Éloge de la subjectivité en psychiatrie

Georgios (Yorgos) Dimitriadis

► To cite this version:

Georgios (Yorgos) Dimitriadis. Éloge de la subjectivité en psychiatrie. Recherches en psychanalyse, 2010, Politique du sexuel, 10 (2), pp.329a-336a. hal-01468958

HAL Id: hal-01468958

<https://hal.science/hal-01468958>

Submitted on 16 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Eloge de la subjectivité en psychiatrie

Yorgos Dimitriadis

En psychiatrie, encore plus que dans les autres spécialités médicales, les notions de la subjectivité et de l'objectivité la concernent déjà du fait de la nature des moyens que les cliniciens disposent pour procéder au diagnostic ; c'est à dire le fait que les cliniciens prennent connaissance des symptômes à travers surtout la parole du patient. Il existe aussi des signes objectifs en psychiatrie mais la plupart des signes qui constituent le tableau clinique se déduisent à partir de l'entretien durant lequel la subjectivité du clinicien vient en interaction avec celle du patient à travers la parole. Celle-ci pourtant ne "signifie" pas de manière univoque. C'est à dire que dans la mesure où les mots ne renvoient pas à des choses mais à d'autres mots ce renvoi s'effectue de manière plus ou moins différente pour les deux interlocuteurs. Mais, au delà des corrélations qui se font de manière consciente, les mots ont des échos différentes pour chacun d'eux selon les corrélations qui se font chez eux de manière inconsciente. La « psychopathologie de la vie quotidienne », les lapsus par exemple, nous montre ce fait d'une façon quasi apodictique. Au delà de cet état de chose, que la nature du langage en tant que moyen diagnostic impose et encore plus que pour la reste de la médecine, en psychiatrie la subjectivité infiltre la manière avec laquelle le patient parle de ses symptômes. La psychopathologie du malade influence son interaction avec le clinicien. Ceci est patent, par exemple, dans des cas de mélancolie, de paranoïa et d'hystérie. Chez eux le sentiment de culpabilité, la méfiance et la tentative de séduction respectivement caractérisent le style de l'expression du patient et induisent chez le clinicien des impressions qui peuvent avoir une valeur non négligeable quant au diagnostic. Pour le reste de la médecine aussi la façon avec laquelle le patient expose ses symptômes peut avoir une valeur diagnostique. Par exemple dans des cas de négation de la maladie ou des cas d'hypocondrie et d'hystérie, voire de simulation de maladie, pour lesquels le clinicien est appelé à aborder le réel de la pathologie concernée au-delà des négations, des fantasmes ou de l'intention simulatrice de l'individu¹.

Le psychanalyste écoute les symptômes, les lapsus, le récit d'actes manqués et de rêves en tant que productions énigmatiques que le sujet de la conscience de l'analysant méconnaît, et, pour lesquels, il suppose un autre sujet, celui de l'inconscient. Ces formations de l'inconscient sont des propositions de transfert dans la mesure où l'analysant investit le

psychanalyste en tant que (comme le disait Lacan) "sujet supposé savoir". Ces formations ont selon Lacan structure de langage, d'un langage qui échappe à la conscience même si son retour régulier, quoique discontinu, vient rappeler l'autre scène, à savoir l'inconscient. L'analyste se trouve en position d'objet pour l'analysant. L'objet autour duquel tourne la parole de l'analysant ; objet sans image mais aussi objet qui évacue les images que l'analysant lui projette. La position de l'analyste derrière le divan est censée créer des conditions favorables quant à cette "évacuation". La psychiatrie, même si elle fonctionne surtout à travers le langage, elle cherche pourtant pour des tableaux cliniques et elle est, dans cette mesure, une clinique du regard comme le reste de la médecine. Le psychiatre n'est pas en attente des signifiants du patient comme l'est le psychanalyste qui écoute l'association libre de l'analysant avec son attention flottante. L'écoute du psychiatre est plus active et interrogative. Michel Foucaultⁱⁱ disait, dans "La naissance de la clinique, une archéologie du regard" que la médecine du moment où elle est devenue scientifique, à partir du début du 19^{ème} siècle, elle a obtenu un regard qui a cessé d'être en attente de l'observation du phénomène clinique comme c'était le cas de la tradition hippocratique - qui était valable encore jusque à ce moment là. Son regard désormais savait, nommait et opérait. Ceci a permis aussi le progrès foudroyant qu'elle a fait depuis. Ce changement, en principe positif et impressionnant, qui a su profiter au plus haut degré des progrès technoscientifiques concomitants, a eu un grave effet secondaire. Ceci était le fait que la recherche n'était plus orientée par le malade mais par la maladie. Le *prima donné* à la maladie - au détriment de la place accordée au sujet malade - comme le soutient Jean-Pierre Lebrunⁱⁱⁱ, a favorisé tout ce courant de thérapies parallèles, plus ou moins fiables, qui laissent, tout de même, la possibilité au malade de dire, non pas seulement où est-ce qu'il a mal, mais aussi d'exprimer sa douleur. Si ces conséquences ont été maléfiques pour la médecine en ce qui concerne la psychiatrie elles étaient encore plus pernicieuses.

