

La psychiatrie japonaise : un avenir pour la psychanalyse ?

par Elen Le Mée

À propos de *De la mort volontaire au suicide au travail : histoire et anthropologie de la dépression au Japon* de Kitanaka Junko, Ithaque, 2014.



L'anthropologue Junko Kitanaka, après une étude d'une dizaine d'années en milieu psychiatrique japonais, tente de circonscrire le problème des suicides en masse qui se sont produits au Japon dans les années 90/2000, à raison de taux astronomiques : 30 000 suicides par an sur une période de douze années.

Les Japonais sont connus pour leur pratique ancestrale de la "mort volontaire", dont le harakiri est emblématique. Si les suicides qui ont eu lieu dans les dernières décennies ne relèvent pas de ce cadre traditionnel, correspondent-ils aux morts volontaires que l'idiome psychiatrique local tend néanmoins à y reconnaître ? Ou bien s'agit-il plutôt de suicides "pathologiques" ? Sont-ils causés par la dépression ou par le surmenage ? Les deux ?

Si les travailleurs japonais fragilisés, qu'ils soient suicidaires ou dépressifs, ont été fortement médicalisés et médicamentés, il est néanmoins erroné de croire qu'ils ont simplement été pris sous la coupe des laboratoires pharmaceutiques. La "bonne parole" biochimique n'est en effet pas tombée en terrain vierge : les manières indigènes de (se) penser ont été son terreau, et de 1998 à 2010 (période de l'étude de Junko Kitanaka), elles se sont transformées, à l'instar des lois qui encadrent le régime de protection des travailleurs.

C'est à l'étude de ces transformations sociétales et de leurs fondements historico-cliniques que s'attache l'auteur, en suivant pas à pas les particularismes culturels japonais qui ne sont pas sans, parfois, stupéfier le lecteur occidental : que penser de ces salariés suicidés qui « laissent des lettres avec des instructions détaillées concernant le travail non fini et des excuses à leur entreprise pour ne pas avoir pu faire mieux » (p.249) ? Ou bien, sur un plan plus théorique, comment ne pas être surpris par l'idée selon laquelle la « maladie mentale » peut être « provoquée par le stress psychologique au travail » (p.250) ? Quand en France, la détresse psychologique induite par des conditions de travail excessives n'est pas assimilée à une « maladie mentale », laquelle est bien plus souvent associée à l'hallucination et au délire qu'au stress... se profile, soit une carence nosographique grave chez les Japonais, soit des formulations japonaises qu'il est difficile de traduire, tant la mentalité japonaise diffère de la nôtre au point qu'il soit difficile de trouver les mots justes pour en rendre compte.



Junko Kitanaka, dont l'ouvrage, initialement paru en anglais en 2012, ici traduit par Pierre-Henri Castel, explicite justement les transformations de la mentalité et de la société japonaise à travers l'exploration de l' « idiome » japonais de la psychiatrie : « Au moyen de pratiques adaptées au contexte local et transformées en routines, l'idiome de la psychiatrie devient (...) un pouvoir internalisé - intimement tissé à même la voix de sujets saisis dans leur monde tel qu'ils le vivent. Comme on le voit, au Japon, dans le discours en train d'émerger sur la dépression et le suicide, ce nouveau mode de fonctionnement de la psychiatrie ne fait pas tant taire les gens qu'il les encourage à partager et à parler dans ses mots à elle - et à se charger ainsi eux-mêmes de s'autodiscipliner » (p.32). Mais l'impact délétère de cette immixtion est réel. En témoignent en d'autres lieux les vétérans du Vietnam, qui, ayant adopté le discours du stress post-traumatique, semblent y avoir perdu la reconnaissance du motif même de leur colère (p.35).

Cependant, aucun discours n'est purement individuel, original, singulier : s'exprimer suppose toujours d'utiliser les mots de l'autre. Reste à savoir si, au fil de ce don de langue, les psychiatres japonais ont aidé ou dépossédé les travailleurs japonais. Kitanaka tend à considérer que le plus souvent, l'attitude des psychiatres s'assimile à un « endoctrinement biologisant (...) que plus d'un patient apprécie, à ce qu'il semble » (p.187).

Faire contrepoids à notre rejet épidermique de l'endoctrinement par le constat de l'effet positif qu'il produit sur les patients est le propre d'une démarche anthropologique qui se déroule sur le terrain : « Je n'imaginais pas que je pourrais un jour me sentir mieux à nouveau, comme maintenant. Vraiment, je vous remercie pour tout ce que vous avez fait », commente un patient à sa sortie de l'hôpital. Bien qu'elle remarque préalablement à quel point les interventions psychiatriques correctrices qui avaient précédé manquaient de profondeur psychologique, et plus encore de profondeur psychanalytique, Junko Kitanaka note le contentement du patient, sa gratitude, et nous les rapporte. Sa démarche anthropologique favorise la mention de phénomènes (contentement ou mécontentement du patient) qui dans le cas de la démarche clinique, échappent trop souvent, à partir du moment où ils ne s'insèrent pas dans la théorie pré-existante. Certes, Kitanaka dénie le bien fondé de l'endoctrinement qu'elle nous rapporte. Pourtant, l'obligation de neutralité à laquelle elle se tient l'oblige à mentionner cette satisfaction des patients qui fait trou dans nos attentes, dans nos croyances. Les explications biologisantes sur leur vécu dépressif, associées à la reconnaissance de l'excès de travail auquel ils sont confrontés, comme des milliers de japonais, semblent apporter un mieux être aux patients. Pourquoi ?

