

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

Artikel: Soins infirmiers et phénoménologie (II) : approche clinique
Autor: Baumann, Régula
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-870313>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.03.2025

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

SOINS INFIRMIERS ET PHÉNOMÉNOLOGIE (II) APPROCHE CLINIQUE.

À travers un voyage impressionniste issu d'une approche phénoménologique, l'auteur souhaite montrer les difficultés de partage du temps vécu et la géographie singulière des patients schizophrènes. Son propos invite à visiter l'œuvre d'Eugène Minkowski, avec ses notions de temps vécu, de perte de contact vital avec la réalité, de syntonie et de rencontre.

Différentes approches (descriptive, systémique, psychodynamique) ont marqué ma pratique infirmière selon les obédiences des institutions auxquelles j'appartenais. Si l'une d'entre elles était plus privilégiée, ce n'était jamais aux dépens d'une autre et j'ai toujours eu la chance d'évoluer dans un mouvement qui visait à considérer l'être humain dans sa globalité.

La section dans laquelle je travaille aujourd'hui privilégie l'approche phénoménologique et le nom qui la désigne, Eugène Minkowski, constitue pour moi une référence sur le plan de la pensée psychiatrique.

Ma pratique infirmière auprès des patients ne s'inscrit donc qu'en partie dans un cadre traditionnel qui recherche la prévention des rechutes et la garantie de la meilleure qualité de vie possible malgré la maladie. Dans ce cadre, ma pratique est axée principalement sur le traitement palliatif des symptômes, l'acquisition de compétences, la réinsertion et la réhabilitation. Les soins visent à favoriser progressivement une participation du patient à l'amélioration de son état et à lui permettre de retrouver son autonomie. Outre un rôle de soutien, de guidance ou de conseiller, mon travail auprès du patient consiste alors essentiellement à me préoccuper de ses ressources et à l'aider à mobiliser ses capacités créatrices,

par exemple dans l'écriture ou le dessin. Mon travail ne se limite néanmoins pas à ces objectifs, car entre le patient et moi, se noue une participation au sentiment général de la vie et à travers lui surgissent les multiples questions métaphysiques auxquelles son vécu me confronte. Dans ce qu'il m'en dévoile, dans son discours et dans son contact avec moi, il ne cesse en effet de me surprendre et de m'interpeller, de m'émouvoir et de me troubler.

Cette nouvelle approche à laquelle j'ai été sensibilisée m'a donné envie de me familiariser avec les œuvres d'Eugène Minkowski et en particulier avec sa notion de « perte de contact vital avec la réalité » pour mieux en pénétrer le sens. L'occasion qui m'a été donnée d'approcher son œuvre, notamment *Le temps vécu* — un peu comme celle d'une Bible —, en l'ayant souvent à ma portée, en m'y plongeant de temps à autre, en lisant et en revenant sur un passage qui a retenu particulièrement mon attention, ou encore, en méditant sur lui et en le mettant en relation avec mon propre vécu, tout cela m'a permis de mieux prendre conscience des dimensions qui sous-tendent toute existence humaine, la temporalité et la spatialité et de mesurer leur impact sur la souffrance de mes patients. Dans une première approche, j'essaie d'abord de nommer cette expérience première, de dire que selon ce que nous vivons, nous percevons le monde autrement, ou que nous sommes au monde différemment : que si l'état amoureux nous donne des ailes et suscite l'envie d'embrasser la terre entière, au contraire, l'état où nous sommes confrontés à une perte engendre le sentiment que « tout s'arrête net » et que le temps s'arrête là ; que l'émotion joyeuse nous anime dans tous les sens alors que l'affect de tristesse nous donne plutôt l'envie de nous retirer et de rester tranquilles ; qu'un projet enthousiasmant nous « pousse en avant », tandis que l'ennui nous fait « stagner ». Cette manière d'appréhender l'expérience m'a aidé à mieux intégrer ces phénomènes, à la fois thymiques et dynamiques, et qui par ailleurs ne peuvent se limiter à ces exemples. En outre, une autre lecture fort ardue pour moi, d'un chapitre de la thèse d'Arthur Tatossian, *Étude phénoménologique d'un cas de schizophrénie paranoïde*¹, m'a permis d'élargir les notions de temps et d'espace à une façon d'être soi dans le monde et de réaliser qu'elles ne pouvaient se confondre avec le temps et l'espace physiques.

