

Les thérapies

traitement des symptômes

Les *thérapies* proposent des *traitements symptomatiques* et correspondent alors à une approche franchement *mécaniste*. Elles se focalisent sur un des aspects de la formation des troubles psychiques, en isolant et objectivant un (ou une classe) des multiples facteurs-causes en interaction dans leur déterminisme. Leur principe consiste à corriger ce qui est repéré comme une anomalie fonctionnelle. Chacune agit à un niveau de réalité différent. Ainsi leurs possibles leviers d'action sont très divers (chimisme cérébral, traitement cognitif de l'information, manipulation du contexte...) et bien qu'ils soient tous efficaces, chacun à leur manière, ils ne sont pas pour autant équivalents. Les thérapies offrent l'avantage de traiter les symptômes (de les faire disparaître ou au moins de les atténuer) dans les meilleurs délais et, qui plus est, sans nécessiter une grande implication de la part des personnes qui y recourent. Il y a là de quoi séduire, d'autant qu'elles se situent parfaitement dans "l'air du temps" — privilégiant l'efficacité à court terme et à moindre coût, plutôt qu'un investissement plus conséquent et à plus long terme. Leurs limites ne sont pourtant pas des moindres, en effet elles n'abordent pas le fond des problèmes, le *conflit psychique* sous-jacent et les *enjeux relationnels* restent ignorés ou délibérément laissés de côté. Il faut dire qu'il n'est pas toujours indispensable

d'aller plus loin dans la relation d'aide, qu'il est parfois bienvenu de "faire confiance" aux ressources propres des Sujets, ils sauront d'eux-mêmes continuer le travail de changement nécessaire pour retrouver ou parvenir à un meilleur équilibre psychique et de vie. Une dynamique de changement peut être initiée et pouvoir se prolonger sans qu'il soit forcément nécessaire d'analyser et comprendre tous ses déterminants. Quoi qu'il en soit, le plus important est de comprendre qu'*après un traitement symptomatique l'essentiel reste à faire.*

Dans notre système de soins, conçu pour que l'on s'adresse au médecin, quelle que soit la nature des maux dont on souffre, la réponse la plus courante aux troubles psychiques est la prescription de *médicaments psychotropes*. Ils agissent au niveau du substrat organique, modifient l'équilibre du chimisme cérébral en modulant l'action des neurotransmetteurs. Il s'agit d'une modification mécanique et artificielle des seuils de la sensibilité neuronale (seuils de réceptivité et de réactivité). Pour parler simplement, on joue sur les deux pédales de *frein* et d'*accélérateur* (et comme dans la conduite sportive, dans certaines situations limites, on a besoin d'agir quasi simultanément sur les deux). C'est dire que les psychotropes se répartissent en deux principales catégories : les *tranquillisants* réduisant les états de tension (*anxiolytiques* pour traiter l'angoisse dans les troubles névrotiques, *neuroleptiques* pour traiter ou prévenir les crises dans les états psychotiques) et les *stimulants* qui soulagent certaines formes de dépression (*antidépresseurs*). À cela il faut ajouter une catégorie à part, les *régulateurs de l'humeur* qui traitent les troubles de mode maniaco-dépressif (ils calment l'état d'excitation maniaque et préviennent la rechute dépressive).

Dans cette brève présentation nous nous en tenons à la classification classique des médicaments psychotropes qui, entre autres avantages, est très simple à comprendre. (Actuellement dans nos sociétés de consommation la présentation des psychotropes semble bien plus relever de stratégies commerciales que de profondes innovations.)

Les *anxiolytiques* réduisent l'angoisse ou l'anxiété, que celle-ci soit généralisée, focalisée ou réactionnelle. Ils peuvent permettre lors d'une crise d'angoisse aiguë avec sentiment de mort imminente de supprimer l'effet panique. Ils sont cependant bien trop souvent prescrits de manière abusive, comme traitement dit "de confort", au point de constituer un inquiétant (le comble) phénomène de société. Plutôt que de répondre aussi facilement aux demandes de solution à effet quasi immédiat pour soulager l'angoisse ou l'anxiété, il serait plus judicieux de chercher à comprendre la signification, fût-elle inconsciente, de ce signal d'alarme, afin de prendre en compte la véritable nature de la détresse qui s'exprime. Ici les solutions les plus "confortables" et les plus "économiques" ne sont pas les plus pertinentes.

