

LA NATURE DES TROUBLES PSYCHIQUES

La nature des troubles psychiques psychopathologie La façon dont les troubles psychiques sont vécus par ceux qui en souffrent s'exprime au niveau des plaintes du patient et dans les réponses qu'il donne aux questions qui lui sont posées au cours de l'entretien clinique) Dans la variété de ces plaintes et descriptions on peut distinguer avec Jaspers (1948) les troubles qui sont des « phénomènes singuliers de la vie psychique anormale » de ceux qui concernent « l'état d'ensemble de la vie psychique dans lequel ils se présentent ». Ces réponses se rapportent donc à l'état de conscience qui contrairement à ce que nous pensons habituellement peut être très varié.

En nous limitant aux troubles psychiques non psychotiques qui nous occupent dans ce guide, on peut dire que la nature des troubles psychiques est ressentie au niveau de l'expérience vécue comme un manque essentiel et comme un problème fondamental, pour lequel, malgré les efforts et tentatives faits jusqu'à présent, on n'a pas pu trouver de solution, qui paraît de plus en plus insoluble et fait souffrir la personne. Cet état de manque s'exprime de différentes façons, les patients disant par exemple : « il y a quelque chose qui n'est pas en ordre dans ma vie », « quelque chose ne va pas », « quelque chose ne tourne pas rond », « cela manque d'harmonie » ou encore « ma vie manque de calme, de paix et de bonheur », « elle n'a pas de sens ». L'insolubilité du problème et la détresse dans laquelle ils se trouvent s'expriment dans des phrases comme : « c'est terrible », « je ne sais plus ce qu'il faut faire », « je ne sais pas ce qui arrivera », etc. S'y ajoute souvent un sentiment d'étrangeté, un sentiment de ne plus mener sa vie, mais de flotter en quelque sorte à la dérive, d'avoir perdu la libre disposition et le contrôle de soi, de ne plus pouvoir se décider. À l'exception de quelques troubles psychotiques et de quelques troubles de la personnalité, les troubles psychiques sont donc vécus comme un manque et comme une déviation (s'ils ne sont pas seulement légers et sporadiques). Ils font souffrir et le patient, qui généralement ne les comprend pas, ne peut plus les compenser. Cette perte de liberté et de contrôle et les tentatives de solution infructueuses, répétitives, handicapent l'épanouissement de la personnalité. C'est ce qui distingue les troubles psychiques des problèmes et des phases critiques de la vie normale.

Cette idée de manque, de déviation, de désordre et d'étrangeté se retrouve dans la façon dont le langage de tous les jours décrit les troubles psychiques : « il lui manque une case », « il y a quelque chose qui ne tourne pas rond », « il est étrange, bizarre », « il travaille du chapeau », il est « fou », « anormal », « malade (mental) », etc. Et il est intéressant de voir que le langage courant ne prend pas pour synonymes ces appellations, mais distingue des degrés de gravité allant de ce qui est « encore normal » à ce qui est « anormal » et franchement « maladif et pathologique ». Ces derniers termes sont utilisés lorsqu'un comportement dépasse la compréhension courante « normale » ou lui échappe et nécessite un autre type d'explication qui se trouverait justement dans la maladie.

Dans les disciplines spécialisées qui ont pour objet les troubles psychiques, à savoir la psychiatrie, la psychopathologie et la psychologie clinique, on voit réapparaître les notions rencontrées au niveau de l'expérience vécue et du langage courant. Mais dans ces spécialités elles sont systématisées à l'aide du concept et des modèles de maladie. Sans approfondir ici les problèmes que pose ce concept de maladie, nous nous limiterons à donner quelques indications importantes pour notre sujet.

Faits et critères

Selon le point de vue adopté, le concept de « maladie » renvoie à :

- une expérience subjective de malaise, d'indisposition et de handicap ;
- une modification du corps et de la personne en ce qui concerne le bien-être, le comportement et le niveau de performance ;
- ou un rôle social comportant des droits et des devoirs.

On parlera de « maladie » pour désigner l'état objectif, alors que « l'être malade » désigne l'état subjectif, l'expérience vécue.

