

LES GRANDS COURANTS DE LA PENSÉE PSYCHIATRIQUE

Rédaction : M. Escande

Relecture : J.F. Allilaire, D. Pringuey, L. Schmitt

Il est difficile de donner un aperçu des grands courants de la pensée psychiatrique en quelques pages, du fait d'une part des nombreuses approches théoriques du fait psychiatrique, d'autre part des influences socio-culturelles et historiques qui ont pesé sur la conception du trouble mental tout au long des civilisations. Bien souvent, l'approche clinique, théorique et thérapeutique d'un trouble mental vise un ou plusieurs constituants d'un trouble. Il n'existe pas de modèles théoriques synthétiques et holistiques qui rendent compte de toutes les dimensions d'une personne affectée d'un ou a fortiori de plusieurs troubles psychiques. La pratique et de fait la pensée psychiatrique privilégie souvent l'approche d'une des composantes du trouble. En outre il existe souvent un écart plus ou moins étendu entre une pratique et son support explicatif, comme par exemple entre les thérapeutiques biologiques (ex : chimiothérapie neuroleptique) et les données théoriques de leur mécanisme d'action.

Schématiquement, l'ensemble des pratiques et théories psychiatriques s'intègrent dans deux grands courants, le courant biologique et le courant psychologique. Mais d'autres mouvements influencent aussi la pensée psychiatrique en particulier la psychosociologie qui vise l'influence des divers courants sociaux (histoire, philosophie, linguistique, religion, etc.) sur le fait mental, tout en soulignant que le trouble psychique a existé de tous les temps.

A ces considérations, il faut ajouter les influences d'écoles (ex : les sociétés de Psychanalyse) ou de personnes (ex : Lacan) aux mobiles divers mais déterminants sur les concepts voire les pratiques.

I - HISTORIQUE DES COURANTS DE PENSÉE

1. L'antiquité

L'approche de la Médecine est indissociable de la magie et de la religion. La maladie est souvent perçue comme un péché, une souillure, une impureté.

En Egypte, le papyrus Edwin Smith (1500 avant J.C.) donne une première description des rapports entre le cerveau et le fonctionnement mental.

Dans la Grèce antique, les poèmes d'Homère relate la folie comme une offense des Dieux. La pensée médicale naît avec Empédocle en Sicile avec sa théorie des qualités des quatre éléments (terre, eau, air, feu) dans ses rapports avec les quatre humeurs nécessaires au bien être : sang, flegme, bile jaune et bile noire. C'est le début de la théorie des tempéraments d'Hippocrate qui réunit les maladies de l'âme et du corps : toutes les maladies sont physiques. Hippocrate effectue une classification des troubles mentaux comprenant la manie, la mélancolie, la paranoïa ou détérioration, l'épilepsie, en relation avec le tempérament sanguin, colérique, flegmatique ou mélancolique.

Pour Pythagore (500 avant J.C.), le cerveau est le siège de l'intelligence et de la folie. Platon (427-347) avant J.C.) décrit une hiérarchisation du psychisme : l'âme supérieure (courage, ambition) localisée dans le cœur, l'âme inférieure nutritive dans le foie. Aristote (384-322 avant J.C.) décrit une âme végétative et une âme intellectuelle humaine dont la volonté vise l'obtention du plaisir et l'élimination de la douleur.

2. L'héritage grec

Il est d'abord romain, puis arabe et juif.

Arétée de Cappadoce fait des descriptions fines de troubles mentaux, en particulier l'amorce d'une conception unitaire de la mélancolie et la manie.

Au 2^{ème} siècle Galien développe la théorie humorale de Hippocrate, les bases de l'affectivité et du comportement apparaissant de nature biochimique. Ainsi l'excès de sang conduit au tempérament sanguin, de bile jaune au tempérament cholérique, de bile noire au tempérament mélancolique etc.

Au 6^{ème} siècle, Alexandre de Tralles développe la théorie de Galien et effectue une amorce des théories « localisationnistes » cérébrales.

L'héritage hippocratique de la Médecine antique aboutit aux prémices d'une Psychiatrie fondée sur 4 grandes maladies : la frénésie et la léthargie associées à des états toxi-infectieux, la manie et la mélancolie, « folies sans fièvre »

L'héritage arabe ne sera transmis qu'au XI^{ème} siècle avec sa traduction en latin.