1. Arthur TATOSSIAN, « Étude phénoménologique d'un cas de schizophrénie paranoïde » in *Psychiatrie et phénoménologie*, Paris : Lindbeck, 1997.

Il ne s'agit pas de céder à l'illusion de pouvoir se mettre à la place des patients, car ceux-ci se chargeront d'ailleurs de vous remettre à la vôtre. Je pense notamment à une patiente qui m'avait dit une fois : « Non, vous ne pouvez pas me comprendre, personne ne peut me comprendre [...] même un mec de cinq étoiles ne supporterait pas ce que je vis. » L'attitude phénoménologique m'encourage plutôt à interpeller les patients face à leur monde, à me décentrer en essayant d'imaginer quel serait mon vécu face à l'une ou l'autre des manifestations dont ils me font part. Ma pratique m'a montré que lorsque nous nous intéressons à leur *psyché*, les patients s'interrogent bien souvent sur ce qu'ils vivent et sur leur devenir. Certains se posent des questions à propos de leur singularité et ont à cœur de trouver par eux-mêmes une définition de ce qu'ils pensent être leur maladie. Je pense par exemple à un patient de ma consultation qui se demandait si la schizophrénie n'était pas « la capacité à déceler des messages cachés » ou alors « une maladie de la sincérité ». Il faisait référence aux « attitudes déguisées » qu'il adoptait envers les autres afin de paraître comme eux.

Les exemples qui suivent illustrent comment j'ai essayé d'intégrer ces nouvelles notions dans la clinique afin de mieux en saisir la portée.

Pensées et vitamines

Un jeune patient m'a demandé un jour s'il existait des médicaments pour lui redonner des pensées. Il me disait ne plus en avoir. Il avait beau en chercher, il n'en trouvait point.

Aux questions que je lui posais sur son vécu, il me répondait : « mais que voulez-vous que je vous dise... rien... et puis de toute façon, vous ne pouvez pas m'aider... personne ne peut rien faire pour moi. » Il était fâché de constater que malgré toutes ces années de traitement, son état ne s'était pas amélioré. « C'est seulement pire qu'avant. » Il se sentait devenir toujours plus « faible » et ce n'était pourtant pas par manque de sommeil. Il avait consulté un médecin généraliste pour des douleurs dorsales, puis d'autres spécialistes qui ne lui avaient rien trouvé. « Tout était normal » mais il ne se sentait pas mieux pour autant.

Son travail à cent pour cent comme « *pizzaïolo* » lui prenait toute son énergie. C'était surtout le contact avec ses collègues qui lui posait problème. Il cherchait constamment à les fuir pour ne pas avoir à les affronter. Il redoutait particulièrement les repas pris en commun avant le service. Il se sentait complètement

démuni face aux autres. Non qu'il éprouvait des difficultés à entrer en relation avec les autres mais il souffrait de devoir soutenir une conversation dans la durée, car il ne savait simplement pas que dire, ou alors se sentait à l'aise uniquement lorsqu'il était question de drame ou de mort, parce qu'il se sentait au moins concerné par ces sujets-là. Il vivait aussi dans la crainte que son amie récemment conquise, le quitte subrepticement comme la précédente car il n'avait rien à lui offrir, sinon son mal de vivre.

Ce sentiment avait toujours été plus ou moins présent depuis son enfance, mais il s'était exacerbé pendant son adolescence, l'incitant à sécher les cours, raison pour laquelle il n'avait, dit-il, rien réussi de bon. Ce sentiment s'était traduit par un manque d'assurance dans les rapports avec autrui. Il se souvenait aussi avoir été comme absent aux autres, un peu dans la lune, préférant la solitude au monde. Il disait n'avoir jamais eu d'idée délirante ou avoir entendu des voix.

Il s'était animé en m'évoquant un lien avec un homme alors plus âgé que lui et qui avait en quelque sorte remplacé son père. Il ne pouvait pas compter sur ce dernier car il était alcoolique. Cet homme lui avait notamment sauvé la mise en l'éloignant du milieu de « voyous » qu'il fréquentait un peu malgré lui durant son adolescence.

