

# LA PSYCHIATRIE

## HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

Dans l'antiquité, Hippocrate proposait une théorie humorale de la santé qui incluait autant les maladies physiques que celles de l'âme, déjà liées au cerveau. Il n'y avait pas de distinction entre elles, et le médecin soignait en écoutant, expliquant et ordonnait le traitement ou le régime. Dans l'école empirique, l'important était non pas la recherche des causes mais beaucoup plus l'expérience clinique du médecin. Au moyen-âge, la maladie mentale était distinguée de celle du corps, car assimilée à la possession par le diable qu'il s'agissait d'extirper, ce que pratiquait l'inquisition qui a toujours aimé les bûchers pour ceux qui étaient assimilés aux sorciers et sorcières. Le malade mental se trouvait rejeté, tout comme les mendiants, les alcooliques et les auteurs de délits ou de crimes. Dès le 15<sup>ème</sup> siècle, et par soucis sécuritaire, ces malades mentaux étaient séquestrés ou enfermés, voire localisés dans de grandes surfaces de campagne ou sur des îles. La psychiatrie s'est ainsi isolée des grands courants de la médecine. A la révolution française, Pinel délivra non seulement ceux qui étaient placés sur lettre de cachet et introduisit le « traitement moral » des maladies mentales. En 1804 on commença de distinguer les criminels à condamner, des aliénés à soigner, avant que le code pénal n'introduise en 1810 la détermination de l'état de démence au moment des faits. Au 19<sup>ème</sup> siècle on commence à décrire les tableaux cliniques contemporains, mais il sera surtout marqué par la notion de dégénérescence comme déviation malade de l'espèce. Peu à peu, au début du vingtième siècle, la psychiatrie a concerné tant le pathologique que la normalité, par les questions qu'elle posait en rapport, à un extrême, avec la schizophrénie et de l'autre côté aux problèmes existentiels que cette maladie posait.

Les psychiatres ont alors alignés leur spécialité plus étroitement à la médecine scientifique, et ont mis l'accent sur la recherche de solutions des problèmes sociaux, incluant aussi bien la pauvreté, l'industrialisation, que la maladie mentale. On ne saurait nier l'importance des facteurs d'environnement dans la pathologie mentale, démontrée par des faits épidémiologiques. L'impact sur la société et la reconnaissance de la réalité de ces troubles dans la société sont attestés par exemple, par le fait qu'en temps de guerre, presque deux millions d'américains ont été exemptés du service militaire durant la deuxième guerre mondiale pour des raisons psychiatriques, et plus d'un million de jeunes gens ont souffert de troubles psychiques dénommés névroses de guerre.

Aux USA, le nombre de personnes admises dans les hôpitaux a augmenté de 67 % entre 1922 et 1944. Des critiques se sont élevées contre les psychiatres, les accusant d'incompétence, négligence, d'insensibilité voire d'inhumanité et d'abus. Parallèlement, le désespoir et un certain optimisme thérapeutique conduisit les psychiatres à expérimenter davantage les thérapies biologiques, dont parmi elles, outre la médication, le choc électro-convulsif et la lobotomie préfrontale. Plus de 18000 patients y furent lobotomisés entre 1936 et 1957, dans l'espoir de guérir quelques uns des 500.000 patients chroniquement malades qui séjournèrent dans des institutions surpeuplées et délabrées.

Tout ceci déclencha chez certains intellectuels, tels Cooper, Laing, Szasz, ou Basaglia en Italie, durant les années 1960-1970 un mouvement populaire antipsychiatrique, qui voyait et attribuait à la psychiatrie une forme insidieuse de contrôle social basé sur un modèle pseudo-

médical. Ces conceptions sociogénétiques font de la maladie mentale une adaptation secondaire, toujours dommageable et souvent ratée, à l'action pathogène du milieu et de l'entourage, proche ou lointain. L'origine de la folie y apparaît surtout dépendre de l'oppression sociale, économique et culturelle qui tend à organiser des modèles contraignants d'adaptation, culminant avec l'asile d'aliénés. L'antipsychiatrie anglaise consiste à poser l'hypothèse de l'universalité de l'aliénation, terme que Laing avec Cooper (à l'origine des communautés thérapeutiques) englobe dans le problème du libre arbitre et de la volonté de l'homme. On ne peut pas admettre que toute l'humanité soit aliénée et qu'elle le restera puisque tout individu, compte tenu de l'imaturité biologique du petit de l'homme, dépendra toujours de l'éducation et de l'ensemble des expériences transmises par le milieu. Pour Laing le délire n'a pas à être guéri mais à être accompagné car le phénomène serait un moyen naturel de guérison. Pour eux la maladie mentale peut être guérie en la laissant évoluer jusqu'à son point extrême, expérience qui se termina en 1970 par une non confirmation des résultats. Pour Basaglia, c'était quasiment une révolution politique et il fit fermer les asiles par une loi. Depuis, les malades mentaux italiens se retrouvèrent dans les rues ou dans les gares, et soignés pour leurs épisodes aigus dans les hôpitaux généraux. On a largement sous-évalué le nombre de décès qui s'ensuivirent et que l'on a pu attribuer officiellement à d'autres causes qu'à l'inadaptation de ces libérés.

En France, puis en Suisse (plus tard), se créa la psychiatrie de secteur, qui déplaçait la l'intervention des *équipes spécialisées* de l'hôpital psychiatrique, critiqué comme asile, vers les lieux de soins les plus proches du domicile du patient afin d'éviter toute chronicisation et désocialisation. De centres de soins hospitaliers puis ambulatoires intermédiaires (hôpitaux de jours) partiront des visites à domicile (équipes qui existent aussi ici maintenant), soit par les CMS, soit par des équipes psychiatriques plus spécialisées. La conséquence est une diminution du nombre de lits en hospitalisation à temps complet et aussi de la durée du séjour. Les recommandations visent à développer les prises en charges en consultations ambulatoires à côté d'une psychiatrie privée. Il existe néanmoins des cliniques privées chères, mais inégalement réparties sur le territoire.

Il n'empêche que les **grands progrès de la psychiatrie ont été surtout obtenus grâce à la médication**, dès 1952. Pour la première fois les psychiatres avaient les moyens de traiter les symptômes de la schizophrénie-hallucinoïde, délires et troubles de la pensée, grâce au premier neuroleptique découvert par Laborit, puis utilisé comme neuroleptique par Deniker en France. (Largactil = Chlorpromazine). Les antidépresseurs ont été découverts par hasard par un psychiatre suisse en 1957, R. Kuhn, qui travaillait avec des schizophrènes et qui a montré que l'Imipramine, était inefficace sur la **schizophrénie**, mais qu'elle avait tout de même des effets stimulants chez certains patients (elle corrigeait l'humeur). Ce fût le premier **antidépresseur** après les premiers IMAO. Dès les années 1960, les premiers tranquillisants apparaissent, surtout les benzodiazépines. Les traitements de la manie par le lithium (thymorégulateur) et de la dépression, suivirent rapidement ; puis ceux des troubles de la personnalité avec la Fluoxétine, vers les années 1990. Actuellement, le déséquilibre biochimique du cerveau est mis en balance avec l'inconscient des psychanalystes, d'où découlent des traitements biologiques ou psychothérapeutiques trop souvent peu spécifiques par rapport au trouble, soit en mode unique ou en combinaison, tant pour des comportements considérés comme normaux ou anormaux.