3. Le moyen âge

Les malades relèvent de la Médecine ou de la religion. Le trouble mental qui est l'équivalent de la possession démoniaque et du péché conduit souvent à l'Inquisition et au bûcher (milliers de femmes et enfants torturés ou brûlés sur la place publique), avec l'autorisation du pape Innocent VIII et le soutien de l'empereur Maximilien 1^{er}.

Simultanément, apparaît le début de l'Assistance aux malades, mais plus sur un mode charitable que médical. Les Frères de la Charité organisent des maisons en

Espagne et en France. Les premières institutions pour hospitalisation des fous apparaissent en 1173 à Bagdad, à Montpellier (1178), plus tard à Londres (le Bedlam) au 16^{ème} siècle.

Au XVI^{ème} siècle Jean de Wier en Belgique défend la thèse médicale des troubles psychiques et éloigne la théorie satanique.

4. Les XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles

C'est l'époque du dualisme cartésien qui sépare le corps et l'esprit : (« je pense donc je suis... »).

C'est surtout l'époque de la naissance des asiles, de la loi sur les aliénés.

En 1656 est fondé l'Hôpital Général de Paris en vue d'enfermer les malades mentaux, insensés, mendiants, prostituées et correctionnaires, par lettre de cachet de l'autorité royale, le plus souvent à la demande des familles. Ainsi on protège la cité des malades, tout en s'occupant de ceux-ci. L'insuffisance des hôpitaux est complétée par les dépôts de mendicité et les maisons de force.

Au XVIII^{ème} siècle la vocation charitable des hôpitaux est progressivement remplacée par une fonction de soins. Sous l'impulsion de Necker, la circulaire de 1785 définit les asiles comme lieux de soins.

La même année, un médecin écossais, Cullen utilise le terme de névrose et propose une classification des troubles psychiques d'essence neuro-fonctionnelle. En 1800, après avoir enlevé les chaînes aux aliénés à Bicêtre, Pinel écrit le « traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie ». Ce traité diffusé en Europe marque la naissance de la Psychiatrie.

5. Le XIX^{ème} siècle : la naissance de la Psychiatrie

Elle se développe en Allemagne en opposant les partisans des causes psychiques (Heinroth) et des causes organiques (Griesinger).

En France naissent les premières classifications des maladies mentales avec Esquirol (les monomanies) et Chaslin (la folie discordante).

Kraepelin en 1883 en Allemagne regroupe l'hébéphrénie (Ecker), la catatonie (Kahlbaum) et le délire paranoïde dans le cadre de la démence précoce, qui deviendra en 1911 les « schizophrénies » de E. Bleuler.

Au début du XX^{ème} siècle c'est la floride époque descriptive des aliénistes français : délire chronique interprétatif (Serieux et Capgras), bouffée délirante aiguë (Magnan), psychose hallucinatoire chronique (G. Ballet), folie maniaco-dépressive (J. Baillarger, J.P. Falret).

En 1913, la description de la paralysie générale par Bayle (1822), est rattachée à la méningo-encéphalite syphilitique. Elle alimente un fort courant organiciste et localisateur de la Psychiatrie.

Entre temps, la loi de 1838 fixe les modalités d'hospitalisation des malades en « placement volontaire » et « placement d'office », loi qui durera jusqu'en 1990.

II - LES THÉORIES DE LA PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE

Au XX^{ème} siècle au paradigme de l'aliénation mentale se substitue un courant de classification des troubles psychiques et de psychopathologie. Simultanément se développe la Psychopathologie générale, la Psychanalyse, la Phénoménologie, la Psychiatrie Biologique, les thérapies cognitivo-comportementales, les approches socio-culturalistes.

1. Le courant de Psychopathologie générale

K. Jaspers en Allemagne avec son traité de Psychopathologie Générale sépare certains troubles psychiques réactionnels à un événement, vécus en continuité avec l'histoire du sujet et les processus pathologiques en rupture avec celle-ci.

