

Posture phénoménologique, intérêt en psychiatrie

Implication et engagement dans la situation thérapeutique

Catherine Deshays

Praticien hospitalier
Centre hospitalier de Montfavet
2 rue de la Pinède CS 20107
84918 Avignon cedex 9

Résumé. L'enjeu de cet article¹ est de montrer comment la posture phénoménologique, distincte de la posture clinique habituelle, permet de penser de manière autre la pratique du psychiatre. Les fondements épistémologiques et philosophiques qui structurent les différentes postures du psychiatre seront explicités, et les principes d'une posture phénoménologique esquissés. La posture phénoménologique nous invite à penser la globalité de l'expérience en cours où le praticien est impliqué dans sa propre expérience. Deux exemples cliniques permettront d'entrevoir la méthode, la posture et de discuter de l'intérêt et des perspectives qui s'ouvrent ainsi, en particulier celle de favoriser un chemin de rencontre avec autrui.

Mots clés : posture, relation soignant-soigné, épistémologie, phénoménologie, psychiatrie, psychothérapie, cas clinique

Abstract. Adopting a phenomenological attitude: Interest for psychiatry. Involvement and engagement in therapy. This article aims to show how adopting a phenomenological attitude, as opposed to a traditional attitude, changes or has an impact on psychiatric practices. We clarify the theoretical, epistemological, and philosophical foundations upon which different psychiatric attitudes are structured. We then outline the principles of a phenomenological attitude that will require more in-depth study. With a phenomenological attitude based on present experience and emerging phenomena, the therapist is actively involved in his/her own experience. Using two clinical examples, we examine the method and attitude and then discuss the advantages and perspectives that open up, particularly those that offer a point of mutual understanding.

Key words: attitude, epistemology, phenomenology, patient/health-care provider relationship, psychiatry, psychotherapy, clinical case

Resumen. Postura fenomenológica, interés en psiquiatría, implicación y compromiso con la situación terapéutica. En este artículo está en juego mostrar cómo la postura fenomenológica, distinta de la postura clínica usual, permite pensar de otro modo la práctica del psiquiatra. Los fundamentos epistemológicos y filosóficos que estructuran las diferentes posturas del psiquiatra quedarán explicitadas y esbozados los principios de una postura fenomenológica. La postura fenomenológica nos invita a pensar la globalidad de la experiencia en curso en la que el práctico está implicado en su propia experiencia. Dos ejemplos clínicos permitirán entrever el método, la postura y debatir del interés y respectivas que así se abren, en particular la de agilizar un camino de encuentro con el otro.

Palabras claves: postura, relación cuidador-paciente, epistemología, fenomenología, psiquiatría, psicoterapia, caso clínico

Introduction

L'exercice de la psychiatrie englobe un champ extrêmement large où le psychiatre est attendu aussi bien en tant qu'expert de la pertinence scientifique que garant de l'efficacité thérapeutique, mais aussi attentif à la rentabilité, au respect de l'ordre social, etc. Le psychiatre exerce son « art », se contorsionne parfois en se référant à différentes théories et dont les fondements épistémologiques et philosophiques ne sont pas toujours en

cohérence. Dans cet écrit, nous nous intéresserons à ce qui permet de comprendre une posture phénoménologique, et montrerons son intérêt dans la pratique psychiatrique, sans aucunement prétendre à ce qu'elle puisse être une attitude de référence pour l'exercice de la psychiatrie dans son ensemble. Ma recherche porte sur les interventions thérapeutiques dans l'exercice quotidien du psychiatre ou bien dans l'exercice de la psychothérapie, mais là il nous faudrait définir et approfondir la méthode de psychothérapie en explicitant un

Correspondance : C. Deshays
<catherine.deshays@ch-montfavet.fr>

¹ Cet écrit fait suite à l'animation d'un atelier lors du congrès des internes de Montpellier le 12 octobre 2017 « Expérimenter la posture phénoménologique en psychiatrie ».

cadre de référence théorique et clinique en cohérence avec une approche psychopathologique.