## PHILOSOPHIE ET SCIENCE

Avant toute science, il existe une **philosophie** qui tente de définir la réalité. La science tente d'accéder à cette réalité en proposant une **méthodologie** d'appréhension de toutes réalités imaginables et **exige** des **preuves objectives** données par l'observation. Elle n'implique pas que ce qui n'est pas objectivable n'existe pas, ni que seul ce qui est prouvé existe. Elle essaye seulement d'élaborer une théorie explicative rendant accessible à une causalité et une explication **objectivable**, c'est-à-dire vérifiable, voire répliquable, mais provisoire, un ensemble de faits constatés. Si un fait ne peut pas entrer dans une théorie, la science dit: « nous ne savons pas, nous ne pouvons pas l'expliquer ». S'il existe un ensemble de faits ou une convergence de faits qui s'écarte de cet ordonnancement, la théorie est périmée et il s'en élabore une nouvelle. La science est tournée vers l'avenir et son but est de découvrir ce qui est encore inconnu et qui est certainement encore immense.

Karl Popper, grand philosophe des sciences, dans son livre « L'univers irrésolu » publié en 1982, distingue trois mondes, ouverts les uns sur les autres de manière causale. Il définit ceux-ci comme interagissant les uns sur les autres. Il cite notamment l'exemple du coup de pied dans un rocher qui engendre la définition de la réalité et de l'interpénétration des mondes.

Par monde 1, il entendait le monde de la physique, des pierres, des arbres et des champs physiques de forces, la chimie et la biologie, les animaux et les corps humains. Dans le monde 2, il y voyait le monde psychologique « *qui, d'habitude, est étudié par les psychologues d'animaux aussi bien que par ceux qui s'occupent des hommes, c'est-à-dire le monde des sentiments, de la crainte et de l'espoir, des dispositions à agir et de toutes sortes d'expériences subjectives, y compris les expériences subconscientes et inconscientes.* » Le monde 3, est le monde des productions de l'esprit humain, des choses abstraites, des œuvres d'art ainsi que les valeurs éthiques, les sociétés et ses institutions, de même que le monde des bibliothèques scientifiques, des livres, des problèmes scientifiques et des théories, *y compris les fausses*. Il numérotait ainsi ses mondes parce que le monde physique avait existé avant le monde des sensations animales et le monde 3 commençait avec l'évolution du langage propre à l'homme. Il insistait sur le fait de distinguer les processus de pensée subjectifs (du monde 2), des contenus objectifs des pensées (du monde 3). Il considère l'homme comme beaucoup plus près de la matière inanimée que ne le sont les animaux. Son langage est non seulement générateur d'expression, de communication, comme chez les animaux, mais aussi de description ayant valeur de vérité, et de sa valeur argumentative. L'homme social a ainsi créé un monde nouveau de civilisation, d'apprentissage, de croissance non transmise par la génétique et ne dépendant pas, par conséquent, d'une sélection naturelle, mais d'une sélection basée sur une critique rationnelle.

Il est bien évident que l'appréhension de la réalité par l'esprit humain est déformée ou mise en forme par des lois et règles, mais cette déformation est d'autant moindre que les faits sont objectivés, au moyen d'outils d'observation.

La science admet de façon générale que si le système nerveux central et l'esprit sont équivalents, ils n'en doivent pas moins être distingués. Eccles, prix Nobel en 1963, au sujet de son œuvre sur la transmission neuronale en 1963, proposait que l'esprit existait séparément du cerveau, même si le cerveau rendait possible à l'esprit de fonctionner. Il distinguait donc deux entités dualistes mais de manière dialectique, car il pensait que ces deux entités s'influençaient réciproquement. Le cerveau permettait à l'esprit de choisir et de décider. Mais ce que l'esprit décidait et choisissait influençait les circuits neuronaux en voie de formation et de développement. Le substrat neuronal ainsi formé et en mouvement consolidait la façon de

ressentir, de penser et de se comporter, dans une personnalité en cours de développement. C'est comme si nous choisissons nous-mêmes notre propre cerveau. Certains psychiatres distinguent les troubles mentaux qui sont principalement des maladies du cerveau, d'autres qui dérivent directement de conflits ressentis dans la poursuite existentielle de leur vie, ou sont l'expression d'une détresse personnelle particulière, due à la survenue d'évènements de vie. Que l'on se trouve dans le pôle du cerveau ou de l'esprit, il existe toujours une unité dialectique entre le cerveau et l'esprit.

## LA PSYCHIATRIE COMME BRANCHE DE LA MEDECINE

La psychiatrie est une **branche de la médecine**, dont les racines sont dérivées des termes grecs psyché (l'esprit) et iatros (médecin). Ceci pose d'emblée le problème lié de savoir ce qui fait la différence entre un homme malade et en bonne santé. S'il existe des marqueurs biologiques pour beaucoup de maladies somatiques (pas toutes), il n'existe pratiquement **aucun marqueur biologique, pour aucun trouble mental**, ce qui entraîne comme corollaire, et non des moindres, que leur identification est uniquement, et en dernière analyse **définie par le diagnostic du psychiatre**, qui la fonde sur le système de classification internationale des maladies, adopté par les assurances du pays, mais aussi sur une idéologie thérapeutique, sa qualité d'écoute, son expérience humaine et professionnelle. Un autre grand problème est de faire la distinction entre les troubles physiques et mentaux, depuis l'époque du dualisme cartésien corps/esprit, distinguant aussi aujourd'hui ce que l'on appelle en anglais « the brain and the mind ».

Pour rappel, le modèle médical moderne est un modèle lié à une **lésion d'un organe**, ou, de façon plus marginale, à des troubles liés à une **dysfonction** de cet organe qui vont causer, par des mécanismes physiopathologiques, des **symptômes** subjectifs et objectifs tels que douleurs, ictère, fièvre, inflammations, etc. On peut avoir ainsi un constat syndromique (plusieurs symptômes possibles) en relation avec une même cause ou **étiologie**, tels des virus, bactéries, troubles métaboliques nutritionnels, dégénérescences, etc. Ces syndromes peuvent être aussi, non pas originaires d'une étiologie plus ou moins complexe, mais aussi définis par une **déviante de la norme** (hypertension artérielle). D'où, *classiquement*, découlera le traitement, après recherche et identification des causes possibles (on oublie souvent les conséquences soit de la maladie, soit du traitement).