Kretschmer en Allemagne établit des liens de continuité entre un trouble psychique et un trouble de la personnalité, du caractère et de la morphologie ; il individualise la personnalité sensitive et les paranoïas bénignes.

En France, l'organo-dynamisme de H. Ey suscite de nombreux adeptes, influencé par la philosophie jacksonienne, visant à séparer et hiérarchiser les troubles négatifs de désorganisation et le caractère organisationnel d'autres symptômes.

2. Le courant phénoménologique

Influencé par la philosophie de Husserl, ce courant vise à passer de l'approche de troubles à l'approche du malade dans son existence et son rapport au monde et à autrui. L'analyse de la manière du malade d'être-dans-le-monde, dans son « Dasein » a donné naissance à l'analyse existentielle de Binswanger.

3. Le courant de la Psychanalyse

Dès 1895, avec son inventeur S. Freud, elle se situe à la fois dans la continuité et la rupture avec les pratiques psychothérapeutiques non codifiées de l'époque (ex : traitement humaniste et moral de Ph. Pinel, l'hypnose de Charcot et Bernheim au XIX^{ème} siècle).

S. Freud, malgré ses premières expériences de neuro-physiologiste et de neuro-anatomiste, va se dégager des « théories » neuro-organicistes et atomistiques ou « fonctionnelles » des troubles psychiques. Influencé par Darwin, il est rapidement convaincu que le passé éclaire le psychisme présent et ses troubles. En outre il est fondamentalement médecin et thérapeute. Pour la première fois il parle en 1896 de « psycho-analyse ». Mais surtout il commence à élaborer ses concepts théoriques des névroses, rejetant l'organicisme, l'hérédité, l'inné et les événements extérieurs, pour défendre une théorie de l'acquis interne. Il conçoit rapidement l'anxiété et les symptômes névrotiques comme des compromis

psycho-défensifs vis-à-vis des traumatismes psychiques réels et/ou fantasmatiques qui affectent la vie psychosexuelle infantile.

En 1915, il a élaboré à la fois une pratique psychothérapique et une théorie de l'appareil psychique, centrées sur l'hypothèse de l'existence de processus psychiques inconscients reliés dynamiquement aux processus conscients, les premiers dérangent excessivement les seconds par l'échec de leur refoulement. Grâce à la spécificité du cadre psychanalytique qu'il invente, les données de sa pratique vont conforter S. Freud sur le justesse de ses vues. La technique de l'association libre, la régression psychique induite par le dispositif, l'émergence du sens personnel et historique donné à certains contenus psychiques, l'apparition du transfert, vont bouleverser la conception des rapports existant entre les patients d'une part, les psychiatres et psychologues d'autre part.

Sous l'influence de S. Freud et de la psychanalyse, la Psychiatrie devient moins classificatrice et descriptive, de plus en plus convaincue que la relation thérapeutique a une forte influence sur l'évolution des troubles.

La définition de 1923 de S. Freud reste encore pour beaucoup une référence :

- procédé d'investigation des processus psychiques, notamment du préconscient, non accessibles autrement,
- méthode de traitement des troubles névrotiques,
- conception du psychisme humain acquise par ce moyen.

Pour S. Freud l'objet de la psychanalyse est centré par la sexualité infantile qui est restée hyperconflictuelle et a résisté au refoulement.

Certes, la théorie psychanalytique de S. Freud reste en marge de la Médecine et de la Psychiatrie. Néanmoins elle propose une théorie de l'appareil psychique, utilisable par tous. Au fil des ans, S. Freud l'a considérablement enrichie en rajoutant la fonction fondatrice du narcissisme, la dualité des pulsions de vie et de mort, la division de l'appareil psychique en ça, Moi et Surmoi, l'importance de la relation d'objet.

Les disciples et successeurs de S. Freud ouvrirent des champs de pratique et de théorisation souvent très enrichissants.

