

Du positivisme au post- structuralisme

Ou l'histoire de la maladie mentale et de la prise en charge thérapeutique de moins 10000 ans jusqu'à nos jours, d'après Dick Fisch.

Un modèle, philosophique ou thérapeutique est une croyance qui implique une direction sur ce que nous devons faire et penser, et surtout sur ce que nous ne devons pas faire. Toute notre éducation tend à nous former pour que nous fassions de ces modèles des réalités indéniables.

Or, par définition, un modèle ne peut pas être bon ou mauvais, vrai ou faux. Il est là point. Exactement comme il existe plusieurs modèles de voitures.

Premier modèle. Un sujet présente un trouble du comportement. On pense que l'origine de cette perturbation se trouve à l'intérieur de celui-ci. Il y a quelque part une faille, une pathologie dont le point de départ reste bien mystérieux, magique, mais propre au sujet.

On a trouvé chez l'homme de Neandertal un crâne porteur d'un trou de trépanation « chirurgical » puisque le sujet a survécu. On peut penser qu'il présentait un comportement anormal et que celui-ci était dû à une bête ou un esprit qui lui rongeaient le cerveau. Il fallait donc faire une petite fenêtre pour que celui-ci puisse sortir. Depuis cette époque, et jusqu'au siècle dernier rien n'a vraiment changé, seule l'origine supposée des troubles a pris divers visages. On a eu l'animal, les esprits de la forêt, l'envoûtement par les sorciers, les voleurs d'âmes, Dieu, l'inconscient...

Pendant un temps, et beaucoup plus tard, on

a pensé que Dieu punissait les hommes qui pêchaient. Si Dieu punit les mauvais cela entraîne à avoir un comportement inhumain avec ces gens qui présentent un comportement anormal. Au XVII^{ème} siècle en France on allait en visite à l'hospice voir les aliénés enchaînés aux murs pour montrer aux enfants de bonne famille, ce que Dieu pouvait leur faire si...

Les Quakers au XIX^{ème} apportent l'idée que tous les hommes sont des enfants de Dieu et que pour des raisons éthiques et morales il faut faire « comme si » ils étaient malades et les traiter comme tels.

Deuxième modèle. Vers 1850 on passe de « comme si » à une attitude plus active plus thérapeutique. Dorénavant ce sont des malades et il faut les médicaliser. La psychanalyse arrive et l'inconscient détrône Dieu pour expliquer ces comportements anormaux, mais l'origine reste intérieure au patient.

Troisième modèle. Dans les années 1950 Bateson introduit un nouveau concept. Le sujet présente toujours des troubles du comportement, mais on dit de lui qu'il est le porteur du symptôme du système dans lequel il vit. Cette fois l'origine de celui-ci se trouve dans son monde extérieur. Il est induit par l'interaction entre une ou plusieurs personnes. C'est la fameuse théorie de la double contrainte. C'est le comportement de la mère qui a rendu le fils schizophrène. D'après Fisch cela serait dû à la fois à l'influence de la psychanalyse, au fait que la société américaine est matriarcale et que la psychiatrie de l'époque était faite par des hommes. Ce qui fait qu'en sortant de chez le docteur, non seulement la mère avait toujours un fils schizophrène mais en plus elle se sentait coupable

parce que culpabilisée par la médecine tandis que son mari montrait qu'il savait bien que dans sa famille à lui il n'y avait pas de malades. Néanmoins nous retiendrons qu'on est passé d'une vision monadique à une interprétation diadique. Désormais, la pathologie du système remplace la pathologie individuelle.

Il a fallu attendre quelques années encore pour se rendre compte qu'elle n'était pas systémique du tout. On n'avait fait que déplacer le problème. Certes quelque chose perturbait le sujet mais on avait confondu l'interaction entre des individus et l'action d'un individu sur un autre. Le patient identifié reflète un certain type d'organisation familiale, en fait il joue un rôle important puisqu'il en préserve la stabilité, l'homéostasie. Bientôt on ne pourra plus parler de pathologie individuelle, ni de pathologie de système (ce ne serait cohérent que si on se référait à un modèle médical).

