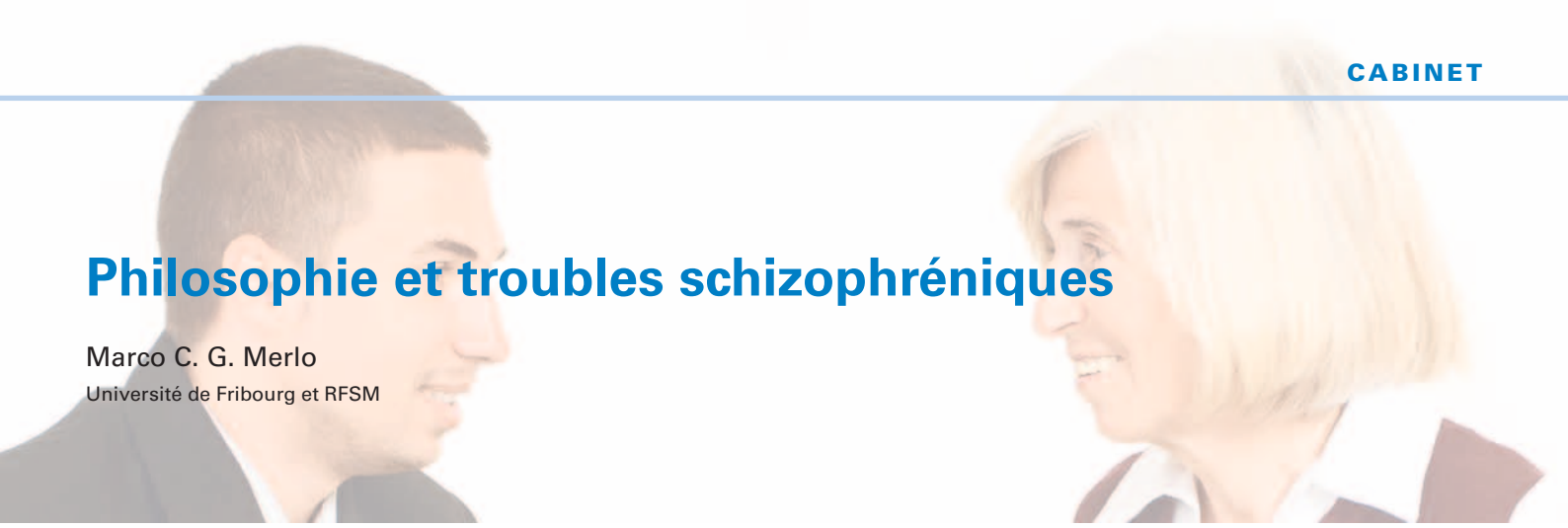

Philosophie et troubles schizophréniques

Marco C. G. Merlo
Université de Fribourg et RFSM

Quintessence

- D'un point de vue philosophique, le médecin peut en tant qu'examinateur adopter trois perspectives vis-à-vis du patient: celle de l'objectivité, celle de la subjectivité ou celle de l'intersubjectivité.
- L'approche phénoménologique-herméneutique a pour objectif de décrire et de comprendre la relation du patient schizophrène avec lui-même, avec les autres et avec le monde de la vie.
- La médecine centrée sur la personne et la médecine narrative proposent des concepts pratiques qui tiennent compte de l'approche phénoménologique-herméneutique.

Les progrès actuels dans les neurosciences ont considérablement élargi les connaissances sur la physiopathologie des maladies psychiques. Malgré tout, l'étiopathogénie de la plupart des troubles, et particulièrement des troubles schizophréniques, reste largement incomprise. Dès lors, il est encore impossible de diagnostiquer ces troubles en se servant de critères «objectifs» relevant des sciences naturelles. La nouvelle version du système de classification de la *American Psychiatric Association*, le DSM-5, qui devrait être publiée en 2013, elle non plus n'est pas parvenue à définir le diagnostic d'un trouble schizophrénique au moyen de méthodes neurobiologiques, c.-à-d. objectives. D'un autre côté, la recherche sur les médicaments dans ce domaine est en stagnation et il n'existe à l'heure actuelle aucun traitement spécifique pour les troubles schizophréniques. Les antipsychotiques ont une action aspécifique sur les symptômes positifs (par ex. délire et hallucination), mais ces médicaments n'améliorent pas considérablement des symptômes tels que le manque d'initiative, les difficultés dans les relations interpersonnelles ou les troubles du traitement de l'information.

Par la force des choses, les cliniciens et les chercheurs se sont posé la question de savoir si une approche purement positiviste, c.-à-d. fondée uniquement sur des données objectives, était suffisante pour comprendre et traiter les troubles schizophréniques. Il apparaît nécessaire de compléter la recherche neuroscientifique par des méthodes relevant des sciences humaines, ce qui est préconisé par des chercheurs de premier plan dans le domaine de la schizophrénie. En parallèle, depuis quelques années, la psychiatrie, tout comme la médecine en général, tend à se tourner vers la philosophie [1]. Des thèmes comme la personne du malade ou l'histoire de vie du malade suscitent de plus en plus d'intérêt.

