

Malaises dans la transmission

Catherine Decaudin

La transmission de la psychiatrie a radicalement changé ces vingt dernières années, à tel point que l'on pourrait davantage parler de formatage que d'apprentissage.

L'apprenti, antiquement enseigné par des maîtres, bons ou mauvais, ne rencontre plus guère que des protocoles, des conférences de consensus, des "bonnes pratiques" etc... Les guides, qui, comme en haute montagne, vous emmenaient, là où vous vouliez aller et surtout là où vous pouviez aller, selon le terrain, sont remplacés par la Haute Autorité de Santé et par internet. Dans la formation des psychiatres, on assiste donc au passage du paradigme de la subjectivité, où la psychanalyse et l'inconscient avaient leur place, à celui d'une objectivité discutable, fondée sur la DSM-IV, où, comme son nom l'indique, les statistiques sont en position de vérité absolue.

Qu'est-ce qui est tombé dans ce laps, dans ce passage d'un paradigme à l'autre sinon le sujet?

La psychanalyse, en gardant décidément le cap sur l'inédit du sujet, doit être en mesure de le soutenir aujourd'hui.

Si la psychanalyse est fille de la médecine, elles n'ont pas suivi le même chemin.

La psychiatrie actuellement vise de plus en plus à réduire la souffrance individuelle et sociale par la normalisation et l'adaptation selon des standards et la psychanalyse se pose dès lors comme la gardienne de l'intime singularité du sujet, de son désir,... voir même de son grain de folie. On assiste depuis quelques années à une fracture idéologique entre la volonté d'objectivation fondée sur les statistiques qui configurent un être humain virtuel auquel il faudrait se conformer, et une défense farouche de la subjectivité et du vivant.

Les statistiques ont toujours tord lorsqu'elles sont mises en position de vérité, car elles négligent le particulier et le subjectif. On peut expliciter ici que pour nous, la notion de subjectivité vient de sujet, c'est à dire d'un être parlant, à la fois vivant et mortel, qui appréhende sa propre mort, et donc partagé, divisé, qui doute, qui a des choix à faire, toujours à la recherche de son désir et de sa vérité. Celle-ci n'est pas dehors, extérieure, mais à l'intérieur de lui et gît dans les dessous de sa parole.

Les "Etats généraux de la psychiatrie", en juin 2003, à Montpellier, ont montré le risque de la disparition du sujet du fait de la position dite "athéorique" du DSMIV et de l'incohérence des conduites thérapeutiques qui en découle.

Ceci m'est apparu évident lorsque j'ai été amenée à animer des groupes de supervision dans des services universitaires et des séminaires de psychanalyse destinés aux internes de psychiatrie en formation. C'est ce dont je vais vous parler aujourd'hui.

Cela a été pour moi un retour, à travers leurs questions, à une confrontation à des symptômes aigus, massifs, rare au cabinet, à des cas pour lesquels l'hospitalisation, le médicament interviennent à défaut d'une demande, d'une mise en mots. Il va falloir permettre ce saut.

Ces jeunes internes, parfois déroutés par les difficultés qu'ils rencontrent avec leurs patients, les aléas d'un apprentissage difficile, et même les pressions médico-légales qui les empêchent de travailler sereinement, m'ont en quelque sorte réappris la psychiatrie, dont mon parcours psychanalytique m'avait un peu éloignée. Dans le même temps, ils ne demandent pas mieux que de s'ouvrir à autre chose qu'à la sécheresse du DSMIV, qui souvent leur tient lieu de formation, lorsqu'il est inadéquat aux problèmes diagnostiques et thérapeutiques. C'est un échange. Ils ressentent souvent l'approche analytique comme plus "humaine", ou en tous cas rejoignant en eux des convictions intimes plus profondes et enfouies concernant les questions de l'existence. Il s'agit avec eux, d'écouter un cas à partir des symptômes et de le relire dans sa dimension subjective, de le replacer dans son histoire, de le saisir dans sa différence absolue échappant aux standards. Il s'agit donc plutôt de faire place à quelque chose d'inconscient dans la chaîne des associations, que ce soit celles du patient ou de l'interne qui en parle et cela donne une autre perspective.

