

DESORDRES PSYCHIQUES, CROYANCES ET CLINIQUE ETHNOPSCHIATRIQUE

JACQUES BRANDIBAS

PSYCHOLOGUE, DOCTEUR EN PSYCHOLOGIE
CIRCI, FLSH, UNIVERSITE DE LA REUNION

Résumé

La définition cognitiviste de la croyance, « ce qui est tenu pour vrai », suppose que l'être humain n'a pas accès au monde réel sans passer par des filtres culturels, sociaux et individuels. Les croyances organisent le monde et inscrivent l'être humain dans un rôle et une fonction particulière. Pour la majorité des sociétés non occidentales, le monde est divisé en espaces sacré et profane. C'est à partir de ce cadre général que prennent place et sens les désordres de l'existence. Nous montrerons que par rapport aux troubles psychiques, un symptôme en soi n'a pas de sens autre que celui qui lui est conféré par la culture au sein de laquelle il survient.

La clinique ethnopsychiatrique permet de réduire les souffrances et les désordres allogènes. Elle est un dispositif psychothérapique, et en tant que tel, a recours à des principes qui fondent toute relation, toute conversation, tout entretien. Cette démarche clinique se fonde sur une théorie de l'esprit et une théorie de l'interprétation. C'est ce que nous rappelons dans cette communication.

Mots-clés : psychothérapie – théorie de l'esprit- croyance – rationalité – théorie de l'interprétation – ethnopsychiatrie

Abstract

At Reunion is. the practice of psychotherapy has to compose with the inhabitant's polycultural character. Numerous families, consulting at St-Denis' CMPP, attribute the origin of their psychological disorder to exogenous causations (animistic, mystical or magical). The best way for psychotherapists is to link their practice to an ethnopsychiatric method. This kind of psychotherapy refers to universal rules and principles: the authors recall is that this practice keeps on an interpretation's theory which is underlied by a theory of mind.

Key-words : Reunion island – psychotherapy – interpretation's theory – charity principle – ethnopsychiatry

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années maintenant, nous avons pris le parti d'une psychothérapie qui s'ancre et se déploie à partir des univers de pensée de nos patients. Le dispositif ethnopsychiatrique mis au point au CMPP de

Saint-Denis, suppose une théorie de l'esprit dont nous tentons de développer les prolégomènes ci-dessous.

Le dispositif ethnopsychiatrique pour original qu'il soit, dans sa forme et dans son esprit, s'inscrit dans le cadre général des psychothérapies et trouve son fondement dans une théorie de l'interprétation.

Le rappel de la définition de ces notions, permet de mieux comprendre comment la démarche ethnopsychiatrique est plus à même, dans le cadre réunionnais, d'accompagner les itinéraires thérapeutiques¹ empruntés par certains pour recouvrer un équilibre harmonieux avec leur environnement. Ils s'inscrivent dans une problématique de recherche d'une vérité sur le monde, autrement dit d'une croyance.

Un soignant est l'émanation d'une collectivité et de la théorie de l'univers qu'elle suppose. En s'en remettant à lui, le patient lui attribue a priori le pouvoir de le soigner. Quand elle survient, la guérison montre que le soignant a su, mieux que tout autre, lire le symptôme. Il lui a attribué une cause à laquelle le patient adhère. Dans le monde du soignant, il est une place pour le symptôme et son porteur. La capacité de guérir, permet aux dispositifs de soin d'être des lieux d'affiliation ; ils favorisent le sentiment d'appartenance à une communauté.

A la Réunion, les dispositifs de soin qui utilisent la psychothérapie sont également investis de cette capacité affiliatrice mais en proposant à leurs patients l'autonomie de la pensée, les psychothérapeutes s'emploient à résoudre un paradoxe que Blanchet (2000 ; 2003) définit de la sorte : « Comment aider quelqu'un à ne plus avoir besoin d'aide ? »

Pour en arriver là, il convient de rappeler quelques principes qui sous tendent la psychothérapie.