Il s'agira dans un premier temps de comprendre ce qu'est une posture, avec ses conséquences en cascade. En amont, il y a des fondements épistémologiques qui orientent nos manières d'intervenir selon l'entendement et l'en vue implicites, en aval en découle des effets. Je propose pour appui les travaux de J.-L. Feys [1] qui nous éclaire sur les différents systèmes de pensées sur lesquels nous prenons appui habituellement en pratiquant la psychiatrie dans ses différents aspects, le plus souvent sans y prendre garde ou sans en approfondir la portée. Sans plus y réfléchir nous juxtaposons les différents systèmes, sans prendre la mesure des contradictions logiques auxquelles cela nous expose. Pourtant, nous prenons des décisions tous les jours sur les modalités de soins et de suivi, les traitements, les consignes, les restrictions, les soins sous contraintes etc. où les questions si cruciales en psychiatrie de la nécessité, de la contingence, de la causalité et de la responsabilité sont en jeu. La nécessité d'explicitier les a priori conceptuels du praticien qui influencent le cours de l'examen clinique et les interventions à visée thérapeutiques font partie de la démarche phénoménologique. Il me semble pertinent d'avoir une meilleure prise de conscience de nos références et de nos attitudes dans la recherche d'effets thérapeutiques ou simplement dans la recherche d'une alliance thérapeutique qui préservent une attitude d'ouverture à autrui. La centration sur la posture nous oblige à décrire notre manière de travailler, la façon dont cela met en œuvre des manières de définir ce que nous observons et de prendre conscience des manières d'avoir déjà défini à notre insu le monde. C'est à partir de deux moments d'échanges thérapeutiques que je tenterai d'illustrer la posture phénoménologique, attitude centrée sur l'expérience. Délibérément nous laisserons de côté les différents abords qui composent un suivi psychothérapeutique ou médical dans son ensemble tels que la chronologie des séances, l'abord psychopathologique, et l'objectif général du suivi pour nous centrer sur les façons d'intervenir.

Comprendre la posture phénoménologique

La méthode phénoménologique est mise en œuvre par une posture particulière, une « attitude théorico-clinique » [2] qui se révèle par la manière de se tenir, d'être présent, d'accueillir, d'être sensible et de prendre en charge la façon dont nous sommes affectés dans la situation. Parler de « situation » et non de cas clinique témoigne de notre façon de comprendre l'être humain comme être au monde, une manière d'être toujours en rapport, et non pas un individu qui doit d'abord construire un lien identitaire, une intériorité, un psychique et tisser ensuite des relations avec ce qui n'est pas lui [3]. Notre travail en psychiatrie est pensé à partir de

savoirs conceptuels et des attendus décisionnels selon une méthode scientifique qui se distingue de la méthode phénoménologique. Il ne s'agit pas de définir des chapeaux. Il s'agit plutôt de comprendre d'où l'on parle, et ce qui nous convie à décider d'un chemin plutôt que d'un autre. Mais qu'est-ce qu'une posture [4] ? Une posture médicale ? Comme une évidence, savons-nous d'où nous parlons quand il ne s'agit pas de phénoménologie et même quand il s'agit de phénoménologie ? Déjà, dans ce questionnement, qui interroge des évidences et conduit à découvrir que ce qui nous semble familier, ici en l'occurrence la posture, la psychiatrie et leurs fondements, nous tendons vers la démarche qui signe la phénoménologie : sortir de l'évidence par laquelle nous n'interrogeons plus, car plutôt nous appliquons, « nous fonctionnons ». Nous avons des automatismes pour faire un diagnostic et décider d'un traitement, or poser un diagnostic en psychiatrie implique toujours la pensée de celui qui le pose [5].

La psychiatrie phénoménologique s'attache au singulier. Il ne peut y avoir de réponse sous une forme qui exprimerait une idée générale et commune pour tous, mais uniquement des esquisses par lequel on attrape quelque chose, on donne du sens pas à pas, des « bouts de vérités » circonstanciés, contextualisés, temporalisés, des bouts d'histoire, où l'on se rencontre parfois.

Fondements et posture : l'un ne va pas sans l'autre

Comment penser notre monde et en particulier dans notre contexte la psychiatrie. Feys [1] dans son ouvrage, reprenant le philosophe Vuillemin [6], décrit les systèmes de pensée qui s'appliquent à la psychiatrie et me semble reprendre certaines des caractéristiques de la posture phénoménologique.

