

# Une réflexion diagnostique au service du processus psychothérapeutique

Line Girard, M. Ps.

Cet article est un article-discussion. Suite à une réflexion sur l'utilisation de certains aspects du diagnostique et de son utilité en cours de suivi de Mme Girard, psychologue, dix psychothérapeutes (psychologue, psychiatre et autres professionnels de la santé mentale) réagissent en fonction de leur expérience professionnelle.

Je m'intéresse depuis longtemps<sup>1</sup> à l'importance de la réflexion diagnostique dans le processus psychothérapeutique. Comme psychothérapeute, elle fait l'objet d'une réflexion continue et comme superviseur et formatrice en psychothérapie, elle est au cœur de mon enseignement. Dans ce court article, je discuterai d'abord de la nécessité d'une réflexion diagnostique tout au cours du suivi thérapeutique, pour ensuite décrire brièvement les outils de réflexion que je privilégie en la matière.

Je crois fermement qu'on ne peut faire n'importe quoi, n'importe quand et avec n'importe qui. En tant que psychothérapeutes professionnels nous avons la responsabilité de bien saisir ce que vit notre client, de lui rendre les meilleurs services possibles au moment où il en a besoin, tout au long du processus thérapeutique. Nous avons envers cette personne qui nous consulte et qui remet une partie de sa vie psychique entre nos mains, une responsabilité morale, déontologique et éthique. Je suis d'avis qu'un psychothérapeute, donc un professionnel de la santé mentale, doit maîtriser trois axes de compétence : les compétences réflexive, affective et interactive. Un psychothérapeute compétent doit se tenir informé de l'évolution de son champ de pratique et des recherches contemporaines afin de nourrir son bagage réflexif en cours d'entretien et de mieux appréhender la réalité psychique de son client.

Par ailleurs, le thérapeute doit être capable de s'observer lui-même et de réfléchir sur sa propre expérience affective en cours de séance. Sinon, comment peut-il s'assurer que ce qu'il offre ou suggère à son client n'est pas indûment teinté de ses propres expériences inachevées, de ses propres zones aveugles ou de ses réactions contre-transférentielles ? Un « reflet empathique » ou une interprétation peuvent

---

<sup>1</sup> Girard Line (1998), Un essai d'intégration de trois perspectives diagnostiques complémentaires, Revue Québécoise de Gestalt, vol. 2. no. 2

Girard Line (2003), Réactions à l'article de J.E. Maddux : Pour une réflexion diagnostique responsable et fertile, Revue Québécoise de Psychologie, vol. 24, no 3, 9-13.

être animés par une projection venant du thérapeute, et miner le dialogue à son insu. Celui qui n'en est pas conscient a du travail à faire au niveau de sa compétence affective... Enfin, la justesse de la formulation, la justesse de ton, la qualité de l'expression non verbale ainsi que le moment choisi pour intervenir, voilà l'art du thérapeute dans sa partie visible. Cet art définit la compétence interactive du thérapeute.

Un psychothérapeute est donc en apprentissage ou en démarche pendant pratiquement toute sa carrière. Il s'interroge, se remet en question, observe, écoute et étudie. Il fait des hypothèses et les vérifie. Il se perfectionne. Il prend de la supervision, assiste à des conférences, et... il est longtemps (et peut-être souvent ?) lui-même en thérapie. Tous ces mécanismes sont des outils indispensables pour le psychothérapeute qui, dans l'exercice de son art, se retrouve seul avec le client. Faute de ces 3 axes de compétence et de ces mécanismes et activités de soutien de ces compétences, la qualité du jugement clinique du thérapeute ne peut que périlcliter.

Ces cycles hypothèse-vérification-ajustement, d'où viennent-ils ? Quelles sont les hypothèses que choisit le thérapeute ? Et comment les choisit-il ? Peuvent-elles servir de « balises » à son intervention ? Peut-on exercer ce métier en l'appuyant sur des injonctions simplistes telles : « Suivez le client sans faire d'hypothèse ou sans réfléchir » ? « Laisse ton mental et suis tes émotions »<sup>2</sup>, comme le disait un peu sommairement Fritz Perls<sup>3</sup> qui nous a légué un modèle psychothérapeutique original en réaction à la psychanalyse. Malgré toute sa créativité, il est difficile de croire que Perls ne prenait pas le temps de réfléchir à la pertinence de ses interventions. C'est quand même avec une expérience réflexive et affective considérable en tant que psychiatre, analyste et psychothérapeute, que Fritz Perls recevait ses clients. Nous pouvons donc suspecter qu'il réfléchissait à des hypothèses concernant le client pour baliser ses interventions.

### **Un diagnostic ?**

Nous sommes loin des années 1960 et du rejet quasi-viscéral du diagnostic. Depuis les années 1990, on peut dire qu'à des degrés divers l'ensemble de la profession reconnaît la nécessité d'un diagnostic qui puisse fournir des pistes de travail propres à baliser l'intervention en psychothérapie.<sup>4</sup>

Rappelons un peu l'histoire récente en la matière. En réaction à la psychanalyse interprétative de même qu'à une certaine psychiatrie — biochimique, chirurgicale, stigmatisante et nocive — des

---

<sup>2</sup> « Lose your mind and come to your senses ».

<sup>33</sup> Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P. (1951). Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality. New-York : Julian Press

Perls, F. (1969). Gestalt therapy verbatim. Lafayette, California: Real People Press.

<sup>44</sup> Maddux, J.E. (2002) Le DSM et l'idéologie de la maladie. Revue Québécoise de psychologie, Vol..23, No.3  
Charest J., Habimana E. et Lecomte C., (2003) Réactions de l'article de James E. Maddux (2002), Revue Québécoise de Psychologie, Vol, 24, no1.  
Girard Line (2003), Op.cit.

années 1940 et 1950<sup>5</sup>, les approches psychothérapeutiques qui ont émergé dans les années 1960 et 1970 (humanistes, transpersonnelles, corporelles...), ont fait l'éloge de l'individualité, de l'unicité, de la responsabilité et de la liberté de la personne dans ce qu'elle a de propre et d'unique. C'est tout à l'honneur de ces approches d'avoir privilégié de traiter un individu dans son unicité et non une catégorie diagnostique. Ce faisant, elles s'éloignaient de la généralisation et de la facilité qui conduisent à appliquer une solution thérapeutique à une catégorie diagnostique et non à une personne singulière. Ces approches centrées sur le client et sur le développement de la personne ont privilégié le dicton « suivre le client » en aidant ce dernier à faire des « ajustements créateurs » pour se sortir des impasses dans lesquelles il se trouve prisonnier<sup>6</sup>.

Cette philosophie humaniste demeure indispensable dans la mesure où pour aider cette personne unique, ce client, elle ne néglige pas de prendre les moyens pour reconnaître ce dont il souffre vraiment et ce dont il a besoin. En voulant s'éloigner de la catégorisation pour « suivre le client », certains intervenants se sont polarisés aux approches tenant compte du diagnostic et ils ont plus ou moins décidé de ne plus évaluer, de peur de se retrouver enfermés dans une catégorie. Ce fut l'époque de mouvements et d'expériences thérapeutiques de toutes sortes. Certains clients en sont sortis « grandis » et heureux, alors que d'autres se sont retrouvés blessés et encore plus perturbés. Ce champ de pratique était-il en train de faire la même chose que ses prédécesseurs, mais d'une autre façon ? Au lieu de traiter des catégories de clients, on voyait naître des thérapies qui prétendaient plus ou moins s'appliquer universellement, quelle que soit la situation spécifique du client, quel que soit son diagnostic.

Nous avons tous eu connaissance de clients qui ont participé à des groupes de thérapie ou de « croissance personnelle » et qui se sont détériorés à la suite de ces démarches. Animés de la meilleure volonté du monde et d'un désir de faire exprimer ce que la personne porte en elle, des thérapeutes ont aidé et parfois « forcé » des personnes à « s'exprimer » et à « s'affirmer » sans réaliser qu'ils exacerbèrent une pathologie plus lourde : de l'ordre d'un délire, une dépression ou un trouble de la personnalité. D'autres n'ont que confirmé certains clients dans des « introjectes pathologiques ». Malgré leur participation à des exercices ou des découvertes pleines d'effervescence et d'excitation, certains de ces clients n'ont que reproduit inlassablement des dilemmes relationnels qu'ils connaissaient depuis toujours.

