

Comprendre les symptômes peut ouvrir la voie à une vie plus riche de sens

À propos de la signification des troubles mentaux

J'ai vu un jour une femme souffrant d'une grave dépression qui m'a confié qu'elle était déprimée parce qu'elle se sentait coupable de quatre choses honteuses dans sa vie :

1. Elle avait dû se marier. Elle l'avait annoncé à sa mère après sept mois de grossesse. Sa mère lui avait dit auparavant : « Si ma fille m'annonçait qu'elle était enceinte avant le mariage, je mourrais de honte. »
2. Qu'elle était divorcée
3. Qu'elle avait avorté
4. Et qu'elle vivait désormais en concubinage.

Selon elle, ces quatre choses honteuses étaient à l'origine de ses plaintes et l'empêchaient de trouver un sens à sa vie.

J'ai été frappée par le fait qu'elle n'ait pas mentionné la relation incestueuse avec son père comme cause possible de ses problèmes. Elle n'a pas non plus évoqué l'alcoolisme et l'infidélité de son mari.

Les gens sont prédisposés à formuler des suppositions et à rechercher des causes afin de reprendre le contrôle de leur vie. Ces causes peuvent différer de la manière dont les thérapeutes évaluent leurs problèmes. Ce qui précède en est un exemple.

Comment gérons-nous cela dans le domaine de la santé ?

La psychiatrie se concentre principalement sur la question : POURQUOI CE patient éprouve-t-il CES symptômes à CE moment-là ? En psychothérapie, le thérapeute et le patient tentent ensemble de trouver l'origine des symptômes. Un patient est par exemple dépressif parce qu'il a perdu son ou sa partenaire ou parce qu'il ne s'est jamais senti accepté par son père, etc.

Mais il y a une autre question possible : quel est, selon le patient, le but, le sens de son existence ? Ou, comme quelqu'un a dit : *Sa vie a-t-elle une fenêtre à l'avant, un pare-brise*, comme dans une voiture ?

Parfois, la question du pourquoi ne suffit pas pour guérir.

Un exemple : cette patiente était une dame âgée, ancienne danseuse. Elle souffrait d'une grave dépression et refusait médicaments et nourriture. Elle a été transférée à l'infirmerie de l'hôpital psychiatrique et restait alitée. Son mari en avait assez et se sentait impuissant. En tant que soignants, nous ne savions pas vraiment quoi faire.

La dame ne parlait pas, mais semblait attentive à ce qui se passait autour d'elle. Avec son mari et ses deux enfants jeunes adultes, nous nous sommes assis autour de son lit. Je leur ai présenté toutes sortes d'hypothèses pour expliquer son silence : « Peut-être a-t-elle l'impression que ce qu'elle dit n'a plus d'importance », « Peut-être regrette-t-elle son ancienne vie de danseuse célèbre », « Peut-être se sent-elle progressivement invisible aux yeux des autres » ... *Des questions qui avaient un impact sur sa vie future et le sens de cette vie.* La dame écoutait cette conversation, cela se voyait. Après une ou deux conversations de ce genre, elle a soudainement recommencé à prendre ses médicaments et à manger. Sa dépression a complètement disparu et elle a pu rentrer chez elle en bonne santé.

Ses plaintes ont-elles été prises au sérieux lors de ces séances ? A-t-elle senti que sa famille lui accordait plus d'attention ? Y a-t-il eu un changement dans les interactions au sein de la famille ? Sa vie a-t-elle retrouvé un sens ? Ce ne sont que des hypothèses, mais quoi qu'il en soit : il semblait qu'elle pouvait à nouveau voir à travers le pare-brise.

Un autre cas : un garçon psychotique

Pendant son épisode psychotique, ce garçon était terrifié et voyait des scènes effrayantes avec des serpents devant lui. Il a été soigné avec des médicaments. Ensuite, nous avons revu cette période avec lui pour comprendre ce que ces pensées effrayantes pouvaient signifier pour lui. Cela l'a aidé à mieux comprendre ce moment de son existence au lieu de l'oublier sous la formule : « à l'époque j'étais fou ». Cet épisode de sa vie a alors pris un sens et une raison d'être.

Si les gens peuvent considérer leurs plaintes comme quelque chose qui leur appartient, non pas seulement comme quelque chose qu'ils veulent oublier au plus vite, mais comme quelque chose qui leur offre des indices pertinents pour leur bien-être, cela ouvre parfois la voie au changement. Peut-être que d'autres possibilités de vie peuvent s'ouvrir, leur donnant plus de contrôle. Lorsque le changement n'est pas possible, l'acceptation de la situation peut être bénéfique.