Si nous avons une maladie physique, notre mental en subit forcément les contrecoups et inversement. Une maladie physique peut être la cause d'un trouble mental (troubles thyroïdiens, diabète, potomanie), que ce soit par ses conséquences naturelles ou par les traitements (notamment médicamenteux, par exemple la cortisone). Une maladie psychique peut aussi entraîner des troubles somatiques (anorexie mentale, boulimie nerveuse, dépendances, etc.). Une maladie physique peut aussi coexister avec un trouble mental sans raison apparente connue, mais liée à l'état de maladie (régression, to be ill). C'est le cas dans beaucoup de cancers, d'infarctus du myocarde et d'autres maladies connues pour être souvent liées à des états dépressifs, par exemple. En raison de ces liens, le terme de comorbidité somatique a été défini voire de médecine psychosomatique, comprenant un certain nombre de maladies telles que les ulcères de stress, la RCUH, l'asthme, l'urticaire, le psoriasis, etc.

On pense avec son cerveau et la pensée, normale ou anormale, ne peut s'imaginer sans un cerveau en activité. Mais au cours du vingtième siècle, la psychiatrie se fissura de l'intérieur par des débats sur l'origine de la maladie mentale, à trouver soit dans la structure et la biochimie du cerveau, l'**organogenèse**, soit dans le labyrinthe, les complications et les dérèglements de l'esprit humain, la **psychogenèse, dont la psychanalyse est le prototype**. Il faut souligner que la position organiciste ne consiste pas à nier le rôle du cerveau dans la vie mentale, mais à supposer qu'à chaque syndrome mental corresponde une **atteinte spécifique du SNC**. Longtemps, les psychanalystes ont été les défenseurs acharnés de la psychogenèse, même s'ils prescrivaient des médicaments (une partie de leur cerveau ignorant apparemment l'autre). Toutefois un éclectisme dans le domaine de la psychiatrie semble s'installer parfois péniblement, autant du côté des tenants de l'organogenèse que de la psychogenèse.

## LA PSYCHIATRIE BIOLOGIQUE

Depuis que le cerveau des patients est scanné (soit au milieu des années 1970 c'est-à-dire il y a plus de 30 ans), aucun déficit structurel ou fonctionnel ne s'est révélé lui-même comme causal d'un quelconque trouble mental. **La recherche en psychiatrie biologique a trouvé de nombreux éléments de connaissances sur la structure et sur certaines fonctions du cerveau**, ainsi qu'une multitude de données empiriques et contradictoires qui sont apparues dans de nombreuses langues. Mais le résultat nous laisse comme des aveugles qui n'auraient jamais vus d'éléphants et à qui on demanderait de les toucher pour savoir à quoi ils ressemblent. L'un dirait que l'éléphant ressemble à une jambe, un autre, qui toucherait plus haut, à un flanc, un autre encore à une trompe. Aucun n'aurait touché l'animal entier et chaque personne croirait qu'elle a découvert à quoi l'animal ressemble. En effet, les différences observées dans le cerveau peuvent être des **phénomènes associés**, alors que l'essentiel va au-delà. La plupart des scans de patients atteints de troubles sont basés sur l'imagerie de la résonance magnétique nucléaire, qui mesure des flux sanguins. Ces flux sont proportionnels à l'activité électrochimique du cerveau, mais **ne mesurent pas directement cette activité**. Ces images scannées sont générées par des appareils complexes qui produisent des **champs magnétiques très puissants**, ainsi que des **sondes électroniques** et un **ordinateur**, qui **synthétisent une image codée** du cerveau en **couleur**, tout ceci **sur un moniteur**. Cette image représente donc une réduction, la **résultante** de certains composants de l'expérience actuelle du patient. La ligne entre faits scientifiques et science-fiction n'est pas toujours très claire !

La connaissance du SNC a été profondément modifiée, surtout par les apports de la chimie, de la biologie cellulaire et moléculaire, de l'imagerie cérébrale, et enfin par la génétique. Les neurotransmetteurs, de plus en plus nombreux, résultent du métabolisme propre au neurone (stockage, libération, recapture) et à la fente synaptique (fixation, inactivation), avec la mise en jeu de multiples systèmes enzymatiques, eux même sous la dépendance de très nombreux et parcellaires facteurs génétiques qui les codent. Il y a, dans notre organisme, plus de 110 « neurotransmetteurs » formellement identifiés en 2001. Les études du métabolisme de la dopamine, puis des sites de récepteurs dopaminergiques, sérotoninergiques, adrénnergiques, etc. ont largement été étudiés par les industries pharmaceutiques. Mais la prudence s'impose si l'on veut faire un lien entre molécule et mécanisme d'action de celle ci, **entre le médicament et un mode de fonctionnement ou de dysfonctionnement cérébral**. On connaît mal les supports exacts, en site comme en mode d'action des psychotropes, et on ne peut en déduire des mécanismes liés à la maladie mentale et dans la production de ses signes.

Mais faute de pouvoir opérer des mesures directes, il est encore aventureux de constituer une (ou des théories) neurochimiques avec des mécanismes simples et exhaustifs.

Pendant longtemps, les articulations du type lésions - symptômes furent l'apanage de cas à la limite de la neurologie, comme, par exemple, les troubles liés à des lésions, relatifs à la neuropsychologie, ou pouvant être en lien avec des lésions traumatiques physiques telles qu'on les voit dans les accidents ou les blessures de guerres (syphilis et paralysie générale, Alzheimer). Parfois, des maladies mentales sévères (troubles maniaco-dépressifs ou bipolaires, retard mental, autisme, schizophrénie, etc.), ont de manière très probable une composante neuropathologique mais d'étiologie inconnue. Parfois, le comportement pathologique est lié soit à une exagération (ou une diminution) des traits qui composent un comportement normal (déviations de la norme) ou liés, par exemple, à des soucis quotidiens focalisés sur certains secteurs de la vie de chacun (troubles sexuels, phobies, obsessions, troubles anxieux). D'autres fois des troubles de la personnalité représentent la somme de la manière dont nous vivons notre vie, dont nous l'organisons, en faisant des choses et des choix, mais qui restent limitées par des données génétiques et développementales. Enfin, il y a l'histoire que nous racontons de nous même, des autres et de notre conception du monde. Nous sommes ce que nous croyons être, et tous les raisonnements du monde ne peuvent nous rendre libre de nos mythes personnels, sains ou pathologiques, selon les buts et la signification que nous leur attribuons.