Ainsi, il est important de reconnaître la souffrance d'un individu, de pouvoir reconnaître toutes ses ramifications et sa complexité, de pouvoir la nommer. Sous la surface d'un motif de consultation situationnelle, certains clients peuvent souffrir de dépression majeure, de

---

<sup>55</sup> Ansermet, F. et Magestratti, P. (2004). À chacun son cerveau, Odile Jacob, Paris

<sup>66</sup> Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P. (1951). Op. cit 3  
Delisle, G. (1998). Une révision de la théorie du Self de Perls, Hefferline et Goodman et de ses prolongements cliniques. Ed. du Reflet

troubles délirants ou de troubles plus graves encore. Savons-nous en reconnaître les signes cliniques ? Avons-nous les ressources et pratiquons-nous dans un contexte qui nous permettent de les aider ? Leurs demandes et leurs attentes sont-elles réalistes ? En cours de processus, pouvons-nous identifier comment évolue notre client ? Ses préoccupations et ses enjeux sont-ils toujours les mêmes ou de nouveaux éléments sollicitent-ils notre attention en cours de processus ? Sur quoi travaillons-nous et sur quoi appuyons-nous notre réflexion pour éclairer l'intervention ? Pour quelles raisons un client persévère-t-il dans une psychothérapie de longue durée ? Connaissons-nous bien les véritables raisons qui, du point de vue du client, motivent l'arrêt de la psychothérapie ? Quand arrivons-nous au terme d'un processus psychothérapeutique ?<sup>77</sup>

Je suis d'avis, qu'un diagnostic peut être compris comme un processus réflexif continu qui nous aide à baliser notre intervention. D'abord, il nous permet de mieux connaître la souffrance actuelle de notre client et ce qui l'amène en psychothérapie. Certaines recherches<sup>88</sup> montrent que les motifs de consultation tels que formulés par le client au début de la thérapie sont majoritairement en lien avec des stress psychosociaux (deuil, séparation, déménagement, perte d'emploi, accident...) et/ou avec une souffrance subjective situationnelle (Dépression majeure, Trouble bipolaire, Anxiété, Phobie, État de Stress Post-Traumatique...). Dans un premier temps, cette réflexion fournit des objectifs thérapeutiques permettant de débiter la psychothérapie. Par la suite, un processus réflexif diagnostique continu nous aidera à mieux comprendre la personnalité du client, ses enjeux développementaux éventuellement inachevés et les moyens par lesquels il participe à la mise en place de cela même dont il souffre. C'est la somme dynamique, sans cesse changeante, de toutes ces informations qui permettra au psychothérapeute d'ajuster en cours de processus ses impressions cliniques de même que ses objectifs, et d'intervenir de façon juste auprès de son client.

Aucun diagnostic unique ne possède toutes les réponses et tient compte de toute la complexité psychique d'un individu. En utilisant, comme je l'ai mentionné plus haut, nos compétences réflexive, affective et interactive tout au long du suivi, nous recueillons des informations descriptives et observables qui contribuent à confirmer et/ou à infirmer nos hypothèses thérapeutiques. Au niveau réflexif, c'est grâce à l'utilisation de divers systèmes diagnostiques complémentaires que le psychothérapeute peut obtenir le plus d'information possible sur le fonctionnement psychique du client et lui offrir le meilleur traitement possible.

Dans ma pratique, je me réfère à deux types de diagnostic. Dans un premier temps et assez rapidement, nous devons savoir ce qui

---

<sup>77</sup> Delisle G. (2003), Inédit : Les étapes du processus psychothérapeutique, Trois jours de séminaire (Line il faudrait souligner le titre)

<sup>88</sup> Norcross JC. (2002) : Psychotherapy Relationship that Work. Therapist contributions and responsiveness to patients. Oxford Press.

amène le client en psychothérapie, de « quoi » il souffre actuellement et « comment » il en souffre. Si, à ce stade, nous décelons une situation d'urgence psychologique, nous pouvons alors poser les actes professionnels requis pour porter assistance au client. Nous parlons ici d'un diagnostic fonctionnel et situationnel » qui permet la prise en charge rapide d'un client. Le manuel diagnostique du DSM- IV-Tr (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder)<sup>99</sup> convient bien à cette tâche aux yeux d'une majorité de professionnels de la santé mentale en Amérique. Dans un deuxième temps, nous avons besoin comme psychothérapeute de répondre à la question: « pourquoi » ce client souffre-t-il de ce dont il souffre ? Cet autre questionnement diagnostique concerne la dynamique de la personnalité du client et de tous les mécanismes physiologiques et psychologiques qui sont impliqués dans son « être au monde ». Nous parlerons ici d'un diagnostic structural de la personnalité. À ce niveau, j'utilise le diagnostic « structural » de la PGRO (Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet)<sup>100</sup> et l'axe de la personnalité et de la mentalisation du manuel diagnostique PDM (Psychoanalysis Diagnostic Manual)<sup>111</sup>.

### **Un diagnostic « fonctionnel et situationnel » et un diagnostic structural de la personnalité**

#### **a) Un diagnostic « fonctionnel et situationnel » avec le DSM-IV-Tr.**

À propos du DSM dans un article récent<sup>12</sup>, j'écrivais :

« Depuis quelques années, je donne des stages de perfectionnement clinique sur l'utilisation du DSM. En outre, bien sûr, je navigue avec cet outil à l'arrivée de chaque nouveau client. Il est vrai que ce manuel est d'abord et avant tout un catalogue de maladies mentales, venu du monde médical. Il ne nous éclaire en rien sur les origines des troubles, ni sur les traitements judicieux pouvant convenir à l'un ou l'autre des troubles mentaux qui y sont décrits. Comme mes collègues, je trouve déplorable son langage « politiquement correct » et l'accumulation de syndromes cliniques liés aux nouvelles lois en vigueur ou à la popularité sociale (par exemple : l'abus de substances liés au tabac ou à la caféine, le syndrome de la phase lutéale tardive, le trouble déficitaire de l'attention...) La lecture du DSM nous rappelle que nous vivons plus ou moins immergés dans une Amérique qui se veut aseptisée et apeurée par le fait de déplaire à une certaine « intelligentsia » politique et socialement reconnue.

Il est clair qu'une utilisation insuffisamment réfléchie de ce manuel comporte plusieurs dangers. D'abord, cela peut faire perdre de

---

<sup>99</sup> American Psychiatric Association, (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington : A.P.A

<sup>100</sup> Delisle, G. (1998). Op. cit. 6

<sup>111</sup> PDM task force. (2006) Psychodynamic Diagnostic Manual. Silver Spring, MD : Alliance of Psychoanalytic Organizations.

<sup>1212</sup> Girard Line (2003),Op.cit 1

vue au clinicien le fait qu'il a devant lui, une personne singulière, dont la complexité inhérente n'a pas grand chose à voir avec la simplicité apparente d'une catégorie clinique. On ne traite pas une catégorie commodément circonscrite mais des personnes. Lorsque nous avons devant nous un client qui souffre, nous sommes en présence d'une personne unique et complexe. Ses enjeux personnels, ce qu'elle a construit avec son bagage génétique, les rencontres qu'elle a faites, l'environnement dans lequel elle a vécu, l'histoire et le sens de sa vie, sont inscrits en elle. Chacun de nous porte une histoire singulière, qu'il écrit, invente ou répète à chaque jour de sa vie. Une utilisation abusive, rigide et dogmatique du DSM, nous ferait reculer de quelques décennies...

Cet outil, à lui seul, ne saurait tenir la route lorsqu'il s'agit de rendre compte d'une réalité intrapsychique complexe et unique. Sa fonction est d'opérationnaliser une certaine logique du diagnostic médical. Il aide à cerner une partie de la réalité clinique et à en évaluer la sévérité afin de fournir une réponse d'encadrement plus ou moins rapide au client. Suivant les paramètres de notre approche thérapeutique et du cadre institutionnel dans lequel nous exerçons, cette réponse peut être calibrée judicieusement, et parfois inclure la référence à un tiers.

Comme l'écrit justement Habimana<sup>13</sup>, il ne faut pas « jeter le bébé avec l'eau du bain ». Le DSM a l'avantage de fournir aux intervenants de différents milieux et de diverses orientations théoriques un langage commun. Cela leur permet de se parler entre eux de problématiques assez bien circonscrites. Nous pouvons estimer qu'il y a des catégories abusives ou superflues dans le DSM. Néanmoins, certaines d'entre elles nous fournissent des balises propre à nous guider de façon impressionniste lors d'un premier contact avec un client...»

Mon expérience se poursuit. Malgré ses limites, le DSM est un outil qui demeure utile en santé mentale pour orienter rapidement le traitement en « première ligne ». Il est connu dans les milieux médicaux et en psychothérapie. Ses nomenclatures diagnostiques sont répandues chez les intervenants des diverses disciplines du milieu psychologique et psychiatrique en Amérique. Par ses critères d'inclusion et d'exclusion, il peut donner un portrait rapide de la souffrance actuelle et situationnelle d'un client. Ces critères fournissent aux chercheurs des définitions observables pour différentes réalités psychiques qui, en elles-mêmes ne le sont pas nécessairement. Enfin, cette approche diagnostique multiaxiale ébauche un portrait rapide de ce que vit le client, tant au niveau d'un syndrome clinique que des stress psychosociaux auxquels il est confronté. Il encourage aussi le praticien à aller chercher de l'information sur la condition médicale (Axe III) du client. Ces différents axes donnent un aperçu « impressionniste » de la situation psycho-socio-biologique d'une personne à un moment donné.

Là, où le bât blesse, c'est au niveau de la complexité individuelle et de la souffrance singulière du client. Qui vit ce syndrome, depuis quand et pourquoi ? L'axe de la personnalité (axe II) de cet

---

<sup>1313</sup> Charest J., Habimana E. et Lecomte C., (2003) Op.cit 4

instrument est restreint et peu valide. Il ne tient pas compte du sens de l'expérience du client. Malgré la volonté de tracer un portrait biopsychosocial de la personne, le manuel néglige le rapport entre les différents axes, les différentes dimensions de la personne et leur sens. Le DSM est actuellement en révision et un DSM-V devrait voir le jour en 2011. Répondra-t-il à cette tâche complexe qu'est l'examen de la personnalité du client, avec tous les enjeux politiques et économiques auquel il a à faire face ? On peut en douter.