Nous avons observé ce dernier cas chez des femmes ayant subi un traumatisme grave. Une compréhension approfondie du contexte a permis de rendre les plaintes plus supportables, même si les symptômes n'ont ni diminué ni disparu.

Beaucoup de gens ressentent le besoin de donner une dimension verticale à leur vie, parfois dans un sens spirituel ou plus religieux. Cela peut ouvrir une nouvelle perspective sur une vie pleine de sens, une vie avec des objectifs qui apportent satisfaction et respect de soi.

Quel rôle jouons-nous en tant que professionnels dans ce processus ?

Comment influençons-nous, consciemment ou peut-être inconsciemment, la façon dont nos consultants comprennent leurs symptômes ?

Contexte :

La signification donnée aux symptômes par les professionnels a évolué au cours du siècle dernier. Il n'y a pas si longtemps, nous, professionnels, diagnostiquions l'hystérie comme un trouble de la

personnalité associé à un « utérus flottant » ou attribuons les plaintes à un déséquilibre entre les différents fluides corporels : bile noire, sang rouge, etc.

C'est avec Freud et la psychanalyse que nous avons pour la première fois prêté attention à la signification intrapsychique possible des symptômes. Cela a donné lieu à de nouvelles perspectives. Le passé pouvait jouer un rôle dans les symptômes actuels et le patient a été invité à se tourner vers son propre univers d'expérience.

Peu de temps après, la théorie des systèmes a commencé à s'intéresser à l'influence de l'environnement (direct) du patient. Nous avons commencé à réaliser qu'une personne malade contribuait parfois à maintenir l'intégrité du système familial. La personne malade peut devenir le centre d'attention de la famille, et les autres problèmes et différences, peut-être plus importants, sont mis de côté.

Plus tard, nous avons commencé à réaliser que les normes et les valeurs de notre société multiculturelle pouvaient jouer un rôle dans la signification des symptômes et des plaintes. Nos normes et valeurs personnelles peuvent influencer les points abordés dans le traitement.

Sommes-nous suffisamment conscients de nos propres normes et valeurs, opinions et préjugés intériorisés ?

Je vais illustrer cela par un exemple.

Un exemple des différences entre hommes et femmes.

Il existe des publications indiquant que le thérapeute « moyen » applique des normes de santé différentes pour les hommes et les femmes en termes d'attitude et d'attentes. On a demandé à des thérapeutes (hommes et femmes) d'indiquer, à partir d'une liste de caractéristiques, celles qui convenaient à un homme en bonne santé, celles qui convenaient à une femme en bonne santé et celles qui convenaient à un adulte en bonne santé. Cela a démontré que le profil d'un homme en bonne santé et celui d'un adulte en bonne santé coïncidaient, mais que le profil d'une femme en bonne santé était différent.

Une femme en bonne santé était considérée comme plus émotive, plus préoccupée par son apparence, moins objective, moins indépendante, moins entreprenante et plus facilement influençable. Une femme en bonne santé serait également moins compétitive et moins portée sur les mathématiques et les sciences. Cette évaluation des thérapeutes reflète les images stéréotypées des hommes et des femmes et la valeur qui leur est attribuée au sein de la société.

Cela implique qu'une femme n'est pas considérée comme une adulte en bonne santé lorsqu'elle se conforme au modèle de rôle attendu d'une femme en bonne santé. Cependant, elle n'est pas considérée comme une femme en bonne santé lorsqu'elle se conforme trop à ce qui est attendu d'une adulte en bonne santé. En d'autres termes : il n'est pas possible de se conformer au modèle de rôle attendu d'une femme en bonne santé et en même temps à celui d'une adulte en bonne santé.

Dans le cas ci-dessus, cela pourrait signifier que les femmes sont plus souvent diagnostiquées comme étant en mauvaise santé, car, dans cette perspective, une femme n'est soit pas complètement mature, soit pas assez féminine.

Nos propres valeurs et normes intériorisées jouent donc un rôle dans la façon dont nous percevons nos patients.

Mais ces valeurs et normes intériorisées sont-elles les mêmes partout et à différentes époques ?

Les anthropologues culturels ont formulé quelques observations sur les normes socioculturelles.