## **LA MEDECINE ET LA PSYCHIATRIE EVOLUTIONNISTE**

Cette approche ne définit pas une maladie ou un trouble du comportement comme présentement mal adaptés ou anormaux, selon des critères statistiques du moment sur le comportement ou les normes biologiques de toute une population. Elle ne présume pas non plus de ce qui est bon ou mauvais, désirable ou non, en termes de perte de contrôle, de désavantage, de rigidité et irrationalité, ou encore de détresse subjective, bizarrerie, handicap social, ou inefficacité personnelle, comme dans le DSM-IV, par exemple. Par contre, si la fonction (buts assignés ou résultat prévisible) de certains mécanismes bio-comportementaux est identifiée, la dysfonction se définit par l'échec de son rôle, ceci dans le contexte où il était censé servir à l'adaptation de l'organisme à son milieu.

Nous, humains, sommes tous des primates qui se différencions des autres espèces apparentées, non seulement par des différences biologiques, mais aussi par une autre forme de société et, surtout, par une culture dont la continuité et l'évolution transcendent le problème de la survie individuelle. C'est aussi ce qui fait l'importance de la dimension sociale et culturelle des dysfonctions comportementales et/ou des maladies psychiques. L'équipement instinctif de l'homme s'est fabriqué durant 2 millions d'années dans ce que les éthologues évolutionnistes ont nommé l'environnement d'adaptétude évolutionniste. Celui-ci a été relativement stable jusqu'à ce que, en quelques millénaires, la rapidité des changements a largement dépassé l'allure à laquelle la sélection naturelle a pu opérer. Ainsi, une multitude de conditions de vie, de cultures, mais aussi des rectifications, comme, par exemple, les capacités d'apprentissages, a permis une adaptation sociale forcée. Des comportements moins instinctifs et plus socialisés ont émergé pour venir contrarier une vie instinctuelle profondément ancrée dans la lente évolution de tout comportement de survie humain. Le mot comportement est ici compris comme ce qui est observable d'une action plus ou moins complexe, résultant de stimuli environnementaux objectivables, mais déformés par le filtre individuel de la pensée, du vécu émotionnel donneur de sens, auxquels nous avons accès par ce que l'individu nous en dit ou nous communique.

## NORMALITE ET TROUBLES PSYCHIQUES

Un comportement dit normal doit tenir compte de la réponse attendue, **culturellement admise**, et un comportement dit déviant qui n'est pas forcément un trouble psychiatrique, notamment sur les plans politiques, religieux ou sexuels. En fait, ce qui fait la différence ou la limite, ce n'est pas lorsqu'il y a principalement un conflit entre l'individu et la société, mais lorsqu'il y a une **dysfonction individuelle et partant, relationnelle**. Pour qu'une classification soit d'une utilité générale, elle doit être basée sur des faits observables et non sur des concepts, et doit être définie en termes opérationnels. Par ailleurs, elle doit donner des informations qui sont pertinentes pour la situation clinique et qui ont une valeur prédictive. Ensuite, on doit classer des troubles plutôt que des individus. Une catégorisation peut engendrer des prédictions que la personne réalisera et, comme beaucoup d'enfants se remettent de leurs troubles psychiques, ceci doit être évité. Une autre faute répandue est de considérer une maladie comme une chose, et non comme un concept : c'est ce qu'on appelle une réification. La description ne fournit pas l'explication, pas plus qu'un même diagnostic n'a forcément le même tableau clinique et la même forme de présentation et d'évolution dans le temps pour chaque cas.

On a souvent opposé le **raisonnement catégoriel médical au raisonnement dimensionnel**. Par exemple une hypertension artérielle est un diagnostic issu d'une déviation de la norme, mais qui n'est vrai que s'il y a une certaine constance dans les mesures et les circonstances de survenues de celle-ci. Le risque de complications existe au-delà de certains chiffres supérieurs à la norme par ses troubles associés et ses causes physiopathologiques. En psychiatrie, on parle de continuum.

Chaque **catégorie diagnostique** inclut avec elle tout un assortiment de symptômes qui peuvent être reliés à différents mécanismes psychologiques et qui requièrent différentes formes de traitement. Pour chacun de ces patients, le clinicien doit entreprendre une analyse détaillée des caractéristiques du trouble, afin de décider quel est le mécanisme psychologique qui agit le plus probablement. Apparemment, des comportements similaires peuvent avoir différentes significations et servir différentes fonctions et ceci doit être pris en compte dans la planification du traitement.

Par ailleurs, on ne doit pas oublier que **différentes classifications** peuvent être utiles pour différents buts. Le diagnostic, qui peut être utile pour planifier la scolarité, n'est pas forcément le même que celui qui est le plus utile pour trouver la forme du traitement psychiatrique. Ceux qui sont propres à l'Assurance-Invalidités pour perte de capacité de gain ne ressemblent pas à celles qui peuvent justifier une difficulté dans les capacités de discernement. Sans compter les différences entre psychiatres, surtout dues à des divergences d'opinions théoriques de référence et à leurs caractéristiques personnelles...

**La formulation diagnostique** est une chose utile parce qu'elle délimite le champ du trouble en termes de cause, de traitement, de pronostic, et parce qu'elle permet d'avoir un langage de communication avec d'autres professionnels. Comme la classification est basée sur des dénominateurs communs, il est nécessaire de distinguer ce qui est unique chez l'individu, non seulement pour ce qui est des troubles, mais pour ses ressources ou ses qualités personnelles. La formulation diagnostique, n'est pas forcément superposable à une classification, mais indique aussi la spécificité du problème chez la personne là. Elle donne des idées, des suggestions sur les mécanismes psychologiques ou biologiques qui peuvent être opératoires, sur les causes sous-jacentes et les facteurs précipitants du trouble, de même que ceux qui continuent à maintenir le trouble. Sur cette base, on peut se demander quelle approche thérapeutique adopter pour être le plus efficace possible.

Un autre problème soulevé par cette notion de normalité versus modèle syndromique, est celui de l'assimilation entre un trouble qui a **son évolution naturelle** ou son traitement (la schizophrénie par exemple), au fait d'être toutes les caractéristiques de la personne ( un schizophrène). S'il est politiquement correct de distinguer ce que l'on a ou de ce que l'on est, il ne fait aucun doute qu'une schizophrénie influence tous les aspects de l'existence et la vie de ces personnes, sur les plans physiques, psychologiques, religieux, social, professionnel. Les libertés et les choix ne sont pas du tout les mêmes et imposent plus de limites tant par l'individu lui-même qu'imposé par la société, trop souvent encore stigmatisante et tendant à exclure les plus faibles.

**Le modèle syndromique** en psychiatrie est décrit dans les classifications internationales modernes et consensuelles que sont le DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ou le CIM 10 (*Classification Internationale des Maladies*) de l'OMS, du moins au niveau de la phénoménologie, de manière comportementale comme une **dysfonction**, avec des considérations étiologiques souvent multiples, ou par des déviations statistiques de la norme. En psychiatrie, les descriptions concerneront davantage le comportement, pris au sens large, soit ce qui est fait, dit, pensé, ressenti. La notion de douleur sera assimilée à une souffrance ou une détresse morale. Les conséquences des troubles seront décrits comme altération fonctionnelle, désavantage adaptatif, perte du contrôle de soi, rigidité ou même handicap, mais dans tous ces cas, liés clairement à une perte de liberté individuelle.