À mon avis, le DSM est appelé à rester une nosographie diagnostique de première ligne, essentiellement a-théorique et qui ne peut satisfaire à des exigences complexes de reconnaissance des dynamiques de la personnalité. Le travail du psychothérapeute est plus large que celui du diagnosticien. Le psychothérapeute a besoin d'une réflexion diagnostique qui puisse servir de balise pour orienter ses interventions tout au long du suivi. Dès lors que la situation actuelle est circonscrite et que le psychothérapeute a pu orienter correctement son intervention, comment se poursuit sa réflexion dans l'accompagnement au long cours du client ? Le travail réflexif du psychothérapeute ne se réduit pas à diminuer l'urgence ou à « guérir » un syndrome clinique. Le rôle du psychothérapeute est aussi de comprendre cette personne qui consulte et comment elle reproduit inlassablement des situations qui la mettent en difficulté. Allen Frances<sup>14</sup> disait que : « ...les années '70 étaient les années des troubles anxieux, les années '80, celles des troubles de l'humeur, alors que les années '90 sont celles des Troubles de la personnalité ». Plusieurs questions viennent à l'esprit en lisant ce passage. De quoi est faite la personnalité ? Comment se construit-elle ? Quelles en sont les lignes de fragilité ? Comment découvrir et comprendre avec notre client ces réalités si complexes qui marquent le fonctionnement de sa personnalité ? Comment en approcher suffisamment les enjeux pour aider un client à donner sens à son expérience propre ? Comment transformer certains modes de fonctionnement de la personnalité d'un client afin qu'il ne reproduise plus des situations qui lui causent préjudice ?

### ***b) Le diagnostic « structural » de la personnalité (PGRO et PDM)***

Je crois qu'on peut approcher les réponses à ces questions par l'étude diagnostique de la personnalité. Tout psychothérapeute se référant à un système psychothérapeutique et non à une simple « technique » thérapeutique, doit en principe trouver dans son système des outils qui lui permettent d'évaluer la structure psychique et les axes développementaux qui construisent la personnalité d'un client. Selon Mahrer<sup>15</sup> un système psychothérapeutique doit contenir une théorie de la personne et de son développement, une théorie de la psychopathologie, une nosographie transthéorique (par exemple, le DSM) et une théorie de la psychothérapie. Cet ensemble de ressources conceptuelles et méthodologiques doit permettre d'éclairer la situation actuelle du client, son développement, sa construction et son fonctionnement psychique.

---

<sup>14</sup> Frances, Allen (1995) Inédit : Conférence sur le DSM IV donnée à l'Hôpital Louis-Philippe Pinel de Montréal

<sup>15</sup> Mahrer, A.R. (1989) : The Integration of Psychotherapy, Human Science Press

En outre, il doit nous permettre de faire des choix raisonnés quant aux modalités optimales du traitement. Bien sûr, rares sont les systèmes thérapeutiques qui possèdent tous ces éléments : la Gestalt-thérapie des origines était plus éloquente quand elle parlait de bon fonctionnement que de psychopathologie; la psychanalyse classique avait plus à dire sur la pathologie que sur la santé, etc. C'est pourquoi chaque système doit prévoir des dispositifs théoriques et cliniques qui leur permettent de faire un usage réfléchi de certaines hypothèses développementales, psychopathologiques ou psychothérapeutiques des systèmes, des disciplines et des champs connexes.

Le but de la démarche réflexive en cours de processus psychothérapeutique en PGRO (Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet) est de pouvoir co-construire avec le client le sens de l'expérience de son « être au monde ». Selon Delisle<sup>16</sup>, cette personne unique arrive au monde avec son bagage tant physique que psychique et c'est en traversant divers chantiers développementaux qu'elle a développé des modèles relationnels qu'elle reproduit inlassablement, pour les dénouer, les « exorciser » ou les rejouer. Pour le meilleur et pour le pire, ces « dilemmes développementaux » s'immiscent dans ses réactions comportementales, confirment une certaine vision du monde et l'emprisonnent dans des impasses relationnelles et expérientielles. C'est dans la dynamique de ces impasses qu'elle développe différentes problématiques psychiques telles la dépression chronique, l'anxiété chronique, ou un trouble de la personnalité...

On le voit, les angles de questionnement diagnostique sont multiples. Le client a-t-il des prédispositions physiques, héréditaires à certains syndromes cliniques ? Quels enjeux développementaux cette personne n'a-t-elle pas complétés ? De quelle façon s'organisent entre elles, les différentes fonctions psychiques de sa personnalité ? Quel est le sens de sa problématique dans le fil de son existence ? Plusieurs approches thérapeutiques proposent des hypothèses très riches face à ces questions. Elles représentent autant d'informations susceptibles d'éclairer le sens de l'expérience du client. Ainsi en PGRO, le diagnostic structural de la personnalité avec l'étude du fonctionnement psychique à travers les différents stades développementaux et de l'introjection relationnelle qui en découle sont des éléments cruciaux de réflexion permettant d'approcher les modes de fonctionnement d'un client et ce qui les motive . Avec l'aide de ces hypothèses et de ces observations, le psychothérapeute peut mieux aider un client particulier et mieux baliser son intervention.

Depuis les années 2000, les neurosciences apportent enfin des éclairages utiles à éclairer le fonctionnement mental du point de vue de la pratique concrète de la psychothérapie. Des auteurs comme Allen Schore (2003)<sup>17</sup> et Mark Solms (2002)<sup>18</sup> (pour ne nommer que ceux là) tentent de faire le lien entre les hypothèses énoncées par Freud il y a plus

---

<sup>16</sup> Delisle, G. (1998). Op.cit. 6

<sup>17</sup> Schore, A. N., (2003). Affect Regulation and the Repair of the Self. New York. Norton

<sup>18</sup> Solms, M, Turnbull, O. (2002), The brain and the inner world, New-York, Other Press



de 100 ans — et développées depuis par tous les courants de la psychanalyse contemporaine — et les neurosciences. En 2006 pour nourrir ce besoin de compréhension de la complexité de la personnalité, un nouvel instrument diagnostique est apparu. En réponse à une demande d'alternative à l'axe II du DSM, des associations psychanalytiques en collaboration avec O. Kernberg, S. I Greenspan et P. Fonagy ont publié un instrument diagnostique qui se veut un complément au DSM, le PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual). En plus d'utiliser les critères d'exclusions et d'inclusions du DSM pour les syndromes cliniques, ce manuel vise à fournir certaines hypothèses de sens pour chacun d'eux. L'objectif de fond est de mieux tenir compte des différentes personnes qui consultent et de leur chemin unique.

Deux axes de ce système diagnostique s'avèrent particulièrement éclairants: l'axe P de la personnalité et l'axe M du fonctionnement mental. Au niveau de l'axe P, on retrouve quinze profils de personnalité ainsi que des sous-types de celle-ci décrivant les affects centraux rapportés chez ces personnes, des indices sur leur constitution, leurs représentations de soi et du monde ainsi que leur façon de se défendre. Pour chacune des personnes évaluées, on peut aussi tenir compte du fonctionnement psychologique de leur personnalité allant de la santé mentale au fonctionnement névrotique, limite et psychotique.

Pour ce qui est de l'axe du fonctionnement mental, il nous donne des indications sur des caractéristiques plus pointues du fonctionnement de la personnalité. Il pourrait nous donner aussi des indices sur le travail à faire quant aux capacités de «mentalisation», tel qu'énoncé dans la théorie de P. Fonagy<sup>19</sup>. Le résultat de chaque client à cet axe, donne une image assez nette de ce que le client a besoin de développer tant au niveau affectif, interactif que réflexif pour mieux fonctionner dans sa vie et devenir plus « flexible » au niveau de sa personnalité. Il est évident en lisant ces critères qu'un client ayant peu de ces capacités, se retrouve avec des difficultés au niveau de la régulation affective et de la mentalisation. Ainsi le thérapeute doit ajuster ses interventions psychothérapeutiques pour aider le client avec ces difficultés. Enfin, le PDM fournit certaines hypothèses sur le sens qu'a pu avoir le développement d'une personnalité chez un client.

### **Conclusion : Un processus réflexif diagnostique en constante réévaluation**

Une relation psychothérapeutique est une aventure relationnelle à nulle autre pareille. Elle se vit du premier jour de la thérapie jusqu'au dernier. En dehors des séances elles-mêmes, cette relation se poursuit dans le monde interne des protagonistes. Le psychothérapeute accepte une grande responsabilité dans cette relation : celle d'aider son client à vivre mieux, celle de lui prodiguer les meilleurs « soins » possibles. C'est pourquoi le thérapeute doit rester en éveil tout au

---

<sup>19</sup>19 Bateman et Fonagy (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based Treatment*

long du suivi afin d'évaluer continuellement ce que vit le client et ce qui se passe au sein du lien thérapeutique pour le nourrir, de façon adéquate à chaque moment du processus.

Jamais nous n'arriverons à tout comprendre de ce qui se passe dans ces « millions de connexions neuronales », mais à l'aube de la collaboration et de la réunion « corps-esprit » si longtemps attendue, il importe que nous puissions ouvrir et joindre nos connaissances pour atteindre à la meilleure compréhension possible de la personne qui est devant nous et afin de lui offrir les meilleurs moyens possibles qui puissent l'aider à se libérer de ses impasses.

En 2003, j'écrivais :

« ...un diagnostic responsable, c'est à nous comme clinicien qu'il appartient de maintenir et de cultiver la fluidité, la flexibilité et la profondeur de notre réflexion diagnostique. Il importe de remettre fréquemment en question nos diagnostics tant fonctionnels que structuraux. Le diagnostic multiaxial, fonctionnel et de première instance ne nous dispense pas de poursuivre sans cesse notre réflexion sur la complexité du monde intrapsychique tant au niveau émotif, cognitif et sensori-moteur qu'à celui des échanges relationnels conser-vateurs. »

Même si je pratique une forme expérientielle et relationnelle de psychothérapie, je crois toujours que nous avons besoin de cette réflexion diagnostique pour nourrir notre compétence réflexive en cours de processus. C'est elle qui peut nous empêcher de nous perdre parfois dans l'affectif-réactif et de perdre de vue nos objectifs psychothérapeutiques. C'est encore elle, cette compétence réflexive diagnostique, non pas comme un en-soi « médicalisant » et dénué de sens, mais mise au service de l'expérience et de la relation qui nous intimera parfois à réviser certaines de nos hypothèses et de nos «postures» thérapeutiques.