La théorie psychanalytique a été appliquée à de multiples champs de pratique de la Psychiatrie et même de la Médecine, en vue de dynamiser et de mieux comprendre ces pratiques. Parmi les « applications » qui en ont le plus bénéficié, citons :

- le psychodrame (en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent)
- la psychothérapie psychanalytique de groupe (D. Anzieu etc...)
- la relaxation psychodynamique
- la Médecine psychosomatique
- la psychothérapie familiale
- les groupes Balint (pour la formation psychologique des médecins)

- le travail d'aide, d'élaboration psychique et de réflexion théorique des soins psychiatriques institutionnels.
- les pratiques d'art-thérapie
- les articulations chimiothérapies-psychothérapies

Les progrès réels et souhaitables dans le domaine des neuro-sciences et de la neuropsychologie cognitive n'enlèveront jamais à la Psychanalyse sa qualité fondamentale et spécifique d'écoute et de compréhension. Néanmoins l'expérience psychanalytique n'est applicable qu'à celle ou celui qui s'y laisse prendre. La Psychanalyse ne permet pas de s'appliquer. Elle permet de réfléchir sur un mode analytique aux autres pratiques.

4. Le courant comportementaliste

Il vise l'amélioration des comportements dysfonctionnels ou mal adaptés par l'observation et la quantification des troubles nés sous l'influence de l'apprentissage ou du conditionnement. Il est donc basé sur les principes de la théorie de l'apprentissage. Les premières applications à l'homme du contre-conditionnement se situent en 1950 avec Skinner aux USA, Wolpe en Afrique du Sud. Les premières applications thérapeutiques ont visé la désensibilisation systématique de l'anxiété pathologique, en déclenchant l'anxiété en situation thérapeutique et en l'éteignant par la relaxation apprise. La méthode implique la hiérarchisation des stimuli anxiogènes (situations, lieux, objets, animaux, etc...) qui provoquent une anxiété croissante.

La thérapie comportementale est basée sur le désapprentissage des symptômes et comportements pathologiques et l'apprentissage de la relaxation permettant d'aborder les stimuli anxiogènes de façon à les maîtriser puis les supprimer. Les indications sont les phobies, les obsessions, les dysfonctionnements sexuels.

D'autres techniques se sont par la suite développées. Parmi les plus importantes citons :

- L'exposition graduée, fondée sur la désensibilisation sans entraînement à la relaxation.
- L'immersion (flooding), fondée sur le fait que la fuite d'une situation angoissante renforce l'anxiété par conditionnement.
- le modeling de participation consiste à apprendre un nouveau comportement par imitation ou apprentissage d'un modèle (le thérapeute).
- l'affirmation de soi et le développement des compétences sociales visent l'apprentissage de comportements adaptés à certains buts relationnels et sociaux (cf. phobies sociales). Parmi les autres applications, citons les thérapies aversives (abus d'alcool), les thérapies avec renforcement positif par utilisation de récompenses.

Toutes ces thérapies ont démontré leur efficacité au fil des ans sans réussir à constituer un corps théorique ou réflexif car exclusivement centrées sur l'effet thérapeutique.

5. Le courant cognitiviste

Il dérive d'une sous-discipline de la Psychologie Clinique née au début du XXe siècle, la Psychologie cognitive, elle-même dérivée de la Psychologie expérimentale. Initialement la Psychologie cognitiviste vise la connaissance des perceptions, apprentissages, processus attentionnels, mémorisations, raisonnements qui permettent la prise de décision, la résolution des problèmes, la programmation des pensées et des actes, etc...

- La thérapie cognitive est orientée vers les troubles actuels.

Elle est appliquée aux traitements des TOC, du trouble panique, surtout de la dépression. La thérapie est fondée sur le fait que la dépression est le résultat de pensées négatives de soi (sentiment d'insuffisance, d'être sans valeur), du monde extérieur et du futur. Elle vise donc à développer des schémas de pensée positifs, à effacer les croyances inadaptées.

Ces thérapies durent 20 à 30 semaines.

- La psychologie cognitive

Elle vise l'analyse des processus d'acquisition et d'utilisation des connaissances et des performances dans des situations standardisées (temps de réaction, taux d'erreurs, rapports verbaux, apprentissages, mémoire, résolution d'une situation expérimentale etc...).

Des avancées sont nées du couplage de l'analyse cognitive et des techniques d'imagerie cérébrale pour la construction de théories explicatives en Psychiatrie. A ce jour, c'est indiscutablement la schizophrénie qui a le plus bénéficié de ce type de recherche, en particulier pour étayer la théorie neuro-développementale. Ces approches sont d'autant plus prometteuses que la Psychologie cognitive tend à intégrer de plus en plus la dimension des émotions.