Vuillemin [6] distingue 3 systèmes : le système dogmatique, sceptique ou intuitionniste. Le système *dogmatique* établit des certitudes, c'est-à-dire des vérités – vérité entendue comme adéquation entre la raison et la chose – quand il s'agit de faire concorder la chose avec un savoir intellectuel érigé en corpus de concepts. La logique est celle de la relation de causalité et de la responsabilité déterministe. Avec le système de pensée *sceptique* on se sert des statistiques pour établir une vérité, et avec le système *intuitionniste* la vérité est co-construite à partir de l'expérience. Le système intuitionniste a une caractéristique principale qui est la non-séparation du sujet et de l'objet, contrairement aux autres systèmes où il y a toujours une séparation sujet/objet. Cette différence organise fondamentalement la manière de voir l'homme-dans-le monde.

Le modèle où il y a une séparation sujet/objet

Le système de pensée dogmatique établit des doctrines selon lesquelles il est possible d'aboutir à des certitudes réfutables selon la démarche scientifique. La

manière de penser ce qui est certain conduit à évacuer tous les bruits, la sensibilité, le corruptible pour ne retenir que le concept qui lui est invariable. En conséquence, l'observateur doit se tenir objectivement et veille à extraire le général. Le psychiatre et tout à chacun, psychologue ou psychothérapeute, se situent en position d'« expert » qui regarde un sujet dans l'évidence d'une séparation, d'une distance. Ainsi le thérapeute psychiatre vise plutôt à ne pas prendre en compte ou à mettre de côté sa manière d'être concerné et éprouvé en situation en prenant appui sur un travail intellectuel. La démarche médicale est scientifique, les symptômes sont rapportés à des concepts qui définissent et expliquent des maladies, telles la crise maniaque ou la psychose schizophrénique, etc. Dans cette entente, ces notions existent réellement tels des « objets devant soi » que nous nous représentons. Cela définit une posture, celle de la démarche médicale : prise d'appui sur un savoir selon la méthode des sciences. Une praxis : faire coller ce qu'on voit à ce que l'on sait, à ce que l'on croit et que l'on ne pense pas à questionner, le patient est un objet d'expérience, d'analyse. La posture médicale prend appui sur la science et la plupart des psychothérapies revendiquent de démontrer leur efficacité par la preuve scientifique.

Un autre modèle : la non-séparation sujet/objet

Le système intuitionniste prend en considération la subjectivité du locuteur et refuse la logique du tiers exclu. L'exclusion est une opération nécessaire d'un point de vue de la science, et nous procédons de cette manière avec la démarche de l'arbre diagnostique. Dans le système intuitionniste, les deux possibilités peuvent « être » vraies ou fausses en même temps [1] ; ainsi on peut être responsable et irresponsable et cela invite à délaisser le principe logique de non-contradiction.

Venons à la phénoménologie pour développer cette non-séparation sujet/objet. Dans ce modèle, la vérité ne découle pas d'une adéquation entre théorie et chose (exemple c'est une table car c'est plat et ça a quatre pieds), la vérité s'informe et s'éclaire d'une situation. Dans un rapport d'explicitation, une vérité advient, survient, contextualisée, instable, valable pour ce qui est identifié là, maintenant, avec le patient. La vérité est temporalisée, provisoire, elle n'a rien à voir avec une certitude établie, ici nous sommes loin de la démarche scientifique. En pratique le regard portera sur tout ce qui se présente, ce qui est là sous nos yeux, sous nos sens, et tout peut potentiellement avoir du sens, être éclairé de sens, et tout cela est changeant, d'instant en instant. C'est-à-dire qu'en travaillant sur le phénomène, on est attentif à ce qu'il montre, par là où ça se montre.

Voici deux exemples qui tentent de montrer comment la posture phénoménologique laisse de côté l'explication et cherche à rassembler les éléments présents.