## **COMMENTAIRES SUR L'ARTICLE DE LINE GIRARD**

« Une réflexion diagnostique au service du  
processus thérapeutique »

Je suis médecin psychiatre dans un hôpital général possédant 85 lits de psychiatrie. Nous vivons le phénomène des portes tournantes avec des patients réadmis régulièrement faute d'encadrement dans la communauté. Nous vivons un essoufflement car la demande surpasse l'offre de services. Nous sommes insuffisamment financés. Faute de temps et de ressources, le

focus thérapeutique est ciblé et à court terme. Le danger est de traiter “une maladie” psychiatrique au dépend du patient dans son ensemble.

Je suis tout à fait en accord avec la réflexion diagnostique préconisée par l’auteur Line Girard. Mais le dilemme est le suivant : comment prendre le temps de bien connaître mon patient dans un tel contexte de pratique? Pour y arriver, ma porte de salut a été le travail en équipe et la continuité des soins.

En effet, l’ergothérapeute, le travailleur social, l’infirmier, le psychologue, le préposé aux bénéficiaires sont des mines d’informations m’aidant à rapidement saisir mon patient au-delà de sa maladie.

La continuité des soins a quant à elle l’avantage de me permettre d’en apprendre un peu plus à chaque visite même si celle-ci s’avère courte et me permet d’établir une relation thérapeutique malgré les contraintes du milieu hospitalier.

En conclusion, pour le psychiatre que je suis, la réflexion thérapeutique au service du processus psychothérapeutique se fait souvent “en cinq temps!”

**Dre Johanne Rioux**

Médecin-psychiatre

Hôpital Charles-Lemoyne

J’ai lu avec beaucoup d’intérêt l’article intitulé « Une réflexion diagnostique au service du processus psychothérapeutique ». Je partage entièrement l’idée de l’importance d’une réflexion diagnostique dans le processus thérapeutique ; dans mon exposé, je vais reprendre certains principes énoncés par Line Girard auxquels j’adhère et que je tente d’appliquer dans mon appréciation diagnostique de ma clientèle d’enfants en psychothérapie.

Je perçois mon rôle de thérapeute comme l’accompagnatrice d’un enfant dans son élan de vie, tout en prenant compte les conflits internes et externes inhibiteurs de son mouvement créateur se répercutant dans des comportements ou des symptômes qui hypothèquent son développement et ont un impact sur son entourage. Cet accompagnement se déroule à travers

un parcours thérapeutique sous forme de productions artistiques et de jeu. Bien que cette approche fait place à beaucoup de spontanéité, de créativité et d'ouverture, il n'en demeure pas moins que je dois me donner une certaine direction basée sur quelques hypothèses diagnostiques élaborées au départ et révisées tout au long du processus thérapeutique. Ces hypothèses me demande de « maîtriser trois axes de compétences » comme l'affirme Line Girard.

La compétence réflexive m'amène à considérer l'enfant comme un être unique cherchant à développer son individualité tout en demeurant relié. Les premières entrevues me permettront de connaître l'histoire de l'enfant ( anamnèse, relations familiales et sociales et adaptation à l'environnement ) et, par la suite de rechercher la nature et l'origine de la souffrance de l'enfant et souvent, celle des parents ; ainsi quels éléments dépendent des conflits psychiques du développement de sa personnalité et quels autres aspects semblent provenir de la relation à ses parents, sa famille ou ses pairs ? Je cherche aussi à mettre en lumière comment cet enfant s'y prend pour exprimer sa souffrance, ce qu'il essaie de manifester par son symptôme ou son comportement défensif ; je tente de discerner ce qui semble lui manquer le plus et auquel il aspire, j'identifie ses forces et ses aspects vulnérables afin d'entrevoir les facteurs de risques et les facteurs de résilience lui permettant d'avoir accès à ses ressources et à son potentiel.

Par mes observations dans l'ici et maintenant de la relation et à travers ses productions artistiques, et, en me référant aux principaux enjeux de développement : attachement, estime de soi, amour et sexualité, je repère quelles tâches développementales l'enfant est en train de traverser ; cherche-t-il à acquérir plus d'autonomie et d'indépendance ou cherche-t-il à apprendre à aimer et à se relier ou à vivre un attachement plus sécurisant ? A cette fin, je m'appuie, entre autres, sur les théories de Winnicott, Malher, Klein et sur la psychothérapie du lien et des relations d'objet définie par Gilles Delisle. A l'analyse des œuvres artistiques de l'enfant, à travers l'ensemble de sa production, je cherche un dénominateur commun en interliant plusieurs éléments comme le niveau de maturité graphique, le choix des médium, le contenu symbolique et les attitudes positives et négatives qui accompagnent son mouvement créatif. Ces observations et la compréhension qui en découle me donnent une lecture de la personnalité de

l'enfant et de ce qui entrave son développement ; toutes ces données contribuent au diagnostic structural tel que défini par Line Girard et me permettent d'émettre un certain nombre d'hypothèses, d'objectifs et de moyens thérapeutiques spécifiques aidant l'enfant à résoudre certaines difficultés liées à une tâche développementale précise. Chaque stade de développement exige une manière différente d'accompagnement ; devons-nous, par exemple, mettre en place une structure favorisant l'apprentissage des limites ou encore le développement d'une estime de soi plus juste pour l'enfant ?

Parallèlement, j'ai besoin de recourir au DSM-IV ou encore au CIM-10 et aux critères de développement au plan cognitif, moral, psychosexuel, psychosocial et créatif pour appuyer mes hypothèses et ce, dans la perspective d'une lecture normative qui me permet de juger du degré d'intensité et de la sévérité des symptômes et d'avoir des balises entre ce qui peut faire partie d'un développement normal ou ce qui pourrait être de l'ordre de la pathologie. Comme plusieurs symptômes se chevauchent et sont surtout descriptifs et ne tiennent guère compte des enjeux développementaux, il m'est difficile d'établir un diagnostic d'après ces critères uniquement ; ce diagnostic « fonctionnel » s'ajoute à mon analyse première pour appuyer mes hypothèses. Il va sans dire que ce processus diagnostique sera à réévaluer tout au long de la thérapie car d'autres éléments surgiront venant de l'enfant lui-même dans son rapport avec le thérapeute ou bien venant de sa relation familiale.

A toutes ces données servant au diagnostic s'ajoutent d'autres éléments plus subjectifs, plus intuitifs que je situerais dans l'axe de compétence affective et interactive. En effet, l'enfant qui se retrouve avec moi, la thérapeute, suscite un ensemble de pensées, d'émotions, de senti corporel auquel j'ai besoin d'être attentive. Je sais qu'en cours du processus thérapeutique, il me fera jouer le rôle de parents, ou de l'enfant fragilisé, il me mettra dans des positions d'impasse car lui-même viendra rejouer la sienne, celle qu'il essaie de résoudre dans sa vie actuelle, ou celle qui lui apporte un confort temporaire. Souvent, je me pose les questions suivantes : si j'étais cet enfant, comment réagis-je dans cette famille ? Si j'étais ce parent, comment le symptôme de l'enfant m'affecterait-il ? Qu'est-ce qui, à l'intérieur de telle rencontre, m'a fait agir ou réagir de cette manière ? Ce processus dynamique

interactif me sert à réajuster certains éléments diagnostiques, à émettre de nouvelles hypothèses et à ajuster mon intervention. Parfois, j'ai besoin d'un plus grand recul pour saisir les mécanismes en jeu dans la relation avec cet enfant ou avec ce système qu'est la famille ; c'est alors que j'ai recours à de la supervision individuelle ou de groupe. Ces supervisions cliniques sont indispensables pour garder une juste distance entre le client et son thérapeute et parfois pour avoir un regard autre, dans une approche différente, ce qui peut ouvrir des horizons.

Dans ma réflexion diagnostique auprès d'une clientèle d'enfants, une difficulté importante vient du fait que c'est un être en évolution ; je ne dois jamais sous-estimer l'aptitude de l'enfant à progresser vers une plus grande autonomie ni sa vulnérabilité inhérente au passage vers une autre étape de son évolution. D'une part, j'ai à considérer ces deux aspects et, d'autre part, j'ai à apprécier ce qui, dans ce cheminement se rapproche davantage d'une certaine normalité car un comportement peut être banal pour un enfant de 5 ans et être questionnant pour un autre de 8 ans. Il n'en demeure pas moins que chaque enfant est unique, distinct ; j'ai la conviction qu'il possède un centre unificateur, l'aidant à trouver un équilibre entre son désir d'inclusion et son besoin de demeurer distinct, entre devenir un être unique et un être relié. Ensemble, l'enfant et la thérapeute, nous chercherons à donner un sens à cette quête d'individuation.

**Mona Auclair. M.A.**

Psychothérapeute

Membre de la SQPP

#### **RÉFÉRENCES :**

Delisle G. ( 2004 ). Les pathologies de la personnalité, perspectives développementale. Ed. du Reflet

Delisle G. ( 1998). Vers une psychologie du lien. Ed. du reflet.

Ma première réaction à la lecture du texte de madame Girard a été « mais que dire de plus? ». En effet, l'auteure souligne de façon juste tous les aspects de la réflexion diagnostique en psychothérapie et à plusieurs

moments on a envie d'acquiescer avec enthousiasme. J'irai donc d'un commentaire plus « impressionniste » sur le texte.