La psychiatrie en tant que spécialité médicale a revendiqué le droit d'être jugée, en ce qui concerne son efficacité diagnostique et thérapeutique, selon les normes appliquées aux autres spécialités médicales quant à la probabilité d'erreur statistique. Nous savons que cet impératif a créé les conditions pour une simplification de l'abord diagnostique qui est devenue exclusivement empirique. A savoir, en vue de l'obtention d'un accord entre cliniciens - diversement orientés - se sont formés des critères diagnostiques sur une base simplificatrice et soit disant athéorique. Selon cette logique l'assemblage d'un nombre de signes cliniques et de symptômes, indépendamment de leur présentation et leur intrication propre, implique le diagnostic de tel trouble mental. Ceci pourrait être justifié dans le cadre d'une recherche de grande envergure sur

une population. Mais dans le cadre de la clinique au quotidien il est désastreux. L'exigence pour un assemblage de critères sur une base quantitative en vue du diagnostic a diminué l'intérêt des cliniciens pour la psychopathologie. C'est-à-dire la manière avec laquelle chaque malade exprime individuellement la maladie mentale et ceci pas seulement comme état de détresse mais aussi en tant que issue existentielle de son histoire personnelle et des relations qui la constituent. Car les symptômes psychiques ont souvent un caractère d'issue pour le sujet et ceci la psychiatrie tend à le méconnaître. Ceci depuis ses débuts mais encore plus aujourd'hui que les thérapeutiques biologiques sont plus efficaces. Mais les symptômes psychiques peuvent être l'occasion pour que le sujet fasse entendre sa problématique et cette problématique a affaire avec son histoire personnelle.

Cette question sur les conséquences de la base strictement empirique de la psychiatrie contemporaine le psychiatre chercheur Kenneth Kendler^{iv} l'exprime de la façon suivante:

« Nous devons nous garder d'exagérer l'impact potentiel de la science sur notre nosologie. Bien des questions nosologiques importantes en psychiatrie sont fondamentalement non empiriques. Alors que la psychiatrie brandit l'«étendard» de la nosologie scientifique, nous devons avoir soin de ne pas promettre plus que nous pouvons donner [...] Plaider avec enthousiasme pour une nosologie empirique est certainement une bonne chose [...], mais notre enthousiasme ne devrait pas nous mener à oublier les limitations inhérentes aux méthodes empiriques. Le danger existe que ce processus dégénère en pseudo-sciences, de telle sorte que nous prétendrions être 'objectifs' et 'empiriques' alors que, en réalité, nous procéderions à des jugements de valeurs informés. Le problème fondamental est que la méthode scientifique ne peut répondre qu'à de petites questions [...] Dans beaucoup de cas, la réponse aux petites questions ne nous donnera pas de réponse claire aux grandes questions ».