Dans de nombreuses cultures non occidentales, le « moi » n'est pas clairement délimité par rapport à l'environnement. On parle parfois de « moi collatéral », de « moi diffus » ou de « moi non individualisé ». Du point de vue occidental, où l'individualisation, la différenciation, l'autonomie et l'indépendance sont valorisées, cela est considéré comme un moi immature. Dans ces autres cultures, en revanche, une personne qui agit de manière trop autonome sera considérée comme déviante.

Lorsque les gens se définissent différemment d'une culture à l'autre, il y a également des différences culturelles majeures dans la prévalence des maladies mentales.

Les études anthropologiques décrivent ce que l'on appelle des « syndromes liés à la culture ». Les plaintes et symptômes d'un individu sont explicitement liés à la culture dans laquelle ils se manifestent. Une personne souffrant d'un syndrome lié à la culture occupe généralement une position marginale dans la société concernée. Durant l'épisode de « maladie », la personne « malade » présente un comportement ou des symptômes qui représentent une inversion directe ou une exagération du comportement normalement attendu d'une personne occupant sa position dans cette culture.

Par exemple, la prise de contrôle mentale touche principalement les femmes dans les sociétés nord-africaines. Il s'agit d'un état d'esprit caractérisé par des accès de colère extrême et des cris, qui a souvent été interprété comme un moyen légitime pour les femmes d'exprimer leurs frustrations, leurs craintes, leurs revendications et leurs critiques dans des sociétés dominées par les hommes.

Le même état d'esprit n'est-il pas évalué différemment selon les cultures ? Une norme internationale pour définir ce qui est « normal » est-elle possible ?

Les anthropologues culturels décrivent également des syndromes liés à la culture occidentale.

Ces troubles touchent principalement les femmes. Par exemple, la « personnalité multiple » est considérée comme un syndrome lié à la culture plutôt que comme une maladie mentale universelle. Tout comme la prise de contrôle mentale, elle est ancrée dans le contexte temporel, spatial et culturel. Il en va de même pour l'hystérie et la conversion, qui étaient particulièrement fréquentes chez les femmes au XIX^e siècle, ainsi que pour l'agoraphobie, la boulimie, l'anorexie mentale, la dépression et la toxicomanie, qui touchent les femmes au XXI^e siècle.

Selon cette théorie, les femmes occupent une position plus marginale dans la société et leur maladie constitue donc un renversement ou une exagération du comportement attendu d'elles. La femme bénéficie certes d'une attention particulière (médecine, psychiatrie), mais structurellement, rien ne change. Une forme de résistance légitime, peut-être ?

Les syndromes liés à la culture que les anthropologues culturels décrivent dans la culture occidentale touchent principalement les femmes. Ils affirment que les femmes et les non-Européens entretiennent une relation similaire avec les normes dominantes de la culture occidentale.

Les anthropologues culturels s'interrogent donc sur l'applicabilité internationale du DSM.

Comme tout système de classification, le DSM est un concept lié au temps et au lieu.

Marcie Kaplan soutient dans un article intitulé « Le point de vue d'une femme sur le DSM » que des normes implicites sur le comportement humain, masculin et féminin, sont présentes dans le DSM.

Elle montre que dans les critères définissant les troubles de la personnalité histrionique, borderline et dépendante, plusieurs critères recoupent ce qui ressort de l'étude de Broverman comme étant les caractéristiques d'une « femme normale » : dépendante, émotive, préoccupée par son apparence, impressionnable. Elle décrit un « trouble de la personnalité indépendante » qui, s'il

figurait dans le DSM, serait plus fréquent chez les hommes. Ce trouble n'est pas présent dans le DSM. Cela pourrait conduire à un surdiagnostic chez les femmes.

Lorsque nous travaillons avec nos patients pour trouver une signification à leurs plaintes et à leurs symptômes, nos propres idées intériorisées sur les différences et les rôles entre les hommes et les femmes entrent en jeu. Il en va de même pour les différences culturelles dans notre société multiculturelle. Nous travaillons avec les “lunettes que nous portons”.

Il est important de prendre conscience de nos propres idées implicites. Dans nos relations avec nos patients, il y a une différence entre les inciter (inconsciemment peut-être) à s'adapter à certains modèles de rôles et les aider à explorer d'autres possibilités.

J'aimerais ici développer l'exemple des valeurs féminines traditionnelles.

La littérature exprime les valeurs féminines traditionnelles dans la société occidentale. Leurs pertes et leurs bénéfices sont décrits en détail.

