose à faire » résonnait tristement avec un « plus grand-chose à attendre », laissant présager une patiente « éteinte », ne disant plus grand-chose d'elle-même ni du monde. Au fond, une patiente qui pouvait donner au clinicien le sentiment que le temps s'est figé et que plus rien ne peut désormais survenir.

Par ailleurs, le « à faire » contrastait avec un « y être ». Notre collègue se souvient : « La première fois que j'ai vu ma patiente, elle a retroussé ses manches pour la prise de sang à peine le seuil de mon bureau franchi. Je l'ai invitée alors à prendre place afin que nous puissions nous présenter l'une à l'autre. Surprise, elle paraissait mal à l'aise dans un premier temps, évitant tout contact. Au cours de l'entretien, son regard est devenu plus avenant. Elle ne "voit" pas grand monde, me dit-elle, sinon son frère ou ses parents. Elle prend soin de son ménage et regarde la TV. »

Nous sommes là en présence d'une patiente qui nous donne l'impression qu'elle pourrait s'éloigner de notre champ d'attention au point de finir par y disparaître complètement. Il va de soi que ce n'est pas seulement elle qui s'éloigne, mais notre propre être auprès d'elle qui pourrait s'effacer.

Comme le souligne L. Binswanger [3], psychiatre suisse et l'un des promoteurs de la phénoménologie clinique, l'avènement de la maladie consiste en une métamorphose de la présence au monde. Cette métamorphose peut de surcroît être renforcée par une rencontre *manquée*. En effet, que nous travaillons en cabinet, en institution ou en hôpital, nous avons nos penchants, individuels ou collectifs, à la chronicité. Un patient peut, par exemple, rester hospitalisé plusieurs jours sans avoir été véritablement reçu dans sa personne. Il importe de déployer une vigilance particulière pour maintenir vive notre fonction d'accueil et de rencontre, et de trouver avec chaque nouveau patient une parcelle de signifiante autour de laquelle accorder, ne fût-ce qu'un moment, nos présences.

« Ma patiente me donne l'impression de ne pouvoir s'inscrire dans aucun projet, sinon de devenir "comme tout le monde", notion impersonnelle et factice. Elle se montre réfléchie mais ne donne que des réponses banales à mes questions ». Notre collègue tente de rebondir et égrène différents sujets pour maintenir le dialogue : la famille, la nature et ainsi de suite. C'est finalement à la faveur d'une confiance faite à la patiente sur le temps qui passe que naît un échange.

Un deuxième épisode renforce par la suite le lien : « Durant la période de l'Avent, je rencontre ma patiente en ville. Ramassée sur elle-même et la tête enfoncée dans les épaules, elle avance gauchement dans la foule. Elle se distingue par des lunettes de soleil qu'elle porte par un temps nuageux. Au moment de nous croiser, elle les ôte et m'adresse un sourire. Comment j'allais ? Loin d'être une formule d'usage, j'y vois, venant d'elle, un signe de reconnaissance. Un événement. Son geste m'était adressé ! Je découvris le devenir de ce sourire esquissé lors de notre première entrevue. Nous avons eu un échange sur la météo du jour, la foule et la période des fêtes de fin d'année. Elle mit finalement un terme à la conversation en réajustant ses lunettes de soleil. Cet événement avait émergé dans notre trajectoire commune et augurait une possibilité d'ouverture. Ma "rencontre en travail" finissait peut-être par porter ses fruits.

Lors de la consultation suivante, elle a évoqué notre rencontre. Elle ne put rien dire, sinon que nous étions au milieu de la foule. J'ai partagé avec elle mon plaisir de l'avoir rencontrée et l'interpellai : pourquoi ces lunettes de soleil ? Elle me répondit qu'elle les portait même lorsqu'il faisait nuit. Elle peina à m'en donner les raisons et m'interpella à son tour : "Vous connaissez d'autres personnes qui mettent en tout temps des lunettes de soleil ?" Je lui répondis que oui ; certains patients évoquaient le souci que l'on puisse lire leurs pensées dans leur regard. "Je ne suis donc pas seule ?" Elle sourit et poursuivit : "Pour moi, il s'agit de me protéger des inconnus. . . Je ne devrais pas. . . Mais, je n'ai personne avec moi." C'était la première fois qu'elle paraissait répondre d'elle-même, prononçant un "Je" d'une vitalité propre. »