Il nous semble qu'il s'agit d'un enjeu très important : Comment imaginer de futurs psychiatres qui n'aurait jamais entendu parler de Freud, de l'inconscient, des rêves, lapsus, actes manqués ou du transfert... Peut-on se passer de la recherche d'une explication devant l'efflorescence d'un délire? Rappelons que pour Freud, l'inconscient représente les 90% immergés de l'iceberg qui motive à notre insu nos choix, nos souffrances et anime toute notre vie. On peut considérer combien, de cette manière, la psychanalyse doit rester solidaire de la psychiatrie:

la psychanalyse appliquée à la psychiatrie.

En ce qui concerne
I- LE SYMPTOME

S'appliquer à déchiffrer et défricher le langage bizarre des "signes cliniques" ou des symptômes a un intérêt car ils sont issus de l'observation clinique directe et il faut bien un vocabulaire. C'est leur compilation en diagnostics standardisés qui n'est pas tellement éclairante et qui ne conduit pas à une orientation thérapeutique satisfaisante. En effet, le fonctionnement médical classique (anamnèse- signes cliniques- diagnostic- thérapeutique- pronostic) fait que le symptôme appelle automatiquement en mémoire la grande silhouette, le prêt à porter du syndrome, même si avec ça, les gens sont habillés comme de sacs. C'est un fonctionnement de maîtrise, de gérance économique, applicable aux maladies et aux soins, mais dont les patients risquent de pâtir. L'approche psychiatrique ancienne, psychodynamique depuis Kraepelin avait une tradition "

humaniste", où au moins la psychanalyse et l'inconscient avaient leur place, que l'on ne retrouve pas dans le DSMIV, ce qui laisse les jeunes en panne sur le plan théorique.

Il s'agit donc de dégager les symptômes, ce qui fait la plainte, de la gangue des syndromes inadéquats et insipides pour les réinterroger autrement, avec les mots des gens, leur histoire, leur structure.

Dans cette perspective, la visée n'est pas forcément de supprimer, d'éradiquer le symptôme puisqu'il peut être une manifestation d'existence, qui évite des désordres plus grands. C'est ce qui faisait dire à Lacan que la guérison s'obtient "de surcroît" et non en première intention..

II- DIAGNOSTIQUE DE STRUCTURE

En fait, le symptôme ne dit rien de la structure:

c'est à dire de la manière dont s'est constitué le patient dans son cadre familial et social, comment il a rencontré et été rencontré par les paroles, par les désirs des parents et de leurs ascendants. Nous pouvons situer ainsi la question de la filiation, la question du père, qui ouvre ou non les voies de la parole et comment le sujet a été traversé ou non par cette parole. En fait, avec un raccourci, on pourrait dire que le père, c'est le langage, et non le vrai père, mais quand même pas l'ordinateur! Car il faut une présence pour faire passer une parole: "Un jour, j'ai entendu quelque chose que l'on m'a dit, et cela a été comme un coup de foudre, le monde en a été bouleversé". Ainsi, selon cette transcendance du langage, on peut repérer, depuis Freud, les sujets par leur structure comme névrosés, psychotiques ou pervers, ce qui est parfois plus pertinent que de les repérer par leur symptômes.

De quoi parlent les internes actuellement?

- De "fibromyalgie", forme moderne de l'hystérie qui n'existe plus dans le DSM4.
- De "TOCS" habituellement "rangés" dans la névrose obsessionnelle, mais qui peuvent aussi bien défendre un sujet d'un effondrement psychotique.
- De phobie sociale qui parfois ne sont pas une phobie au sens névrotique mais une façon de se protéger un autre persécuteur.
- De phobies d'impulsion de se tuer ou parfois même de tuer leur enfant ce qui appelle un diagnostic différentiel urgent, entre psychose avec passage à l'acte possible ou bien névrose, avec ces douloureuses ruminations.
- De troubles bipolaires, ce qui indique bien que la frontière entre la dépression et la mélancolie n'est pas toujours évidente: déflation du désir liée aux avatars

des fantasmes ou perte radicale de soi? Profitons en pour signaler que la mélancolie de Madame Bovary ne relevait pas des antidépresseurs, et que l'on a le droit d'être triste sans être malade, qu'aussi, on peut avoir des choix et des deuils à faire qui ne soient pas pathologiques.