Quatrième modèle. Les choses s'accélérent vers 1960 quand Erickson et le MRI à Palo Alto inventent un autre modèle. Ils ont gardé l'idée de l'interaction, mais ils ont supprimé complètement la notion de pathologie. On ne porte plus de jugements normatifs sur un comportement. Le terme de symptôme est abandonné. Il n'y a plus de normalité ni d'anormalité. S'il n'y a pas de maladie, il n'y a pas de malade et donc il n'y a pas besoin d'être thérapeutes au sens où on attend de lui qu'il donne un traitement (ce sont des termes médicaux). Le sujet souffre de quelque chose, il vient avec une plainte que l'on ne juge pas. Ce peut très bien être quelque chose que nous pourrions considérer comme insignifiant mais qui l'empêche de vivre tranquille alors qu'il supporte apparemment facilement par ailleurs des choses

que nous qualifierions d'épouvantables. Donc il faut faire attention à ne pas partir sur des préjugés, à ne pas tenir compte des étiquettes psychiatriques qui sont individuelles et qui classent les gens de façon catégorique et parfois définitive. Ces étiquettes sont normatives et servent à faciliter le travail du thérapeute et de l'administration en créant des classes de malades et de maladies. Un thérapeute, mais le mot a-t-il encore un sens ne peut plus dire ce qu'il faut faire ni donner le moindre conseil. De quel droit le ferait-il ? Il devra simplement demander sans a priori, avec un esprit ouvert à la personne qui se présente à la consultation de préciser en quoi ce dont elle se plaint est un problème pour elle, et pourquoi maintenant. Pour corser les choses, la personne qui vient n'est pas forcément celle qui « porte » le symptôme. La femme vient parler de son mari alcoolique ou des comportements de son fils schizophrène ou délinquant qui eux ne se plaignent de rien, ne demandent rien. Le problème pour cette femme est que son système familial est perturbé et quelle ne voit pas aucune façon de faire bouger les choses. Par définition, ou presque, on ne peut pas faire que les autres modifient leurs comportements, on peut juste modifier sa propre façon de voir et son comportement

Cette idée de non pathologie n'est pas un progrès en ce sens que ce n'est pas le meilleur modèle ni le seul auquel on doit se référer. C'est juste un modèle, un autre modèle qui est simplement différent et dont on dispose à côté de celui de la psychanalyse ou de celui du néandertalien.

Le pragmatisme considère que nos savoirs, nos croyances n'ont véritablement d'intérêt que par

leurs portées pratiques et leurs conséquences prévisibles.

La philosophie analytique rejette la prétention de connaître le monde par des méthodes spéculatives et situe la vérité dans la logique des énoncés du langage. (Russel et Whitehead sur le fondement logique des mathématiques). Plus tard elle reçoit l'apport du néo-positivisme du cercle de Vienne (Wittgenstein, Gödel..) qui prétend réduire toute connaissance à deux types de vérités : une vérité logique et une vérité empirique. Wittgenstein se détourne de la question de la vérité et se concentre sur l'usage qui est fait du langage pour agir. Certains héritiers de ce courant analytiques se trouvent plus impliqués aujourd'hui dans des recherches sur la nature des phénomènes mentaux que sur la question du langage (Davidson).

Le post modernisme affirme que toute connaissance est une interprétation du réel sans que l'on puisse établir une hiérarchie dans la valeur des interprétations. Il est associé au développement des approches critiques du savoir (Foucault, Deleuze), du structuralisme (Lacan, Foucault, Althusser) et au développement de la pratique de la déconstruction du sens (Derrida).

Pour le structuralisme, il ne sert à rien de soigner un symptôme puisqu'il n'est qu'une superstructure qui cache ou protège le vrai problème qui se situe toujours derrière ou en amont du symptôme. Il se situe dans une chaîne de causalités linéaire selon laquelle un événement A donne un événement B qui donne C etc....Il faut donc par la psychanalyse, le cri primal, le rebirth etc.... remonter à la source des événements constatés en thérapie. Traiter le symptôme peut même être dangereux puisque si ce

symptôme, auquel on attribue un rôle protecteur disparaît, le sujet va en inventer un autre, et on peut penser qu'il avait « choisi » celui qui lui posait le moins de problèmes.

Pour les constructivistes, le réel existe bel et bien mais nous n'y avons pas accès. Nous n'approchons que des réalités dont nous construisons les significations. Nous sommes dans une chaîne de causalités circulaire dans laquelle l'événement C perturbe celui qui lui a donné naissance, l'événement B et donc aussi A. Soigner un symptôme gênant pour le patient est donc une thérapie parfaitement justifiée, et durable dans ses effets, puisqu'elle peut permettre de resignifier l'événement originel. C'est le principe fondateur et légitimant des thérapies brèves.