Comme illustré dans ce récit clinique, l'intérêt porté à la rencontre relève non seulement d'une position théorique, mais aussi et surtout d'une disposition à s'engager en personne dans la rencontre interhumaine. Cela est d'autant plus important lorsque nous sommes en présence de patients atteints dans leur possibilité d'être en relation et d'éprouver une confiance élémentaire envers les autres. Ces patients formulent rarement une demande explicite de soin – une telle demande exigerait précisément une capacité non altérée de croire en l'autre. Il s'agit pour le clinicien de commencer par comprendre l'enjeu d'une telle situation, puis de tenter de restaurer les possibilités communes de se lier.

À cet égard, l'attention portée aux formes de présence manifestées dans le champ de l'intersubjectivité amène à entendre en un autre sens les manifestations rapportées au phénomène du transfert, tel que la psychanalyse l'entend. Alors que le transfert est compris en psychanalyse

comme l'expression inconsciente des désirs infantiles du sujet, vécus sous une forme répétée et avec « un sentiment d'actualité marqué » [4] dans le cadre de la relation thérapeutique, le transfert sera ici davantage reçu, ainsi que le commente Binswanger ([3], p. 153-4), comme relevant d'un phénomène de « portage d'une charge distribuée à la fois » sur le clinicien et sur le patient, constituant un « fait nouveau » de communication dans le champ clinique. L'issue de ce portage (la résolution du transfert) dépendra alors de la capacité des deux « partenaires » en présence à s'impliquer réciproquement dans le champ de sa compréhension. Celle-là offre une occasion de « repossibilisation » de l'expérience dans le champ ouvert par l'intersubjectivité face à l'enfermement manifesté par la répétition en acte du sujet.

### 3. Maintenir vivante la fonction d'accueil

C'est non seulement lors de la rencontre initiale mais également tout au long du processus de soins qu'il s'agit de veiller à faire exister un espace de rencontre et à maintenir vive cette fonction d'accueil de l'autre et de soi. Cette tâche exige une créativité et une capacité d'improvisation. Il est d'ailleurs surprenant de voir comment la personne peut nous apparaître sous un jour nouveau lorsque nous acceptons d'ouvrir le contexte de soins, notamment en sortant de nos lieux « chroniques » pour nous laisser emmener dans un espace choisi par le patient.

Un adolescent placé en institution depuis des années et diagnostiqué comme psychotique était mutique. Il ne serait venu à l'idée de personne de proposer à ce jeune homme des entretiens psychothérapeutiques. Un clinicien avait néanmoins pu faire l'expérience que, tandis qu'ils marchaient ensemble, lors d'une balade qui leur était devenue familière, ce patient se détendait peu à peu et sa langue se déliait. En côtoyant ce soignant qui avait gagné sa confiance, il se mettait à parler comme un jeune homme vivant, capable de s'ouvrir et de partager avec un autre. Mais il retrouvait son mutisme dès le retour à l'institution.

Dans une telle situation clinique, la possibilité même de s'entretenir l'un avec l'autre n'est pas donnée mais doit précisément être cultivée avec une attention et un tact particuliers. Pour privilégier ces conditions d'émergence de la parole, il importe bien souvent de pouvoir « partager » avec l'autre en le rejoignant au niveau basal du « monde de la vie » [5].

### 4. Le diagnostic phénoménologique

Dans le champ clinique, le « retour aux choses même » invite à revenir toujours à l'expérience vivante. Il s'agit d'être attentif au contact ouvert par la rencontre et moins uniquement de tenter d'interpréter les intentions qui sous-tendent la relation. L'un des obstacles au déploiement d'un espace intersubjectif réside dans l'approche diagnostique de type objectivant qui préjuge de la souffrance psychique et qui, ce faisant, tient la rencontre à distance. D'après Minkowski : « La connaissance phénoménologique ne vient point, ni du malade ni de nous-mêmes, mais se situe, pour ainsi dire, entre les deux. » [6]. Autrement dit « la psychopathologie que nous traçons est une psychopathologie à deux voix : elle procède de la rencontre humaine. » [7].