Issu d'une fratrie de cinq enfants, il avait essayé tant bien que mal de soutenir sa mère, douce et aimante, mais dépassée par les événements. Un autre frère plus jeune que lui et sa sœur aînée étaient suivis sur le plan psychiatrique car ils avaient « perdu la boule ». Ils étaient devenus comme « fous » et à « côté de la réalité ». Il se demandait par ailleurs s'il n'y avait pas un facteur héréditaire qui expliquerait leur maladie et la sienne, un oncle maternel étant lui aussi dépressif.

Si son histoire m'avait touchée, son vécu actuel m'avait aussi interpellée. Bien qu'il « fonctionnait » à son travail et qu'il pouvait encore me relater quelques faits, lorsque je l'interrogeais sur son lien avec son amie, ou lorsque je lui demandais des nouvelles de sa fille âgée aujourd'hui de cinq ans, et qu'il n'a plus jamais revue depuis sa séparation d'avec son ex-amie — il y a trois ans —, il devenait perplexe. C'était comme si tout n'était plus que néant. Il était angoissé face à ce rien mais sans qu'il puisse en dire davantage. Plus je lui posais des questions, plus il se réfugiait dans le silence.

L'existence propre de son corps vivant (*Leib*) semblait elle aussi être touchée par ce vide d'être. Il s'astreignait plusieurs fois

par semaine à faire du body-building mais sans résultat car il se sentait toujours aussi « faible » et sans « force ». À ce propos, je ne sais pas s'il s'agit d'un hasard mais j'ai remarqué qu'il n'est pas rare de rencontrer parmi les patients, quelques uns qui se sont distingués par le passé dans des sports de combat ou qui montrent quelque attrait pour le culturisme ou les arts martiaux ou qui, accablés par leur sort, entreprennent des voyages en Inde dans l'espoir de raviver quelque chose en eux. On peut dès lors imaginer, que dans cette transformation de l'être-dans-le-monde où le corps vivant (*Leib*) semble être aussi touché, ces patients tentent par de telles démarches de reconstruire leur corps, de lui redonner une consistance et par là-même de retrouver de l'énergie.

Mon patient m'expliquait se sentir « comme mort », un « mort vivant ». C'était comme si la vie tant intérieure qu'extérieure s'était évaporée ou avait disparu.

S'il tenait à son amie, il ne pouvait dire pourquoi et encore moins me faire part de ses sentiments à son égard. Elle semblait lui suffire telle quelle, posée dans un ici et maintenant. Il n'arrivait pas à penser ce lien, à se penser en tant qu'être-l'un-avec-l'autre (*Mit-einander-sein*) dans le monde et à penser l'autre, en l'occurrence son amie, comme le Tu dans sa réciprocité du Je. Ce qui signifiait pour lui qu'il n'arrivait pas à mettre en perspective sa relation avec son amie. Il n'avait donc pas de projet d'avenir avec elle. « Au jour le jour... je ne sais pas... », disait-il.

Au cours de cette prise en charge, nous (le médecin et moi-même) avons à sa demande diminué son taux d'activité professionnelle à septante pour cent et nous envisageons peut-être de le diminuer davantage à l'avenir dans le but, si j'ose dire, d'améliorer sa qualité de vie car son travail le stresse énormément ; de même, nous avons réajusté la médication afin qu'il se sente moins fatigué. Mais en dépit de ces mesures, son état pour le moment reste inchangé. En revanche, il nous a remercié de l'avoir pris au sérieux. En effet, c'était important pour lui que nous reconnaissons ses difficultés et à quel prix il survivait.

Pour moi, si son vécu existentiel m'a donc interpellée en tant qu'être-dans-le-monde, il m'a permis en tant qu'infirmière de mesurer l'ampleur d'une demande comme par exemple, celle de médicaments pour avoir des pensées ou celle de vitamines qu'il m'a faite par la suite. C'est une requête qui paraît *a priori* banale, mais qui remise dans son contexte, prend toute sa signification et même un caractère pathétique.