Souplesse et rigueur dans la réflexion diagnostique tout au long du processus psychothérapeutique, voilà ce par quoi je me sens interpellée à la lecture de ce texte. Je suis moi aussi persuadée que nous ne pouvons faire n'importe quoi, n'importe quand et avec n'importe qui. Cela sous-tend de faire cet effort réflexif constant quant à la problématique ou l'impasse que vit notre client et qui fait qu'il nous consulte afin de répondre le mieux possible à son besoin spécifique. Cette réflexion constante balise notre intervention du début à la fin du processus avec notre client. Plus j'accumule d'années d'expérience et plus cet effort réflexif continu m'apparaît essentiel.

L'auteure souligne l'importance de recourir à divers systèmes diagnostiques complémentaires par lesquels « le thérapeute peut obtenir le plus d'information possible sur le fonctionnement psychique du client et lui offrir le meilleur traitement possible. » Cette façon de se permettre d'avoir accès à différents outils diagnostiques, différentes visions sur le client, de façon souple tout au cours du processus, m'apparaît un moyen de bien respecter la complexité de l'être humain qui vient nous demander notre aide. Ceci fait également en sorte que notre client n'est pas placé dans une petite case réductrice. Pour utiliser une analogie, c'est toute la différence entre l'analyse de tous les organes séparés d'un corps humain et la compréhension d'un être vivant dans sa totalité. Les deux éléments étant effectivement complémentaires et indissociables.

Madame Girard souligne aussi l'importance que les pistes diagnostiques restent fluides et qu'elles puissent à tout moment se préciser et même se transformer. Refuser d'enfermer la souffrance des gens dans des diagnostics rigides et inaptes à rendre compte de cette souffrance, tout en ayant le devoir de bien comprendre ce qui se passe pour eux et de leur offrir les services qui correspondent le mieux à leurs besoins, voilà le défi de véritablement rencontrer un client comme expert. Savoir de plus en plus tout en ne sachant pas, laisser place au savoir du client, aux interactions tout en gardant vivante la réflexion diagnostique au cours du processus, voilà le défi du thérapeute. Cela m'apparaît comme une tâche énorme, très exigeante parfois, mais combien stimulante et passionnante à la fois qui témoigne de toute la

complexité et la beauté de ma profession et surtout des êtres humains que je rencontre.

### **Michèle Fournier, psychologue**

Avec la participation de Geneviève Bouthillier, psychiatre

Ma réflexion s'appuie sur plusieurs années de pratique comme psychiatre, psychothérapeute, superviseur et formatrice auprès de médecins et de professionnels en santé mentale. Cette riche expérience clinique m'a permis de constater à quel point il était important d'être bien outillé pour effectuer un travail psychothérapeutique efficace. J'entends ici par efficacité, non seulement l'obtention d'une réduction significative de la détresse et des symptômes initiaux présentés par le patient, mais aussi idéalement la poursuite d'une croissance personnelle permettant à l'individu de se réaliser dans son humanité. Les études récentes sur l'efficacité des psychothérapies ont permis d'identifier les principales variables reliées au changement. On retrouve ainsi 15% du changement attribuable aux attentes du patient ( effet placebo), 40% liés aux changements extra-thérapeutiques ( facteurs personnels et environnementaux), 15% liés aux facteurs spécifiques d'une approche thérapeutique et 30% liés à la relation thérapeutique (Lambert 1992). Les facteurs liés à la relation thérapeutique réfèrent en général aux caractéristiques de l'interaction thérapeutique et aux habiletés interpersonnelles du thérapeute qui favorisent le processus de changement et l'amélioration du patient (Castonguay et Beutler, 2006). Selon Lecomte (2007), les thérapeutes efficaces sont ceux qui sont capables d'effectuer une régulation émotionnelle continue de l'interaction constante entre leurs techniques d'intervention et la relation thérapeutique, qui s'effectue via une conscience réflexive de soi.

Ainsi donc, comment devenir un thérapeute efficace ? Selon les données recueillies par la recherche en psychothérapie, le thérapeute efficace arriverait à combiner de façon optimale les facteurs liés aux facteurs spécifiques d'une approche et ceux liés à la relation thérapeutique. Ceci nous ramène à l'intégration du *savoir*, du *savoir-faire* et du *savoir-être*. Pour



arriver à intégrer ces trois aspects du *savoir*, il me semble tout aussi nécessaire d'avoir une bonne connaissance des bases sémiologiques et psychodynamiques des divers troubles mentaux, que d'apprendre à développer une conscience réflexive continue de soi. J'ai souvent vu des thérapeutes se cantonner dans un pôle au détriment de l'autre, cette attitude menant à des impasses thérapeutiques. Pour certains, la connaissance des bases sémiologiques, qui réfère aux critères diagnostiques (DSM-IV ou CIM-10), est souvent associée à une position médicale, voire technique et déshumanisante. Pour d'autres, adeptes d'une approche scientifique basée sur des données probantes, le principal est d'adhérer parfaitement aux spécificités de leur technique d'intervention. La relation thérapeutique devient alors accessoire et n'est perçue que comme un indicateur de l'adhésion du patient aux techniques d'intervention. Pour ma part, il m'apparaît essentiel de tenter d'intégrer ces deux pôles.

Je suis en accord avec la position de Girard qui défend la pertinence d'une réflexion diagnostique dans le processus thérapeutique. Afin de pouvoir aider la personne qui se retrouve devant nous, il est primordial de connaître les conflits qui l'habitent et sous quelles formes ils se manifestent (symptômes), sa structure et sa dynamique de personnalité, ses processus de mentalisation, etc. Ceci nous permettra d'adapter nos techniques d'interventions en fonction de l'évolution du fonctionnement du patient au cours du processus thérapeutique et le suivre ainsi de manière singulière. Par ailleurs, lorsque Girard cite Perls qui invitait ses élèves à «suivre leur mental et leurs émotions sans réfléchir», j'abonde dans le même sens que l'auteur, à savoir que contrairement à ses élèves, Perls avait fort probablement intégré de manière implicite une vaste expérience clinique et des connaissances théoriques très diverses qui venaient nourrir ses interactions thérapeutiques à son insu. Il serait naïf de croire que le simple fait de porter un désir authentique d'aider son patient serait suffisant pour l'aider à changer. En résumé, un thérapeute compétent allie donc une pluralité de connaissances qui se condensent entre autres, dans une grille diagnostique cohérente sur laquelle il prendra appui pour mener ses interventions thérapeutiques, tout en étant dans un état de conscience réflexive interactive.

**Par Joanne Cyr, m.d.**

Psychiatre et psychothérapeute

Hôpital Louis-H. Lafontaine

**RÉFÉRENCES :**

Lambert, M.J. (1992). Implications of outcome research for the psychotherapy integration . In J.C. Norcross & M.R. Goldstein (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration*, New York: Basic Book.

Castonguay, L.G. & Beutler, L.E. (2006). *Principles of Therapeutic Change That Work*, New York, Oxford University Press.

Lecomte, C. (2007). Conférence donnée sur l'efficacité des psychothérapies à l'hôpital Louis-H. Lafontaine.

Établir un diagnostic précis de la problématique du client permet d'identifier le protocole de traitement le plus approprié et de maximiser l'efficacité du processus d'intervention psychothérapeutique.

Comme praticien, je ressens un profond malaise devant cette affirmation qui semble tellement évidente qu'elle accède présentement au statut de dogme en santé mentale. Pourtant, je me soucie de l'efficacité de mes interventions et je considère essentiel que le thérapeute puisse disposer de critères d'évaluation de la situation que vit son client pour orienter ses interventions auprès de celui-ci. Ainsi, par exemple, il importe de pouvoir évaluer le degré de dangerosité d'une idéation suicidaire, de ne pas confondre la tristesse normale d'un deuil avec un état dépressif sévère, de discriminer entre une situation conflictuelle circonstancielle et une impasse relationnelle chronique entre deux personnes. Dans sa réflexion qui introduit le présent numéro, Line Girard a su à cet égard faire preuve d'une rigueur clinique remarquable. J'entends par là qu'elle traite avec nuance de la nature plurielle de l'évaluation et de diverses manières de la mettre au service du processus thérapeutique. Ainsi, elle mentionne la part de biais dans l'évaluation pouvant provenir du psychologue lui-même, elle pose le diagnostic non comme un jugement définitif, mais comme une hypothèse (si ce n'est un ensemble d'hypothèses) qui demandera à être réévaluée au cours de la démarche d'intervention. Elle traite de la pertinence et des limitations d'un outil tel que le DSM IV, elle invite à recourir à d'autres outils d'évaluation

pour étayer la perspective tout en signalant « *qu'aucun diagnostic unique ne possède toutes les réponses et tient compte de toute la complexité psychique d'un individu* ». Elle parle également de la co-construction avec le client du sens de l'expérience de son « *être au monde* » et du caractère réflexif et évolutif des diagnostics que l'on pose.