La comorbidité somatique citée plus haut ne doit pas faire oublier une autre complexité, **la comorbidité psychiatrique**, qui est en fait la norme. La dépression est en effet presque toujours **superposée** à d'autres troubles psychiques, tels les troubles anxieux, psychotiques, ou du comportement alimentaire. De plus, il existe ceux qui concernent le niveau intellectuel, les troubles spécifiques de l'apprentissage et de la personnalité. Cette diversité ou kaléidoscopie rend difficile l'évaluation de chacun des tableaux cliniques de chaque patient et ne rend pas l'évolution toujours prévisible, comme souvent supposée dans un cadre médico-légal.

Mais les phénomènes cérébraux correspondant à l'activité psychique ne sauraient expliquer pleinement les interactions psychiques et sociales observées entre les êtres humains. Car l'homme est un **animal biologique, psychologique, et social**, ce qui nous donne les trois axes qui le concernent. Pour rendre compte de ce fait dans cette **approche, dite bio-psycho-sociale**, la CIM 10, a introduit la classification multiaxiale qui est définie par :

Pour les enfants, le CIM 10 propose

Axe 1 : Les syndromes cliniques (il peut y en avoir plusieurs)

Axe 2 : Les troubles du développement (et de la personnalité dès 18 ans)

Axe 3 : Le niveau intellectuel (pour le DSM IV-TR, les conditions médicales)

Axe 4 : Les conditions médicales (pour le DSM IV-TR, les facteurs sociaux de stress)

Axe 5 : Les situations psychosociales anormales associées (ou le fonctionnement global)

## LES GRANDES IDEOLOGIES THERAPEUTIQUES

**La psychanalyse** de Freud a pris un intérêt de plus en plus important de 1920 à 1950, si bien qu'aux Etats-Unis, au début des années 1950, 40 % des psychiatres américains la pratiquaient en cabinets privés (dont 25% sans autre traitement). Les psychanalystes, dans les années d'après-guerre, prirent du pouvoir, et, des notions telles que l'inconscient ou la répression devinrent évidentes dans la classe moyenne éduquée. L'importance culturelle de la psychanalyse est encore très forte aujourd'hui, à tel point que le commun des mortels ne la distingue pas de la psychiatrie...

La psychanalyse est tournée vers la découverte du passé individuel. Elle essaie surtout d'enrichir et de développer les théories des premiers psychanalystes du début du siècle (Jung, Freud, Adler, Klein). Elle n'est pas une science, car elle n'exige pas de preuves objectives pour la théorie et la pratique, et n'obéit pas à la méthode expérimentale. Elle est une spéculation théorique qui repose, par contre, sur la cohérence du système à partir de données fournies par exposé verbal et dialogues allant de l'analysé à l'analyste.

Si Freud a essayé, avec le savoir de son époque, de tisser des liens avec la biologie, il n'a pu approcher la psychologie qu'en postulant l'existence d'un "**appareil psychique**" par un mode de **pensée analogique** où les faits psychiques sont les « représentations mentales, les images mentales et les fantasmes ». Ainsi le comportement agressif, par exemple, devient fantasme d'agressivité. L'analogie avec les mythes grecs tient à peine la route (Œdipe ne savait pas qu'il épousait sa mère). Même si l'explication d'un fait psychique ne se réduit pas à ses conditions d'existence sociale et biologique, nous devons chercher à les connaître. Pour qu'une interprétation soit valable, elle doit rendre compte d'un maximum de faits observés et s'appuyer sur de l'objectivable, de telle sorte que la spéculation, qui paraît inévitable lorsque l'esprit étudie l'esprit, reste accrochée un minimum à la réalité.

Le psychisme échappe ainsi à toute explication située hors des concepts théoriques "par nature". Il reste uniquement sur le plan du vécu subjectif et du ressenti. Les faits nouveaux, connus entretemps, n'apparaissent plus comme nouveaux, mais ils sont rejetés comme des corps étrangers. D'autres psychanalystes s'emploient à redéfinir des concepts (tels que la libido) de telle sorte qu'ils n'ont plus rien à voir avec leur signification antérieure. La psychanalyse postule encore l'existence d'une dualité entre le corps et l'esprit, la psychosomatique devenant alors une métaphysique du corps, un « produit du ça. ». En fait, la psychanalyse est une construction de l'esprit basée sur quelques hypothèses non prouvées. Tous les sentiments ou les phénomènes psychiques vécus sont décrits par le langage conceptuel et le vocabulaire psychanalytique, tels que définis par la construction elle-même, à travers tous ses méandres et ses remaniements historiques, qui ne tiennent pas compte d'autres approches scientifiques (éthologie, neurobiologie, etc.). C'est surtout un climat d'ignorance, vite ignoré lui-même. Ceux qui contestent cela sont traités de réductionnistes, ou manquant de profondeurs...

A partir du langage ou des sentiments que chacun éprouve (vécu des contenus mentaux), la psychanalyse travaille **l'analyse des significations à l'excès**, ce qui implique d'une part une **interprétation** et d'autre part une autonomie (notamment des fantasmes) de la vie psychique, par rapport à ses conditions d'existence. L'interprétation et la verbalisation sont placées ainsi comme vertu première, curatives, dans une certaine mesure indépendante des faits biologiques et des comportements observés. Si elles ne se révèlent pas curative, l'interprétation du psychanalyste sera qualifiée d'interprétation d'essai.

En fin de compte, la psychanalyse veut étudier la vie psychique de l'individu en mettant l'accent sur les distorsions du développement et de la construction de la personnalité. Une approche plus scientifique admet que la construction de la personnalité se fait par des changements plus ou moins ordonnés de toutes les facettes de l'individu à mesure qu'il réussit ou non à s'adapter à un milieu social environnant d'une complexité croissante, plutôt qu'uniquement à un attachement mère-enfant distordu ou absent, qui resterait primaire ou prééminent dans le temps. Ultérieurement ce système d'affectivité ne domine pas forcément la personnalité, ni la vie psychique d'une personne (influence des congénères, pairs, membres de la famille, conjoint, etc.).

**L'éthologie humaine** issue des travaux de Bowlby, (1978) a montré combien les potentialités d'autonomisation, de flexibilité de l'individu étaient dépendantes **principalement** de l'attachement à une « figure d'attachement » dès le début de la vie. Base de sécurité affective et de confiance en soi, l'attachement correspond à un besoin de protection tout au long de la vie et reste incontournable pour chacun, qu'il soit heureux ou malheureux. Il est préexistant à l'attachement issu de la satisfaction des besoins par la mère (notion psychanalytique).