Le « squatting » de l'être-soi

Un autre patient m'a fait part dernièrement qu'un «être sans corps» s'est adressé à lui de la manière suivante : «bonjour, je suis un gant de cuisine». Il lui avait fait des commentaires «insolents» et «vraiment nuls». Il ne souhaitait pas me les répéter car il avait honte. Il m'a cependant précisé qu'il ne s'agissait pas d'un gant de boxe mais bien d'un gant de cuisine avec des fleurs.

Sans entrer dans les détails de son histoire, j'aimerais cependant juste en relever quelques événements. Le patient a vécu il y a trois ans une période de deuil liée à la perte de ce qu'il nomme «ses têtards». Ils s'étaient révélés à lui il y a vingt ans à l'occasion d'une lecture d'un ouvrage sur les volcans. Chaque «têtard» représentait une entité spécifique et possédait une signification particulière. Il s'était toujours senti ambivalent face à ses «têtards». En effet, s'il se réjouissait qu'ils s'en aillent, eu égard à certains «têtards» qui s'étaient montrés tyranniques et qui le vidaient en lui pompant littéralement son énergie, il n'en restait pas moins vrai qu'ils avaient aussi été ses compagnons de vie.

En outre, bien qu'il avait été porté par l'espoir de devenir «un peu comme tout le monde», d'appartenir à une collectivité et d'être reconnu par ses pairs — en l'occurrence par ses collègues de travail —, il craignait aussi d'être gagné par une forme de banalité en se confondant dans le commun des mortels. «Un peu comme tout le monde» signifiait pour lui «comme vous et les autres». Il avait longtemps cru que nous étions tous habités par des têtards. De réaliser que ce n'était pas le cas, l'avait amené à prendre une certaine distance vis-à-vis de ses têtards et surtout à s'interroger sur ce qui le différenciait des autres ou plus précisément pourquoi il n'était pas comme les autres. Il se rendait bien compte que la vie prenait d'autres tournures pour lui. En effet, si la vie pour ses collègues lui paraissait être évidente, sa vie quotidienne relevait par contre du parcours du combattant. Tout lui semblait extrêmement compliqué et prenait des proportions démesurées. Le plus petit événement, la moindre remarque qu'un collègue lui adressait, le bouleversait. Haïssant les contacts, il les fuyait dans la mesure du possible. Il expliquait son comportement par un profond malaise qui l'envahissait «tout entier» lorsqu'il était en contact avec autrui et en particulier avec ses collègues. Il était alors gêné parce qu'il transpirait et rougissait. Il disait qu'il ne savait tout simplement pas comment «être avec eux» et que quelque chose lui échappait dans la relation avec les autres mais

aussi parce qu'il était persuadé que « tout le monde jouait à faire semblant » et lui en particulier, parce que la vie n'était en fin de compte qu'une « funeste comédie ». Il s'étonnait que je ne partage pas son sentiment et me demandait alors comment c'était pour moi et comment je faisais pour paraître si à l'aise dans la vie.

Si son propos méritait toutefois d'être nuancé, son vécu m'a aidée à mieux intégrer les notions de « contact vital avec la réalité », de « sens commun² » ou de « l'évidence naturelle³ ». En effet, lorsque mon patient fait allusion à ce quelque chose qui lui échappe, qui lui fait somme toute défaut dans ses contacts, lorsqu'il imagine que nous jouons tous à faire semblant dans nos contacts avec autrui, il me semble pouvoir faire référence à ces notions. P. Bovet explique que ce qui est en jeu sous ces notions, « c'est un ensemble de capacités automatiques, préconceptuelles, non propositionnelles, qui marquent notre sensibilité à l'évaluation holistique du contexte et que John Searle propose d'appeler "capacités d'arrière-fond" (*background capacities*)⁴ ».

Récemment, mon patient me disait avoir constaté que « les gens aimaient qu'on répète les mêmes choses qu'eux [...] comme un écho ». Il avait observé qu'ils se sentaient rassurés et plus à l'aise. Cette déduction lui permettait d'adopter la même attitude à quelques nuances près envers les autres et lui apportait ainsi une solution à ses difficultés relationnelles. Cette nouvelle perspective lui permettait d'assurer une continuité dans le contact avec autrui à l'instar disait-il des facteurs héréditaires qui se transmettent d'une génération aux suivantes.