PSYCHOTHERAPIE

Le dispositif ethnopsychiatrique est un lieu où se déroulent des psychothérapies. Ce qui veut dire qu'il se soumet à un certain nombre de principes fondamentaux :

LE PRINCIPE DE COOPERATION

Une psychothérapie est une conversation particulière. Bien que son but ne soit pas l'échange verbal, elle implique des échanges verbaux, et se

¹ Nous parlons d'itinéraires thérapeutiques quand des patients sont à la recherche d'un diagnostic, d'une vérité de leur symptôme, par le recours, simultané ou successif, à plusieurs dispositifs thérapeutiques, catholique réunionnais, malgache réunionnais, hindou réunionnais, adventiste, médico-psychologique, etc. Le diagnostic une fois posé, pour réduire la souffrance, chacun de ces dispositifs propose une thérapeutique en adéquation avec sa lecture de l'univers. La guérison du patient serait alors le signe de l'adhésion du sujet à la lecture spécifique de l'univers proposé par le dispositif thérapeutique. Dans ce contexte, la recherche de la vérité du symptôme s'inscrit dans une quête identitaire.

plie aux règles de fonctionnement des conversations (Blanchet, 2000). Ces règles supposent que les interlocuteurs respectent un **principe de coopération** qui se définit l'adhésion à priori par les interlocuteurs des quatre maximales kantiennees (Grice, 1979 ; Garcia Negroni, 1999) :

- 1- Dire la vérité ;
- 2- Etre pertinent ;
- 3- Etre exhaustif ;
- 4- Etre clair.

LE PRINCIPE DE DECENTRATION

L'acte de communication suppose acquis la capacité mutuelle des interlocuteurs d'adopter le point de vue de l'autre, de voir le monde avec la perspective d'autrui et surtout d'anticiper la façon dont l'interlocuteur parle et pense.

LE CONTRAT PSYCHOTHERAPIQUE

Ces deux principes, coopération et décentration, permettent la mise en œuvre du contrat psychothérapique. Ce dernier, implicite ou explicite, liant thérapeutes et consultants rend possible l'usage de techniques professionnelles dont l'utilisation permet d'induire un changement dans le système des représentations et les comportements du patient pour accéder à la guérison.

DES PRINCIPES ACTIFS

S'il est admis qu'un discours est le révélateur des opérations mentales dont il est l'expression, alors tout changement dans le discours permet d'inférer que des changements sont intervenus dans les modes de pensée, en un mot dans l'état mental du locuteur. C'est ce qu'a montré Blanchet (2000) quand il observe les modifications du discours du patient, donc de son état mental, en début et en fin de thérapie.

THEORIE DE L'INTERPRETATION

Comme tous les dispositifs psychothérapiques, l'ethnopsychiatrie s'appuie sur une théorie de l'interprétation qui suppose que personne n'a accès au monde tel qu'il est. Parce que « l'acteur social, pour exister, ne cesse d'interpréter le monde » (Bromberg, 2004), l'individu construit le monde à travers des filtres qui lui sont conférés par son éducation, son expérience et sa culture.

A propos de ce qui lui arrive, le discours du consultant est l'expression d'une certaine vision du monde. Les thérapeutes, à qui ce discours est destiné, le rapportent à des états mentaux particuliers qui eux-mêmes font référence à :

- des états intentionnels ;
- des croyances ;
- des désirs, des craintes et des souhaits.

L'émergence et la reconnaissance par les consultants des interprétations du thérapeute n'est possible que si ce dernier a fait sien le *principe de charité* sans lequel il n'est pas d'attributions d'états mentaux possibles.

LE PRINCIPE DE CHARITE (QUINE, 1980)

Donner du sens à une parole, c'est interpréter les états mentaux d'autrui et assigner au locuteur des croyances, des contenus intentionnels rationnels : « la rationalité est une norme sociale » (Bromberg (2004)).

A l'instar de Davidson (1982), nous postulons que la plupart des croyances du patient sont vraies et logiquement non contradictoires. Ceci est la condition de leur « interprétabilité ».

Cela implique qu'en cas de refus par le patient d'endosser des attributions de croyance qu'il estime erronées, alors le thérapeute doit réviser sa théorie du symptôme. Il lui faut trouver une nouvelle interprétation qu'il puise dans un registre culturel.

Le *principe de charité* suppose que le thérapeute est capable de revenir sur ces interprétations, d'en changer la trame pour aboutir à celle qui correspond le mieux avec les normes de rationalité et de cohérence de ses interlocuteurs.