1. Dépendance

Confiance en un homme qui assure votre entretien et votre statut social.

Avantages pour les femmes : sécurité économique, moindre pression à la performance.

Coûts pour les femmes : subordination aux hommes, moins d'autonomie que les hommes.

L'avantage de compter sur un homme est évident : cela offre une sécurité, mais dépendre d'un homme peut signifier qu'une femme développe moins de compétences pour survivre. En tant que femme seule, il est essentiel qu'elle possède ces compétences. La valeur traditionnellement féminine lui coûte alors plus cher qu'elle ne lui apporte.

2. Une autre valeur traditionnellement féminine est : vivre pour et par les autres (mari et enfants, par exemple), prendre soin d'eux.

Avantages pour les femmes : sécurité émotionnelle, sens et but dans la vie, développement d'activités féminines positives telles que la chaleur humaine, la sympathie, la fonction nourricière, etc.

Coûts pour les femmes : perte d'identité personnelle, dépendance émotionnelle, dépression et sentiment d'impuissance lorsqu'il n'y a plus personne à charge.

La balance peut pencher négativement pour une femme, ce qui signifie que cela lui coûte plus que cela ne lui profite.

3. Une autre valeur traditionnellement féminine est : le tabou de l'affirmation de soi, de l'agressivité et de la recherche du pouvoir.

Avantages pour les femmes : être prises en charge et protégées par les hommes, être épargnées par la peur de l'incompétence et de la prise de risques.

Coûts pour les femmes : sentiment d'impuissance, dépendance à l'honnêteté des autres.

4. Accent mis sur l'attrait physique et les qualités érotiques

Avantages pour les femmes : pouvoir personnel caché sur les hommes

Coûts pour les femmes : crise liée au vieillissement, développement personnel limité, sentiment d'infériorité dû à des normes stéréotypées irréalistes en matière de beauté et de sexualité.

Pour les femmes, l'estime de soi est fortement liée à l'apparence physique.

Les valeurs traditionnelles masculines peuvent également être développées de cette manière, avec leurs avantages et leurs inconvénients.

Un exemple de valeur traditionnelle pour les hommes est « Je ne dois pas me laisser emporter par mes émotions, je suis au-dessus de cela. Si les émotions m'affectent, je les cache. Je ne montre pas mes sentiments de tristesse, mais je suis libre de montrer ma colère. »

Les valeurs traditionnelles pour les deux sexes évoluent. Vous pouvez également définir des valeurs alternatives avec leurs avantages et leurs inconvénients. Vous trouverez ci-joint des diagrammes illustrant les valeurs traditionnelles pour les hommes et les valeurs en mutation pour les femmes.

En ce qui concerne les différences entre les hommes et les femmes, il peut être utile pour les patients de participer à un groupe homogène de genre, un groupe d'hommes ou un groupe de femmes, dans le cadre de leur traitement.

À titre d'exemple tiré de ma propre expérience,

Un groupe de femmes :

Dans un service d'admission, nous avons travaillé avec un groupe de femmes qui se réunissait une fois par semaine. Y participaient des femmes qui ne souffraient plus de psychose aiguë ni de dépression au point de s'enfermer complètement sur elles-mêmes.

Chaque réunion avait un thème. Les thèmes abordés étaient les valeurs féminines traditionnelles décrites ci-dessus.

Les femmes se reconnaissaient beaucoup les unes dans les autres et le groupe est devenu très animé. Les femmes, qui dans d'autres situations restaient souvent silencieuses, se sont fait entendre. Elles ont notamment reconnu avoir des pensées négatives à leur propre égard, manquer d'assurance et n'avoir aucune influence sur leurs plaintes. En résumé, elles se percevaient comme sans valeur, sans défense et impuissantes.

Au cours des réunions, une certaine cohésion de groupe s'est rapidement développée. Les femmes se sentaient moins seules et communiquaient entre elles en dehors du groupe.