Les *neuroleptiques* qui ont une action spécifique sur les manifestations psychotiques permettent dans l'urgence de faire face aux situations de crise : de calmer les bouffées délirantes et hallucinatoires d'un schizophrène, de réduire le délire et le risque de passage à l'acte d'un paranoïaque, d'atténuer l'exaltation et l'agitation d'un psychotique en pleine excitation maniaque, en le protégeant de conduites irresponsables... . Ce sont avant tout des sédatifs, mais ils peuvent aussi avoir des effets désinhibiteurs, ils permettent également de sortir un schizophrène de sa prostration. Des neuroleptiques-retard peuvent être prescrits pour stabiliser

un psychotique en lui permettant ainsi une forme de relative autonomie. L'usage des neuroleptiques a profondément modifié les conditions de prise en charge des psychotiques. D'autant plus qu'aujourd'hui leur action est de mieux en mieux ciblée, ainsi leurs effets secondaires indésirables sont plus limités. L'objectif de toute prise en charge devrait être toutefois la réduction de la prescription médicamenteuse en même temps que l'aménagement d'un environnement protégé assurant au psychotique le plus d'autonomie possible.

Les *thymorégulateurs* constituent un élément quasi indispensable dans le traitement des troubles maniaco-dépressifs sévères. En plus de leur effet curatif anti-maniaque, leur action préventive réduisant les risques de rechute tant dépressive que maniaque, conduit à les prescrire pour des traitements de longue durée. Et de ce fait trop souvent on les considère comme la seule solution envisageable. On tend ainsi à négliger les facteurs psychiques et environnementaux qui représentent pourtant l'aspect essentiel du problème et la possibilité d'une véritable (et non plus artificielle) stabilisation.

Notons par ailleurs que dans des cas très graves de mélancolie, bien que le recours (autrefois sans ménagement) aux *électrochocs* ait été si décrié, la *sismothérapie* (sous anesthésie) reste en usage du fait de son efficacité immédiate dans le soulagement de la souffrance psychique, sans pour autant pouvoir produire un effet durable.

Les *antidépresseurs* s'avèrent indispensables dans les cas où la souffrance psychique devient insupportable ou pour prévenir le risque de suicide. Ils permettent aussi (et à première vue paradoxalement) de traiter certains troubles

anxieux, tels que des troubles paniques ou phobiques ou des troubles obsessionnels compulsifs (ici antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine). Cependant, en second après les anxiolytiques et avant les somnifères, les antidépresseurs font partie des psychotropes prescrits trop facilement, c'est dire abusivement, au détriment de l'abord des problèmes de vie (dont la véritable solution n'est bien évidemment pas chimique).

Les *médicaments psychotropes*, plus encore lorsqu'ils sont prescrits à forte dose et de manière continue, engendrent des *effets secondaires* plus ou moins fâcheux. Ils peuvent provoquer un état de somnolence, des troubles digestifs, des perturbations du métabolisme... et même une dépression secondaire tardive. Et surtout ainsi qu'Henri Laborit (neurobiologiste, 1914-1995) n'a eu de cesse de le rappeler, *l'usage des psychotropes ne constitue pas un véritable traitement des troubles psychiques*, aussi la prescription devrait-elle être *transitoire* et réservée aux *situations d'urgence*. Elle se justifie pleinement lorsqu'il y a *danger* pour le patient ou pour les proches, lorsque la *souffrance* est trop grande ou bien lorsque le symptôme est trop invalidant. Avec les psychotiques, l'utilisation des neuroleptiques peut s'avérer un préalable indispensable à la possibilité de rétablissement d'un contact, susceptible d'évoluer vers une prise en charge plus psychologique, individuelle ou institutionnelle. Mais inversement, abusivement utilisés, les neuroleptiques peuvent aussi être l'instrument d'un renforcement de l'isolement du psychotique, alors maintenu en "décalage" tant par rapport à la *réalité de son environnement* que par rapport à la *vérité de ses désirs*. Ainsi la vraie question de fond ne porte pas sur l'efficacité (incontestable) des psychotropes, ni sur leur

nécessité (ils sont souvent indispensables surtout avec les psychotiques) mais elle est de savoir si, en fonction de chaque cas particulier, on n'aurait pas mieux à faire pour le Sujet (qu'une prescription médicamenteuse trop souvent excessive). Autrement dit c'est également une *question d'éthique*. Les Sujets qui souffrent de troubles psychiques n'ont-ils pas encore plus besoin de contacts, d'échanges et de compréhension que de médicaments ?