CO-CONSTRUCTION DU SENS

La clinique ethnopsychiatrique est toute entière sous-tendue par le *principe de charité* : ainsi peuvent s'exprimer hors tout jugement de valeur et hors toute position eurocentrée, les visions du monde propres aux sociétés de l'Océan indien. L'une des difficultés que le thérapeute s'emploie à résoudre est la nécessité de prendre l'exacte mesure des normes de rationalité des consultants. Pourtant, même si sa connaissance du monde de croyances et des normes du patient demeure imparfaite, parce qu'il construit, en arrière plan de son travail d'interprétation, une théorie de ce que la personne croit et désire, il lui est capable de proposer une théorie du symptôme validable par le patient et son groupe.

Croyance et désir sont les moteurs de l'action. L'analyse des prédicats qui les expriment rend possible l'attribution d'émotions et de désirs. Ce travail d'attribution d'émotions et de désirs permet de mieux comprendre ce que les patients veulent dire, de s'approcher au plus près des représentations du patient. Il se tisse alors, au fil de l'entretien, une trame inter-

prétative qui permet d'attribuer des croyances de plus en plus précises et de formuler des hypothèses de plus en plus pertinentes.

Cette trame est interactive dans la mesure où le patient attribue simultanément des croyances à propos des hypothèses construites par le thérapeute.

Les attributions successives de causalité sont le résultat de l'interaction entre thérapeute et patient qui tous deux co-construisent l'interprétation des états mentaux attribués au patient. C'est ce qui a pu faire dire à Nathan, que le dispositif ethnopsychiatrique permettait au patient d'être un des experts reconnu par le groupe thérapeutique du trouble qui l'affecte.

Le *principe de charité* s'applique à l'univers culturel (de croyances) du patient surtout quand les locuteurs ne partagent pas forcément le même univers, quand la culture rend plus incertaines l'exactitude des attributions de croyance et de désirs.

ETHNOPSYCHIATRIE

Le dispositif ethnopsychiatrique est un lieu d'attributions de significations au désordre. La tâche du thérapeute consiste à trouver, à partir du registre culturel du patient, une signification la plus juste possible parmi un éventail de possibilités.

Un trouble psychologique qui s'exprime dans un comportement peut renvoyer aussi bien à une conception naturelle que surnaturelle ; dans ce dernier cas, l'attribution causale peut renvoyer aussi bien à une intentionnalité animiste que magique. (Ce qui, soit dit en passant, que des états mentaux peuvent être attribués à des pensionnaires de la surnature et être à l'origine de comportements observables).

Si un symptôme n'a pas de significations en soi, c'est la culture qui se charge de cette tâche, au sens de la définition de Kleinman (1991) : « La culture consiste en une signification collective construite autant à travers l'histoire que par les sentiers empruntés par chaque individu pour se ressaisir de ses significations ».

Un symptôme est tout autant l'expression de la culture au sein de laquelle il survient que de la manière dont le patient l'inscrit dans sa propre histoire.

DESORDRE ETHNIQUE

L'anthropologue Murdock (1980) a montré qu'il existait des attributions causales concernant un symptôme particulier propre à une culture, une société.

Ex. L'exemple le plus connu est l'*amok*² des malais. Les observations de Ellis concernant ce trouble ethnique sont parues dans les Annales Médico-Psychologiques de 1896. Pour Ellis, ce trouble ne résulte ni de l'alcoolisme, ni de l'épilepsie, ni de l'hérédité. Ce trouble lui apparaît uniquement psychogène, lié à certaines circonstances socio-environnementales : l'infidélité de la femme, la mort d'une personne aimée, la vue de son propre sang, des griefs plus ou moins fondés.

A La Réunion, beaucoup moins spectaculaire, est le *cheveu maillé* de l'enfant, qui, selon les chercheurs (Pourchez, 1998 ; Govindama, 2000 ; Gruchet, 2001) seraient propres à la Réunion. Ils lui attribuent une causalité animiste dont l'intentionnalité se situerait dans la constitution de l'identité et de l'appartenance du sujet à travers une affiliation à un lignage.

- Si l'*amok* ou le *cheveu maillé* de l'enfant réunionnais sont des syndromes propres à ces sociétés, il est des stressseurs universels, tels ceux causés par l'effroi ou la peur extrême. L'effroi peut s'exprimer de différentes manières, recevoir des attributions causales diverses et faire l'objet d'un traitement particulier selon la société dans laquelle il survient. Dans ce cas, le traitement varie en fonction de la culture. La variante réunionnaise de l'étiologie de la frayeur est le *saisissement* (Brandibas, 2003).