6. Le courant de Psychiatrie Biologique

Ce courant est né de l'efficacité relative de certains traitements biologiques vis à vis de certains troubles psychiques, traitements le plus souvent découverts fortuitement, bien avant en tous cas que les recherches fondamentales réussissent à expliquer une partie de leurs effets thérapeutiques.

En 1938 Cerletti et Bini en Italie construisent un appareil (sismothère) qui provoque des convulsions. C'est le début de l'électro-convulsivothérapie qui va s'avérer efficace dans les troubles de l'humeur (mélancolie, manie, états mixtes), les accès évolutifs (déliquant, catatonique) de la schizophrénie, les bouffées délirantes aiguës.

Mais le véritable point de départ du courant de Psychiatrie Biologique coïncide avec l'avènement et l'application par Delay et Deniker du premier neuroleptique : la chlorpromazine (Largactil) en 1952. Ce médicament très efficace, vis à vis des divers symptômes maniaques, psychotiques aigus et chroniques, va changer le climat des institutions psychiatriques et l'état d'esprit des psychiatres.

L'arsenal chimiothérapeutique s'enrichit en 1957 du premier antidépresseur tricyclique, l'imipramine (Tofranil), en 1960 de la première benzodiazépine le chlodiazépoxyde (Librium). Dès lors, la recherche pharmacologique expérimentale va essayer de comprendre les mécanismes d'action neurophysiologiques et neurochimiques des médicaments psychotropes, mais aussi synthétiser de nouvelles molécules de façon à améliorer le ratio efficacité/tolérance.

Le lithium avait été prescrit, lui aussi par hasard, dans le traitement de la manie dès 1949 par Cade, mais avec une mauvaise maîtrise clinique. Grâce à la possibilité du dosage sanguin, il est ré-introduit en 1970 avec l'efficacité et le contrôle clinico-biologique qu'on lui connaît.

Avec les progrès des connaissances neurochimiques naissent vers 1960, les premières théories mono-aminergiques de la maladie dépressive (insuffisance de neuro-transmission en sérotonine ou en noradrénaline), puis la théorie dopaminergique de la schizophrénie (hyperfonctionnement dopaminergique mésolimbique, hypofrontalité).

Au cours des 25 dernières années, ont été créés des antidépresseurs non tricycliques, inhibiteurs sélectifs de la re-capture de la sérotonine (5 HT), comme la fluoxétine (Prozac), des antipsychotiques qui agissent électivement sur les récepteurs dopaminergiques D2 et 5 HT.

Le courant récent de recherche couplant les données de la neuropsychologie cognitive et développementale et des techniques modernes d'imagerie cérébrale (Tomographie par émission de positons ou PET) pourrait faire avancer la connaissance de certains facteurs de causalité de la schizophrénie, en particulier des dimensions neuro-développementales. Le développement de la Biologie moléculaire de la Génétique des comportements pourrait permettre d'ici peu de connaître les gènes impliqués dans la transmission de la vulnérabilité génétique aux maladies dépressives unipolaires et bipolaires, à la psychose schizophrénique.

7. Le courant d'inspiration socio-culturelle

Il s'est développé après la deuxième guerre mondiale à partir du freudomarxisme de l'éthnopsychiatrie, surtout de la théorie des systèmes. Ainsi avec G. Bateson et P. Watzlawick à Palo Alto, le courant anthropo-sociologique et systémique a permis de mieux connaître les distorsions communicationnelles existant dans les familles de schizophrènes (doubles liens, injonctions paradoxales etc.). Ces études sont à l'origine des thérapies familiales systémiques.

8. Le courant clinique critériologique

Il est dominé par les DSM américains qui établissent les diagnostics psychiatriques à partir de la présence d'un certain nombre de symptômes

cliniques et comportementaux (axe 1) et de traits de caractère et de personnalité (axe 2). Ce courant est incontournable depuis la publication en 1980 du DSM III ; en particulier pour toute recherche en Psychiatrie qui nécessite des critères communs à toutes les équipes.