

Spécificité de la psychopathologie

Les *troubles de la personnalité* sont l'objet de deux approches : l'**approche biologique** (neurophysiologique) qui relève du champ de la *médecine*, plus particulièrement de la *psychiatrie**, et l'**approche psychologique**, domaine de la *psychopathologie** qui relève plus spécifiquement du champ de la *psychologie clinique*.

* Bien des personnes confondent la *psychiatrie* et la *psychopathologie* (et ignorent également la différence entre un *psychiatre*, un *psychothérapeute*, un *psychologue* et un *psychanalyste*) de même qu'elles ont du mal à situer la *psychologie clinique* dans son rapport à la *médecine*. Ce qui nécessite une clarification.

À s'en tenir à la définition de la médecine (science qui a pour objet la conservation ou le rétablissement de la santé), on pourrait situer l'approche psychologique dans le champ élargi d'une approche médicale (qui soigne sinon guérit). Mais de fait, le savoir médical constitué relève pour l'essentiel d'un champ scientifique (anatomie, biologie et physiologie) fort différent de celui de la psychologie qui implique la *réalité psychique* (domaine des représentations mentales). C'est notamment cela qui a conduit Freud (médecin de formation) à créer une nouvelle discipline (la psychanalyse) afin de pouvoir traiter des troubles qui échappent très largement au savoir médical. Dès lors, sans

pourtant renoncer à l'idée qu'à l'avenir une jonction* puisse s'établir entre les approches organique et psychique des troubles de la personnalité, Freud n'a cessé, tout au long de son œuvre, de marquer de plus en plus la distance entre ces deux champs de la connaissance.

* «D'après l'intime rapport existant entre les choses que nous séparons en psychiques ou corporelles, on peut entrevoir le jour où des chemins nouveaux s'ouvriront à la connaissance et, souhaitons-le, aussi au traitement, chemins menant de la biologie des organes et de leur chimisme aux phénomènes des névroses. Ce jour semble encore éloigné, et ces états maladifs actuellement inabordables par le côté médical.» (S. Freud, 1928, *Psychanalyse et médecine, Ma vie et la psychanalyse*, publié en français aux éd. Gallimard).

Depuis Freud, les indéniables progrès de la recherche médicale, dans l'étude du chimisme cérébral et la mise au point de molécules permettant d'agir plus efficacement sur les manifestations de la plupart des troubles psychiques, n'ont fait qu'accroître le malentendu entre les approches biologique et psychologique.

La psychiatrie constitue la branche de la médecine spécialisée dans le traitement des *maladies mentales*. Le psychiatre a, comme tout médecin, une formation fondée sur la connaissance de la physiologie du corps humain, avec une connaissance accrue concernant le fonctionnement du cerveau. Il soigne ses patients essentiellement en leur prescrivant des médicaments *psychotropes** (pharmacothérapie). Il doit faire face à toutes les situations, les plus graves, notamment celles qui nécessitent une intervention dans l'urgence. Médecin spécialiste il ne peut ne pas avoir de solution, son travail est souvent ingrat,

on attend de lui l'impossible, les affections qu'il traite ne pouvant se réduire à un strict problème médical.

* Les **psychotropes** sont des médicaments (ou des substances) qui modifient l'activité cérébrale (le niveau de vigilance, l'humeur, les perceptions, le cours de la pensée...).

La psychopathologie est le domaine de la psychologie qui étudie les processus psychiques générateurs des troubles de la personnalité, ou associés à des pathologies ou situations pathogènes. Surtout elle permet l'abord des **troubles psychiques** dans leur contexte (familial, social et culturel) en regard d'une histoire singulière. Elle nécessite la référence à des modèles théoriques et conduit en toute logique à un *traitement psychologique* (psychothérapie).

À strictement parler la *psychopathologie* correspond au domaine de la psychologie dont l'objet d'étude est la **pathologie du psychologique**. À ce titre elle s'intéresse plus particulièrement aux affections d'expression et d'étiologie psychiques. Dans une optique alors plus large, certains auteurs préfèrent la définir en tant que **psychologie du pathologique**. Dès lors son objet d'étude comprend toutes les pathologies qui affectent d'une manière significative la personnalité psychique, quelles que soient leur étiologie et la nature des dysfonctionnements ou des déficits. A priori il n'y a pas de raison pour que la psychopathologie soit plus unitaire que la psychologie. Toutefois ce qui fait de la psychopathologie une *discipline à part entière* c'est, à l'instar de la démarche clinique en psychologie, l'irréductible référence à une *théorie générale de la psychogenèse et du Sujet psychique* dans une perspective à la fois constructiviste et interactionniste.