Mon patient interprétait ses difficultés à avoir des contacts par le fait aussi qu'il craignait les mauvaises nouvelles. Ainsi, il ne souhaitait même pas entretenir des liens avec ses frères de peur qu'il leur arrive quelque chose auquel il aurait à faire face.

Au cours de cette prise en charge qui dure maintenant depuis dix ans, nous avons longuement abordé son histoire de vie et en particulier familiale. Les histoires liées à ses « têtards » ont aussi marqué nos entretiens.

2. Eugène MINKOWSKI, *La Schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*, Paris : Payot, 1927.

3. Wolfgang BLANKENBURG, *La perte de l'évidence naturelle : une contribution à la psychopathologie des schizophrènes paucisymptomatiques*, Paris : PUF, 1991.

4. Pierre BOVET, « La schizophrénie : une pathologie de l'entrejeu ? », in *Humeurs Ressentir*, 19, (1996).

Il est parvenu de lui-même, je le souligne, à faire un lien entre sa famille et ses « têtards ». Il a réalisé que ses « têtards » réunissaient en fin de compte certaines caractéristiques qu'il pouvait retrouver chez ses parents.

S'il s'était déjà un peu distancé de ses « têtards », cette prise de conscience a néanmoins eu pour conséquence qu'ils se montraient de plus en plus discrets, au point que mon patient se demandait s'ils n'étaient pas tout simplement partis.

Le processus de deuil lié à la perte de ses « têtards » l'avait amené à penser d'autres pertes déjà vécues, notamment celles de son frère jumeau et de sa sœur aînée, qui se sont tous deux suicidés, ce qui lui permit de renouer davantage le contact avec les expériences de la réalité commune, plus à même d'être partagées avec autrui, et plus en « syntonie » (Minkowski) avec l'épreuve du deuil.

Pour revenir à son histoire actuelle, c'est à l'occasion d'une intervention chirurgicale pour une hernie inguinale que cet « être sans corps » avait fait son apparition. Par ailleurs, mon patient n'excluait pas qu'un autre « têtard » puisse être responsable d'une zone de pression qu'il ressentait au niveau de sa cicatrice. Il se demande aussi s'il ne les a pas ressuscités. Je lie son interrogation à toutes les questions qu'il se pose aujourd'hui de façon plus précise et qui ont trait à la mort, à son caractère inéluctable et au mystère de l'incarnation en particulier. Ses « têtards » ne représentent-ils pas les âmes des siens ou celles de quelques autres personnes qui se seraient « collées » à lui pour continuer à œuvrer à leur manière ? Ou alors, lorsqu'il décèdera, son âme se détachera-t-elle aussi pour se « fixer » sur quelqu'un d'autre et qui l'accueillera ?

Lors d'un autre entretien, il m'a fait part de son irritation contre ses « têtards » qu'il n'avait somme toutes pas conviés. « Ils viennent chez moi sans que je ne les y invite, comme des intrus » m'a-t-il dit. Aussi absurde que cela puisse sembler, je me suis mise alors à imaginer mon propre vécu si des intrus faisaient irruption dans mon appartement. Il est certain que je ne me sentirais plus libre chez moi. Je serais constamment sur le qui vive. Toute ma vie s'organiserait autour de cette éventualité-là. J'occuperais l'espace différemment. Je me confinerais peut-être dans un coin de mon logement que je cesserais par ailleurs d'entretenir. Bref, je le désinvestirais petit à petit et un jour je le quitterais. Or, à écouter certains patients, c'est bien un peu ce qui se passe pour eux. On est parfois étonné de constater que notre propre logique