- D'attaque de panique, sans qu'il soit possible de repérer ce qui motive l'angoisse, puis l'angoisse de l'angoisse.

L'anorexie peut aussi être le symptôme d'un sujet névrotique ou psychotique, selon que le "rien" dont il s'agit en appelle à la sauvegarde du désir par l'insatisfaction ou bien au vide de la psychose.

- Ces diagnostics s'avèrent changeants et évolutifs dans le temps, déjouant les classifications; par exemple, selon la définition d'un comportement ou d'une personnalité, d'une biographie, un diagnostic de "psychopathie" peut plus tard en imposer pour des "troubles bipolaires", si l'on a pas repéré entre temps l'incapacité à gérer des frustrations, donc à faire un deuil, à réaliser une perte d'objet, donc si on a pas repéré la structure de ce sujet défaillant sur le plan symbolique.

Qu'est-ce qu'on entend dans les formations proposées aujourd'hui?

-Les tests thérapeutiques, malgré l'augmentation des connaissances scientifiques sur les molécules adrénérgiques, sérotoninergiques, gabaérgiques, etc., s'avèrent souvent incohérents avec les pathologies pour lesquelles ils étaient préconisés; par exemple, un psychotrope à visée anti-dépressive aura des effets sur l'humeur d'une personne étiquetée "P-M-D", et réciproquement, un antidépresseur provoquera l'abrasion de phénomènes délirants chez un "schizophrène". Cela ne serait pas surprenant si l'on affinait la clinique, mais le danger de ces tests est leur autosuffisance car leur efficacité symptomatique prend alors une valeur diagnostique explicative faisant obstacle au désir de savoir... "Ça marche, alors que pourrait-on vouloir de plus?"

-L'imagerie cérébrale fonctionnelle objective en direct l'agitation phénoménale de certaines zones du cerveau dans des moments critiques, par exemple lors d'une hallucination, mais n'indiquent en rien comment un sujet en arrive à se mettre dans cet état là, ni la base psychique du mécanisme hallucinatoire. Et le fait que l'amygdale s'allume quand quelqu'un éprouve des émotions ne change pas grand-chose à la dimension existentielle de ces émotions.

Et l'ensemble de ces constats descriptifs semble souvent contenter, suffire (d'abord à l'ego du soignant).

En effet, que peut-on vouloir de plus?

A quelles fins peut-on envisager l'intervention de l'analyste dans un service de psychiatrie, ou dans les séminaires, pourquoi pas des cours? que peut-on attendre de son travail?

- D'abord un diagnostic différentiel de structure et donc une orientation de la cure.
- Ouverture à l'inconscient, à la dimension existentielle et subjective.
- Ouverture à la psychanalyse chez ces jeunes gens, futurs psychiatre, peut-être futurs analystes?
- Déplacement des réponses en questions.
- Peut-on espérer aussi des fruits de savoir nouveaux de cette confrontation entre psychanalyse et psychiatrie moderne, allant plus loin que les présupposés et les disputes?

III- ORIENTATION DE LA THERAPEUTIQUE

Dans la pratique: La subjectivation du discours psychiatrique

Dans la pratique, il y a régulièrement une évolution entre le début et la fin du stage.

Au début, c'est souvent un effort de simplicité, de décomplication, orienté vers le sujet et son désir.

Par exemple: -Hier, j'ai reçu trois "dépendantes atypiques".

-Vous avez reçu qui?