- D'autres désordres encore sont imputés à la magie, à la sorcellerie (Brandibas, 2003). Murdock a montré que les conséquences de la sorcellerie étaient observables dans beaucoup de sociétés. Chacune a sa théorie et sa manière de soigner ceux qui sont touchés. Toutes ont recours à des explications mettant en jeu le monde surnaturel. La variante réunionnaise de la possession suite à une attaque sorcière est l'*arrangement*.

LA QUETE DE LA SIGNIFICATION

Un même symptôme peut recevoir différentes lectures et sa signification n'est pas fixée à priori, non déterminée. La recherche de l'étiologie et de la guérison peut se traduire par différentes attributions causales successives ou simultanées et amener certaines familles à recourir à différents dispositifs thérapeutiques (biomédecine occidentale, créole hindouiste, créole réunionnaise, malgache, islamique, etc.) Cette diversité dans les attributions sont possibles parce que le monde réunionnais reconnaît à la fois des désordres qui s'inscrivent dans un monde unidimensionnel et infini (le monde sécularisé) et un monde multidimensionnel où vivent dans une osmose plus ou moins instable, monde profane et monde sacré.

2 Amok : Épisode dissociatif caractérisé par une période de cafard suivi par un comportement extrêmement violent, agressif ou homicide envers des personnes et des objets.

Le pragmatisme des patients qui s'exprime à travers l'attente de la guérison permet de reconnaître la meilleure adéquation entre le modèle d'inconduite (le comportement déviant, pathogène) exprimé et la théorie du désordre que le dispositif suppose.

VIGNETTE CLINIQUE : MYROSE

Myrose est une jeune femme d'une trentaine d'années. Elle est mariée, mère de deux enfants. Apparemment, elle mène une vie sans histoires jusqu'au jour où, sans raison apparente, elle tombe dans une espèce de léthargie dont elle ne sort que pour tomber dans des crises d'agitation et d'agressivité.

Dans un premier temps, elle est conduite chez son médecin traitant qui, après avoir pratiqué une série d'examens, prescrit un traitement antiépileptique. Une infirmière se rend tous les matins au domicile de Myrose pour lui donner son injection. Malheureusement, l'entourage considère les résultats du traitement non probants.

Elle consulte donc un guérisseur, un ami de la famille qui évoque l'hypothèse d'un *saisissement*, survenu suite à la rencontre inopinée de la malheureuse avec une âme errante qui aurait trouvé refuge dans le manguier de la cour.

Le mari s'est chargé de l'abattage du manguier, et le prêtre a procédé à un rituel de purification de la cour. L'absence de changement constaté chez Myrose a conduit le spécialiste à formuler l'hypothèse d'une étiologie sorcière.

Une autre guérisseuse va tenter d'établir un contact avec la malade. A l'aide de sa technique et de ses objets, elle vérifie l'hypothèse d'une possession suite à une attaque sorcière.

Le symptôme de la femme serait donc une réponse comportementale à une attaque intentionnelle de la part d'un persécuteur identifiable, la réponse est bien le résultat de la relation interactive entre l'entourage, la guérisseuse, la possédée. La réaction de la possédée valide la justesse de l'hypothèse qui sera ultérieurement confirmée par la guérison.

Cela valide d'une part l'hypothèse de Devereux sur les modèles d'inconduite et d'autre part qu'il a fallu reconnaître comme valide la rationalité du comportement et sa cohérence.

Suffisamment indéterminées pour permettre à chaque dispositif thérapeutique de les référer à des étiologies qui permettent de les inscrire dans une logique de soin particulière, les hypothèses étiologiques procèdent d'une logique de transformation de l'inconnu en connu, du non maîtrisable en maîtrisable à l'intérieur d'un cadre fourni par la culture familiale, sociale et culturelle.

Inscrire le désordre dans une réalité particulière et culturelle permet de :

- le reconnaître ;
- lui donner sens ;
- envisager une stratégie thérapeutique.

