

TRAITE DE PSYCHOPATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE REUNIONAISES

Jacques Brandibas

Thèse de Psychologie, Université de la Réunion, 2003

La difficulté pour les praticiens de formations européenne classique est de parvenir à se décentrer suffisamment d'un cadre de pensée se voulant universaliste dans sa conception du psychisme et sa compréhension des comportements et ainsi, de trouver un nouvel équilibre entre identité et « altérité ». p7

(...) S'il est admis que le psychisme est l'expression d'une culture, alors il n'est pas de psychisme en dehors de la culture. Il paraît donc logique que son altération et le soin qu'il suppose s'élaborent spontanément à partir d'elle. P8

(...) point nodal, où le discours individuel rencontre les multiples discours de la culture (...). s'il est admis que le mal-être, la souffrance psychique, sont difficultés à se penser, non seulement en tant que personne mais aussi dans les relations qu'elle entretient avec autrui et plus encore dans ses rapports à l'univers, il importe alors au clinicien du connaître comment l'individu intériorise l'autre, à quelque univers qu'il appartienne, réel ou imaginaire, visible ou invisible. (...) Avant tout, il nous paraît fondamental de poser comme préalable la nécessité pour le patient de trouver un champs de référence commun. P9

Le clinicien doit chercher à se comprendre lui-même non seulement en tant qu'observateur mais aussi comme homme ou comme femme inscrit(e) dans une société, une profession, une théorie, une histoire collective et singulière, une culture... p9

Penser le psychisme universel a conduit beaucoup de thérapeute occidentaux à concevoir un soin ethnocentré. Attitude qui a pu avoir comme conséquence de dénier au patient, d'où qu'il vienne, le droit d'évoluer dans ses conceptions particulières de l'univers en les ravalant au statut de croyances, de superstitions, effets d'une pensée demeurée infantile, primitive, magique ou prélogique. Cette conception entretiendrait encore chez certains, l'idée qu'il existerait une hiérarchie entre les modes de pensée ou, pire, entre les psychismes. P9

Le clinicien n'a pas le droit de balayer comme insignifiants ces mondes intérieurs qui s'expriment par ce que d'aucuns appellent superstitions ou croyances. (...) Il est nécessaire, pour qui est engagé dans un travail de relation d'aide avec des interlocuteurs dont l'ordre du monde s'écrit avec d'autres références, de s'imprégner de ces ordres de pensées qui président à la structuration de leur personnalité. Il s doivent être convaincus que leurs analyses et explications au sujet des difficultés qu'ils traversent, seront reçues par un clinicien capable de les entendre, les reconnaître et les utiliser en tant que levier thérapeutique. P14

De la conception de l'ordre du monde découle la manière de penser, de vivre la relation) l'autre. P15

[prendre] soin de s'informer du mode de pensée prédominant du patient avec des rites funéraires délaissés, des défunts oubliés, des tabous transgressés ou encore la méchanceté, l'envie, la jalousie... (...) p16

La démarche clinique devient transculturelle à partir du moment où s'impose la nécessité de reconnaître la réalité d'univers multiples au sein desquels se meuvent ceux de nos semblables qui pensent leur existence influencée par l'invisible. P27-28

Nul besoin pour le praticien de connaître dans le détail la palette des cultures des patients. Une vie n'y suffirait pas ! Il doit être, à tout le moins, conscient que la multiplicité des mondes fait partie de leur univers et donc du sien. P31

Les théories sont nécessaires. Nous y ajoutons la modération. P31