Prenons l'exemple de la première rencontre avec une femme d'une quarantaine d'années, adressée par son médecin traitant en raison d'une symptomatologie somatoforme variée. En vue de sa première rencontre avec la thérapeute qui la reçoit, elle a rédigé la liste chronologique de toutes les interventions médicales qu'elle a subies, qui sont en principe fort bénignes (comme la réduction au laser de points de beauté sur le cou) mais qui, dans

son cas, n'ont pas eu les effets escomptés et l'ont littéralement « détruite ». Tandis qu'elle décrit son parcours médical détaillé, tout en pleurant avec une détresse et un sentiment de désespoir visibles, le clinicien éprouve un certain malaise et une sorte de « décalage », une difficulté à sentir ou « comprendre » l'accord entre ce qui est dit et l'émotion manifestée. Les paroles ont trait à la description factuelle des interventions sur le corps, avec le détail des organes et des muscles concernés ; la tonalité émotionnelle renvoie à l'épreuve de la détresse. Le clinicien peine à savoir où se situer – chaque niveau en soi est « cohérent » mais leur association ne l'est pas – ce qui suscite un léger sentiment d'irréalité ou d'absurdité.

La rencontre donne ainsi à vivre quelque chose de singulier que nous avons davantage à nous donner le temps de penser. Il s'agit de ne pas focaliser uniquement notre attention sur les symptômes qui documentent la maladie mentale, mais de privilégier également l'échange autour de l'expérience vivante et de nous ouvrir à la souffrance singulière de tel patient comme phénomène d'existence. Quel patient somatoforme reconnaîtrait au demeurant sa souffrance dans la « description » du DSM IV-R ou de l'ICD-10 qui mentionnent que la douleur n'est pas vraiment somatique mais « somatoforme » et la placent dans la classification des troubles mentaux ?

Pour chaque maladie de l'âme, il importe de chercher à revenir autant que possible au noyau de l'expérience pathique<sup>2</sup> et à trouver avec le patient une compréhension partagée de cette épreuve. Il convient donc d'en revenir à la description que le patient lui-même fait de sa souffrance. Ainsi d'un patient avec trouble douloureux dit somatoforme :

« Des fois, c'est affreux. C'est une douleur que je ne supporte même pas. [...] Je ne sais pas ce qu'il faut faire. Je ne comprends rien du tout. Qu'on fasse quelque chose ! Le médecin ne comprend rien. Je pleure comme un gamin. Je réclame et il n'y a rien. »

Selon une telle description, les caractéristiques essentielles du trouble sont notamment : expérience douloureuse vécue comme insupportable ; incompréhension et sentiment d'impuissance face à la persistance de la douleur ; détresse et appel à l'aide adressé au système de soins où se propage cette expérience d'incompréhension et d'impuissance.

Dans une perspective phénoménologique, la psychopathologie<sup>3</sup> désigne ce travail de compréhension entrepris à propos de la souffrance psychique, laquelle relève justement de l'expérience vivante, et non des symptômes objectivés. Comme le souligne Jean Oury, pouvoir faire un diagnostic en ce second sens – avoir l'intuition claire de ce qui est en jeu, sur un mode pathique, dans la pathologie du patient – représente une exigence éthique élémentaire dans le champ du soin. Ce diagnostic, que l'on peut qualifier d'anthropologique, ne peut plus être objectivant ; il implique que nous mobilisions notre capacité à sentir, dans nos *propres* possibilités d'existence, la possibilité ou la dimension qui est en jeu, qui est douloureusement questionnée, suspendue

<sup>2</sup> Le registre pathique désigne la sphère d'expérience affective qui caractérise le « sentiment de la situation » (Heidegger). Il ne se réfère ainsi pas seulement au vécu émotionnel psychologique (supposé *interne* au sujet), mais tout uniment à la tonalité esthétique du monde dans lequel ce vécu apparaît, en deça, pourrait-on dire, de la distinction sujet-objet. Le terme d'« ambiance », de type a-thématique, rend bien compte de cette réalité.