Les angoisses et comportements liés (ce qui est dit, fait, ressenti) tendent à contrecarrer toute perte (séparations et deuils), **anticipée ou réelle**, et à maintenir ces liens vitaux en se défendant par l'angoisse ressentie par chaque protagoniste qui trouve alors un fonctionnement permettant provisoirement de diminuer ces **angoisses de séparation**. La fiabilité et la prévisibilité sont des facteurs déterminants de manière réciproque sur les liens concernés. Si ces angoisses ne permettent pas à long terme la meilleure adaptation, ce qui est le cas chez les personnes souffrant de troubles psychiques, elles peuvent néanmoins se modifier dans le sens d'une meilleure gestion des émotions, d'une diminution des impacts des stressés ou de leur perception sur un plan cognitif et émotionnel.

On a ainsi pu dégager des "types d'attachement", acquis précocement, **réversibles jusqu'à un certain point** (surtout durant l'enfance). Ces styles interactifs du monde relationnel vont continuer ensuite à influencer le commun des mortels ultérieurement par leur rigidité et surtout par leur répétition.

- **sécurisant** et autonomisant, réciproque, empathique, chaleureux, et impliqué
- **anxieux** et évitant, par la peur du rejet/intrusions ou désengagement, peur de perdre l'amour  
*désorganisé*, inducteur de peurs, enchevêtrement familial, chaotique,  
*ambivalent*: cycles répétitifs d'acceptation et de rejet, inconsistant
- **inversé**, parent fié (anxiogène pour un enfant devant sécuriser sa mère)
- **compulsif**, centré autour des soins, du nourrissage, ou de l'auto valorisation de chacun
- **réactionnel**, avec désinhibition, réaction autistique, ou hyperactivité
- **deuil**, avec déni, chagrin, culpabilité, accusations, colère, résolution

**La théorie systémique** est issue du mouvement antipsychiatrique, en concordance avec l'idée que l'état pathologique n'existe pas. C'est, du moins théoriquement, une théorie de la boîte noire (comme le comportementalisme), la théorie générale des systèmes dans sa conception moderne, à l'école de Palo Alto, est une **théorie de la communication**, dans un cadre microsociologique, familial notamment. Quand la communication digitale (verbale) entre en contradiction avec elle-même ou avec la communication analogique (non-verbale),

elle réalise un double lien. L'information reçue disant une chose et son contraire le sujet soumis à ce type de communication perd alors la possibilité de distinction entre des types logiques, l'autre n'étant plus la vraie source du message, les mots deviennent des actions agressives et non des messages d'où un inévitable clivage. Il n'y a pas d'autre issue que de devenir schizophrène... Elle considère que la famille et un système ouvert de parenté, autorégulé, qui est orienté vers un but et qui maintient son homéostasie en échangeant de façon durable de l'information avec son environnement. Le passé ne représente d'intérêt que dans la mesure où il apparaît ici et maintenant et qu'il rend possible des prévisions de nature probable sur l'avenir de ce système humain.

L'étiologie des symptômes, du syndrome et de l'entité nosologique, est fonction d'un champ transactionnel complexe, où la génétique, la constitution, la physiologie, le style de communication et le processus d'apprentissage entre organisme et environnement donnent finalement un comportement symptomatique « quelque part ». La causalité n'est plus linéaire mais circulaire et aussi remplacée par la probabilité et un déterminisme multifactoriel. Au cours du temps, des stades successifs du processus familial apparaissent, avec des crises régulières (formation du couple, naissance, puberté, mariage, naissances, mort). Celles-ci exigent une rééquilibration des règles du système, faute de quoi une pathologie apparaîtra. Les sous-systèmes (parents, enfants, etc.), sont définis par leurs limites, leur hiérarchie, leur rôle. Les limites sont déterminées par des règles qui décident comment la famille fonctionne. Les limites dysfonctionnelles aboutissent à la pathologie et en sont la résultante.

**Le patient est l'indicateur reconnu du système dysfonctionnel.** L'unité d'intervention thérapeutique sera le système psychosocial humain (couple, famille, groupe). Le comportement pathologique n'est pas seulement un handicap. Il est en même temps une stratégie efficace permettant de résoudre une situation problématique insoluble. Pour rétablir l'homéostasie perturbée, le patient et sa famille doivent **être traités ensemble**, ce qui est différent d'une psychothérapie individuelle, en présence d'autres membres de sa famille. **Ce qui est transformé, ce sont les relations entre les individus, respectivement le processus de communication et les modèles d'interaction.**

***Le comportementalisme*** a commencé avec la réflexologie de Pavlov, prix Nobel en 1904, (ce Nobel que Freud n'eut jamais), tombée en mésestime avec tout ce qui venait de l'ex-Union Soviétique, et qui a été réduite abusivement au **conditionnement réflexe, dit répondant** (de type stimulus-réponse) de malheureux chiens. Mais les notions d'excitation et d'inhibition, le second système de signalisation étendent beaucoup le champ de la recherche. A partir de certains aspects de l'apprentissage, on a même étendu au langage le rôle de second système de signalisation, et de régulation du comportement.

Le béhaviorisme de Watson, puis Skinner, aussi appelé **conditionnement opérant** (de type stimulus-réponse-conséquence-contingences de renforcement), les conséquences agissant à leur tour sur ou comme stimulus pour créer une nouvelle chaîne de causalité (selon la ponctuation des chaînes), approchait la circularité causale. Cette théorie qui s'est développée entre 1950 et 1965, a été beaucoup plus riche que certains ont voulu le faire croire. Skinner a créé notamment un modèle de société dans « *Walden 2 une communauté expérimentale* » (publiée en 1948), : les dirigeants devraient être soumis aux conséquences de leurs actes et différents comportements devraient être développés, à savoir : partage, coopération, pacifisme, égalitarisme, partant de l'idée qu'il s'agit de reprogrammer la culture de la punition, non seulement par la notion théorique de contre-pouvoir ou de contre-culture, mais aussi d'un autocontrôle, plutôt que par la pratique du contrôle aversif.

Le renouveau des thèses comportementalistes fournit un modèle qualifié de pédagogique par certains psychanalystes, car basé sur un apprentissage par connexion des événements pour expliquer la genèse des symptômes. Watson n'excluait pas les phénomènes subjectifs de l'individu mais faisait un choix méthodologique le plus scientifique et expérimental possible. Ce modèle est confirmé par les résultats thérapeutiques de déconditionnement. Les concepts opératoires de cette théorie du conditionnement consistent en renforcements positifs ou négatifs, en extinction, inhibition conditionnée et rétroactive du fameux feedback positif ou négatif. Cela s'adresse à l'anxiété, aux phobies en particulier, au domaine sexuel, aux troubles obsessionnels compulsifs, voire à certaines inadaptations sociales et bizarreries proches de la schizophrénie.