L'orientation biologique de ce psychiatre ne l'empêche pas d'apercevoir les limites inhérentes de méthodes scientifiques et nous souhaiterions que les autres psychiatres de cette orientation aient cette modestie quant à ambition scientifique de leur discipline. La psychiatrie scientifique devrait continuellement dépister ses limites. Les limites non pas en tant que impuissance provisoire que l'évolution, par exemple le progrès de technosciences, fera disparaître à un moment futur. Mais la limite inhérente à la possibilité de la science de manière générale. Nous voulons dire que pour l'obtention du savoir scientifique, le scientifique - psychiatre chercheur par exemple - est obligé, afin d'appliquer ses méthodes statistiques, d'homogénéiser le groupe des patients qu'il examine mais

aussi d'exclure les facteurs qui dépendent de sa propre subjectivité. Ceci évidemment provoque l'exclusion de sa propre subjectivité mais aussi celle des sujets qu'il examine, qui se transforment ainsi, par conséquence, en objets de connaissance. Mais avec cette attitude il exclut du coup des composantes importantes qui concernent la psychopathologie de chaque sujet séparément.

Quant un psychiatre chercheur considère que ce qui est prouvé par les recherches scientifiques doivent épuiser l'étude des maladies mentales il fait pas seulement une erreur de syllogisme, (et prend ses souhaits scientifiques pour réalité), mais fait aussi une forclusion du sujet. Dans le double sens : celle du sujet qu'il est appelé à examiner mais aussi de sa propre subjectivité - qui inclut les raisons d'une telle objectivation immodérée. Ce n'est pas seulement la psychiatrie mais la médecine contemporaine dans son ensemble qui souffre d'un tel excès d'objectivation. La commercialisation de la santé au point qu'on lui connaît actuellement n'est qu'un des effets secondaires de cette objectivation. Un autre effet secondaire est la tendance d'adapter les pratiques médicales - *τα δέοντα* pour utiliser l'expression hippocratique - aux possibilités techniques. Les interventions de changement de sexe, la fécondation médicalement assistée, les interventions de chirurgie esthétique, les soins intensifs sont des domaines dans lesquelles se pratiquent couramment des excès d'indication sous prétexte qu'il est techniquement (et financièrement) possible ; là où le sens commun aurait dû dissuader d'une telle démarche. Pour revenir à la psychiatrie, de nos jours elle a pris pour objet d'étude des situations que le phrénologue du 19ème n'aurait pas imaginé qu'elles pourraient concerner sa pratique. La dépression par exemple est devenue une catégorie diagnostique utilisée pour des situations les plus hétéroclites au point d'être considérée comme une épidémie contemporaine. Dans plusieurs cas le sujet se plaint de ne pas pouvoir jouir tant qu'il "le devrait". La société contemporaine ayant pris, comme le soutient Charles Melman^v, pour impératif la "jouissance sans limite" elle conditionne des idéaux de consommation : l'homme contemporain tend à considérer le manque comme pathologique. Jusque à il n'y a pas long temps il considérerait qu'il devait être à la hauteur quant à des situation qu'elles le concernaient subjectivement et étaient en rapport avec sa constellation sociale. Ce désir d'être à la hauteur n'avait pas la jouissance comme souci principal. De nos jours l'impératif de jouissance forme une impression d'homogénéisation des idéaux. Tandis que les disparités sociales et pécuniaires sont au zénith, chaque individu séparément a l'impression que la jouissance sans limite lui est abordable. Ce fait est une raison, entre autres, pour que son soi, - son soi si peu "doté en jouissance" -, le fatigue et devient ainsi source de dépression^{vi}. Mais si

son soi le fatigue c'est parce qu'il s'est d'abord centré sur son soi et sa jouissance. La psychiatrie contemporaine est appelée entre autres à réagir à ce sentiment d'insuffisance en l'appelant tantôt dépression, tantôt trouble d'adaptation ou autrement ; et en utilisant des substances qui montrent vite leurs limites dans la clinique quotidienne. Cette limite n'a pas limité, pour autant, la prescription immodérée de psychotropes qui fonctionne désormais avec la même logique que le toxicomane quand il s'octroie la substance chimique de sa prédilection.