Dans le constructivisme radical rien n'existe, ou plus exactement rien n'a de signification tant que les interlocuteurs en présence n'ont pas construit, n'ont pas défini le monde qui les entoure. « Nous sommes ce que nous pensons, avec nos idées nous construisons le monde (le Bouddha) ». Prenons une scène de théâtre mal éclairée. On distingue une planche avec quatre pieds un homme assis derrière, un autre qui vient de rentrer devant. Tant que rien n'est dit on ne sait pas de quoi il retourne. Est-ce un vendeur et un client ? Est-ce un thérapeute et un patient ? S'agit-il d'un étal de marchand ? D'un bureau ? D'un autel d'église ? Il faut attendre les premières interactions pour que la réalité apparaisse, se construise.

Lorsqu'un patient entre dans le cabinet les premiers mots qu'il va prononcer, le paquet qu'il dépose sur la table vont définir la scène en définissant les rôles respectifs du thérapeute, du patient, et transformer la pièce et la relation mais aussi le temps qui contient cette relation en situation de soin pour le

présent et le futur.

« Je suis déprimé ». Si le praticien accepte cette formulation, il aura en face de lui quelqu'un encore plus confirmé dans sa position de sujet déprimé. D'autant qu'il va recevoir les soins qu'il est venu réclamer et qu'il se croit en droit d'attendre, pour cette dépression. Si on la soigne, c'est bien la preuve que la dépression est bien réelle. Or comme le reste elle vient d'être tout juste d'être construite, ou elle est en passe d'être construite. Le disciple de Derrida commence par déconstruire : « Qu'est-ce que vous voulez dire par là ? »---« Je n'ai plus envie d'aller jouer au tennis »--- « Ah ! Vous voulez dire que si demain vous retournez sur un court de tennis, cela voudra dire que ça va mieux ? » Le reste de l'entretien peut porter sur la motivation, le premier pas à faire qui montrerait que l'on envisage tout compte fait de retourner jouer etc. et non pas sur les posologies des différents antidépresseurs déjà essayés.

Si le « paquet » que pose sur la table le visiteur est « Je ne fume plus » ou « Je suis sauvé, grâce à vous, je ne pense plus à mes problèmes, j'ai envie de vivre », il ne faut pas l'accepter tel quel non plus. Il est plus sage de prescrire la rechute. Il est plus sain que le résilient n'ait pas le sentiment d'invulnérabilité (Hanus). S'il retouche une cigarette, s'il a un passage à vide, une rechute, dans le cas où le thérapeute a accepté, et donc accredité l'idée de la guérison définitive, le patient se trouve brutalement devant la preuve que la thérapie n'a été qu'un plâtrage superficiel. Si la rechute a été prévue, ou que l'on a émis des doutes sur une guérison aussi rapide et peut-être même trop rapide, l'événement tout comptes fait était prévisible et donc peut-être pas si grave. Il faut juste se ressaisir. Et si par chance, il n'y a pas de rechute le patient peut légitimement en retirer une

certaine fierté, et même y voir une source de satisfactions, de quoi nourrir une bonne estime de soi puisqu'il est plus fort que ce que le psy pensait de lui.

On peut se demander s'il y a un danger à la déconstruction quasi systématique de ce que présente le patient qui vient consulter. Est-ce bien la peine, et n'est-ce pas une perte de temps que d'écouter un malade dont on sait à l'avance qu'on n'acceptera pas ce qu'il va mettre dans le paquet qu'il a posé sur la table ? Le thérapeute constructiviste part avec l'idée que si le patient se trouve devant lui, c'est qu'il souffre. S'il souffre, c'est qu'il est enfermé dans un système pathologique étroit, rigide et fermé qui l'empêche de prendre une décision, de faire un choix. Il est dans une situation paradoxale où même le choix de choisir de ne pas choisir lui est interdit. Il faut déconstruire ses croyances, sa vision du monde, l'idée qu'il se fait de lui-même etc. il faut aussi s'attaquer à tout ce qui fait que le système dans lequel il vit ne peut pas s'ouvrir davantage aux autres, ni montrer plus de tolérance dans ses règles de fonctionnement internes, ou plus de souplesse dans les variations autour de son équilibre homéostatique. Il en résulte une chance qu'on offre au sujet pour que son inconscient puisse s'exprimer plus librement. Là, on s'appuie sur un a priori selon lequel l'inconscient veut le bien du sujet (Young, Erickson...) et qu'une fois démonté le paradoxe, par les techniques de déconstruction, le tissage cognitif, les recadrages, etc., le problème se réduit à une difficulté de la vie où le choix redevient possible.