<sup>3</sup> La *psycho-pathologie* peut s'entendre – dans un sens indiqué par l'étymologie – comme le *recueil de l'épreuve de la vie*. Elle ne relève à ce titre pas seulement d'un savoir, mais aussi fondamentalement d'une disposition en présence à accueillir et à comprendre la situation vécue d'autrui. La phénoménologie se rattache là à l'enseignement fondamental de Freud qui nous a appris à prendre rigoureusement au sérieux ce que les patients peuvent nous enseigner et qui a insisté sur la dignité des formes d'expression de leur mal. Freud évoque ainsi la « dignité particulière » des représentations évoquées par ses malades, qui frappent alors malheureusement davantage l'esprit du médecin par leur « singularité » que par leur aspect « digne » [8].

ou contredite par la maladie. Il est ainsi fondé sur une explicitation des dimensions et enjeux proprement constitutifs de notre condition humaine [9,10].

Comme les maladies organiques excellent à nous révéler des organes qui, sans cela, ne nous seraient sans doute jamais apparus comme tels, les maladies psychiatriques révèlent, chacune à leur manière, une dimension de notre condition humaine, de notre « fonctionnement » ou de notre aptitude à vivre dans le monde humain. Et elles le révèlent le plus souvent *a contrario*, par le fait qu'une possibilité dont nous avons besoin pour vivre commence à faire défaut. La dépression, par exemple, mobilise cet enjeu qui définit notre condition à tous et qui consiste à nous trouver accordés, ou non, à l'ambiance qui nous environne, à pouvoir prendre part, ou non, au rythme de la vie en nous et autour de nous. La dépression révèle l'importance de cette condition d'existence qui consiste à être synchronisé à une « vie » plus large que soi, de par l'épreuve qu'elle impose à l'homme qui y succombe de se sentir « largué », « à côté de la vie », « pas à la hauteur » . . .

Rümke [11] a théorisé, sous le nom de *Praeocox Gefühl*, ce moment révélateur de la rencontre où le soignant fait l'épreuve de la manière dont l'autre « entre en présence », noue une relation avec lui, mais est également en contact avec soi dans sa façon de se mouvoir et de se rapporter aux environs. Dans ce moment « entre-apparitionnel », comme Rümke le décrit pour les troubles schizophréniques, nous pouvons sentir que quelque chose ne s'accorde pas, quelquefois déjà dans la poignée de main ou la croisée des regards. Si un tel *Praeocox Gefühl* est possible et peut servir de base à la démarche diagnostique, c'est parce que la présence est ce qui est altéré de façon primordiale. Ce phénomène « pathique » se manifeste dans l'entrée en présence : quelque chose ne joue pas dans l'accordage corporel rythmique et « sympathique » [12]. L'intersubjectivité est donc, dans une perspective phénoménologique, l'espace de jeu où se forge l'essentiel du diagnostic, celui-ci se référant à la visée de ce qui est spécifiquement en jeu dans ce dont souffre le patient et qui touche à notre condition humaine commune.

## 5. Dégager une logique d'existence

Une autre étape consiste à éclairer la constitution du vécu expérientiel. De nombreuses questions se posent : comment le monde prend-il forme pour le sujet ? Selon quelle temporalité l'histoire de vie se déploie-t-elle ? Par quelle modalité intersubjective une telle expérience est-elle soutenue ?

À cet égard, la phénoménologie clinique pourrait se définir comme une école d'écoute de ce que cherche à dire le patient dans sa condition d'« homme », c'est-à-dire en tant qu'il éprouve et se sent éprouvé par sa situation dans le monde. Pouvoir entendre une parole, un geste, une attitude en leur sens propre – celui qu'ils cherchent à signifier – va de pair avec une certaine façon de rencontrer l'autre. Écouter suppose que nous soyons prêts à nous laisser introduire à un monde inconnu, parfois étrange, et à nous laisser initier à un nouvel horizon d'existence. Il s'agit d'essayer de comprendre ce monde autre quant à sa genèse, ses perspectives, son style, et de chercher à dégager la logique propre et originale – la logique d'existence – qui sous-tend les symptômes même les plus aberrants ou insignifiants d'une maladie, en se référant de façon constante à ce que les patients eux-mêmes vivent de leur trouble et de la transformation de leur existence.