Une telle perspective de l'évaluation qui parvient à rendre compte à la fois de la rigueur théorique et de la complexité phénoménologique d'un processus psychothérapeutique m'interpelle comme professionnel et je renouvelle ma vigilance pour ne pas la perdre de vue dans mes interventions. Cependant, cette conception de l'évaluation est fort éloignée de celle beaucoup plus réductrice et figée qui est présentement en voie d'être normalisée dans la foulée de la standardisation des procédures d'intervention en santé mentale et des recours à la psychopharmacologie qui se sont généralisés ces dernières années. Une telle conception mécaniste de l'évaluation convient très bien au réparateur d'électroménagers. Ainsi, par exemple, on doutera avec raison de l'efficacité d'un réparateur qui s'empresse de changer le moteur d'un appareil à défaut d'avoir pu diagnostiquer la défaillance de l'interrupteur à l'origine de la panne. Bien qu'elle procède d'une rationalité exemplaire qui la rend d'autant séduisante, cette procédure plus expéditive qu'efficace ne peut être intégralement transposée à l'évaluation d'un processus thérapeutique à moins de contester l'autodétermination, la diversité et la complexité des êtres humains. J'estime que nous devons relativiser les prétentions hégémoniques de cette façon d'envisager l'évaluation en relation d'aide car elle s'avère idéaliste et potentiellement dangereuse. Elle tend à réduire les êtres à leur diagnostic, elle pose le thérapeute comme l'expert de l'orientation de la vie du client, elle fait abstraction de nombreux facteurs subjectifs, relationnels, contextuels, historiques, symboliques qui participent à l'expérience que vit l'individu, elle présume que tous doivent correspondre uniformément à certains critères fonctionnels, elle rationalise abusivement l'expérience humaine, elle discrédite la pertinence de se mesurer à un idéal, elle considère indistinctement que toutes souffrances psychiques et toutes contradictions n'ont pas leur raison d'être.

Bref, le court espace qui m'est alloué pour traiter d'un sujet aussi fondamental m'incite à résumer ainsi mes convictions sur l'évaluation; Je cherche à évaluer non seulement la nature du problème de l'individu, mais aussi ses modes de rapport à sa problématique, je m'applique à considérer une diversité de critères pour appréhender la réalité psychique des êtres, j'aménage toujours une place à l'hypothèse opposée à celle que je retiens, je me rappelle qu'un modèle demeure toujours une maladroite approximation de la réalité, je demeure vigilant et critique de mes évaluations. Et surtout, pour préserver un sens à ma pratique et résister à l'empiètement des rationalités instrumentales, je m'accorde du temps pour me nourrir de penseurs, de philosophes, de sages qui me ramènent aux fondements de la nature humaine et me convient à me méfier des modèles explicatifs qui aspirent à en réduire la complexité à quelques paramètres circonscrits.

### **Patrick Lynes**

Psychologue en pratique privée et enseignant

Auteur du livre *Le besoin de l'impossible. Impasses collectives et promesses d'avenir*. Montréal, Éditions Liber.

Avec ce texte stimulant de Line Girard, je me sens en plein paradoxe. Paradoxe avec moi-même qui suis une clinicienne issue de la tradition existentielle-humaniste et qui, dans une autre vie, ai tâté du pouls de l'antipsychiatrie. Je fais partie de ces psychologues qui ont déjà professé la nécessité absolue de suivre l'unicité de chaque personne en rejetant l'utilisation des catégories diagnostiques.

La rencontre quotidienne avec la souffrance humaine, depuis plus de vingt ans, dans le cadre d'une pratique privée comme psychologue clinicienne auprès d'une clientèle adulte, est une grande leçon de vie et d'humilité. Bien que les ingrédients de l'accueil et de la curiosité à découvrir cet autre qui est là, devant moi avec tous ses mystères, soient encore une base essentielle à ma pratique de thérapeute, la vie a modifié mon point de vue, en particulier sur la question du diagnostic. Je suis maintenant d'accord avec Line Girard lorsqu'elle montre comment le rejet massif du diagnostic clinique a pu

entraîner une perspective grandiose où la thérapie semble « s'appliquer universellement quelle que soit la situation spécifique du client ».

Globalement, il me semble que l'approche diagnostique de l'auteure intègre le meilleur des deux mondes. En effet, elle n'hésite pas à utiliser les connaissances accumulées à partir des balises diagnostiques et son art est de garder celles-ci dans une réflexion continue et vivante au service du client. C'est le vivant qui demeure le grand maître. La réflexion diagnostique, telle que nous la présente Line Girard, loin d'enfermer, est au service de la personne qui se déploie.

Ma façon de commenter le texte de Line Girard consistera à vous présenter un exemple clinique où, justement, la réflexion diagnostique m'a permis, du moins je le crois, de rendre un meilleur service à la personne qui venait consulter.

Je pense ici à un homme d'une quarantaine d'années, Monsieur Aubut, qui vient par l'intermédiaire d'un programme d'aide aux employé-e-s ( P.A.E.). Il travaille dans la fonction publique et occupe un poste administratif. Il est en arrêt de travail depuis peu avec un diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse. Il reçoit une légère médication et il est suivi par son médecin généraliste qui lui a recommandé la psychothérapie. Il rejoint alors son P.A.E. et celui-ci lui donne mes coordonnées. Notons tout de suite qu'afin de préserver la confidentialité, je modifierai plusieurs éléments tout en conservant la saveur clinique.

M. Aubut m'explique assez facilement dès le début des rencontres, le peu de reconnaissance qu'il reçoit dans son milieu de travail. Il a vécu récemment une déception par rapport à un projet particulier sur lequel il avait misé et ce projet a été refusé par son employeur. À cela s'ajoutent des difficultés vis-à-vis une conjointe avec qui il cohabite depuis deux ans et qui se dit insatisfaite de leur vie commune. Son but en venant me voir est de se sentir moins anxieux. M.Aubut se présente avec un débit accéléré, un ton de voix assez fort, des gestes saccadés. Le propos est un peu décousu et M. Aubut parle comme si je connaissais les gens et les situations qu'il décrit. Il tient à plusieurs reprises des propos assez agressifs, surtout face à son employeur, mais un peu également face à sa conjointe. Il n'a pas, toutefois, posé de gestes violents. La thématique qui ressort de ses plaintes est que les gens de

son entourage ne le reconnaissent pas à sa juste valeur et il ne s'explique pas leurs réactions.

Je me souviens de la tension intérieure que j'éprouvais face à ce client, me demandant à quel moment, moi aussi, je ferais un faux pas qu'il vivrait comme une injustice à son endroit. Mais en même temps, je sentais la détresse de cet homme qui, derrière l'écran de sa colère, semblait sur le point de se noyer et qui vociférait au lieu de baisser les bras et de couler à pic.

Dans cet exemple et dans beaucoup d'autres, la réflexion diagnostique telle que la préconise Line Girard, a été un outil pour m'aider à donner le meilleur service possible à ce client. Les trois axes de compétence ont été mis à profit : la compétence réflexive, affective et interactive. Ces trois axes ont été indispensables dans le travail thérapeutique à court terme (une quinzaine de rencontres) qu'a pu effectuer M. Aubut.

Comme le note l'auteure, les gens viennent souvent en début de thérapie avec une souffrance subjective situationnelle, en lien avec des stress psychosociaux. Ici, on pourrait être surpris de l'ampleur de la souffrance du client par rapport aux stressseurs qu'il évoque. Cet écart m'incite très rapidement à me questionner sur la personnalité du client et sur les enjeux dynamiques qui sont réactivés dans les déceptions qu'il vit et qu'il ne semble pas pouvoir métaboliser.

En me servant de mon ressenti dans le contact avec lui ainsi que de l'écart perçu entre sa souffrance subjective et les stressseurs qui l'ont précipitée, je fais l'hypothèse qu'en plus de l'axe 1 du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (D.S.M. IV), déjà diagnostiqué par son médecin généraliste, M. Aubut pourrait présenter une fragilité par rapport à l'axe 2, possiblement une personnalité narcissique. Le descriptif de l'axe 2 du D.S.M. demeure extrêmement limité pour le travail clinique. Les auteurs du « Psychodynamic Diagnostic Manuel » (P.D.M.) fournissent des pistes réflexives déjà un peu plus riches, comme nous le souligne Line Girard. J'ai aussi utilisé le bagage d'autres cliniciens contemporains en puisant dans la réflexion diagnostique d'un gestaltiste américain, Gary Yontef (1993), bien éloignée des gestaltistes de la première heure pour qui le diagnostic est à proscrire.

En me fondant sur ces différentes pistes réflexives diagnostiques, j'émet les hypothèses suivantes : M. Aubut semble se débattre avec une perception de lui-même où il porte une honte assez grande qu'il ne peut se permettre de ressentir, car cela pourrait menacer sa cohésion interne. Les déceptions qu'il a vécues récemment, surtout avec son employeur mais aussi avec sa conjointe, viennent réactiver cette honte. Ce ne peut être lui qui soit concerné, il est impératif que ce soit l'autre qui le traite injustement. La colère est d'autant plus vigoureuse qu'il a besoin de mettre à l'extérieur de lui la menace intérieure. Quant à la perception qu'il a de l'autre, elle semble avoir pour rôle de le mettre en valeur et l'autre n'a que peu de vie propre en dehors de lui. M.Aubut semble peu capable d'imaginer ce que l'autre peut vivre, penser ou éprouver, ce qui dans l'univers de Fonagy (2004) est appelé la mentalisation et que, dans l'univers existentiel-humaniste, on a nommé l'empathie. Reste que, cliniquement, sous le vocable « mentalisation » ou sous celui d'« empathie », aussi bien l'une que l'autre serait à construire pour M.Aubut.

Ce processus réflexif me fut nécessaire dès le début de l'intervention, je ne pouvais pas « juste » suivre le client ! J'aurais facilement pu être entraîné dans le sillon de la colère. Ces hypothèses m'ont permis de résister à la pression interne que je sentais (me mettre à craindre de devenir la prochaine cible et être paralysée comme intervenante). En réfléchissant à la profondeur des enjeux possiblement évoqués pour lui, bien au-delà des facteurs de stress et du diagnostic relativement banal de trouble de l'adaptation, j'ai pu donner un sens, du moins pour moi, à cette colère et à cette anxiété tout azimuts. Cela m'a permis de rester plus calme devant sa tempête.