Exemple I, monsieur M

Monsieur M, patient, est dans une démarche de psychothérapie car il souffre d'états d'anxiété récurrents (doutes, idéations obsédantes, ruminations péjorantes). Il vient deux à trois fois par mois depuis environ sept mois. Ce jour, il arrive avec la contrariété d'avoir à nouveau essayé d'aider une personne de son entourage professionnel avec qui il doit parfois négocier et qui n'est jamais satisfaite, qui se fait plaindre et qui finalement à chaque fois finit par l'agresser verbalement en lui faisant porter la responsabilité de son insatisfaction et en lui démontrant son inadéquation. Mais il ne peut pas s'empêcher de retourner vers elle, attiré de l'aider absolument. Il évoque un parallèle avec ses anciennes relations amoureuses, comme il dit, il essaye de les sauver de leur souffrance. Cette situation réactive une anxiété habituelle avec des doutes sur lui-même et la recherche de l'attitude « qu'il aurait dû avoir ».

Je me dis intérieurement : son attitude serait de tenter de soulager leurs souffrances, les « porter » ? Bien sûr, je ne peux pas m'empêcher de penser à sa mère bipolaire, il a relaté être le témoin de crises de souffrances terribles, face à ses crises maniaques et suicidaires, il était son confident. Oui sans doute c'est la même posture de porter. Je pense aussi aux autres séances, où l'accent a été mis sur le fait qu'il se veut plus fort, plus puissant que ce qu'il est, présomptueux d'essayer de sauver autrui, en recherche de reconnaissance. Toutes ces explications au niveau psychologique sont là, dans ma tête, lui-même fait les liens. Mais je m'intéresse aussi à la façon dont nous habitons la situation, et où à ce moment-là l'un et l'autre tissons des significations et des hypothèses de sens. Je suis alors plus attentive à moi et à la manière dont je suis affectée que justement je n'identifie pas bien. Je perçois une tension dans l'air et de mon côté, les mots ne sortent pas. Je m'endors, je ne suis pas très animée, je suis silencieuse, sans mouvements. Monsieur M est tendu, il est même presque agité, il bouge sur la chaise, son regard ne reste pas en place, va dans tous les sens et il se dit énervé de son attitude envers cette jeune femme, il dit qu'il s'en veut. Il me regarde, arrête ses mouvements, arrête sa parole. Puis il évoque avec une vigueur dans sa voix et un regard soutenu et déterminé qu'il a lui aussi envie d'être secouru, consolé, pris dans les bras. Je me vois malgré moi « retenue » et ne pas bouger, ni réagir. Sans doute cette phrase s'adresse à moi. Je me vois rester immobile, en silence et ne pas recouvrir ou orienter ce qui est en train de s'ouvrir. Un moment passe. Des pensées me viennent : qui s'est occupé de lui enfant, qui s'occupe de lui maintenant ? Sans doute que cela manque. Silence, le temps est suspendu. Après un certain temps, je sens mon corps se détendre et s'attendrir, la manière dont je suis affectée a changé, et je dis que « je ne vais pas arranger les choses », avec un sourire tendre. L'élan, le désir d'aller vers m'anime, je dis doucement « je me suis vue ne pas intervenir, être particulièrement immobile et silencieuse alors que vous disiez que vous

vouliez être secouru, consolé, pris dans les bras » et j'ajoute après un long silence « personne ne peut colmater ce manque, ce qui n'a pas eu lieu et ce qui n'aura jamais lieu ». Il dit ressentir alors une douleur violente dans la poitrine, dans son cœur et presque en même temps aussi, me dit ressentir un soulagement. Il décrit son ressenti : quelque chose de juste, de vrai, de profond qui le rassure ; il dit qu'il sent davantage son corps avec son poids, sa densité, il dit « que ça le fait descendre, se rassembler ». Je pense alors en moi-même que nous laissons ensemble la présomption, les idéaux pour être au plus près de la douleur, de ce qui n'a pas eu lieu et de ce qui n'aura pas lieu, pour lui et aussi pour les autres. Mon état change, l'émotion me gagne aussi, quittant l'affect de distance et de froideur. Ses affects d'angoisse le faisant s'agiter se sont transformés en émotion pour lui et pour moi, en une conscience éclairée et habitée du corps qui sent, qui porte la charge de la solitude, et l'épreuve de la douleur de la solitude.

Nous évoquerons ensuite qu'il attendait beaucoup de moi, par exemple que je m'adapte à ses exigences d'emploi du temps et de ses disponibilités pour disposer de rendez-vous plus à sa convenance. Il évoque aussi qu'il venait sans une réelle implication de sa part ; il dit le désir de poursuivre sa thérapie avec enthousiasme, car « ça devient essentiel, important ». Mon désir est animé aussi de poursuivre l'accompagnement.