*Les théories cognitivistes* se basent sur la psychologie expérimentale et s'intéressent à ce qui se passe dans la boîte noire, objet privilégié du désir chez les psychanalystes, selon un modèle qui rajoutait à celui du conditionnement opérant, la notion intermédiaire de comportements privés, de conditionnements couverts ou gouvernés par des règles. De ces théories du traitement de l'information, intermédiaire entre le stimulus et la réponse (sa saisie élective, à son élaboration, à son stockage et à sa récupération, enfin à son utilisation) sortirent, toujours dans le cadre des théories de l'apprentissage, l'idée que si le milieu sélectionne les conduites, l'homme sélectionne aussi son environnement (Bandura, 1969). Toutefois, toute nouvelle notion de cette analyse devait aboutir à un comportement prévisible et observable pour être validée. Cette bidirectionnalité implique un feedback responsable d'ajustements permanents, ceci tant au niveau cognitif que comportemental. Les cognitivistes cherchent à identifier si, à chaque grand syndrome en psychiatrie, correspond une manière spécifique de traiter l'information. C'est Beck, un psychanalyste en rupture de ban, qui s'intéressa surtout à la dépression et qui commença à distinguer **les cognitions** du comportement et à se centrer sur elles (pensées irrationnelles, négatives, automatiques, schémas de pensées, restructuration cognitive ou thérapie des schémas). Mais pour lui, toutes les applications cognitives devaient se terminer par une action centrée sur les comportements.

Le **contextualisme fonctionnel** d'aujourd'hui annonce que les comportements, leurs changements, dépendent d'un état physiologique donné, des contingences de renforcement et d'une variété de processus cognitifs. Cet ensemble de variables rend l'homme dépendant de son environnement, mais lui permet également de le modifier. La relation et la dépendance organisme-environnement est réciproque, bidirectionnelle par un ajustement permanent, par des circuits de rétroaction. Dans le modèle de Bandura, l'organisme n'était qu'un filtre fait surtout d'apprentissage social (notion de modèle). Ce nouveau modèle s'inscrit plus dans une approche bio-psycho-sociale, avec un accent mis sur les déterminismes psycho-sociaux. *Cette troisième vague* permet d'aborder un autre aspect des comportements modelés par des contingences (des règles). C'est celui des règles non appréhendés avec notre expérience consciente. Mais l'expérience consciente ne peut-être comprise dans son intégralité sans tenir compte des processus psychologiques inconscients ou non conscients.

## LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE DES CONSULTATIONS

Une pratique se nourrit naturellement de sources diverses qui ne sont contradictoires que sur le papier, et l'éclectisme y est souvent décrié, mais surtout rencontré. Ceci étant, on suppose souvent et sans plus approfondir, que la pratique réalise l'application adaptée de la théorie de référence. Rien n'est moins sûr pour rendre compte du fonctionnement réel du psychiatre ou de l'institution. Dans le cadre de ces dominantes psychologiques, il se manifeste un apport médicamenteux souvent de règle, même si parfois la prescription s'accompagne d'un mépris distingué pour la chimiothérapie, ce qui est surtout vrai pour des psychologues aujourd'hui.

Une chose est essentielle : pour toute une série de raisons (différences dans le cours d'une maladie, âge du patient, dimension de la désocialisation (comorbidité physique et psychique), et à cause des façons distinctes d'aborder les diverses méthodes de thérapies, une attribution claire de diagnostics et de tableaux pathologiques à l'une des méthodes de thérapie n'est pas possible. Dans la prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique, une diversité de méthodes psychothérapeutiques est nécessaire. Les méthodes différentes ont non seulement des avantages et inconvénients spécifiques au trouble à traiter, mais elles correspondent aussi à des concepts et à l'image d'individus différents dans une société pluraliste. Elles correspondent aussi à une liberté de choix pour le patient, ce qui est un élément central du succès d'une psychothérapie. L'adaptation par le psychothérapeute de sa méthode au patient s'est révélée décisive pour le succès de la psychothérapie. Le règlement de formation de la FMPP reconnaît actuellement, sur plus de 200-400 méthodes de psychothérapies existantes, les méthodes de thérapies précitées.

Après pose du diagnostic, après l'évaluation des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui favorisent ou renforcent le trouble, après l'information du patient et l'établissement d'un plan de traitement, vient la thérapie proprement dite qui prend en compte les aspects biologiques (médicaments), les mesures sociales et les activités psychothérapeutiques (par exemple : construction d'une alliance thérapeutique, travail psychothérapeutique avec le patient et ses proches, soutien dans l'insertion professionnelle, etc.).

Cette forme de traitement combinée entre dans les prestations de base de l'assurance maladie est pratiquée exclusivement par des médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie. Lorsque, dans le cadre de l'assurance obligatoire de soins, seules les méthodes psychothérapeutiques précitées entrent en application, on parle de psychothérapie au sens strict. Selon la LAMal en vigueur, la psychothérapie au sens strict est soumise à une ordonnance spéciale (art. 2/3 OPAS) et elle n'est indemnisée qu'à certaines conditions. Outre les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, des psychothérapeutes travaillant en délégation peuvent aussi exercer la psychothérapie au sens strict. Il est dans la nature des maladies psychiques que des transitions aient lieu dans tout ce système.

Il existe aussi une **psychiatrie médico-légale**, chargée de répondre à la demande des juges, à diverses questions touchant au degré de responsabilité des personnes au moment des actes reprochés, au pronostic de récurrence ou à la mise en œuvre d'un traitement éventuel (plan pénal), et en ce qui concerne, sur le plan civil, la protection de la famille (justice de paix) : séparations, divorces, avec attributions d'enfants, existences éventuelles d'abus physiques ou psychiques, négligences sous toutes ses formes, ou encore mesures tutélaires ou sur le degré de discernement. Cette partie du travail est certainement la plus ingrate car mal comprise par le public, la presse, et même par les juges qui voient parfois leur autorité limitées par l'expertise en ce qui concerne les circonstances atténuantes, mais qui, le plus souvent,

recherchent une explication et des propositions de prises en charge. A partir de tout ceci, le psychiatre sert de régulateur à une certaine justice sociale que tout le monde s'évertue à percevoir comme arbitraire (personne n'a le don d'ubiquité, d'omniprésence, ou d'omniscience, ni de lecture de pensée, même si sur, ce plan, notre grille de lecture et notre expérience des problèmes de vie des hommes est probablement plus exercée). L'erreur et l'éventualité de manipulation de la part de tous les protagonistes, des avocats peut-être davantage, n'a d'égale que les limites de notre compréhension, de notre savoir et de notre pouvoir sur autrui.