Ensuite, ces éléments réflexifs diagnostiques m'ont permis d'ajuster l'intervention rapidement. Entendons-nous bien, la démarche de M.Aubut n'avait pas pour but de faire un travail sur sa personnalité. Il venait pour diminuer le niveau d'urgence interne. Même pour faire ce travail se situant sur le plan des symptômes de l'axe 1 du D.S.M., il est impératif, selon moi, de tenir compte de ce que nous savons sur la personnalité narcissique. Il ne s'agit pas, dans mon esprit, d'une recette à toute épreuve qui pourrait être « manualisée », mais plutôt d'une balise à mettre à l'épreuve de la rencontre réelle avec le client. Le « P.D.M. » auquel réfère Line Girard, par exemple, suggère le reflet empathique comme une des clés de l'intervention avec ce

type de personnalité. Gary Yontef, cité plus haut, va dans le même sens et croit important avec ce type de personnalité de rester collé pas à pas dans le dialogue à l'expérience du client et d'être extrêmement graduel pour défendre une position autre que celle du client. Delisle (2004) suggère d'amorcer le travail avec ce type de clients, dans une modalité empathique, congruente, attentive et réservée.

Ainsi, avec M. Aubut, j'ai pu contenir suffisamment mon « affectif-réactif » largement réveillé par les propos et la tonalité dénuée d'empathie du client, surtout dans les premières rencontres. J'ai choisi un style réservé, « low profile ». J'ai été attentive à dissocier, dans ma manière de formuler les choses, le reflet empathique à ce qu'il semblait vivre, d'un propos qui aurait pu être compris comme une bénédiction à tout ce qu'il exprimait. Je voulais ménager un espace potentiel pour qu'il puisse éventuellement développer son empathie pour l'autre. Lorsque l'alliance de travail a semblé assez présente, j'ai pu proposer, de temps en temps, des possibilités autres que les siennes, sur ce que les autres pensaient ou éprouvaient.

Le travail thérapeutique, dans la quinzaine de rencontres défrayées par le P.A.E., n'a pas été au-delà de ça. Vers la fin des rencontres, il avait retrouvé son équilibre et avait recommencé depuis peu à travailler. Bien qu'encore frustré, il semblait contenir davantage sa frustration. J'ai pointé à la fin du processus qu'il avait résorbé une situation de crise mais qu'il pourrait lui être utile de faire une démarche plus longue s'il voulait se solidifier pour mieux faire face aux déceptions que la vie lui présenterait inévitablement. Il ne se sentait pas prêt à faire ce travail, à ce moment-là.

J'ai choisi cet exemple clinique pour illustrer le rôle de la réflexion diagnostique dans un travail à court terme, comme nous en rencontrons fréquemment dans nos bureaux. La réflexion diagnostique accompagnant le processus psychothérapeutique du client est un outil qui nous aide à servir cette « aventure relationnelle à nulle autre pareille ».

Mais tout comme le dit l'auteure : « Jamais nous n'arriverons à tout comprendre » et de s'incliner devant le mystère de la vie ne nous dispense pas de nous questionner et de sans cesse chercher avec tous les outils dont nous disposons.



## Marie Gérin-Lajoie, psychologue

### RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association, (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington : A.P.A.

Delisle, G. (2004). Les pathologies de la personnalité, perspectives développementales.

Montréal : Les Éditions du Reflet.

Fonagy, P., Gergely, G. Jurist, E.L., Target, M. (2004). Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. New York : Other Press

PDM task force. (2006). Psychodynamic Diagnostic Manual. Silver Spring MD : Alliance of Psychoanalytic Organizations.

Yontef, G.M. (1993). Awareness, Dialogue and Process. New York : Gestalt Journal Press.

Au cours de l'année 2007, j'ai participé à la formation : *Processus réflexif diagnostique au service de la psychothérapie* avec madame Line Girard, dans le cadre de la formation continue à la SQPP. J'avais déjà, auparavant, suivi d'autres formations avec des spécialistes en diagnostic. À chaque fois, mon objectif a été de comprendre davantage la complexité d'un système qui saurait peut-être me fournir des outils et parfaire ma compétence de psychothérapeute. En fait, il s'agit bien d'une ouverture, d'une quête afin de comprendre ce qu'une partie de moi sait en quelque sorte, mais ne maîtrise pas suffisamment pour être capable de jongler sur le paramètre réflexif.

Dans son article ainsi qu'au cours de l'atelier, Line Girard m'est apparue très convaincante en présentant, d'entrée de jeu, l'importance de la compétence du psychothérapeute vue sous trois axes fondamentaux : réflexif, affectif et interactif. L'argumentation fait ensuite ressortir la juste place des différents outils diagnostiques pouvant servir à l'entretien de l'axe réflexif. De manière générale, l'auteur tente de rendre à César ce qui lui revient. Qu'il soit question des thérapies de nos prédécesseurs ou des instruments diagnostiques actuellement disponibles, à chaque fois elle tente de discriminer entre ce qui est utile et ce qui ne l'est pas. Elle évalue la pertinence des outils en fonction du rôle du psychothérapeute, qui est de comprendre la personne souffrante et de dénoncer les mécanismes servant à recréer les pièges dans lesquels elle s'enlise.

Le point le plus intéressant, à mon sens, est la façon dont l'auteur arrive à « bissocier » les différents éléments entre eux. Line Girard effectue une sorte de ménage dans ce que je nommerais le dédale des instruments diagnostiques. Son propos m'a permis de saisir que le DSM, comme outil de « première ligne », est opérant sur le plan synchronique. Il importe donc de s'enquérir de systèmes complémentaires efficaces sur le plan diachronique relié à la complexité du psychisme et de la dynamique de la personnalité. Pour répondre à ces exigences inhérentes à la profession de psychothérapeute, Girard intègre le PGRO et le PDM à sa pratique. Voilà la façon dont elle procède afin de prendre en compte la dimension du processus réflexif continu en psychothérapie.

L'auteur conclue en ramenant la question à la dimension expérientielle et relationnelle de son travail. Les outils diagnostiques trouvent leur sens en tant que phare, boussole ou garde-fou prévenant l'égaré du psychothérapeute.

Avec un léger recul suite à la formation et grâce à la lecture de l'article de Girard, l'équilibre entre les trois axes de compétence m'apparaît primordial. Je crois qu'il faut éviter d'encombrer le psychothérapeute d'appareils trop lourds pouvant nuire à l'exercice de son art. L'axe réflexif ne doit pas se transformer en Airbus 380! L'utilisation des systèmes diagnostiques ne doit pas non plus prendre la forme d'accommodements raisonnables pour s'entendre dans l'univers multidisciplinaire de la santé mentale. Bref, à la lumière de l'exposé de madame Girard, je me dis qu'il faut s'assurer de la santé de sa compétence professionnelle, que les outils diagnostiques sont incontournables, mais qu'il importe de ne pas brouiller le paysage en lui imposant de manière intégrale et unilatérale le point de vue d'un système extrinsèque, en dehors de l'individu même.

**Diane Parisien, Ph.D**

Psychothérapeute

Membre de la SQPP

Je partage l'avis de Madame Line Girard quant à l'utilité des catégories diagnostiques dans un processus thérapeutique et je crois, tout comme elle, qu'elles ne sont pas un obstacle à la reconnaissance des particularités propres à chaque client.

Travaillant principalement auprès d'une clientèle présentant un trouble de la personnalité, je suis d'avis que les catégories diagnostiques de la personnalité sont d'une grande utilité pour aider le clinicien à bien comprendre les enjeux propres à ces clients, notamment leur fonctionnement psychologique, ce qui est, d'après moi, le point de départ de notre réflexion clinique. Plusieurs auteurs ont proposé une classification des troubles de la personnalité, classification qui s'appuie sur l'intégration de la théorie des relations d'objet, celle de l'attachement et des observations cliniques (et recherche) des auteurs. James Masterson est un de ceux qui a observé un fonctionnement psychologique commun auprès de la population présentant un trouble du Soi (trouble de la personnalité). Les catégories diagnostiques proposent donc des hypothèses quant à la compréhension et l'intervention auprès des différentes structures de la personnalité.

Les hypothèses formulées à l'aide du diagnostic vont guider le clinicien à travers les différentes étapes du processus thérapeutique. Par exemple, cette clientèle, réputée être difficile, peut être exigeante pour les thérapeutes, questionnant à la fois leurs compétences professionnelles et émotionnelles. Les gens présentant un trouble de la personnalité sont souvent très défensifs, ont recours à des comportements qui font réagir, attendent beaucoup du thérapeute et peuvent avoir des demandes et un discours contradictoires. Pour ces raisons, le clinicien est souvent dérouté. Ce qu'il croyait comprendre hier ne fait plus de sens aujourd'hui. Le client qui est lui-même souffrant et très ambivalent n'arrive souvent pas à expliquer ce qu'il vit. Client et thérapeute peuvent rapidement errer. Les hypothèses provenant du diagnostic initial sont dans ces moments très utiles pour permettre au thérapeute de prendre une distance et nourrir la réflexion quant à ce qui est en train de se vivre pour le client ou encore ce qui joue au sein de la relation thérapeutique. À ce niveau, les hypothèses diagnostiques nous prêtent de nouveau main forte en informant le thérapeute des pièges relationnels susceptibles de se présenter, c'est-à-dire des émotions qu'il peut être amené à vivre avec la clientèle, lui proposant ainsi des outils pour assurer

l'efficacité de la démarche thérapeutique. Ces hypothèses vont également aider le clinicien à prendre le recul nécessaire pour comprendre les émotions qui lui appartiennent par rapport aux émotions induites par le client. Enfin, une réflexion diagnostique peut orienter et guider l'intervention. Masterson est de ceux qui proposent des pistes d'intervention pour chacune des structures de la personnalité, interventions qui tiennent compte des réalités intrapsychiques très différentes d'une structure de la personnalité à une autre. Ces pistes n'ont rien de la simplicité des recettes à appliquer sans égard aux différences individuelles propres à chacun. En conclusion, les catégories diagnostiques vont offrir un cadre théorique qui permet au thérapeute de comprendre les enjeux de fond que partagent plusieurs clients sans l'empêcher de rester attentif aux différences individuelles et de doser les interventions en fonction de ces différences.