Exemple 2 : madame L

C'est la deuxième séance.

Elle est perdue, elle a tout perdu ; son mari, sa maison, ses capacités de penser, de vouloir, de pouvoir. C'est la chute. Elle se sent « comme une petite fille de 10 ans ».

Elle me dit avec une voix faible : « ça ne va pas mieux ». C'est la deuxième séance, et vu le contexte, oui cela ne peut pas aller beaucoup mieux. J'imagine l'insupportable de ce qu'elle vit, son urgence de sortir de ses angoisses qui la prennent plusieurs fois par jour avec une grande intensité, impossible de respirer, gorge serrée avec la peur imminente de mourir, elle dit « quand est-ce que ça va s'arrêter » avec un regard angoissé et terrifié. Elle prend des antidépresseurs IRS depuis 15 jours et des benzodiazépines ; elle n'en ressent pas encore les effets, et elle essaye de « gérer ses angoisses permanentes ».

Figée sur le bord du fauteuil, raide, immobile, les yeux vides, extrêmement tendue, elle ne prend pas appui sur le dossier, je ne la vois pas respirer. Je me sens raide, figée, mobilisée avec une grande intensité, crispée, tendue vers elle, je ne la quitte pas des yeux.

Son regard va sur le côté et revient vers moi, plusieurs fois. Je lui demande ce qu'il se passe, s'il y a une différence dans son ressenti alors qu'elle regarde vers le mur ou bien vers moi. Elle dit oui et dit : « Quand je vous regarde, je vous vois mais c'est comme si mon regard partait au loin et ne butait sur rien : "ça" s'en va, "ça" ne s'arrête pas, c'est comme si ça vous traversait et

"ça" va au loin nulle part. Et puis "ça" augmente ma tension interne ». Sa respiration se fait serrée, imperceptible, l'angoisse monte. La mienne est oppressée, suspendue, en apnée. J'imagine à partir de la description de son ressenti de son regard vers moi que rien ne fait contenant, ni contact, qu'elle n'a pas de « retour » et qu'elle se sent se dissoudre ou partir dans l'espace. Je la vois les bras croisés, elle agrippe ses bras et les serre contre sa poitrine. Je pense en moi-même : pour se tenir ? Pour chercher à se sentir ? Je lui demande ce que ça lui fait de serrer ses bras ainsi, et si elle sent ce contact. Elle dit qu'elle le sent et que cela lui fait plutôt du bien de se sentir. Elle se recroqueville lentement, elle se rassemble ? Je ressens l'envie de la toucher, de toucher son dos, ses bras, d'offrir un contenant, un contact. Habituellement je verbalise comment je suis « aspirée » à vouloir m'approcher, comme si le corps de l'autre m'appelait, tout en me retenant volontairement d'agir ce que je ressens. Mais là, je propose mon contact : je ressens une intensité inhabituelle, un sentiment d'urgence, qu'il faut absolument la contenir, contenir sa détresse, sa souffrance. Elle a des idées noires et elle est désespérée, elle m'a dit à la dernière séance et au début de celle-ci qu'elle pensait à mourir, à se donner la mort, à se jeter sous un train. Aussi je m'approche, je lui touche les bras, les mains. Ses lèvres tremblent, son visage tremble, les pleurs viennent. Ce sont des gros sanglots, sa respiration est plus forte, elle prend de l'air, elle fait du bruit, elle bouge, je respire aussi autrement. De l'affect d'angoisse c'est l'émotion de sa détresse qui émerge, et des mots viennent : elle dit qu'elle a peur, elle est terrorisée, perdue, elle a tout perdu, elle aurait dû réagir avant, elle ne sait plus quoi faire, elle n'en peut plus. . . Elle souffre, elle s'en veut.