## QU'EST-CE QU'UNE PSYCHOTHERAPIE ?

Ce n'est ni une conversation avec son concierge, ni un inconscient qui se manifeste à un autre inconscient. Mais, me direz-vous, quand est-elle là ?

Il s'agit d'une démarche structurée et formelle, dans un lieu déterminé, orientée vers un but, où un thérapeute est mandaté par un patient, pour l'aider à changer sa compréhension de lui-même et de ses relations avec le monde, en se centrant sur la manière par laquelle il pense (cognitions), ressent (émotions), agit (comportement) et apprend (développement), dans un contexte émotionnel et interpersonnel donné. Il s'agit aussi de réviser le modèle représentationnel de lui-même et des figures d'attachement, en démontrant qu'il gouverne ses propres perceptions, prédictions et actions, afin de le modifier en fonction d'expériences actuelles. Cette démarche implique donc le postulat d'une **réflexivité de l'homme** et d'une motivation chez le patient, qui sera le moteur de son changement et en donnera la mesure en grande partie.

Les facteurs dits non spécifiques du thérapeute, c'est-à-dire ne dépendant pas d'une idéologie quelconque connus et étudiés sont l'empathie, la maîtrise de soi, la tolérance et le fait d'être prêt à discuter de tout, de dégager une chaleur non possessive avec un respect et une acceptation de l'autre. Etre en bonne santé mentale revient aussi à être authentique et congruent afin de rassurer et encourager le patient par un regard positif sur lui, se sentir concerné et impliqué dans la recherche d'une solution à sa mesure.

Sur le plan relationnel, il s'agit d'une d'aide qui s'établit au travers d'une confiance réciproque, par un certain lien d'attachement où le thérapeute est un « modèle d'identification » pour le patient (parfait ou non), qu'il cherche plus ou moins à imiter. C'est à peu près ce qu'implique le transfert des psychanalystes, qui se veulent dans une attitude de neutralité bienveillante (où le thérapeute est censé être l'image du père bienveillant), et sur lequel le patient projette ses propres représentations, perceptibles par ce que le thérapeute ressent.

Contrairement à la psychanalyse, cette rencontre est centrée sur un ou des problèmes définis en commun, lorsque le patient a parlé de ses craintes, peurs, espoirs et problèmes, dans le but de les résoudre. C'est une approche multimodale, à de multiples niveaux de l'organisation comportementale (voir tableau ci-dessous). Le principe de la moindre intervention dit que si chaque personne a droit à un conseil psychologique ou une relation d'aide, la thérapie doit intervenir **dans la mesure où le réclame le patient**. Parfois, donner des informations et rassurer suffit. Il faut savoir être conscient de ses propres limites et dire si l'on ne pense pas pouvoir résoudre quelque chose, ou encore si un problème n'est pas du ressort d'un traitement psychologique. Il faut toujours se demander si la dysfonction est irréversible, et considérer la

balance coût bénéfice. Le thérapeute doit terminer le traitement lorsque les avantages de l'arrêter dépassent les avantages de le continuer.

Les facteurs de succès thérapeutiques sont une motivation préexistante au changement thérapeutique. Les facteurs non spécifiques du traitement, les techniques, ainsi que le schéma rationnel et conceptuel son à la base de l'acte.

Les stratégies du changement peuvent être centrées sur le symptôme (en situation, ici et maintenant avec une recherche prioritaire du changement par l'élimination du symptôme, sur l'étiologie causale du problème au juste niveau de l'organisation comportementale et pour autant que le patient puisse l'influencer (ou sur l'impact maximal, à la recherche de changements à des niveaux multiples sur les causes, conséquences et facteurs de maintien du problème, mais surtout en synergie plutôt que séquentiellement).

***Niveau d'organisation des comportements :***

<b><i>NIVEAU</i></b>	<b><i>COMPORTEMENT NORMAL</i></b>	<b><i>COMPORTEMENT ANORMAL</i></b>
<b>Moléculaire</b>	Traits du comportement	Symptômes
<b>Molaire</b>	Ensemble de traits du comportement	Syndromes
<b>Fonctions</b>	Niveau de fonctionnement	Niveau de dysfonction
<b>Processus d'adaptation</b>	Modes d'adaptation	Modes mal adaptés
<b>Individuel</b>	Personnalité	Troubles de la personnalité
<b>Interaction</b>	Personnalité et contexte	Troubles de la personnalité en contexte
<b>Famille</b>	Fonctionnement et structure	Dysfonction familiale Structure familiale déviante
<b>Génération</b>	Structure normale	Structures générationnelles anormales

## **AVENIR DE LA PSYCHIATRIE**

Mais les succès de la psychiatrie ont néanmoins incité une demande de soins en constante augmentation. Selon le Bulletin des Médecins Suisses de 2009 (90 : 49), les généralistes, selon des études allemandes ne reconnaissent qu'environ la moitié des troubles dépressifs, avec de nombreux diagnostics et de faux positifs d'environ 10 %. Environ 50-75% des dépressions restaient non traitées et seulement 15% recevaient un traitement médicamenteux. Toutefois dans la grande majorité des cas, le dosage n'était pas suffisant. Seulement 10% sont adressés à un psychiatre, et on reconnaît globalement que le taux de patients dépressifs traités adéquatement se situe seulement entre 10-20%. Actuellement, 60 % des patients recherchent directement de l'aide auprès d'un psychiatre. La stigmatisation semblant être l'un des obstacles principaux à la demande de prestations médicales. Pourtant plus de 60% de suicidaires consultent un médecin dans les 4 semaines précédant le suicide, le plus souvent un généraliste, et la plupart du temps avec des symptômes corporels.

Il faut bien savoir que 10% de la population suisse fait une tentative de suicide dans le cours de sa vie (dont 90% ont un trouble psychique). Les troubles psychiques sont considérés comme principalement responsables des retraites anticipées et de 1% de l'ensemble des décès, soit, en Suisse 1200-1300 personnes par année. Le coût global des maladies psychiques en Europe s'élève à 300 milliards d'Euro, dont un tiers de coûts de traitement et un tiers de coûts indirects.

Le coût toujours plus grand des soins de santé, et ceux qui prétendent que tout cela n'est que discours, ont conduit l'adoption aux USA (bientôt en Suisse) du managed care. Les assureurs coupent la couverture financière de la santé mentale, et les psychologues et travailleurs sociaux prétendent qu'ils peuvent offrir de la psychothérapie aussi bien que les psychiatres, à moins cher, mettant ainsi en cause la domination de ceux-ci dans la hiérarchie des prestataires de soins. Les traitements psychopharmacologiques sont devenus à la fois critiqués, jusqu'à ce que les uns et les autres s'avouent tardivement impuissants. Seulement à ce moment-là, on leur concède, à ces docteurs en médecine dont la spécialité serait uniquement l'autorité de prescrire des médicaments, la capacité de faire des miracles...