Marco C. G. Merlo

L'auteur ne déclare aucun soutien financier ni d'autre conflit d'intérêt en relation avec cet article.

L'abondance des approches philosophiques destinées à la compréhension des troubles schizophréniques impose un choix, qui se limite dans cet article à l'approche phénoménologique-herméneutique.

Distinction entre l'objectivité, la subjectivité et l'intersubjectivité

Avant que le médecin puisse poser un diagnostic et initier un traitement, il doit examiner le patient afin de repérer des caractéristiques de la maladie. En accord avec la médecine somatique, la psychiatrie moderne (classifications CIM-10 et DSM-IV) a pour objectif d'établir le diagnostic psychiatrique sur la base de résultats d'examens objectifs. D'un point de vue philosophique, cela signifie que l'examinateur se place dans une perspective en troisième personne par rapport au patient. Il observe et décrit les symptômes «objectivement», sans que lui-même en tant qu'observateur ou sa méthode d'observation n'influencent les résultats. L'examen se focalise sur les anomalies comportementales et sur des valeurs anormales.

Toutefois, si le médecin souhaite tenir compte du vécu intérieur du patient, il doit délaisser ces paramètres et orienter son attention sur la subjectivité du malade [2], ce qui est entre autres indispensable lors de l'évaluation des hallucinations. Le vécu subjectif, c.-à-d. le vécu en se plaçant dans la «perspective à la première personne», est avant tout ciblé par la phénoménologie dans la tradition de Husserl. Cette méthode phénoménologique a été introduite dans la psychopathologie par Jaspers, qui s'est néanmoins limité à la description des indications rapportées par les patients.

Au cours de la discussion avec le patient, le médecin en apprend davantage sur le vécu intérieur du patient et il peut ainsi se faire une idée du contenu de la conscience du patient. Ainsi, un patient décrit par ex. qu'il ressent comment une autre personne influence ses pensées ou fait se mouvoir son corps. Une autre patiente parle des voix qui commentent son comportement et la forcent à se concentrer sur elles. Dans le premier cas, le médecin diagnostiquerait des troubles du moi et dans le deuxième cas, il diagnostiquerait les hallucinations auditives de la patiente comme symptômes psychotiques.

D'autres psychiatres d'orientation phénoménologique (par ex. Binswanger, Minkowski, Blankenburg ou, plus récemment, Parnas, Fuchs et Stanghellini) vont plus loin que Jaspers dans leurs analyses. Leur exploration vise à comprendre les structures de base du rapport à soi et du rapport au monde. Cette phénoménologie «eidétique» se

pose entre autres des questions comme: Qu'est-ce que la réalité? Qu'est-ce que la vérité? Qu'est-ce que le Soi? La patiente ayant des hallucinations auditives cherche ce qui est réel. Un patient atteint de troubles du moi souffre d'une désorientation profonde dans son rapport avec les autres et il se demande ce qui appartient à son Soi et ce qui appartient à autrui. Il n'y a plus de frontières entre sa pensée, son ressenti et ses actes et l'autre. Dans le langage phénoménologique, il est question de troubles de la ipséité.

Lorsque le médecin souhaite tenir compte du vécu intérieur du patient, il doit délaisser la perspective en troisième personne et orienter son attention sur la subjectivité du malade

Au sens de Heidegger, la ipséité fait directement référence à la structure du *Dasein* (être là) en tant qu'être-avec («Mitsein»), ce qui soulève la question de l'intersubjectivité, qui est considérée comme structure de base pour la compréhension de l'autre. Cette compréhension de l'autre est l'objet même de l'herméneutique. Ainsi, le médecin ne souhaite pas uniquement obtenir une description, mais il veut comprendre le vécu du malade. En se plaçant dans une «perspective à la deuxième personne» vis-à-vis du patient, l'examinateur s'ouvre à la possibilité d'élaborer un sens quant aux paroles prononcées lors de la conversation [2]. L'examinateur n'est alors pas indépendant de l'objet de l'étude. Au cours du dialogue avec le médecin, le récit de l'histoire de vie du patient est influencé par l'expérience du médecin. Un médecin ayant exclusivement une formation de science naturelle va élaborer avec le patient une autre histoire de vie qu'un médecin dont la vie a été influencée par des intérêts psychologiques, sociologiques et culturels. L'histoire de vie découlant du dialogue avec le patient est une construction à laquelle à la fois le patient et le médecin ont contribué.