en de pareilles circonstances n'est parfois pas si éloignée de la leur. Je pense aussi à une de mes patientes qui souffre d'une schizophrénie paranoïde. Elle est convaincue que des personnes « pénètrent » dans son appartement en son absence pour déplacer des affaires, lui voler des habits pour les remplacer par des chiffons et durant son sommeil, pour lui faire des piqûres dans la tête. Si bien que chaque soir, elle barricade sa porte d'entrée et dort la lumière allumée. Je me souviens que, lorsque je débuteais comme stagiaire infirmière dans le service où elle consultait, j'avais été impressionnée par son récit. J'avais essayé de la rassurer, mais en vain ! Débutante en psychiatrie, je voulais absolument la convaincre du fait que personne ne l'importunait ou ne lui voulait du mal. Finalement, à court d'arguments, je lui avais même dit que si moi, je venais chez elle, je ne verrais personne. Elle m'a répondu qu'évidemment « ils » n'allaient pas venir sachant que j'étais là. C'est là où je dis parfois que leur logique dépasse la nôtre ! En réfléchissant à mon propre vécu, si « on » m'envahissait dans mon appartement, je me dirais que je pourrais retrouver un autre « chez moi », par contre, les patients sont souvent prisonniers du leur. Je pense à la même patiente qui va régulièrement en vacances dans sa famille en Allemagne et qui m'expliquait qu'« ils » la poursuivaient jusque là-bas car « ils » étaient au courant de ses moindres faits et gestes. « Et depuis le temps », me disait-elle (elle a aujourd'hui soixante-cinq ans) « si certains meurent, ils sont immédiatement relayés par d'autres qui, jusqu'à ma mort, ne me laisseront pas en paix. »

Mon patient aux « têtards » me disait que leur présence ne lui permettait pas de penser et d'agir librement. Comme « ils » ne s'adressaient pas forcément à lui mais qu'ils entretenaient aussi des rapports entre eux, comme certains étaient audibles mais que d'autres chuchotaient ou s'exprimaient par onomatopées, il devait rester sur ses gardes. Il avait essayé de retranscrire sur un cahier ce qu'il entendait mais sans pouvoir en saisir le sens. Comme je l'évoquais plus haut, certains « têtards » lui étant « hostiles », il devait trouver toutes sortes de « subterfuges » afin de les « amadouer ». On peut aisément imaginer que, lorsque des « locataires indésirables » s'installent chez vous, il vaut mieux parvenir à une cohabitation aussi bonne que possible, quitte à y laisser quelques plumes.

Cette métaphorisation impossible m'a amenée à mieux comprendre l'énergie que déploient certains patients pour lutter contre cette ingérence afin de sauvegarder quelque chose de leur espace

propre (*eigener Raum*), mais aussi ceux qui, vaincus, ont sacrifié leur «chez-soi», ou monde propre (*eigene Welt*), au profit de «l'étranger» et qui se sont retranchés dans une forme de solitude desséchée où désormais, ils nous donnent le sentiment que plus rien ne peut les atteindre.

J'évoque ici quelque chose qui fait plus référence à la sphère existentielle de la spatialité à laquelle nous confrontent aussi les symptômes des patients, tels qu'ils les vivent et ce qu'il nous en disent.

En effet, lorsque la symptomatologie se fait plus discrète, moins envahissante, qu'elle prend moins de place, lorsque des patients vous disent entendre moins de voix, se sentir moins «dérangés», voire plus du tout, qu'ils reprennent justement le dessus et qu'ils se sentent plus eux-mêmes, comme ils disent, ils nous montrent bien qu'ils sont dans un mouvement où ils peuvent à nouveau réinvestir quelque chose d'eux-mêmes, dans un espace qu'ils peuvent de nouveau reconnaître comme étant le leur. Ce mouvement se traduit aussi dans la vie extérieure lorsqu'ils émergent de leur confinement pour s'inscrire à nouveau dans la vie ambiante, telle cette patiente qui me disait entendre moins de voix, ce qui l'autorisait à nouveau à penser plus à ce dont elle avait envie et au plaisir qu'elle avait eu à partager ses vacances avec son enfant et son ex-mari. Elle se réjouissait aussi de pouvoir faire à nouveau plusieurs fois par semaine des allers et retours entre Lausanne et Genève pour voir son fils s'entraîner et disputer des matchs de football avec son équipe. Je pense aussi à cet autre patient qui allait «excursionner» tout en me précisant : «Oh... pas trop loin... je ne veux pas partir à l'étranger, je veux juste aller à Zermatt voir le Cervin et vous... vous partirez à nouveau à l'étranger ? »