**Nathalie Belda**

XXXX

Dans le préambule de son *Éthique à Nicomaque*, Aristote indique que le bien suprême est « la visée de tout ». Or, ce bien est de l'ordre de l'action plutôt que de la méthode ou de la technique, celles-ci impliquant un bien qui lui est supérieur. Nous sommes par conséquent face, continue le philosophe, à une multiplicité de fins : le médecin prend pour fin la santé, le constructeur naval le bateau et l'économiste la richesse. Devant cette constatation, l'une des préoccupations d'Aristote, s'opposant par là aux platoniciens, est d'affirmer *l'inutilité d'un bien idéal* et de préciser ce qu'il en est du bonheur. Après avoir souligné que la définition de ce dernier prête à controverse, il indique que – peu importe que l'on opte pour le plaisir, l'honneur, la vertu, la méditation ou la richesse – le bien *final* demeure « le bien digne de poursuite en lui-même, plutôt que le bien poursuivi en raison d'un autre ». Or, ce genre de bien, continue-t-il, consiste surtout dans le bonheur.

Cette tradition, noble s'il en est une, est précisément celle que Freud déconstruit dès son *Projet d'une psychologie* (1895), quelques

années avant d'inventer la psychanalyse. L'effort considérable de Line Girard pour réfléchir sur sa pratique qu'elle désigne comme « forme expérientielle et relationnelle de psychothérapie » soulève de ce point de vue au moins quelques enjeux cliniques, épistémologiques et historiques que je voudrais mettre en lumière.

On ne saurait faire grief à la gestaltiste d'insister sur les trois axes de compétence que doit selon elle maîtriser le psychothérapeute, à savoir les axes réflexif, affectif et relationnel. Tout cela semble aller de soi jusqu'au moment où l'on s'interroge sur la nature de cette fameuse compétence. Il n'est pas question d'entrer ici dans les débats complexes autour de cette notion, mais simplement de souligner que la définition implicite soutenant l'argumentation de Line Girard répond à une idéologie technicienne, telle que l'a par exemple formulée par Sandra Bellier : « la compétence permet d'agir et/ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier, en mobilisant diverses capacités de manière intégrée. » On peut ainsi, comme c'est généralement le cas, évaluer la compétence du point de vue des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être. Ce faisant, même quand on prétend « reconnaître ce dont la personne souffre vraiment », on risque d'endosser la conception médicale, entrepreneuriale et comportementale de la psychothérapie, quelle que soit l'approche considérée. Le psychothérapeute devient alors le sujet du savoir, c'est-à-dire, comme l'indique Line Girard, « un professionnel de la santé mentale ».

On voit là apparaître l'un des enjeux épistémologiques négligés par Line Girard. Le savoir compétent qu'elle préconise est celui du spécialiste qui connaît toutes les subtilités du diagnostic et sait établir ce qu'il en est du normal et du pathologique. Cet expert utilise de manière réfléchie les diagnostics fonctionnel et situationnel du DSM-IV puis les raffine en établissant le diagnostic structural à l'aide du manuel concurrent : le PDM, qui insiste davantage sur la complexité de l'univers psychique du sujet. Mais il s'agit ici du Sujet de la Science, non-divisé, imbu de sa plénitude, et qui forclos l'essentiel de la découverte freudienne de l'inconscient conçu en tant qu'*insu*

(*Unbewußte*) et non, comme on l'entend généralement, en tant que non-conscient.

On arrive ainsi à ce qui distingue fondamentalement la psychothérapie sous ses diverses formes de la psychanalyse : alors que la première favorise l'éclosion de la belle âme – forme aiguë et suicidaire de la conscience malheureuse, selon Hegel –, la seconde vise à la déconstruire. La question n'est donc pas tant de savoir si les psychothérapies seraient supérieures à la psychanalyse ou vice-versa, que de mettre en relief le fait que la réflexion diagnostique proposée par Line Girard s'inscrit parfaitement dans le projet d'une philosophie humaniste tablant sur la poursuite du Bien, du Bon et du Beau. En ce sens, elle maintient dans l'oubli ce que seule dévoile la psychanalyse dans sa radicalité, à savoir le travail de la cruauté inextricablement lié au travail de la culture, comme l'a montré Freud dans la seconde partie de son œuvre à partir de *Totem et tabou*. Il y a là bien davantage que la part d'ombre de l'humain à laquelle pensait Jung. C'est pourquoi, affronter cette cruauté n'est pas du ressort de l'expert néoconservateur en diagnostic – quelles que soient les compétences qu'il démontre pour opérer sa relève narcissique et colmater sa propre angoisse devant le Réel –, mais revient à celui et à celle qui s'expose au manque, loin de la conscience morale, de la vertu et de la loi du cœur. Ce n'est qu'en prenant en compte l'inconscient en tant que structuré comme un langage, en quittant les chimères des bons sentiments, de la bonne volonté, du respect du devoir qui toujours cachent des intérêts privés, que l'on accède à la singularité du sujet, à l'unicité de la personne, à la responsabilité qu'il doit assumer à l'égard de son désir lorsqu'il rencontre le collectif.

### **Michel Peterson**

Psychanalyste à Montréal

Directeur de la collection « Voix psychanalytiques » (éditions Liber)

#### **RÉFÉRENCES :**

Aristote. *Éthique à Nicomaque*, traduction de Richard Bodeüs, Paris, Garnier-Flammation, 2004, p. 56.

## Réponse aux commentaires

D'abord, permettez-moi d'être à la fois étonnée et ravie des réactions suscitées par mon court article. À la lecture de ces textes, on peut conclure que nous avons tous comme professionnels, le désir de rendre les meilleurs services possible à ceux qui nous consultent. Bien sûr, selon les conditions et le contexte de travail, il ne nous est pas toujours possible de fournir un service optimal. Il nous appartient d'être créatif et comme le souligne le Dr. Johanne Rioux, de nous appuyer sur une équipe multi-disciplinaire ou de trouver des soutiens auprès de d'autres ressources pour connaître et comprendre la complexité de la personne et ce qu'elle a d'unique. Tant sur le plan du diagnostic que sur celui du traitement, nous avons la responsabilité professionnelle de repérer les différents outils qui peuvent répondre à la fois au besoin de la personne unique et au contexte dans lequel nous travaillons (Rapport Trudeau, Novembre 2005). Parfois la conséquence en sera de référer à un collègue ou à un service spécialisé, ou d'aller chercher des intervenants pouvant nous aider au cours du traitement.

J'ai supervisé en France plusieurs psychothérapeutes lacaniens et des gestaltistes totalement réfractaires à l'idée même de poser un diagnostic. Je respecte leur position et leur souci de prévenir les dérapages d'une catégorisation à outrance et d'un désir de tout saisir, tout comprendre, tout contrôler. Ces psychothérapeutes réfractaires au diagnostic aiguissent notre vigilance et nous encouragent à aborder la nature humaine dans toute sa complexité et sans la réduire à ses manifestations pathologiques.

Je suis totalement d'accord avec le fait qu'il ne faille pas tomber dans un diagnostic facile et rapide tel « un technicien d'électroménager », comme le dit si bien M. Patrick Lyne. Remplir de petites cases diagnostiques ne donne rien ni au patient, ni à l'intervenant en quête de balises à son intervention. Le but de cette démarche, comme le rappellent, plusieurs des critiques adressées au DSM, c'est plutôt une lecture clinique globale et multidimensionnelle qui puisse éclairer le sens unique de la problématique du client. Le Dr. Joanne Cyr nous met aussi en garde contre ce réflexe de vouloir apparier un diagnostic à un traitement et d'oublier ainsi toute la puissance de guérison que renferme la relation thérapeutique, dans le cours du traitement. Les symptômes peuvent être le reflet de difficultés de couples, de difficultés interpersonnelles et/ou de la personnalité. Il est toujours important d'évaluer l'ensemble de la situation et de tenter de la saisir sous diverses perspectives. C'est pourquoi je propose un diagnostic structural de la personnalité, en plus du diagnostic multi-axial et ce, tout au long du suivi.

C'est toujours un plaisir que de réfléchir à ces questions et de partager ces réflexions avec des collègues. Pour moi, la finalité de cette réflexion est de nous amener au plus près de la réalité pourtant insondable de la vie singulière du client avec sa part de souffrance, pour enfin l'aider au mieux de nos connaissances et de nos compétences. Mme Michèle Fournier et le Dr Geneviève

Bouthillier nous parlaient à la fois de la beauté et de la complexité de la personne humaine que l'on rencontre dans ce travail. C'est, je crois, ce qui fait que nous pratiquons ce métier et que nous persévérons dans la recherche incessante de meilleures pistes d'intervention. C'est la part indispensable d'humanité que nous mettons dans la rencontre.

Line Girard, psychologue