-Cette femme, a fait une "IMV" (tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire), mais que dit-elle? Quels sont ses mots? Et ce n'est pas, à notre avis, en demandant aux patients si ils ont pensé se suicider le mois précédent et de quelle manière pour mesurer la dangerosité de leur maladie comme le proposent certains protocoles de "bonnes pratiques" qu'on les débarrassera de leurs penchants suicidaires. Bien au contraire, cela peut être un "pousse au crime" qui, en ignorant l'activité bien réelle de la pulsion de mort, insiste de ce côté-là, au lieu d'accueillir la façon dont les patients trouvent eux-mêmes à s'en protéger.

- "Inversion du rythme nyctéméral" : De quoi s'agit-il? D'une personne déprimée qui a des soucis et qui ne dort pas la nuit? D'un signe d'état maniaque?

Y a-t-il une problématique de deuil? De perte d'objet, de négation du deuil?

Face à l'objet perdu, à jamais, par sa faute, y a-t-il des fantasmes liés à cette perte? Tant qu'il n'en a pas pris la mesure, le malade ne peut se débarrasser de sa culpabilité pour ce qu'il a fait ou pas fait à la personne maintenant manquante.

Cette femme avait effectivement perdu deux fils, l'un de maladie à l'âge de treize ans et l'autre par suicide à quarante ans. Ceci n'était pas mentionné dans "l'anamnèse", et scotomisé par la patiente, car ce qui occupait toute la place était qu'elle ne voulait pas dormir la nuit, au grand dam du personnel soignant du service qui réclamait un traitement.

-Que dire de cette jeune fille de treize ans, instable au collège, dont j'ai entendu parler: Elle a été mise sous dépakote en première intention, et avec fierté au regard du seul soupçon que sa mère était étiquetée "PMD". A la discussion, il fut cependant rapporté que sa mère, quand elle allait mal s'enfermait pendant des heures dans la salle de bains et avait plusieurs fois tenté de s'y suicider. Peut-on faire passer une hypothèse génétique fondée sur des statistiques avant l'appréhension des drames humains? Et peut-on couvrir le bruit humain par des médicaments?

Donc ces symptômes, perles vivantes, suscitant gêne, embarras, plainte, bruit, sont à dégager d'une toile de fond haute en couleurs psychiatriques destinée à les ensevelir, à les atténuer, les médicaments rajoutant alors une couche.

En un sens, ce n'est pas nouveau, Freud et Lacan et quelques autres, n'ont fait que cela, de travailler des cas qui aurait pu être "psychiatisés", mais ce qui est nouveau, c'est l'actualité de la question, du fait des impasses de la psychiatrie biologique et de l'orientation moderne vers les standards et les statistiques. Dans l'évolution du stage, il est possible de fournir aux internes, à l'occasion des cas cliniques, quelques outils de travail bien différents de ceux du DSMIV et des additions de signes mesurables, pondérés, qui ouvrent tels les codes d'une caisse enregistreuse, le tiroir des psychotropes. Les conséquences sur l'attitude thérapeutique seront évidemment considérables, invitant plus à écouter qu'à traiter, à repérer une problématique que d'y répondre, à mettre les patients et eux-mêmes au travail.

En effet, on dispose d'**outils psychanalytiques**, issus de l'enseignement de Freud et de Lacan, avec des textes fondamentaux et de quelques avancées beaucoup plus récentes, mais toujours à pratiquer cas par cas, pas à pas, et jamais dans une perspective généralisante: Par exemple, sur le narcissisme, le refoulement, l'inconscient, la pulsion, le stade du miroir, le transfert...

L'essentiel de ces outils, le plus tranchant est le rapport au langage car

la structure du sujet est déterminée par sa prise dans le langage.

Au niveau de la technique analytique, Freud et Lacan nous ont amenés à nous écarter au maximum de la suggestion en laissant parler les gens, à ne pas répondre à la demande, de façon à laisser s'exprimer la singularité de chacun en évitant de plaquer nos propres calques, ce qui, sinon, pourrait bien les

"décalquer"! Plus délicat encore est de manier le transfert dans ces conditions, qui doit rester positif malgré la frustration, pour permettre l'avancée du patient par sa confiance dans la parole.