Gare et ermite

Une autre image me vient encore à l'esprit. C'est celle d'une patiente que j'ai vue une fois tranquillement assise sur un banc du hall central de la gare, avec un cabas sur les genoux. D'autres personnes étaient assises à ses côtés. C'était midi et il y avait beaucoup d'animation autour d'elle. Je m'étais arrêtée pour l'observer, tellement cela me semblait invraisemblable qu'elle puisse se trouver là au milieu de tout ce monde. Sa tête restait immobile. Son expression béate m'avait alors frappée. J'étais à un tel point intriguée qu'à un moment donné je suis même passée devant elle, mais elle ne m'a pas vue. Par la suite, j'ai eu des remords de ne

pas l'avoir saluée mais j'étais tellement impressionnée par son attitude sur le moment que je n'ai pas pu aller vers elle. Il y avait en effet comme un *hiatus* entre elle et les autres qui s'affairaient dans tous les sens. Elle semblait complètement absente à elle-même et au monde.

Lorsque Minkowski écrivait : « L'ermite qui a fui le monde mais qui, le soir, au seuil de sa hutte admire le coucher du soleil ou le chant d'un oiseau, possède bien plus d'éléments de syntonie que l'individu qui, entouré de camarades, promène d'un lieu de plaisir dans un autre, son ennui et son désœuvrement⁵ », je ne peux m'empêcher de penser à cette patiente et dès lors cette notion de « syntonie », cette attitude à l'égard de l'ambiance qui semble ne pas toucher certains patients, prend toute sa signification pour moi.

Même si ces exemples méritent d'être encore développés, j'ai essayé de montrer comment cette approche phénoménologique influence ma pratique et les nouvelles perspectives qu'elle m'ouvre. Qu'il s'agisse d'accueillir dans un lien interpersonnel les réflexions d'un patient sur un passage de l'Évangile, son enthousiasme pour les pensées de Courteline, ou sa passion pour les oiseaux, qu'il s'agisse de m'intéresser à son poisson Igor, de me sentir à l'aise pour lui répondre s'il se soucie de mes projets de vacances, ou à mon retour, de savoir si elles se sont bien passées, même un bouquet de fleurs ou des mûres qu'il a cueillies, dans tous ces petits moments de la vie, la démarche phénoménologique me permet d'aller à la rencontre des aspects nouveaux de l'existence du patient, de le mettre en situation de faire l'expérience de lui-même, de son histoire intérieure et de lui permettre de retrouver peu à peu un sentiment d'identité.

Régula BAUMANN

5. E. Minkowski, *La Schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*, p. 31.

BIBLIOGRAPHIE CHOISIE

Régula BAUMANN, «Évoluer au rythme du patient», in *Soins infirmiers*, Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), 10, (1995).

Régula BAUMANN, «“Mes têtards”. L’accompagnement d’un patient schizophrène dans ses deuils», in *Étude sur la mort*, Revue de la Société de Thanatologie, 116, Paris : PUF, 1999.

Régula BAUMANN, «Rapports écoles-stages : une expérience collective», in *L’Écrit*, DUPA, novembre 2001.

BIBLIOGRAPHIE SUCCINCTE

Ludwig BINSWANGER, *Sur la fuite des idées*, Grenoble : Millon, 2000.

— *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*, réimp. in *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze*, vol. II, Heidelberg : Asanger, 1993 (1942).

— *Trois formes manquées de la présence humaine*, Paris : coll. Phéno (à paraître).

— *Der Mensch in der Psychiatrie*, Pfullingen : Günther Neske, 1957.

— *Le cas Suzan Urban. Étude sur la schizophrénie*, Paris : Gérard Monfort, 1988 (1957).

— *Schizophrenie*, Pfullingen : Günter Neske, 1957.

— *Mélancolie et manie*, Paris : P.U.F, 1987 (1960).

— *Délire*, Grenoble : Millon, 1993 (1965).

— *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris : Minuit, 1971.

— *Analyse existentielle et psychanalyse freudienne*, Paris : Gallimard, 1970.

Wolfgang BLANKENBURG, *La perte de l'évidence naturelle*, Paris : PUF, 1991.