Le fait de déployer une attention particulière à l'être-au-monde ouvre de nouvelles perspectives d'intelligibilité et de dialogue thérapeutique. S'intéresser au style général de la présence au monde, à la manière dont un style de présence s'altère, se fracture puis se reconstruit sur un mode nouveau, contribue à donner une direction de sens à un ensemble de symptômes qui, à première vue, peut rendre l'autre totalement étranger et incompréhensible. Trouver une cohérence permet non seulement la rencontre, mais aussi de faire alliance avec le patient, parce qu'il lui importe de



comprendre ce qui lui arrive et ce qui le rend étrange et étranger. Comme le commente H. Maldiney [13], « le malade ne peut être restauré dans sa présence au monde que s'il est rétabli dans la compréhension de lui-même ».

Dégager le « bien-fondé » des comportements, des sentiments et des perceptions est une démarche qui exige un horizon de compréhension d'autant plus complexe que ces manifestations peuvent parfois s'éloigner du sens commun et tendre vers « l'aliénation ». Chercher avec l'autre à réinscrire ses modes d'être dans une trame partageable de sens et prêter attention au risque de renforcer l'aliénation par une description qui quitterait le terrain de l'intersubjectivité – le patient ne pouvant plus se reconnaître dans les descriptions que nous faisons de lui, c'est là une autre tâche que s'assigne la démarche phénoménologique.

## 6. L'attention au corps comme foyer de la présence

Le clinicien d'inspiration phénoménologique est particulièrement attentif à la façon dont la souffrance atteint la couche pré-langagière de l'expérience, si difficile à verbaliser et pourtant décisive dans le vécu humain. Il s'agit de la couche d'expérience pathique du sentir : sentir d'une ambiance et d'une atmosphère de monde.

La présence à soi implique le fait d'habiter un corps, à la fois espace intime et corps physique avec ses propres règles de fonctionnement et de subsistance, largement inconnues de nous. Il n'y a pas de *Je*, ni de possibilité de faire histoire, sans ce mouvement de prendre corps, de prendre ancrage et de trouver demeure dans un entour. Et tout comme il ne va pas de soi que nous soyons « nous-mêmes », de même il ne va pas de soi que nous habitions notre corps et que nous entretenions avec lui un rapport de familiarité. Notre corps vivant, sentant et se mouvant est l'espace primordial de la « réalisation de soi ». Il est aussi la réalité première de notre existence avec l'autre ou pour l'autre : là par où l'autre nous touche et nous envisage.

Or, toute affection psychiatrique atteint la présence incarnée au monde [14,15]. La dépression, par exemple, comme E. Straus [16] le décrit, se traduit de façon primordiale par un ralentissement ou une inhibition du dynamisme vital et par une désynchronisation du patient avec le « temps du monde ». Son dynamisme propre ne se synchronise plus avec le rythme ambiant du jour et de la nuit, ni avec les cycles rythmant le temps des collectivités auxquelles il appartient. Ce désaccordage motive des sentiments d'insuffisance, d'incompétence et de solitude, et peut susciter des comportements compulsifs par lesquels le sujet tente maladroitement de se réajuster à son environnement.

Les phobies, elles aussi, affectent de façon directe la présence incarnée ; elles ont d'ailleurs bien souvent leur source dans une expérience traumatique qui a consisté en une impression sensible à l'état brut, fracturant la possibilité même pour l'expérience de se poursuivre comme telle. Les symptômes phobiques se maintiennent et se vivent comme affectant directement l'échange sensible avec le monde et le mouvement d'approche ou de fuite par lequel nous modulons cet échange.

Les troubles du spectre de la schizophrénie, quant à eux, témoignent d'une altération de la présence incarnée que Blankenburg [17] désigna comme « la perte de l'évidence naturelle » : la naturalité de l'expérience, qu'elle soit sensorielle, relationnelle ou cognitive, est troublée et affecte le caractère d'évidence qui imprègne les interactions tissées avec soi, autrui ou qui permettent de saisir, par tact, une ambiance sans que ces interactions soient l'objet d'une thématisation ou d'un apprentissage explicite. À titre d'exemple, on peut citer la distance physique séparant deux interlocuteurs qui s'impose naturellement et tacitement mais dont le « mode d'emploi » peut commencer à faire défaut.