La notion opposée, antithétique de « maladie » est celle de « santé ». Elle désigne :

- « l'état de bien-être corporel, psychique et social », donc l'état de santé ;
- l'absence de maladie, c'est-à-dire l'absence de déviations biologiques au niveau des structures et des processus corporels ;
- et « l'état de capacité de performance optimale de l'individu dans la réalisation des rôles et tâches pour lesquels il a été socialisé »

La maladie ne se définit cependant pas seulement par des critères objectifs (ceux-ci manquent la plupart du temps dans le cas des troubles psychiques). Des jugements de valeur peuvent également jouer un rôle important dans sa détermination : dès lors il n'y a pas encore de définition généralement acceptée de la santé et de la maladie. Les soins de santé rendant pourtant nécessaire de distinguer la santé de la maladie, on choisit à cet effet une solution pragmatique : est malade la personne qui est considérée comme telle par un médecin, moyennant un diagnostic de maladie précis. Le traitement ne nécessite pas non plus de définition généralement acceptée de la maladie ; c'est pourquoi on n'utilise ici que des définitions de maladies spécifiques, c'est-à-dire des définitions des différentes maladies.

Les modèles de maladie

La question de la nature des troubles psychiques et plus généralement de la maladie ne concerne pas seulement le « quoi », c'est-à-dire leur distinction d'autres phénomènes, mais aussi le « comment », c'est-à-dire la façon dont on la conçoit. Les différentes façons de concevoir les troubles psychiques peuvent être présentées sous forme de trois modèles :

D'après le « modèle médical » qui a été développé à partir des travaux de Koch et de Pasteur, la cause d'une maladie est à chercher dans un facteur spécifique pouvant d'ailleurs être de nature diverse (bactériologique, virale, toxique, métabolique, etc.). Ce facteur pathologique spécifique suffit pour expliquer le processus pathogène sans que cela nécessite le recours d'autres facteurs, par exemple des facteurs psychologiques ou sociologiques. À la fin du siècle passé, ce modèle « infectieux » simplifiant et monocausal fut généralement appliqué aux troubles psychiques et il a exercé une grande influence sur la façon dont on concevait en médecine les comportements déviants et les troubles psychiques. Les conséquences de l'application de ce modèle aux troubles psychiques peuvent se résumer de la façon suivante :

- le comportement anormal et les troubles psychiques sont conçus comme les symptômes d'une maladie sous-jacente ;
- cette maladie est dans l'individu et doit être décrite comme entité morbide ayant une cause et un développement spécifiques ;
- les véritables causes de la maladie sont somatiques (c'est-à-dire dans le corps), mais il y a des situations déclenchantes non somatiques ;

— les caractéristiques mentionnées ont pour conséquence que les processus pathogènes se déroulent de façon indépendante du patient et de son entourage, selon les lois des facteurs somatiques inhérents à l'individu.

D'après ce « modèle infectieux », la connaissance et le traitement des troubles psychiques reposent sur l'étude des facteurs somatiques, les facteurs psychosociaux jouant tout au plus un rôle secondaire.

En psychiatrie, ce modèle était contesté et même en médecine somatique il a été relativisé avec le temps. Les réactions les plus fortes sont apparues dans les années 60. Elles avaient des raisons diverses et venaient de « camps » différents : l'antipsychiatrie, les sciences sociales et la thérapie comporte mentale.

Le « modèle psychosocial », issu de la critique du modèle infectieux, cherche surtout, pour expliquer les troubles psychiques, des facteurs psychologiques et sociaux. La thérapie comportementale, par exemple, se conçoit comme application des savoirs psychologiques scientifiques à la compréhension et à la solution de problèmes cliniques (Yates, 1970). Dans cette thérapie basée sur les théories de l'apprentissage, les troubles psychiques ne sont pas conçus comme les conséquences de facteurs somatiques (la maladie), mais comme celles d'un milieu et de processus d'apprentissage défavorables (Wolpe, 1958 ; Ullman & Krasner, 1969) pouvant expliquer le développement et la persistance des troubles. L'observation clinique et l'expérimentation ont documenté le fait et elles ont aussi donné lieu au développement de méthodes thérapeutiques nouvelles et mises à l'épreuve.