— « Sur le rapport entre pratique psychiatrique et phénoménologie », in *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*, P. Fédida (éd.), Paris : Echos-Centurion, 1986.

Eugène BLEULER, *Lehrbuch der psychiatrie*, Berlin : Springer, 1966.

Médard BOSS, *Psychoanalyse und Daseinsanalytik*, Bern : Huber, 1957.

— *Grundriss der Medizin und Psychologie*, Bern : Huber, 1999 (1971).

Frederik Jacobus Johannes BUYTENDIJK, *Prolegomena einer anthropologischen Physiologie*, Salzbourg : Otto Müller, 1967.

Gion CONDRAU, *Daseinsanalyse*, Dettelbach : Röhl, 1998 (1989).

— *Martin Heidegger's Impact on Psychotherapy*, Dublin / New-York / Vienna : Mosaïc, 1998.

Henri EY, *Études psychiatriques*, Paris : Desclée de Brouwer, t. III, 1954.

Pierre FÉDIDA (éd.), *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*, Paris : Echos-Centurion, 1986.

Pierre FÉDIDA, Jacques SCHOTTE (éds.), *Psychiatrie et existence*, Grenoble : Millon, 1991.

Hans Georg GADAMER, Paul VOGEL (éds.), *Neue anthropologie*, Stuttgart : Thieme, 1975.

Victor Emil VON GEBSATTEL, *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*, Berlin : Springer, 1954.

Martin HEIDEGGER, *Être et temps*, Paris : Gallimard, 1986.

Max HERZOG, *Weltentwürfe. Ludwig Binswangers phänomenologische Psychologie*, Berlin / New York : de Gruyter, 1994.

Alice HOLZHEY-KUNZ, *Leiden am Dasein. Die Daseinsanalyse und die Aufgabe einer Hermeneutik psychopathologischer Phänomene*, Wien : Passagen, 1994.

Karl JASPER, *Psychopathologie générale*, Paris : Alcan, 1933 (1913).

— *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, Berlin : Springer, 1963.

Bin, KIMURA, *L'entre. Une approche phénoménologique de la schizophrénie*, Grenoble : Millon, 2000.

Bin Kimura, *Écrits de psychopathologie phénoménologique*, Paris : P.U.F, 1992.

Alfred KRAUS, *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver*, Stuttgart : Enke, 1977.

Roland KUHN, *Daseinsanalyse und Psychiatrie*, in H.W. Gröhle, R. Jung, W. Mayer-M. Gross, M. Müller (éds.), *Psychiatrie der Gegenwart*, Berlin : Springer, 1964.

Georges LANTERI-LAURA, *Psychiatrie et connaissance ; essai sur les fondements de la pathologie mentale*, Paris : Sciences en situation, 1992.

Henri MALDINEY, *Penser l'homme et la folie*, Grenoble : Millon, 1991.

Maurice MERLEAU-PONTY, *Phénoménologie de la perception*, Paris : Gallimard, 1945.

Eugène MINKOWSKI, « Phénoménologie et analyse existentielle

en psychopathologie », in *Évolution psychiatrique*, 13, (1948).

— *Traité de psychopathologie*, coll. Les empêcheurs de penser en rond, Paris : PUF, 1999.

Jan PATOCKA, *Qu'est-ce que la phénoménologie ?*, Grenoble : Millon, 1988.

Paul RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, Paris : Le Seuil, 1990.

Erwin STRAUS, *Geschehnis und Erlebnis, Zugleich eine historiologische Deutung des psychischen Traumas und der Renten-Neurose*, Berlin : Springer, 1930.

Wilhelm SZILAZI, *Einführung in die Phänomenologie Edmund Husserls*, Tübingen : Niemeyer, 1959.

Arthur TATOSSIAN, *Phénoménologie des psychoses*, Paris : Masson, 1979.

— *Psychiatrie phénoménologique*, Paris : Acanthe, 1997.

Hubertus TELLENBACH, *La mélancolie*, Paris : PUF, 1979.

Viktor VON WEIZÄCKER, *Le cycle de la structure*, Bruges : Desclée de Brouwer, 1958.