La *psychopathologie* peut également être définie com-

me une *réflexion théorique sur la clinique psychiatrique*, en ce sens elle apporte à la psychiatrie le modèle qui lui manque pour une approche plus compréhensive. À l'origine de la clinique psychiatrique à la fin du XVIII^e siècle (avec Philippe PINEL) on pourrait dire que “psychopathologie” et “psychiatrie” se confondent. Ce n'est qu'ensuite que ces deux disciplines se constituent séparément, s'entrecroisent avec plus ou moins d'affinités — et parfois s'opposent. La psychopathologie prend toute son importance au début du XX^e siècle avec l'apport de la psychanalyse. Aujourd'hui (sur le modèle américain) la psychiatrie connaît dans nos sociétés occidentales une *dérive mécaniste*, sans précédent (dans son extension), qui va jusqu'au *rejet de la psychopathologie* et conduit de fait à la *quasi-exclusivité des traitements médicamenteux* (pour le plus grand bonheur des laboratoires pharmaceutiques).

De fait notre système de santé et de protection sociale privilégie l'abord médical des *troubles psychiques* (et des difficultés existentielles et autres problèmes de vie). Dans une société qui génère des exclusions, où l'on ne peut garantir à tous les droits fondamentaux au travail et au logement, où tant de personnes souffrent de ne pas être socialement reconnues et considérées, où le temps est compté dans la quête frénétique et illusoire d'une toujours plus grande efficacité, où il est mal venu de présenter un handicap, la démarche psychologique, coûteuse en temps sinon en investissement personnel et financier, peut apparaître comme un “luxe”, mais le plus fréquemment elle est tout simplement ignorée; reste alors le recours à la médecine. On va chez son médecin, se plaindre de son corps, lorsque l'on en a assez de ses conditions de travail ou que l'on désespère de ne pouvoir en trouver un, parce

que l'on ne supporte plus son entourage ou parce que l'on souffre de trop de solitude, que l'on a tant de choses à exprimer et que l'on ne sait comment les dire ni à qui. De l'avis même des médecins généralistes, la moitié au moins des patients consultent pour des affections aux causes principales autres que biologiques. Ils ont affaire à des problèmes qui débordent largement le champ de leur compétence. En somme dans nos sociétés occidentales, on attend du médecin qu'il prenne en charge (à défaut de pouvoir vraiment les guérir) presque toutes les "misères du monde", et ce, par la "magie" du médicament.

L'approche médicale est surtout centrée sur le *corps* du patient. C'est dans l'*ici et maintenant* de ce corps en situation d'examen que le médecin saisit l'essentiel des indices (signes cliniques) qui lui permettent d'établir son diagnostic. L'investigation est alors complétée d'un bref entretien (de type question-réponse) qui doit permettre une meilleure *évaluation des symptômes* (Dormez-vous bien? Vos maux de tête sont-ils fréquents? À quel moment de la journée vous sentez-vous le plus fatigué?...). Dans le cas de la consultation d'un médecin psychiatre l'entretien est, en principe, plus long et plus étoffé mais se déroule fondamentalement sur le même mode. Le patient se plaint de ses symptômes, lesquels sont associés à un *dysfonctionnement organique*, le traitement vise leur réduction. Tout au long de la prise en charge, le médecin revoit périodiquement son patient pour évaluer l'évolution des symptômes et réajuster sa *prescription de médicaments*. L'établissement d'une ordonnance représente la justification concrète de l'acte médical.

L'*approche somatoclinique* en médecine s'inscrit dans une optique *anatomoclinique*, selon laquelle les symptômes

de par leur *aspect manifeste* et leur association révèlent la localisation (l'organe, la fonction) et la nature de l'affection (diagnostic). C'est une des caractéristiques générales de la médecine que d'attacher beaucoup d'importance à l'*abord descriptif* des maladies (nosographie). Il permet de dresser de minutieux tableaux cliniques et de répertorier les divers *syndromes* *. On retrouve aussi la même préoccupation en psychiatrie avec des systèmes de classification (nosologie) uniquement fondés sur la *symptomatologie*. Ils ont une valeur sémiologique d'un intérêt limité du point de vue psychopathologique. Ils reflètent une démarche qui se veut *athéorique* et qui conduit de fait à un traitement biologique particulièrement réducteur.