La fin de séance porte sur le thème de comment trouver un soutien pour traverser, dans le sens passer au travers, faire l'épreuve de la chute, de la perte de ses idéaux, de la perte de son insouciance immature, assumer sa responsabilité et « répondre de ». Traverser non pas au sens de sauter la rivière en empruntant un pont, enjamber et être déjà de l'autre côté sans en avoir senti l'épreuve, mais traverser le vide, l'angoisse avec toutes ses formes ; du sentiment de culpabilité à la perte de tous les appuis qui prend forme de l'angoisse sans représentation possible. Trouver des appuis un à un, brique après brique et non pas échafauder un château de cartes comme celui qui vient de s'aplatir. . . Chercher ce qui peut faire un contenant, un endroit pour se poser, accepter de ne pas pouvoir faire, ne pas pouvoir penser ni entreprendre, et donc en pratique de ne pas pouvoir chercher et prendre un appartement car elle ne peut pas actuellement endosser cette responsabilité, car elle se sent sans force, sans consistance. . . Plutôt chercher ce qui va faire un appui, un soutien, lors de l'expérience de son sol qui se dérobe, ou des pensées qui s'emballent et qui la terrifient. Est-ce que les « appuis parents » qui mettent la pression malgré eux pour « qu'elle bouge et qu'elle se

prene en main » vont comprendre et accepter qu'elle ne puisse pas avancer ni entreprendre une décision maintenant car elle n'a pas assez d'énergie, ni de pensées claires ? L'entourage presse alors qu'elle ne peut plus même physiquement se porter. Plutôt marcher dans le jardin, rester au lit, sentir la chaleur du thé ? Nous cherchons ensemble les petits détails qui font soutien.

Comprendre la méthode

Dans ces exemples, le psychiatre ou le thérapeute contribue à l'expérience, il est **impliqué et engagé** [7]. La posture sous-entend aussi notre projet, nos objectifs, la conception du soin ou de la psychothérapie. Il y a un positionnement qui lui-même a des conséquences sur les choix d'interventions : ce que nous décidons de mettre en œuvre ou pas, de dire ou de ne pas dire, de faire ou de ne pas faire en fonction de notre manière d'avoir appris et de comprendre le soin. Si le thérapeute ou le psychiatre est en position d'expert, le patient en sera affecté d'une manière ou d'une autre. Quelle que soit la posture, celle-ci organise la situation. La position d'expert donnera raison au paranoïaque en favorisant le fait de se sentir objet, infantilisé, insuffisant, dévalorisé... Notre manière de nous tenir, d'intervenir engendre toujours des conséquences et produit toujours un effet politique et éthique. C'est notre responsabilité de regarder cela.

Dans la posture phénoménologique, le soignant est impliqué dans l'expérience. C'est un acte de co-construction de connaissance, de mise en évidence du phénomène. Tel que décrit par Feys [1] et Vuillemin [6], le prédicat, l'accès à la connaissance dans les systèmes de pensée intuitifs est une méthode et produit la chose par l'acte même de synthèse de jugement ; l'existence de l'objet est contingente, c'est-à-dire qu'elle est conditionnée par l'acte de connaissance de la personne, autrement dit elle est issue de l'expérience alors que dans les systèmes de pensée dogmatiques les choses par prédicat existent et préexistent en dehors du sujet. Pour le mettre en évidence, il s'agit de comprendre que toute manière de se comporter témoigne d'une manière de faire avec la question de l'existence [3] : faire avec la question de l'angoisse d'avoir à mourir, de prendre ses responsabilités, de devoir faire des choix, de répondre de tout, tout le temps, dans notre commerce avec nous-mêmes et avec autrui, dans chaque acte quotidien, dans la manière de se dire bonjour, au revoir, de se dire quelque chose ou pas, etc. Nous ne pouvons nous dégager de la manière de tisser en permanence des significations et des comportements, nous sommes « pris avec » [8]. La méthode est donc dans une attention à ce qui apparaît sans perdre de vue que cette manière de se dire et de se comporter survient à ce moment-là avec moi et que je co-construis avec ma présence la situation. Il ne s'agit pas de se mettre en posi-

