

Première partie

# **L'approche mise en œuvre**

EXEMPLAIRE DE LECTURE

## Psychiatrie et maïeusthésie

La psychiatrie œuvre beaucoup au niveau des psychopathologies. Un de ses paradigmes est que le symptôme est lié à un « trouble » (*disorder* en américain) qui est la manifestation d'un dysfonctionnement qu'il convient de corriger. C'est donc un axe différent de la maïeusthésie et aussi de la psychologie de la pertinence. Cela n'empêchera aucunement la psychiatrie de s'intéresser à cet axe de la pertinence et à la maïeusthésie qui peut avantageusement s'en révéler complémentaire.

La psychiatrie œuvre depuis longtemps pour accompagner au mieux les personnes atteintes de souffrances psychologiques ou même de psychopathologies. Le psychiatre est médecin et ajoute à la psychothérapie des possibilités médicamenteuses. Le psychologue est aussi en mesure de réaliser un diagnostic (mais lui ne prescrit pas de médicaments), de faire passer des tests, et – s'il en a la formation complémentaire – de mettre en œuvre des psychothérapies. Tout comme le psychiatre, il peut être psychothérapeute s'il en a fait la demande à l'ARS (agence régionale de santé). Hors de ces deux cursus et d'une validation par l'ARS, les praticiens ne sont pas psychothérapeutes (ce terme est légalement réservé) mais s'appelleront « psychopraticiens » (terme retenu par les fédérations).

Que le traitement soit psychothérapeutique ou chimique, il y a, en psychiatrie, un diagnostic. La nécessité diagnostique trouve sa source dans des raisons thérapeutiques, mais aussi dans diverses contraintes administratives et financières des fonctionnements institutionnels. Quelles que soient ces nécessités et leurs pertinences, il se trouve qu'un diagnostic pose de nombreuses questions (et remises en question) au moins depuis 1946. Depuis le « Médical 203 » (militaire) en 1946, suivi du DSM-I en 1952, puis DSM-II en 1968, DSM-III en 1974, DSM-III-R en 1987, le DSM-IV en 1994. Nous arrivons ensuite au DSM-IV-TR en l'année 2000 dans lequel nous trouvons ce paradigme très précis :

*Concernant le trouble : « Quelle qu'en soit la cause originelle il doit être considéré comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental psychologique ou biologique de l'individu. » (DSM IV-TR, p.XXXV)*

Nous reviendrons plus loin sur cet aspect concernant les symptômes, par rapport à la psychologie de la pertinence.

Puis, après le DSM-IV-TR, actuellement nous en sommes au DSM-V.

En dépit de toutes ces recherches et de cet outil, le diagnostic n'est pas aisé, quel que soit le soin apporté à celui-ci. Si l'on en croit l'expérience de Rosenan<sup>1</sup>, la certitude diagnostique est bien incertaine. D'autant que « *le diagnostic peut induire ce qu'on prétend décrire* », comme le fait remarquer le psychiatre Jean Maisondieu :

*« La première chose à faire est de détruire la définition [sémiologique] ; à elle seule elle est capable de fabriquer tout ou partie de la symptomatologie dont elle est censée rendre compte [...] Le mécanisme de démobilisation des soignants et d'induction de la chronicité/irréversibilité est remarquablement efficace. Il aboutit à terme à la validation de la définition. Il auto-entretient la maladie dans le cadre qui a été fixé »* (Maisondieu, 2001, p. 56).

Nous trouvons la même mise en garde dans l'ouvrage de Steeve Demazeux, consacré à l'histoire du DSM :

*« Mesure-t-on bien ce que l'on croit mesurer ? »* (Demazeux, 2013, p. 199)

*« La meilleure validité critérielle, c'est évidemment de trouver la cause de la maladie [...] Faute de disposer de tels critères extérieurs, la validité des tableaux cliniques en psychiatrie est condamnée à rester douteuse. [...] En psychiatrie, la validité prédictive des diagnostics est relativement faible. »* (ibid., p. 201)

*« Le diagnostic lui-même risque d'influencer le résultat, souvent dans un sens négatif. On ne peut pas exclure qu'un diagnostic de schizophrénie, par exemple, étant donné la forte stigmatisation sociale associée à ce diagnostic, puisse par le seul fait d'être posé, enfermer le patient dans un pronostic sombre (de la même façon que la réussite à un test cognitif peut donner confiance à un individu et bien disposer son entourage, au point d'avoir une influence à long terme). »* (ibid., p. 202)

L'ouvrage de Steeve Demazeux résume une thèse qu'il a réalisée sur le DSM, qui est à la fois incisive et très respectueuse, car il ne s'agit pas de critiquer le DSM dans un sens négatif, mais d'en comprendre les justesses, les nécessités administratives incontournables, autant que les difficultés authentiques et les limites, de façon aussi objective et délicate que possible.