Approche phénoménologique-herméneutique et les rapports à soi-même et au monde

L'analyse phénoménologique du vécu personnel des patients schizophréniques révèle qu'il s'agit d'une perte du sens commun ou, comme l'a écrit Blankenburg, d'«une perte de l'évidence naturelle» [3]. Le rapport à soi-même, aux autres et au monde de la vie en général est fondamentalement altéré. Les situations quotidiennes ne parviennent plus à être gérées spontanément. Un jeune homme de 21 ans a par ex. rapporté:

«*Cela a déjà commencé très tôt durant l'enfance. J'étais très timide! J'étais très renfermé. A chaque fois que j'arrivais à l'école, j'étais très stressé. D'emblée le matin, j'étais très stressé. D'un autre côté, je ne voulais montrer à aucun de mes camarades de classe, qui avaient l'air si contents, que la situation était différente pour moi. C'est lié à la peur de ne pas parler correctement, de ne pas répondre correctement, de ne pas savoir exactement quoi dire… et même à la peur de ne rien avoir à dire!*»

Cette perte de spontanéité reflète un profond désarroi du patient au contact de ses camarades de classe. Il fuit ce contact par peur de révéler quelque chose de négatif sur lui. Ainsi, les frontières entre lui-même et les autres sont perçues comme perméables. D'un point de vue phénoménologique, il s'agit d'un trouble de la ipséité; le patient ne se considère pas comme l'acteur de ses gestes. Une relation médecin-patient basée sur la confiance est nécessaire pour qu'un patient puisse avouer qu'il évite de montrer ses intérêts et ses sentiments par peur d'être manipulé ou rabaissé. Souvent, au lieu de ces confessions authentiques, les patients schizophrènes donnent des réponses évasives et vagues, qui contiennent peu d'éléments personnels.

L'histoire de vie découlant du dialogue avec le patient est une construction à laquelle à la fois le patient et le médecin ont contribué

Erismann a récemment publié une analyse phénoménologique intéressante du rapport entre la relation avec soi-même, la honte et le vécu schizophrénique [4]. Il a pu montrer que la honte et la maladie schizophrénique présentaient une structure de base proche. La honte correspond au rapport entre les valeurs propres et le Soi. Lorsque j'ai honte de quelque chose, mon Soi se trouve remis en question. Après avoir éprouvé un sentiment de honte, une personne en bonne santé parvient à reprendre le dessus et adapte son Soi à de nouvelles valeurs. Elle s'intègre à nouveau dans la communauté. A l'inverse, le patient schizophrène se retire du monde extérieur et se construit son propre monde, qui le stabilise sur la base d'un faux Soi. Le patient mentionné ci-dessus a joué la comédie à ses camarades, car il avait honte de montrer ses sentiments réels.

Dans les récentes recherches sur les causes des troubles psychotiques, la détection d'évènements traumatisants dans l'enfance et l'adolescence a acquis une importance croissante. Ces évènements sont souvent vécus par de la honte et par un sentiment d'humiliation. La prise en compte de ces sentiments revêt une importance fondamentale dans le traitement des patients schizophrènes. Une approche thérapeutique respectueuse et protectrice aide le patient à se trouver soi-même. Il doit apprendre à mobiliser le courage nécessaire pour faire part à quelqu'un des expériences, des valeurs et des désirs qui sont importants pour l'histoire de sa vie.

Parallèlement à l'altération du vécu personnel, les patients schizophrènes vivent d'une manière singulière le rapport avec le monde de vie, c.-à-d. la construction subjective de la réalité. Le patient peut développer une certitude subjective, à laquelle il s'attache même si elle est en contradiction avec la réalité. Ce phénomène, qui est appelé «délire» en psychopathologie, est jusqu'à aujourd'hui considéré comme l'un des objets d'étude les plus difficiles de la psychiatrie. Les énormes divergences au niveau des expertises psychiatriques de Anders Breivik, le meurtrier de masse norvégien, en sont un exemple d'actualité. Deux confrères parlent de trouble schizophrénique, tandis que deux autres ne trouvent pas de signes psychotiques.

Différents psychiatres ont enrichi l'approche phénoménologique d'une compréhension herméneutique de l'intersubjectivité. Le médecin va alors plus loin, en cherchant le sens du vécu actuel et de l'histoire de vie du

patient. Une compréhension se développe entre lui et le patient. Quelle est la signification d'une crise psychotique avant le baccalauréat? Quel est le rapport entre les traumatismes psychiques de l'enfance (par ex. violence dans la famille, *mobbing* à l'école), la peur des contacts sociaux et le rôle d'outsider au cours de la phase préliminaire de la schizophrénie? Il s'agit là uniquement de quelques exemples qui montrent comment un médecin adoptant la perspective phénoménologique-herméneutique focalise son intérêt sur le vécu personnel et les rapports sociaux du patient. Dans ce contexte, le médecin devrait également tenir compte du monde de la vie, c.-à-d. de la réalité sociale, culturelle et spirituelle du malade. Il détecte rapidement les conséquences culturelles, par ex. qu'une jeune femme est d'origine kurde et que sa famille réprouve tout contact avec les hommes, alors que ses amies ont déjà depuis longtemps un compagnon stable.