tion méta, de sortir de l'évidence naturelle, car ce n'est pas possible, on ne peut pas s'extraire du monde ; la réduction phénoménologique a ses limites. Mais regarder pour soi et pour autrui les manières de dire, de se comporter, d'habiter la présence, de prendre appui, de se tenir. Suivre pas à pas la manière dont on est pris dans l'expérience sans vouloir aller quelque part, sans même avoir une attente de résultat. Déplier, expliciter, ce qui est présent dans l'ici et maintenant, c'est-à-dire ce à quoi nous sommes sensibles, à ce que nous voyons, imaginons, ressentons à partir des informations verbales et non verbales que *me donne mon expérience plutôt que mon patient*. Esquisser au fur et à mesure et ainsi donner forme à l'expérience. Combe [9] le dit ainsi : mettre des mots sur ce qu'il expose de lui-même ne peut être fait dans une « langue informative ». Le centrage est sur la manière dont nous sommes présents à la place de chercher la signification. Ainsi nous serons à l'écoute de notre éprouvé, de notre corps réceptacle de nos synthèses passives, de notre manière d'être sensible, de recevoir la présence d'autrui, d'y être. Être insensible est une manière d'être sensible. Sentir que notre propre respiration est saccadée, sentir que notre manière d'articuler se trouble de manière inhabituelle, se surprendre à perdre ses mots, se sentir vide, ou tendu ou encore sur le qui-vive etc. De manière intuitive nous nous mobilisons, notre corps suit les changements au fur et mesure de notre présence : nous avons envie de fuir ou bien de nous approcher, ou bien nous ressentons une aversion, une crispation, puis nous nous détendons... Le vocabulaire est celui d'un corps en mouvement, qui sent et se meut. Il nous faudra chercher chez soi, et voir chez autrui ces signes langagiers qui affleurent, apparaissent, tel que le phénomène se montre. Ce processus d'être avec, de chercher ensemble est à la fois une manière de faire le diagnostic et « le traitement », je dirais plutôt l'accompagnement mais celui-ci est fondamentalement thérapeutique.

Psychiatre ou psychothérapeute, le regard phénoménologique nous porte à nous sentir impliqué, engagé, conscient et soucieux de cette co-construction, centré sur l'acte qui fait accéder à un phénomène, à un dévoilement qui ne pré-existe pas. Acte de rencontre, acte qui vise non pas à réparer, mais plutôt à traverser l'éprouvé ensemble, à regarder les appuis, les absences d'appuis, la responsabilité, et le fait d'être humain et d'avoir à vivre.

Pour le dire autrement, la posture est soit du côté de la forme soit du côté du concept.

Du côté du concept, la chose ou phénomène selon l'entente husserlienne [10] peut apparaître dans une complétude, c'est-à-dire que l'on peut dire « c'est ceci, c'est cela ». Du côté de la forme, la chose phénomène n'apparaît jamais entière, éclairée, elle est tant du côté de la figure que du fond. Elle éclaire une face sans quitter l'autre, être/étant sont en rapport sans pouvoir se séparer, montrant la manière de répondre de son existence

à chaque instant. L'être humain est ex-istant, c'est-à-dire toujours déjà au monde et tendu vers sa possibilité suivante d'être [3].

La posture se garde dans la manière de se tenir, de se comprendre et de comprendre le monde. « Elle nous demande absolument de faire partie de ce qui nous est dit, non pas d'écouter seulement les mots, car c'est alors que nous pouvons "entendre" » Heidegger [11]. Il s'agit, paradoxalement aux attitudes apprises, de ne pas chercher à faire changer son patient [3], mais plutôt lui permettre d'assumer la façon dont il se tient, l'inviter à l'assumer (en prendre la responsabilité) de telle manière que cette démarche ouvre la possibilité et la liberté de se comporter ainsi ou autrement, de manière résolue. Le thérapeute lui-même se tient dans le souci d'entretenir la crise d'existence [12] et le travail consiste à amener le patient à la conscience et lui permettre d'en prendre la responsabilité. Toute forme de présence, tout phénomène est une forme de vérité et a sa justesse comme en musique. Toute forme de présence témoigne d'une manière de s'accorder, de pouvoir être ainsi ou autrement, et d'en porter la charge. Il s'agit d'aider à regarder et voir ce rapport être/étant, et c'est le fondement de l'acte thérapeutique. Ne pas vouloir que le patient change mais nous regarder tels que nous sommes et tels que nous devenons sans cesse dans cette question d'avoir à être. La question de qu'est-ce qu'un humain ne peut se tarir, ni se clore et se loge à notre insu toujours à tout moment (on ne peut quitter ce corps, ce monde) dans un rapport qui plus ou moins ouvre ou ferme cette question.