Il est possible que la psychiatrie envisage aussi le paradigme de la psychologie de la pertinence et celui de la maïeusthésie, en plus de ceux de la maladie ou de la santé. Son impératif diagnostique très ancré ne rend pourtant pas la tâche aisée. Dans son important ouvrage, *La Conduite d'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension*,

1. Rosenan, psychologue, a organisé une expérience avec plusieurs confrères : chacun d'entre eux s'est présenté en hôpital psychiatrique annonçant « j'entends des voix qui me disent "vide et creux" ». Ensuite ils se sont comportés normalement. Ils ont tous été diagnostiqués « schizophrènes » et sont ressortis avec la mention « schizophrène en rémission ». L'expérience ne visait pas à critiquer les confrères, mais à mettre en garde contre le risque du diagnostic.

On trouve le détail de cette expérience dans l'ouvrage de Paul Watzlawick, *L'invention de la réalité*, (1988, p. 131-158) et aussi dans celui de Steeve Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformation de la bible américaine de la psychiatrie* (2013, p. 107-111).

le Dr Shea Shawn Christopher nous présente un examen attentif de la qualité des entretiens en consultation... ce qui en fait la nature, l'humanité, l'efficacité. Illustré de multiples exemples cliniques, son ouvrage montre bien chez le praticien, la préoccupation d'un recueil de données à visée diagnostique. Toute la délicatesse envisagée se trouve parfois ainsi piégée dans cette nécessité. Le Dr Shea propose d'en adoucir au mieux l'éventuelle rudesse par un profond respect du patient, une alliance avec lui, un partenariat, une écoute attentive, des questions adaptées. Sans doute proche des préoccupations du psychiatre Charly Cungy nous ayant offert son ouvrage *L'Alliance thérapeutique* (2006), qui cependant propose une alliance du praticien et du patient... afin de mieux lutter ensemble contre la pathologie du patient.

La quête qui consiste à identifier le dysfonctionnement dans un projet diagnostique donne ainsi une teinture assez tenace aux dialogues, dont il revient au Dr Shea Shawn Christopher d'avoir adouci les contours autant que faire se peut. Il précise bien la nécessité de...

« [...] *faire comprendre au patient que le clinicien s'intéresse à lui en tant que personne et ne voit pas seulement en lui un nouveau cas médical.* » (Shea, 2005, p. 51)

Par exemple, cette patiente atteinte d'obésité et d'idées suicidaires : après qu'elle eut évoqué un moment où, dans sa chambre, elle avait éteint la lumière, allumé des bougies, s'était assise, le clinicien lui demanda ce qu'elle regardait dans cette chambre, puis si elle se souvenait d'autre chose, enfin, abandonnant son investigation sur l'observation ou les souvenirs, il proposa :

« *Que ressentez-vous d'autre dans la chambre ?* » (*ibid.*, p. 52)

Voici une question judicieusement posée dont le Dr Shea fait remarquer que de le demander au présent fait sortir le sujet de son « regard souvenir » pour être dans un ressenti plus actuel, plus précis, plus authentique, moins déformé. La suite du dialogue est toutefois teintée par la quête diagnostique :

**Pt** : patiente / **Clin.** : Clinicien

« **Pt** : *Oui ça m'a blessée profondément... [Elle se ressaisit] Mais bon, ça a toujours été comme ça.*

**Clin.** : *Vous vous attendez à ce que les autres vous fassent du mal ?*

**Pt** : *...oui, en effet, peut-être que je m'y habitue, peut-être même que j'aime ça.*

**Clin.** : *Pour en revenir à ce soir, dans la chambre, quand vous regardiez la flamme qui tremblotait, avez-vous songé d'une manière ou d'une autre à vous faire du mal ?* »

Quand elle répond que oui, il poursuit par :

« **Clin.** : *Quelles sortes de pensées aviez-vous ?* »

Dans ce dernier pas, l'on s'approche de l'existentiel, du ressenti, d'un possible chemin vers un état d'âme et des justesses à l'œuvre... Mais la nécessité diagnostique conduit le praticien à penser ici « personnalité état limite » et oriente involontairement son non verbal et son discours.

La quête diagnostique reste présente et, en dépit de toutes les douceurs authentiques, le patient ressent intuitivement que celui qui l'accompagne « enquête » (avec bienveillance certes) sur la faille qui permettra le diagnostic, puis le traitement (chimique ou psychothérapeutique).

Bien des approches psychothérapeutiques accompagnent ce cheminement vers les corrections de dysfonctionnements, plus ou moins, avec différentes nuances. Bien évidemment, cela est profondément juste lorsqu'il s'agit de dysfonctionnements... Remarquons toutefois que l'option du dysfonctionnement, quand elle est exclusive, induit une cécité d'inattention rendant aveugle aux pertinences... faisant manquer bien des entrées dans le fil de la raison du patient.

Faisons maintenant un modeste tour d'horizon des types d'approches de psychothérapie. Leur nombre et leur diversité ne permettent à aucune liste d'en rendre compte de façon exhaustive. Nous n'envisagerons donc que quelques-unes d'entre elles.