La question n'est pas de refuser les avantages des abords scientifiques en médecine et en psychiatrie plus spécifiquement ; loin de là, l'abord scientifique qui s'appelle psychiatrie biologique a contribué considérablement à l'amélioration de la qualité de la vie des malades. Mais il est nécessaire, pensons-nous, de situer ce progrès en rapport avec la dimension de la subjectivité dans le domaine de la maladie mentale^{vii}. Dans plusieurs cas de psychoses les psychotropes peuvent réduire l'aliénation que ces patients ressentent et, par ce moyen, de faciliter les relations sociales. L'usage immodéré, au contraire, d'anxiolytiques et d'antidépresseurs sous prétexte de trouble anxieux ou de dépression, dans plusieurs cas au moins, débouche sur l'abolition de la motivation pour des questions importantes du sujet souffrant. En grec le terme détresse pourrait se traduire par le mot *απόγνωση* qui signifie, sur le plan de son étymologie, "d'où j'obtiens connaissance" - en signalant ainsi le rapport qui peut exister entre la souffrance psychique et le savoir.

La psychopathologie clinique pourrait mettre actuellement - que les neurosciences sont en pleine expansion - en priorité le champ théorique dans le cadre duquel sera pris en considération le rapport entre les facteurs biologiques d'un côté, qui jouent un rôle à l'apparition et l'évolution des maladies mentales, et la position subjective du malade de l'autre. A ce point nous devons rappeler que Freud, depuis le début (et jusque à la fin de son œuvre), acceptait - à travers le concept de la "série supplémentaire"^{viii} - l'intrication de facteurs biologiques avec des facteurs psychiques. Néanmoins cette notion de la "série complémentaire" doit ne pas susciter le fantasme d'une possibilité d'un savoir total, - d'une psychiatrie "holistique" par exemple. C'est-à-dire d'un savoir qui ne devrait laisser rien d'inconnu quant au champ de connaissance sur la maladie mentale. Le concept lacanien du "pas tout" (que nous n'allons pas développer ici) vient à l'encontre d'une telle position holistique quant au réel et le savoir qui le concerne. Chez Freud il existe de manière séminale ce concept - du "pas tout" - dès "L'Ésquisse pour une psychologie"^{ix} ; dans ce texte précoce, tout en essayant d'aborder l'appareil psychique avec une terminologie éminemment scientifique, Freud découvre ce qu'il a appelé "La Chose", *Das Ding*. C'est-à-dire quelque chose qui concerne de manière

primordiale chaque sujet mais lui reste à jamais inabordable ; tant pour sa possibilité de jouissance que pour son savoir propre.

Les scientifiques^x qui s'occupent de la prochaine édition du DSM (DSM V) trouvent que les néo-kraepelinien DSM III et DSM IV créent l'impression erronée que les syndromes décrits sont des maladies tandis que il ne s'agit que des assemblages statistiques. Le poids qui a été accordé ces dernières décennies aux « troubles affectifs », à savoir la dépression et la psychose maniacodépressive (recyclée en trouble bipolaire), pourrait avoir affaire avec des facteurs secondaires quant à la pratique clinique et en rapport avec des facteurs relatifs à la facilité de formation de critères quantifiables, la facilité du diagnostic, l'existence des traitements biologiques et le commerce de ces derniers. C'est-à-dire des facteurs plus centrés sur la facilité et les services commerciaux que orientés par l'intérêt du malade. ; et nous forçons à peine le trait en disant ceci.