Toute maladie psychiatrique mérite ainsi d'être décrite quant à la manière dont la présence corporelle s'y trouve modifiée. Soigner cette dimension de la présence incarnée implique également que nous nous préoccupions de l'espace et du champ même du soin. Quel est notre espace de co-mouvement avec nos patients ? Une salle de consultation suffit-elle au soin ? Ou avons-nous à nous occuper de la possibilité même pour le patient de se lever ou de pouvoir s'arrêter, d'aller au-devant d'autrui, de s'exposer au large de l'espace ? Quelles sont les pratiques de base – manger, dormir, se mouvoir, se vêtir – dont nous avons à nous soucier, et celles dont nous pouvons ou devons renoncer à nous occuper ? Comment soignons-nous l'espace de soin lui-même pour que « l'être-avec », toujours simultanément atteint dans la maladie psychiatrique – que ce soit la capacité d'approcher l'autre, d'être avec lui ou d'accorder de la confiance – puisse y être réellement pris en soin ? La psychothérapie institutionnelle née dans les années 1940, notamment en dialogue avec la phénoménologie, n'a cessé de s'atteler à ces questions et de les remettre en chantier dans différents champs cliniques. L'approche phénoménologique répond moins à ces questions qu'elle n'invite à les explorer à nouveau et à les travailler, en tenant compte à la fois de ce que la maladie met en jeu et de ce que le milieu de soin comporte comme contraintes et limites, mais aussi comme potentiel de création et de restructuration « thérapeutique » de son propre espace d'action.

## 7. Discussion et conclusion

Constituer un espace intersubjectif est, dans une perspective phénoménologique, l'un des enjeux princeps du mouvement thérapeutique lui-même. Toute souffrance psychique constitue en soi une forme particulière d'isolement ou de trouble intersubjectif. Tout « traitement », en psychiatrie, a dès lors à se soucier de l'espace même de rencontre au sein duquel les souffrances et les défaillances se déclarent. Il est en effet primordial que celles-ci prennent un sens partagé et, dans ce mouvement même, que l'on commence à soigner. Il s'agit, avec le soin, de pouvoir passer d'une situation éprouvée par le sujet comme le mettant « à part », aux marges de l'humain, à une situation où il puisse se sentir reconnu et reçu parmi « la communauté des hommes », ayant sa place dans un monde humain partagé<sup>4</sup>. La *compréhension de soi* qu'il s'agit de restaurer pour que le patient reprenne pied dans son existence exige donc paradoxalement de passer par un *alter ego* ; elle appelle l'engagement d'un autre disposé à prêter son propre être à ce travail de compréhension de ce qui est arrivé à un soi.

Mais l'application de la phénoménologie à la pratique clinique n'est pas sans générer quelques lignes de tension. Comme souligné, cette approche met l'accent sur la nécessité de suspendre les connaissances préalables et les *a priori* relatifs à la nature et à la forme des maladies. Toutefois, cette ambition se heurte à deux obstacles : d'une part la phénoménologie n'a de cesse d'élaborer une théorie de son approche et de ses conditions ; d'autre part, elle s'y réfère constamment en proposant des descriptions générales de type psychopathologique. De plus, l'approche phénoménologique, dans ses principes, propose de suspendre toute notion de but, afin de vivre le présent de la rencontre intersubjective et d'explicitier sur cette base la forme d'existence qui s'y trouve engagée. Or, la clinique a une visée thérapeutique, ne serait-ce que d'atténuer les souffrances vécues. Enfin, une troisième ligne de tension réside dans la dissymétrie des rôles : le soignant est engagé dans un mandat de soins ; le patient, quant à lui, est à la recherche d'une aide, qu'elle consiste en une quête de sens ou en l'amendement d'une souffrance psychique. De manière plus

---

<sup>4</sup> F. Tosquelles évoque fréquemment dans ses textes cette idée que les malades ne luttent pas contre la maladie, mais tentent bien plutôt de restaurer leur condition humaine.

contingente, une prise en charge s'inscrit dans un cadre : celui de la disponibilité, du paiement et du fonctionnement institutionnel. Comment le clinicien peut-il concilier ces aspects avec l'exigence de suspendre les a priori ?