Progressivement mis en langue par l'entourage selon une nosographie reconnue, le désordre, par l'élaboration progressive d'un diagnostic, assure la transition entre le possible et l'actuel. Tout se passe comme si sa mise en mots : « Tu es arrangée ! », pouvait être responsable de la transition d'un ensemble d'éventualités variées ayant certaines probabilités en une éventualité particulière, ici, l'*arrangement*.

Cet itinéraire thérapeutique procède d'attributions successives de significations et de croyances. Le groupe retient finalement la théorie des contenus mentaux et de signification qui s'accorde le mieux avec les données dont il dispose et avec les normes de rationalité et de cohérence qui sont les siennes (ici la jalousie consécutive à l'héritage), la direction d'ajustement du comportement des uns à celui de Myrose.

Le dispositif ethnopsychiatrique permet de discuter différentes possibilités étiologiques, éventuellement de les prolonger en d'autres lieux de soin. Il arrive aussi que la simple discussion au sujet de diverses attributions causales évite aux patients de mettre en œuvre toutes les éventualités possibles du désordre.

La succession des interprétations s'étaye à la fois sur la mémoire collective et individuelle et sur des repères communs auxquels chacun peut se référer pour distinguer le possible et l'impossible, l'acceptable et l'inacceptable, bref sur un patrimoine culturel.

CONCLUSION

Soigner suppose alors que les thérapeutes accordent au symptôme psychique une signification que partage non seulement le patient mais aussi son entourage et la culture qui le porte.

Le dispositif ethnopsychiatrique, parce qu'il reconnaît la validité du principe de charité, parce qu'il respecte les règles conversationnelles et en tire les conséquences au plan psychothérapeutique, offre au patient un espace de soin en adéquation avec le contexte multiculturel réunionnais.

Une interprétation réussie, c'est-à-dire réductrice du désordre, peut alors être considérée comme le résultat d'une longue et ardue négociation à propos du sens à conférer à la réalité vécue/offerte/proposée par le patient, son entourage et de son acceptabilité.

Pour l'avenir, une description plus rigoureuse de la façon dont le dispositif thérapeutique ethnopsychiatrique tire parti des règles et principes conversationnels, du principe de charité et de la théorie de l'esprit reste

encore nécessaire pour asseoir la réflexion théorique concernant une posture thérapeutique originale que nous défendons.

BIBLIOGRAPHIE

- Blanchet, A. (2000), *L'interaction thérapeutique*. Communication Les conférences du CIRCI, Saint-Denis de La Réunion.
- Blanchet, A. (2003), « La communication psychothérapeutique », in J. Brandibas & G. Gruchet & P. Reignier (Eds.), *Institutions et cultures* (p. 41-56), Paris : L'Harmattan.
- Brandibas, J. (2003), *Traité de Psychopathologie et Thérapeutique Réunionnaises*, Thèse de Psychologie n.p., Université de La Réunion, Saint-Denis.
- Bromberg, M. (2004). « Contrat de communication et co-construction du sens », in M. Bromberg & A. Trognon (Eds.), *Psychologie sociale et communication* (p. 95-108), Paris : Dunod.
- Davidson, D. (1982). *Paradoxes de l'irrationalité* (P. Engel, Trad. 1991 éd.), Combas : L'éclat.
- Garcia Negroni, M. M. (1999), Activités langagières : théories de l'énonciation et théories pragmatiques, *Cours de Psychologie* (Vol. 4. Mesures et Analyses, p. 128-161), Paris : Dunod.
- Govindama, Y. (2000), *Le corps dans le rituel - Ethnopsychanalyse du monde hindou réunionnais*, Issy les Moulineaux : ESF.
- Grice, H. P. (1979), Logique et conversation. *Communications* (30), 57-72.
- Gruchet, G. (2001), *Le culturel dans la genèse des troubles mentaux : exemple de La Réunion*, Doctorat de Psychologie n.p., Université de La Réunion, Saint-Denis de La Réunion.
- Kleinman, A. (1991), *Rethinking Psychiatry*, New-York : Free Press.
- Murdock, G. P. (1980), *Theories of Illness: A World Survey*, Pittsburgh : University of Pittsburgh Press.
- Pourchez, L. (1998), *Les sévé mayé de l'enfant réunionnais : marquage de l'origine ethnique ou affirmation d'une identité créole ?* Communication du CTHS, Fort de France.
- Quine, W. V. O. (1980), *Le mot et la chose*, Paris : Flammarion.