Quelques théories de la psychiatrie qui s'inspirent des théories sur la modularité de l'esprit de Jerry Fodor, - du dit fonctionnalisme -, soutiennent qu'il y a des appareils spécialisés au cerveau qui "traitent" les perceptions, le langage etc. Selon une parmi elles un tel module du cerveau permet de "se mettre à la place de l'autre" (la dite "théorie de l'esprit"). Ces modèles tendent d'opérer une objectivation de la subjectivité conçue de cette manière réductionniste. Sur la base de cette conception quelques scientifiques, - surtout des neuropsychologues -, ont créé des modèles sur l'autisme^{xi} qui est considéré dans ce cadre comme un trouble de la prise en compte du point de vue des autres. Malgré un certain intérêt de ces théories elles ont le désavantage de simplifier à l'excès la clinique afin de la réduire à un trouble élémentaire d'un mécanisme cognitif. Mais cette simplification rend nulle la différence entre l'autisme et les agnosies neurologiques. En ce qui concerne la différence entre la psychiatrie et les autres spécialités - et surtout la neurologie - en tant que psychiatres nous devons expliquer ce que nous avons en tant que impression clinique ; à savoir la différence entre un malade neurologique et un malade psychiatrique même si le neuropsychologue ne trouve pas parfois de différence sur certaines tests entre ces deux types de patients. La psychopathologie sur cette base, surtout celle orientée par la psychanalyse, peut contribuer à la création de limites entre la neuropsychiatrie et la psychiatrie^{xii} ; limites qui sont rendues vagues par les systèmes de classification contemporains. Cette tendance obscurantiste, quant aux limites entre la neurologie et la psychiatrie, est pourtant actuellement idéalisée par les autorités^{xiii} le plus reconnues dans la presse scientifique « compétente ». Ce type d'obscurcissement de limites entre les disciplines a aussi des répercussions actuellement très concrètes quant les psychiatres tendent à confondre les psycho-syndromes organiques avec les psychoses ou la névrose hystérique

avec la psychose, pour rester qu'aux égarements les plus fréquents. Et, pour parler sous la lumière du progrès de neuroscience sur la neuroplasticité^{xiv}, la neuropathologie de maladies mentales ne doit pas abolir la psychopathologie ; au contraire, à l'instar des maladies psychosomatiques classiques où la modification pathologiques des tissus est une condition préalable pour qu'elles soient qualifiées de psychosomatiques^{xv}, la neuropathologie ne contrevient pas la "psychosomaticité" de maladies mentales.

Un sociologue, Alain Ehrenberg, et un anthropologue, Fernando Vidal, ont soutenu, indépendamment l'un de l'autre^{xvi}, l'hypothèse selon laquelle depuis les années '60 nous tendons d'identifier le sujet à son cerveau. Ils ont appelé, tous les deux, cette hypothèse (cette figure anthropologique selon le terme de Vidal) "sujet cérébral". Selon Vidal cette idée - que nous sommes notre cerveau - tire son origine à la philosophie de l'identité et de la matière du 17ème siècle, mais elle a trouvé un appui concret au progrès effectué par les neurosciences après les années '60. Elle a créé aussi des conditions favorables pour l'expansion de toute une culture, la dite neuroculture - qui a des catégories comme la neuro-philosophie, la neuro-psychanalyse, neuro-économie, la neuro-éthique, les neurosciences sociales, la neuro-théologie, etc. Nous vivons "l'ère de l'encéphale" (*brainhood*) et ceci a des conséquences concrètes quant à des questions qui concernent la conservation de la vie, les droits d'auteur, et, de manière général, tout ce qu'il a affaire avec la question de l'identité. Et ceci de l'identité sexuelle jusque à la ressemblance physique du clone. Ainsi notre corps (et surtout notre cerveau) tend - à tort - à être confondu de nos jours avec notre être. C'est-à-dire que selon cette idée nous ne sommes pas aussi bien notre histoire, nos relations sociales, les signifiants qui nous conditionnent etc. Une autre idée relative à celle-ci est l'impression courante que nous avons notre corps à notre disposition et, par conséquence, que nous pouvons le disposer à notre guise. Ceci est une idéologie récente^{xvii} qui ne va pas sans poser quelques questions, entre autre légales : ai-je droit de vendre mon rein ; a-t-il droit quiconque né avec une anomalie génétique à demander à être indemnisé par ceux qui l'ont laissé naître ; avons-nous le droit d'exposer des cadavres comme ceci a été le cas dans l'exposition - soit disant d'intérêt scientifique et artistique - « *Bodies* » qui a eu lieu, il y a deux ans, à Athènes (et avant dans d'autres villes de l'occident). Charles Melman^{xviii} dans un texte avec le titre éloquent « Nécroscopie » a mis l'accent sur ce questionnement inédit. Pour rester dans le seul cadre de la psychiatrie nous allons dire que l'idée que nous sommes notre cerveau a formé des bases très fragiles pour l'évolution de sa clinique ou conduit même à son abolition en tant que discipline autonome ; car ceci la met au même niveau avec la neurologie, ou, fin tout,

à la neuropsychiatrie. Pour cette raison nous avons considéré qu'il est justifié de faire ici ce rappel quant à des facteurs de subjectivité en dehors du seul cerveau.