Le patient doit apprendre à mobiliser le courage nécessaire pour faire part à quelqu'un des expériences, des valeurs et des désirs, qui sont importants pour l'histoire de sa vie

Aspects de la médecine centrée sur la personne et de la médecine narrative dans le traitement des patients schizophrènes

L'analyse conduite selon une approche phénoménologique-herméneutique a des liens directs avec une médecine qui tient compte de la personne du malade [5]. Cette médecine centrée sur la personne tire ses origines dans les anciennes civilisations orientales (chinoise et ayurvédique) et occidentales (grecque). Elle définit la santé non seulement comme la fonction des organes, mais elle cerne également le patient dans sa globalité (voir aussi définition de l'OMS). La relation du patient avec lui-même, avec les autres et avec le monde de la vie est également prise en compte dans le diagnostic, le traitement et la prévention. Ainsi, le traitement ne vise plus uniquement à réduire ou supprimer les symptômes, mais il tient également compte du vécu subjectif et des liens ayant une signification dans le cadre du monde de la vie.

Les interventions individuelles centrées sur la personne ont gagné en importance grâce à l'introduction du concept de qualité de vie subjective dans la recherche sur le traitement des troubles schizophréniques. Le traitement ne vise plus uniquement à obtenir une disparition des symptômes, mais à la fois une rémission et une intégration sociale. Ce concept est désigné par le terme «rétablissement» (recovery). Le nouveau paradigme favorise les ressources individuelles du patient et remet en question le postulat du trouble schizophrénique en tant que maladie chronique.

Cette nouvelle vision a le plus fortement influencé la réhabilitation des patients schizophréniques. Au lieu que le patient exerce ses compétences sociales et ses fonctions cognitives afin de pouvoir assurer par la suite une activité dans le cadre protégé d'un atelier pour handicapés, il se voit confier le plus tôt possible un emploi sur le marché général du travail. Dans ce cadre de travail normal, il est assisté individuellement par un coach *(supported employment model)*.

L'approche herméneutique peut également être considérée comme la base philosophique de la médecine narrative [6]. Le dialogue entre le médecin et le patient fournit une histoire qui englobe les aspects de la maladie, mais également de la bonne santé. Il se construit une histoire qui ne s'en tient pas à une énumération de faits isolés, mais qui fait sens. Cette recherche commune de sens est une composante essentielle de la relation thérapeutique. Comme dans les approches de psychothérapie narrative, l'examinateur fait «partie de la description». Dans la narration, le monde de la vie du patient devient compréhensible et sa maladie devient plus accessible pour lui. La crise psychotique n'est pas reniée et occultée mais, au contraire, elle confère du sens et de la force aux altérations dans les rapports à la vie.

Perspectives

En complétant la perspective de l'objectivité par celle de la subjectivité et de l'intersubjectivité, le médecin élargit son horizon d'observation et de manœuvre. Grâce à l'analyse phénoménologique-herméneutique, il peut mieux apprécier la personne et sa maladie sous forme d'histoire de vie. Cet accès à l'histoire de vie est de plus en plus intégré dans le dépistage et le traitement précoces des troubles schizophréniques afin d'éviter les évolutions chroniques. Une prévention précoce serait envisageable si des évènements traumatisants, comme le *mobbing* à l'école ou la violence familiale, pouvaient être détectés tôt et si le retrait social, avec la perte du contact spontané naturel avec les amis et les camarades, pouvait être prévenu par le biais de mesures thérapeutiques. La réflexion philosophique permet au médecin d'aider une personne souffrant de troubles psychiques au-delà de la prescription de médicaments.

Correspondance:
PD Dr Marco Merlo
Université de Fribourg
Chemin du Musée 8
CH-1700 Fribourg
marco.merlo[at]unifr.ch

Références

1 Fulford KWM, Thornton T, Graham G. Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2006.
2 Fuchs T. Subjectivity and intersubjectivity in psychiatric diagnosis. Psychopathology. 2010;43:268–74.
3 Lysaker PH, Lysaker JT. Schizophrenia and alterations in self-experience: a comparison of 6 perspectives. Schizophr Bull. 2010;36:331–40.
4 Erismann M. Selbstbezug, Beschämung und schizophrenes Erleben. Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2012;163:98–103.
5 Mezzich JE, Snaedal J, van Weel C, Botbol M, Salloum I. Introduction to person-centred medicine: from concepts to practice. J Eval Clin Pract. 2011;17:330–2.
6 Lewis B. Narrative and psychiatry. Current opinion in psychiatry. 2011;24:489–94.