Les Français sont *les champions du monde toutes catégories de la consommation de médicaments*, notamment de *psychotropes*. Nous en consommons bien plus que dans les autres pays européens voisins, ainsi ce n'est pas seulement imputable au mode de vie occidental (d'autant plus que cette consommation est en France en constante augmentation alors qu'elle diminue dans les autres pays occidentaux). Serions-nous plus malades qu'ailleurs ? Bien mieux soignés ? À moins que ce ne soit sur ce point plutôt le contraire (?). Ne cherchez pas docteur, cela tient surtout aux caractéristiques de notre système de santé (liées à l'histoire de ses Institutions). Les médecins ne sont pas préparés et ont beaucoup de mal à travailler de concert avec les autres professionnels concernés par le problème de la santé publique, tout particulièrement en ce qui concerne les troubles psychiques (et encore plus à partager les responsabilités). Les "drogues sur ordonnance" sont remboursées par la Sécurité Sociale à la différence du recours aux psychologues (sauf s'il est "prescrit" par l'autorité médicale et dans son contexte). Les médecins au cours de leur formation universitaire n'ont même pas (à défaut de compétence) une information pertinente concernant la psychologie (fût-ce la dite "psychologie médicale", quant à la psychopathologie n'en parlons même pas !).

Si les Français consultent si souvent *leur* médecin, ce n'est pas tant parce qu'ils y sont trop attachés (quoique...), ni parce qu'ils l'idéalisent trop (ce n'est plus tellement d'actualité) et encore moins parce qu'ils sont plus malades que les autres, mais parce que lorsqu'ils "ne vont pas très bien" ils n'ont guère d'autre choix. *Au moins la moitié des gens qui consultent le médecin le font pour des problèmes de nature plus psychosociale que strictement médicale.* Et un médecin, qu'il soit généraliste ou même psychiatre (aujourd'hui avec sa formation universitaire), que sait-il faire à part prescrire des médicaments (fût-ce en jouant au "magicien" et en prescrivant des placebos et autres "médecines douces") ? Devant la débauche de consommation de psychotropes (qui fait forcément causer ... et depuis longtemps déjà) le psychiatre ne manque pas de se défausser sur le médecin généraliste, celui-ci serait responsable des prescriptions abusives (insuffisamment formé pour apprécier comme il convient la pertinence de leur usage). C'est en effet le médecin généraliste qui reçoit le plus souvent les cas dits "mineurs" (du strict point de vue médical), pour autant que ferait de si différent le psychiatre à sa place ? Il est évident que cet état de fait relève de la logique du système dans son ensemble (avec les enjeux industriels et commerciaux) et non pas de la responsabilité de tel ou tel intervenant particulier.

Il est intéressant de savoir que pour faire baisser la consommation d'un médicament, les pouvoirs publics peuvent convenir d'un arrangement directement avec le laboratoire pharmaceutique qui à la fois le fabrique et le commercialise. Il s'agit alors de diminuer la pression publicitaire (revues spécialisées et visiteurs médicaux) sur les médecins prescripteurs. Tout cela en quelque sorte "dans leur dos" (à leur

insu). (Ce qui déjà “en dit long” sur les supposées vertus de la pratique médicale “à la française”).

Une thérapie lumineuse. Autre thérapie physique, la *luminothérapie*, dans le traitement des dépressions dites saisonnières, fournit un bel exemple de dérive mécaniste, particulièrement éclairant. Ce n’est nullement la réalité de l’influence des variations de la durée du jour et de la nuit sur les rythmes biologiques avec l’impact sur l’humeur des personnes qui est ici en question, ni les différences de disposition naturelle individuelle à cet égard, mais bien le fait que des médecins (et de même des scientifiques) puissent aussi facilement, comme si ça allait de soi (le plus sérieusement du monde, en toute naïveté) réduire la dépression (fût-elle *saisonnière*) à cet aspect très partiel de son déterminisme. Là encore, sous le couvert de la science, c’est ignorer la véritable nature des problèmes psychiques. Contentons-nous ici de poser la question de la part du *déterminisme symbolique* dans l’efficacité de ce *rituel* d’exposition aux bienfaits de la lumière. Un sujet plus subtile et complexe (surdéterminé) qu’il n’y paraît pour qui voudrait l’explorer.

Les “*usagers*” — pour la plupart d’entre eux — ne demandent rien de plus que de pouvoir le plus rapidement possible, surtout sans une grande implication de leur part et sans remue-ménage dans leur vie, se sentir mieux (fût-ce de façon artificielle et superficielle). Ainsi les médecins ont-ils beau jeu de rappeler qu’ils ne font que répondre à la demande, généralement insistante, de leurs patients (et que s’ils ne le faisaient pas ceux-ci iraient ailleurs trouver un médecin plus “compréhensif”). De facilité en facilité, de dérive en dérive, les médecins français sont ceux qui prescrivent le plus grand nombre de médicaments par