Les sciences sociales, surtout les recherches sur la déviance sociale des auteurs de la théorie de l'étiquetage, ont également critiqué l'approche unilatéralement somatique et intrapsychique de la causalité des troubles psychiques proposée par le modèle médical.

Scheff (1966), qui ne nie pas l'influence de ces facteurs mais estime qu'il faut la relativiser, propose d'analyser les troubles psychiques en termes d'apprentissage de rôles. L'attribution d'étiquettes diagnostiques à un patient lui paraît être un facteur crucial, parce que ce processus influencera, par le biais des représentations stéréotypées des troubles psychiques, aussi bien le comportement du patient que les réactions de son environnement. Le patient est ainsi conduit à s'identifier à un rôle déviant. Sans cette attribution diagnostique, le trouble aurait été une déviation légère de la règle, ne serait pas devenu aussi important et aurait été de nature passagère.

La psychiatrie et surtout l'antipsychiatrie (par exemple Szasz, 1960) soulignent également le rôle joué par l'attribution diagnostique et les conditions de socialisation troublées (c'est-à-dire les conditions dans lesquelles s'opère l'apprentissage social). Ce faisant, les différents auteurs mettent l'accent sur l'un ou l'autre aspect, interpersonnel, familial ou socialglobal.

Les avantages du modèle psychosocial résident d'abord dans le fait qu'il situe l'étude des troubles psychiques dans le champ des sciences sociales empiriques et accroît de ce fait les chances d'une meilleure connaissance scientifique et pratique. Ensuite, il met en évidence les facteurs psychiques et sociaux négligés par le modèle médical. Cela a pour conséquence non seulement une meilleure précision de l'objet de la psychologie clinique, mais également un développement des méthodes d'intervention psychologique. Les inconvénients de ce modèle sont cependant tout aussi clairs : ce sont les mêmes que ceux du modèle infectieux,

mais en sens inverse. Le modèle psychosocial explique probablement mieux les troubles d'origine psychique ou sociale, mais il ne fournit pas d'explication des troubles d'origine somatique. De plus, il manque un aspect essentiel qui est aussi caractéristique des troubles somatiques que des troubles psychiques : l'interaction des facteurs et la genèse multifactorielle de troubles.

Le « modèle biopsychosocial », qui fait en quelque sorte la synthèse dialectique des deux modèles précédents, tient compte de cette interaction des facteurs et de la genèse multifactorielle des troubles.

L'hypothèse de la pathogenèse multifactorielle pose qu'à l'exception de cas rares les maladies somatiques, comme les troubles psychiques, sont le résultat d'une multiplicité de facteurs divers se trouvant en interaction constante. Concernant la pathogenèse, ce modèle pose, en outre, qu'il n'y a pas de distinction entre troubles physiques et troubles psychiques. Cela signifie que les facteurs psychosociaux peuvent être des déterminants de maladies physiques tout comme les facteurs biologiques peuvent intervenir lors de la genèse de troubles psychiques. Tous les troubles, qu'ils soient somatiques ou psychiques, relèvent donc de facteurs psychologiques et somatiques. Le « choix de la maladie », par exemple le fait qu'une série de situations de stress ne laisse pas de trace, diminue le rendement au travail ou conduit plutôt à des troubles coronariens que caractériels, dépend de facteurs multiples en interaction. Ces facteurs sont à la fois somatiques, psychiques et sociaux : la sensibilité des systèmes d'organes, la réactivité des systèmes physiologiques, les facteurs de risque traditionnels (caractéristiques du sang, tabagisme, manque d'exercice physique, etc.), la nature et la durée du stress, ainsi que la façon dont une personne de tel âge ayant telle personnalité et telle stratégie de gestion du stress perçoit, éprouve et gère les situations de stress dans tel contexte.

En médecine somatique, Schäfer & Blohmke (1977) ont appliqué ce modèle pour l'explication des maladies coronariennes, Weiner (1978) en a analysé la signification et souligne son importance.

En psychiatrie, l'importance de ce modèle a été analysée et soulignée par Eisenberg (1977) et par Engel (1977) (voir aussi Beahrs, 1986). En psychologie clinique, Wittling (1980) l'a utilisé pour montrer comment les facteurs psychosociaux interviennent dans la genèse de maladies somatiques.