Grâce à la confiance qui s'est instaurée, des sujets liés à l'intimité ont été abordés. Ce phénomène est également mentionné dans la littérature. Une participante a déclaré : « Je me sens moins inhibée que dans un groupe avec des hommes » et une autre : « Dans ce groupe, je me sens en sécurité pour discuter de mes qualités et de mes défauts. »

Après avoir identifié les problèmes communs, le lien entre ces problèmes et les attentes sociétales a souvent été mis en évidence : « J'ai été surprise de constater autant de similitudes dans nos idées sur l'image idéale de la femme. » « Avant, je considérais toutes ces attentes comme normales, mais plus maintenant. »

Nous avons conclu que cette approche pouvait permettre aux femmes d'accepter et de comprendre leur véritable identité, favorisant ainsi le développement de leurs connaissances et de leurs talents au-delà des rôles traditionnels de genre. Elle les aide à identifier les défis communs auxquels elles

sont confrontées, enracinés dans les valeurs et normes socioculturelles, favorisant ainsi une plus grande prise de conscience et une plus grande solidarité.

Nous avons conclu que cette approche pouvait permettre aux femmes d'accepter et de comprendre leur véritable identité, favorisant ainsi le développement de leurs connaissances et de leurs talents au-delà des rôles traditionnels de genre. Elle les aide à identifier les défis communs auxquels elles sont confrontées, enracinés dans les valeurs et normes socioculturelles, favorisant ainsi une plus grande prise de conscience et une plus grande solidarité.

Notre expérience a montré que les femmes peuvent plus rapidement détourner leur attention des plaintes initiales vers d'éventuels problèmes sous-jacents, trouvant ainsi un sens à leur vie. La sécurité du groupe, le sentiment de ne pas être seule et la prise de conscience que « tout n'est pas de ma faute » peuvent jouer un rôle dans ce processus. En choisissant comme premier point d'attention les points communs aux problèmes des femmes et en les explorant plus en profondeur, vous leur offrez un modèle qui leur permet d'aborder au moins une partie de leurs difficultés. Pour celles qui ont tendance à choisir la position « tout est de ma faute », cette approche peut avoir un effet positif.

Pour conclure :

La recherche de la signification de certaines plaintes peut être très fructueuse pour un patient. Les plaintes ou les symptômes sont généralement perçus comme quelque chose dont il faut se débarrasser. Si un client peut accepter ses symptômes comme faisant partie de son identité, cela peut lui permettre de mieux comprendre le pourquoi, la cause, de sa souffrance. Cela peut même conduire à une existence plus significative : la fenêtre à l'avant.

En tant que thérapeutes, nous sommes compétents pour explorer avec nos patients la cause de leurs problèmes, mais nous le sommes moins pour rechercher une existence plus riche de sens. En même temps, de nombreuses personnes ressentent le besoin de donner à leur vie une dimension verticale. Parfois dans un sens spirituel, voire plus religieux. Parfois, le champ spirituel ouvre la perspective d'une vie pleine de sens, donnant un but, source de satisfaction et de respect de soi.

Dans ce processus de recherche avec le patient, il est possible que nous influencions, consciemment ou inconsciemment, la façon dont celui-ci perçoit ses symptômes. Nos propres normes et valeurs intériorisées peuvent notamment jouer un rôle. Nous intervenons avec les « lunettes que nous portons ».

Les normes et les valeurs ne sont pas universelles. Nous illustrons cela en nous intéressant aux idées et aux normes masculines et féminines. Il a été démontré que les thérapeutes, hommes et femmes, ont des normes différentes pour une femme en bonne santé et pour un homme en bonne santé. Parallèlement, les anthropologues culturels décrivent des conceptions différentes de la santé et de la maladie selon les régions du monde, ainsi que des syndromes psychiatriques spécifiques. Ils les appellent « syndromes liés à la culture », principalement observés chez les femmes.

Les valeurs féminines traditionnelles dans la société occidentale et leurs implications pour les femmes sont abordées, ainsi que la manière dont elles ont été utilisées comme outil thérapeutique dans un groupe de thérapie pour femmes.

Cela illustre l'importance de prêter attention à ces normes et valeurs, car elles peuvent donner du sens aux plaintes et, in fine, créer des choix.

Il en va de même pour les valeurs masculines traditionnelles, l'évolution des normes et valeurs dans la société moderne et les différences culturelles dans notre société multiculturelle.

En prêtant attention aux normes socioculturelles intériorisées, telles que les représentations masculines et féminines et les normes d'autres cultures (et en les connaissant soi-même), nous aidons le patient à donner du sens à ses plaintes, ce qui peut créer des choix. Il est important de prendre conscience de nos propres idées implicites.

Dans le contact avec nos patients, il y a une différence entre les stimuler (inconsciemment peut-être) à s'adapter à certains modèles de rôles et les aider à explorer d'autres choix.

***Ilonka Boomsma,
Psychiatre,
Haarlem / Pays-Bas***