Si j'é mets l'hypothèse selon laquelle une certaine quantité des patients qui ont porté atteinte à leurs jours relèvent de la psychose (par exemple la psychose dite *ordinaire* sur son versant mélancolique) plutôt que de la dépression névrotique, il devient parfaitement plausible de penser que leur état puisse être très nettement amélioré par le fait que la responsabilité de ce qui leur arrive, plutôt que de s'écraser sur leur moi, soit déplacée vers des mécanismes biochimiques, vers la « dépression » ou vers l'excès de responsabilités professionnelles.

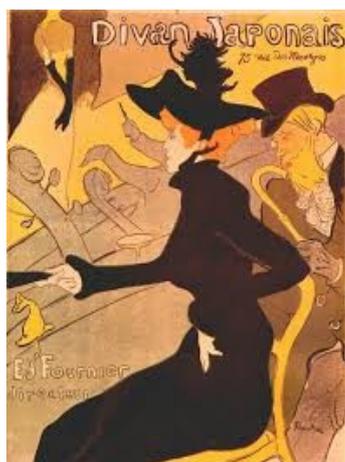


Quant à l'absence d'interprétation psychologisante ou psychanalytique que déplore Kitanaka, plutôt que de représenter une carence, elle pourrait être plutôt pertinente dans leur cas, *a contrario* des approches interprétatives dont il a souvent été repéré qu'elles tendaient à pousser au délire. Quant au paternalisme des psychiatres noté par Kitanaka, même si, de l'extérieur, il paraît déplacé, lui aussi peut constituer, pour des sujets psychotiques, une sérieuse marche sur laquelle s'appuyer.

Mais quand bien même ce type de traitement par la persuasion aurait été sérieusement utile à de nombreux patients, l'explosion des consultations pour dépression et du suivi psychiatrique afférent a conduit à d'autres constats.

Les psychiatres japonais n'ont pas été sans s'exaspérer du passage, dans leur pays, d'une préoccupation psychiatrique tournée vers les pathologies lourdes au fait que, avec un taux exponentiel de « dépressions », le problème de la « santé mentale » soit devenu celui de tout un chacun. Tout un chacun, c'est ce qui se dévoile à la fin du livre, qui s'étant plaint en ces lieux de son mal-être au travail et de sa dépression, commence à déchanter : les antidépresseurs ne sont pas aussi efficaces qu'ils ont paru l'être, surtout dans les cas de dépression légère. Surmédication et polymédications ne sont également pas sans avoir produit quelques ravages et absurdités. Quant à l'absence d'écoute des psychiatres, voire leur mépris, elle commence à lasser... comme si les Japonais étaient en passe de comprendre qu'il ne devrait pas être nécessaire d'être « dépressif » ou récemment passé à l'acte suicidaire pour aller parler à quelqu'un qui écoute votre idiome à vous, si possible sans l'écraser sous le sien, qu'il soit biologisant ou psychanalysant, d'ailleurs...

Car finalement, pour un analyste, le point n'est peut-être pas tant de savoir si ses patients prennent ou non des médicaments que de savoir si dans le choix qu'ils font quand ils se mettent en rapport avec les psychotropes et /ou la psychiatrie, ils peuvent être entendus par l'analyste, celui-ci fût-il personnellement contre ce choix. Car l'analyste a la charge de constater l'impact de ce choix sur le sujet, plutôt que de le vainement refuser, d'autant que les patients qui, à l'instar des japonais, doivent aller travailler pour gagner leur vie, n'en ont pas forcément d'autre : quand l'angoisse, l'inhibition, la dépression vous empêchent de vous lever, comment refuser la « solution » médicamenteuse au profit d'une analyse dont les effets thérapeutiques pourraient bien venir après le licenciement, si « de surcroît », ils viennent ?



Le choix plus ou moins contraint des psychotropes n'est qu'un symptôme ou une addiction parmi d'autres. Il ne sert à rien de se poser en rivaux par rapport aux psychiatres qui les prescrivent, un livre comme celui de Kitanaka montrant justement que l'échec à long feu de la psychiatrie dégage la place pour une autre approche qu'elle rend même nécessaire. Pourquoi pas la psychanalyse ?