ⁱ FREUD Sigmund (1910i), Trouble de vision psychogène dans la conception psychanalytique. In *Œuvres Complètes X*, 1^{ère} éd., Paris : PUF, 1993, p.179-186

ⁱⁱ FOUCAULT Michel (1984), *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*, 4^{ème} éd., Paris : Quadrige/PUF, p.116

ⁱⁱⁱ LEBRUN Jean-Pierre(1993) , *De la maladie médicale*, Bruxelles : De Boeck

^{iv} Cité dans KIRK Stuart, KUTCHINS Herb (1998), *Aimez vous le DSM?*, Le Plessis-Robinson : Synthélabo, (coll. « Les empêcheurs de penser à rond »), p.394-395

^v MELMAN Charles (2002), *L'homme sans gravité*, Paris : Denoël

^{vi} EHRENBERG Alain (1998), *La fatigue d'être soi*, Paris : Odile Jacob

^{vii} Et de la maladie en général

^{viii} FREUD Sigmund (1906a), Mes vues sur le rôle de la sexualité dans l'étiologie des névroses. In *Résultats, idées problèmes I*, Paris : PUF,1984, p.113-122, p.122

^{ix} FREUD Sigmund (1950a), Esquisse pour une psychologie scientifique. In *La naissance de la psychanalyse*, 6^{ème} éd., Paris : PUF, 1991, p.199

^x KUPFER David, FIRST Michael, REGIER Darrel, eds.(2002), A research agenda for DSM-V, Washington, D.C., American Psychiatric Association, p. XX et XI

^{xi} BARON-COHEN S., LESLIE S.A., FRITH U. (1985), Does the autistic child have a « theory of mind »?, *Cognition*, 21, p.37-46 et FRITH Christopher (1996), Exploring "theory of mind" in people with schizophrenia, *Psychological medicine*, 26, p. 521-530

^{xii} GEORGET Etienne-Jean (1972), *De la folie*, Toulouse : Privat

^{xiii} Cf. par exemple PRICE B.H., ADAMS D., COYLE J.T. (2000), Neurology and psychiatry: closing the Great Divide, *Neurology*, 54, 8 et YUDOFKY S.T., HALES R.E. (2002), Neuropsychiatry and the future of Psychiatry and Neurology, *American Journal of Psychiatry*, 159

^{xiv} Cf. ANSERMET François et MAGISTRETTI Pierre (2004), *À chacun son cerveau : Plasticité neuronale et inconscient*, Paris : Odile Jacob, ANSERMET F. et MAGISTRETTI P., Plasticité neuronale et inconscient. In (dir.) OUSS Lisa, GOLSE Bernard, GEORGIEFF Nicolas, WIDLÖCHER Daniel (2009), *Vers une neuropsychanalyse*, Paris : Odile Jacob, p.93-104

^{xv} Cf. à propos de la question de maladies psychosomatique du cerveau cf. ARIETI Silvano ed. (1959), *American Handbook of Psychiatry*, New York : Basic Books INC Publisher, et DIMITRIADIS Yorgos (2009), Existe-t-il des affections psychosomatiques du cerveau ? In *Recherche en psychanalyse* no 7, Psychanalyse, psychopathologie cognitive et neurosciences : quel débat?, [en ligne]. Disponible sur : www.recherchespsychanalyse.revues.org/ ?

^{xvi} EHRENBERG Alain (2004), Le sujet cérébral, *revue Esprit*, Novembre, p. 130-155 et VIDAL Fernando (2005), Le sujet cérébral : Une esquisse historique et conceptuelle, PSN, vol III, no 11, jan.-fév. p.37-48

^{xvii} Cf. EDELMAN Bernard (2009), *Ni chose ni personne, Le corps humain en question*, Paris : Hermann (coll. « Philosophie »)

^{xviii} Cf. MELMAN Charles (2002), *L'homme sans gravité*, op.cit.

f.