Surtout il s'agira d'accueillir ces mots très particuliers, avec lesquels une personne se présente au monde, de saisir en très peu de mots la problématique de fond qui va éclairer le symptôme, et le replacer à l'échelle d'une vie.

- Cet homme a dû se sentir trahi...demandez-le lui, cela va peut-être l'apaiser, et l'inviter à vous parler davantage.

- Cette femme abandonnique, qu'a-t-elle elle-même abandonné?

- Cette personne dont le dossier indique que père, mère, cousins sont également psychotiques, pourra-t-elle un jour trouver les voies de la parole pour vous dire d'où elle vient.

-Pour cette petite fille, écouter ne voulait plus dire autre chose qu'obéir, mais sa mère avait elle seulement pu être elle-même jamais écoutée?

- Dans le discours de cette patiente dépressive, le mot "cassé" revenait tout le temps: son mari lui avait cassé sa salle de bains, on lui cassait ses plans, ses projets, à quel niveau demandait-elle à être réparée?

Replacer le symptôme au niveau du désir consiste à redessiner à l'ébauche une place pour le désir, donc, en fait, à faire un peu de ménage, un peu de vide de ce qui vient obstruer le vif de la question de quelqu'un. C'est ce qu'on appelle une interprétation, destinée plus à ouvrir qu'à plaquer un sens.

Alors, **le symptôme** n'est plus tout à fait le même qu'au début: de plainte, il **passé au statut d'organisateur de l'existence**.

En ce sens, il n'y a finalement pas lieu de distinguer diagnostic et cure. C'est le gain de savoir acquis par le patient sur lui-même et sur la place de son symptôme qui "guéri":

On voit ici que le diagnostic se confond avec la thérapeutique.

Le diagnostic est la cure

Pour ces jeunes futurs psychiatres, il nous semble que cela représente une aide dans leur pratique, qu'ils demandent, qu'ils apprécient, et qui peut provoquer un déplacement. C'est en même temps un point d'ouverture à la psychanalyse. Leur propre subjectivation des difficultés rencontrées avec les patients est parfois rapprochée de leur histoire et de leurs questions ou même motivations et mobiles profonds à faire ce métier.

Le plus difficile est certainement d'entendre le point où chacun en est, à chaque fois. A l'occasion, des points de leur propre réalité seront touchés, ce qui nécessite alors beaucoup de tact.

Il ne faut pas les placer trop rapidement devant l'immense travail que la psychanalyse propose car cela peut les décourager davantage, comme un nouveau "c'est mal", "c'est pas ça", c'est décevant, l'injonction "travail" étant mesurée à l'aune de l'obligation de résultats. Il faut donc s'y coller aussi, à ce résultat, les réinterroger la semaine suivante sur l'effet de la précédente avancée ou non, pour le patient... Afin que la psychanalyse soit signe d'espoir, piste de lumière et non exigence surmoïque supplémentaire.

Sont nécessaires beaucoup d'humilité, beaucoup de non-savoir, de questions, de précautions, d'outils, de propositions pour les inviter à vouloir en savoir plus.

Et sans jamais oublier qu'au moment où quelque chose s'éclaire, la perspective donnée déplace autant le patient que l'analyste, que le jeune psychiatre qui a pris le risque d'en parler, et c'est cela qui est à proprement parler "thérapeutique".

Enfin, enseigner, ce n'est pas seulement dire ce que l'on sait, c'est aussi s'en servir pour avancer sur ce que l'on ne sait pas encore.

C'est aussi pour cela qu'une transmission ne peut se faire par ordinateur, mais que d'une façon vivante, par une parole agissante, avec ses résonances inconscientes, de l'un à l'autre.

Ainsi se pose pour nous la nécessaire filiation dans la transmission de la psychanalyse et d'une école.