* On appelle *syndrome* une réunion de symptômes formant un ensemble plus ou moins organisé et stable.

L'approche psychologique se centre sur la *personne* avec son *vécu* et son *histoire* propres. Le psychologue clinicien ne se contente pas de l'exposé de la manifestation des troubles, il tient compte des circonstances de leur apparition et des éléments du passé sans lesquels on ne peut véritablement comprendre les difficultés actuelles du Sujet. Les symptômes sont considérés comme l'expression d'un *conflit psychique*, impliquant tout à la fois les aléas de la *vie relationnelle* et les caractéristiques de la *personnalité*. Il est indispensable de comprendre les raisons de ce conflit, pour que le Sujet puisse reconsidérer ses choix de vie et parvenir à un équilibre psychique plus satisfaisant. Cela nécessite du temps et des conditions favorables à l'établissement d'une relation privilégiée (individualisée), qu'il s'agisse d'une simple *relation d'aide* ou bien d'une véritable *psychothérapie*.

L'*approche psychoclinique* ne se limite pas à l'aspect manifeste de la symptomatologie et prend en compte l'*aspect latent* de la personnalité. La différenciation des troubles (leur identification) s'appuie alors sur les divers types d'organisation du psychisme (notion de *structure psychique*). Cela conduit à une nosologie (moins fragmentée qu'en psychiatrie) qui, au-delà de l'extrême diversité de l'expression des troubles, privilégie leur *fonction psychique*. Une telle démarche ne peut se concevoir sans la référence à une *théorie générale du psychisme* (de son développement, de son organisation et de son fonctionnement), en effet *une démarche athéorique est forcément aveugle*.

Toute maladie est *psychosomatique* dans la mesure où toute affection organique, de la plus banale (comme une grippe) à la plus grave (comme un cancer), concerne la personne malade dans son ensemble. En ce sens, tant du point de vue de son étiologie (facteurs causes) que de celui de ses conséquences (effets engendrés), il y a toujours des éléments socio-économiques, psychoaffectifs et culturels qui pourraient être pris en considération. Il peut s'avérer utile dans certains cas d'aborder la maladie en regard des aléas de la vie du malade. C'est là l'esprit de la *médecine psychosomatique* qui, dans son acception la plus large, désigne plus une manière de concevoir la médecine qu'une véritable spécialité médicale. Nous pensons ici à l'image, quelque peu idéalisée, du traditionnel médecin de famille qui connaît bien ses patients ainsi que leur cadre de vie, et prend le temps de les écouter. Ce type d'*approche globale* est désormais devenu exceptionnel du fait d'une médecine, de plus en plus technicisée et spécialisée, qui tend à "oublier" *le malade* au seul profit de l'objectivation de *la maladie*. De ce point de vue la médecine se déshumanise.

Ce qui est déjà regrettable pour la pratique médicale en général devient plus difficilement acceptable lorsque l'on a affaire aux "maladies" mentales.

Les "maladies" mentales sont *multifactorielles* et *pluridimensionnelles*. Elles impliquent des facteurs organiques (patrimoine génétique, chimisme cérébral, parfois lésion, dégénérescence, toxi-infection...), des facteurs psychiques (caractéristiques structurelles de la personnalité) et des facteurs sociaux (conditions de vie). Elles affectent, plus que les autres maladies, la personne dans ses trois dimensions : corporelle, psychique et sociale.

L'importance objective des facteurs organiques varie selon le type de pathologie. Dans les *démences*, qu'elles soient irréversibles, dues à la dégénérescence ou bien à des lésions accidentelles, ou qu'elles soient paroxystiques et réversibles, dues à des intoxications ou infections, les facteurs organiques sont au premier plan. Dans les *psychoses*, outre de probables prédispositions génétiques, l'importance des troubles psychiques correspond à des perturbations objectivables du chimisme cérébral. Par contre dans les *névroses* les facteurs organiques, d'une bien moindre importance, ne sont pas, ou très peu et difficilement, objectivables.

Par ailleurs le contenu de la formation universitaire des intervenants (médecins ou psychologues) les amène à privilégier les facteurs organiques ou les facteurs psychiques (la querelle entre *organiciste* et *psychogéniste*), ce qui n'est évidemment pas sans conséquence. En effet la plus ou moins grande importance, quant à l'étiologie, accordée à ces divers facteurs — qu'elle soit avérée ou simplement supposée — conditionne notablement la prévision de l'évolution des troubles (pronostic) et le choix de la *stratégie thérapeutique*.