Conclusion

Une posture, c'est une manière d'appréhender le monde et de s'y tenir avec un patient, de se comporter, de dire les choses et de parler avec une tournure en accord avec tout cela : être attentif, silencieux, poser des questions, remplir une échelle d'évaluation, annoncer un diagnostic, ordonner un traitement... Le statut de psychologue ou psychothérapeute ne définit pas a priori la posture qui plutôt se révèle dans la manière de se référer à des présupposés. Si les psychologues, les psychothérapeutes ou les médecins se réfèrent à une théorie, la psychologie ou la médecine, ils se réfèrent à des fondements tels que la science, l'homme neuronal, l'homme dominé par des conflits inconscients ou dominé par conflits psychiques, pour n'en citer que quelques-uns. Cette posture est celle d'un expert, un « sachant », qui exerce dans l'évidence de la séparation sujet/objet.

Toutefois, le psychiatre qui adopte une posture phénoménologique en psychiatrie ne manquera dans ses missions variées pas d'éprouver certaines contradic-

tions : obligé par ses missions de « savoir » et de décider selon des références scientifiques et lors de l'intervention psychothérapeutique ou la recherche d'alliance la posture serait celle de « ne plus savoir » et de solliciter la démarche de se déprendre de ce qu'il sait toujours déjà quand il se réfère à la phénoménologie. Est-ce possible de tenir conjointement ces deux postures qui s'opposent sans nuire à la force de notre présence et de nos décisions ? Être psychiatre ou psychothérapeute, faut-il choisir ? Il me semble possible dans notre profession de prendre en garde les différentes postures avec leurs fondements pour tenter de préserver un chemin d'ouverture et espérer des moments de rencontre. Avec la réserve que la posture phénoménologique n'est pas un costume que nous endossons, ni une attitude théorico-clinique que nous appliquons. Cette posture concerne plutôt une manière de se comporter à autrui dans un tout, et cette posture d'engagement nous convoque dans la vie quotidienne. C'est-à-dire que nous ne pouvons laisser de côté la question épistémologique, la question politique, la question de l'engagement, donc la question éthique, car tout comportement donne à voir le rapport à la question de être. Comment préserver la question de l'humain et ne pas nous réduire à des objets vivants ? Est-il possible dans nos pratiques de psychiatre ou de psychothérapeute de aussi penser autrement ? Car la façon de penser produit une société...

Liens d'intérêt L'auteure déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Feys JL. *Quel système pour quelle psychiatrie*. Paris : Presses Universitaires de France, 2014. Coll. « Souffrance et théorie ».
2. Brokatzky C, Gennart M, Thoney J. L'attitude phénoménologique dans la pratique clinique. *Evol psychiatr* 2015;80:701-12.
3. Blanquet E. La posture du Gestalt-thérapeute. *Les cahiers de Gestalt-thérapie* 2012;30:87-107.
4. Deshays C. Distance, posture et éthique relationnelle. *Les Cahiers de l'Actif* 2014;460/461:133-48.
5. Guillen A. *Essais d'épistémologie pour la psychiatrie de demain*. Paris : Érès, 2017.
6. Vuillemin J. *Nécessité ou contingence. L'aporie de Diodore et les systèmes philosophiques*. Paris : Minit, 1984. Réed. 1997.
7. Bloc L, Moreira V, Wolf-Fedida M, Chamond J. La relation d'implication (et non d'application) entre les phénoménologies philosophique et clinique : le point de vue d'Arthur Tatossian. *Bulletin de psychologie* 2017;550:301-9.
8. Deshays C. *Trouver la bonne distance avec l'autre*. Paris : Interéditions, 2018.
9. Combe C. La métamorphose de l'informe. *Perspectives Psy* 2004;43:107-12.
10. Cermolacce M, Martin B, Naudin J. Approche phénoménologique en psychiatrie. *EMC psychiatrie* 2016;13:1-8.
11. Heidegger M. *Essais et conférences*. Paris : Gallimard, 1958.
12. Blanquet E. Subjectivation et théorie du self. *Les cahiers de Gestalt-thérapie* 2009;24:161-78.