En dépit de ces limites et lignes de tension, l'approche phénoménologique nous semble mériter une attention particulière en raison de son apport original à l'expérience et à la compréhension cliniques. Elle se présente d'ailleurs moins comme une technique thérapeutique en soi que comme une méthode, au sens étymologique du terme, à savoir comme un mode de cheminement et, ce faisant, de découverte des phénomènes cliniques. L'attitude phénoménologique privilégie ainsi l'accès à la subjectivité du patient, envisagée à l'aune de son vécu existentiel, tel que partageable avec le clinicien, et non en regard d'une théorie préconstituée. Cette caractéristique « médiatrice », pourrait-on dire, de l'approche phénoménologique explique entre autres qu'elle soit adoptée par de nombreux soignants formés préalablement dans un autre axe thérapeutique, qu'ils n'abandonnent pas pour autant. La réflexion propre à leur axe peut au contraire s'enrichir au contact de l'approche phénoménologique qui, comme le commente Minkowski [7], « n'est pas une simple méthode d'investigation en regard des faits, à placer à côté d'autres méthodes. C'est le "fait" lui-même qu'elle met en cause, en élargissant singulièrement les limites et en s'efforçant de lui redonner, en ce que d'abstrait il peut déjà avoir en lui, sa vitalité, sa "vie" premières ».

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] Naudin J, Pringuey D, Azorin JM. Phénoménologie et analyse existentielle. EMC Psychiatrie; 1998 [37-815-A-10, 8p.].
- [2] Maldiney H. Naissance de la poésie dans l'œuvre d'André Bouchet. In: *L'art, l'éclair de l'être*. Seyssel: Éditions Comp'act; 1993. p. 95–135.
- [3] Binswanger L. Introduction à l'analyse existentielle. Paris: Éditions de Minuit; 1971 [trad. par J. Verdeaux et R. Kuhn].
- [4] Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de Psychanalyse. Paris: PUF; 1967. p. 492.
- [5] Schotte J. Esquisse phénoménologique de la rencontre primordiale. In: Delion P, editor. *Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle*. Ramonville Saint-Agne: Erès; 1998. p. 103–12.
- [6] Minkowski E. Phénoménologie et analyse existentielle en psychopathologie. *Evol Psychiatr* 1948;1:137–85.
- [7] Minkowski E. *Traité de psychopathologie*. Paris: Éditions Synthelabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond »; 1999, p.36.
- [8] Freud S. *Projet d'une psychologie (1895)*. In: *Œuvres complètes*. Paris: PUF; 2007 [trad. fr. par F. Kahn et F. Robert], p. 652.
- [9] Schotte J. Comme dans la vie en psychiatrie, les perturbations de l'humeur comme troubles de base de l'existence. In: Szondi avec Freud, sur la voie d'une psychiatrie pulsionnelle. Bruxelles: De Boeck-Université, coll. « Bibliothèque de pathoanalyse »; 1990. p. 173–213.
- [10] Chaperot C. Schizophrénie et condition humaine : abord daseinanalytique. *Evol Psychiatr* 2015;80:55–70.
- [11] Rümke HC. Das Kernsymptom der Schizophrenie und das "Praecox Gefühl". *Zentralblatt gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1942;102:168–9.
- [12] Straus E. *Du sens des sens, contribution à l'étude des fondements de la psychologie*. Grenoble: Million; 1989 [Trad. par G. Thinès et J. -P. Legrand].
- [13] Maldiney H. *Regard parole espace*. Lausanne: L'Âge d'Homme; 1973.
- [14] Troubé S. Les sentiments existentiels et les expériences subjectives de la psychose : une description phénoménologique du sens de la réalité. *Evol Psychiatr* 2014, <http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2014.05.008> [online 12 June 2014, consulté le 19 juin 2015].

- [15] Gennart M. Corporéité et présence Jalons pour une approche du corps dans la psychose. Argenteuil: Le Cercle Herméneutique; 2011.
- [16] Straus E. Das Zeiterlebnis in der endogenen Depression und in der psychopathischen Verstimmung. In: Gesammelte Schriften. Psychologie der menschlichen Welt. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer; 1960. p. 126–40.
- [17] Blankenburg W. La perte de l'évidence naturelle, une contribution à la psycho- pathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques. Paris: PUF; 1991 [trad. fr. par J.-M. Azorin et Y. Totoyan, revue par A. Tatossian].