

# Modèles théoriques en psychiatrie – Épistémologie

Marie-Christine Hardy-Baylé, Denis Leguay

Les théories en psychiatrie ont toujours privilégié une épistémologie clinique, théorie de l'homme malade, plutôt qu'une théorie des pratiques de soins, c'est-à-dire une épistémologie thérapeutique. Les tentatives de certains auteurs, comme Henri Ey, d'élaborer une théorie générale de la psychiatrie, regroupant l'ensemble des données acquises de manière régionale pour les subsumer dans une théorie intégrative, ont certes produit une théorie de l'objet psychiatrique mais n'ont pas permis d'offrir à la pratique psychiatrique un modèle satisfaisant pour la guider.

Lenjeu de la psychiatrie, pour demain, pourrait donc désormais résider dans la capacité de cette discipline à poser le cadre d'une épistémologie thérapeutique, fixant les conditions de possibilité d'un savoir thérapeutique convergent et cohérent [8].

La psychiatrie étant une branche de la médecine, nous avons choisi de présenter, dans un ouvrage à visée médicale, les seules théories ayant contribué à enrichir notre arsenal clinique et thérapeutique. Ainsi, nous n'abordons pas les champs de connaissances ayant pris pour objet le contexte d'émergence des différents discours théoriques qui traversent le cadre de cette discipline, c'est-à-dire les conditions sociales et les évolutions culturelles qui ont rendu possible la production des savoirs psychiatriques. À chaque théorie du fait psychiatrique répond un discours sur la pratique de soins et une approche thérapeutique : aux théories psychanalytiques, la psychanalyse et ses nombreuses techniques dérivées, individuelles et groupales, aux théories neurobiologiques, les médicaments et les différentes techniques « biologiques », aux théories de l'apprentissage, les diverses techniques cognitivo-comportementales, aux théories systémiques, les thérapies systémiques, etc. C'est, en effet, l'innovation thérapeutique qui a permis l'introduction de la psychiatrie dans le champ médical. En posant la possibilité d'un « traitement moral »,

d'un « traitement tenant tout entier dans l'élément du rapport de parole », Philippe Pinel a introduit l'idée que celui-ci constituait un levier thérapeutique permettant de répondre à ces troubles. Toute discipline médicale fait reposer son identité sur ses techniques de soins et son influence s'appuie sur l'importance de son arsenal thérapeutique et d'une bonne connaissance de l'usage qui doit en être fait. L'acte de naissance de la psychiatrie dans le champ de la médecine se confond ainsi avec ce qui l'inscrit dans sa mission : soigner.

Il est classique de dire que la psychiatrie, à l'inverse des autres disciplines, a accumulé des outils de traitement en l'absence de toute connaissance sur l'origine des troubles qu'elle avait à traiter. Mais la psychiatrie n'est pas la seule discipline médicale dans laquelle l'origine des troubles reste pour une large part mystérieuse. Cette méconnaissance n'a pas empêché l'accumulation de savoirs techniques dans les autres disciplines, selon une approche scientifique et pragmatique du soin.

Mais à la différence des autres branches de la médecine, la psychiatrie, fascinée par sa visée philosophique de construire un savoir sur l'humain, s'est éloignée de l'épistémologie thérapeutique qui définit toute discipline médicale. Aucun ouvrage médical d'ailleurs ne propose, en guise d'introduction, un chapitre dédié aux théories de son objet. Si l'appartenance de la psychiatrie au champ de la médecine a été rendue possible par le développement d'outils thérapeutiques, le traitement est longtemps apparu davantage comme un prétexte pour construire et étayer les diverses théories du sujet malade que comme un levier thérapeutique possible imposant de se comparer aux autres pour trouver sa juste place dans l'arsenal thérapeutique de la discipline.

La psychiatrie a ainsi longtemps été le lieu de querelles de nature plus philosophique que pratique. Si ces débats ont fait en partie la richesse de

la discipline, et s'ils ne sont pas non plus intervenus par hasard (qu'est-ce que l'humain et quelle est sa traduction clinique?), ils l'ont éloignée de son objet strictement médical, le soin. Les risques étaient pourtant majeurs, en l'absence d'un engagement plus radical des praticiens dans la construction de leurs références en matière de pratiques de soins, de perte de crédibilité de la discipline. En l'absence d'épistémologie thérapeutique, toute action peut se prévaloir d'un pouvoir thérapeutique. Il peut devenir légitime d'affirmer que « guérir – le stress, l'anxiété et la dépression – sans médicaments ni psychanalyse » [14] est possible, d'entériner l'existence de 400 formes de psychothérapies, ou d'utiliser d'une manière non adaptée à leurs cibles réelles, les médicaments psychotropes.

Notre discipline doit lutter contre ces dérives. Nous présentons donc successivement les grands courants de la pensée psychiatrique contemporaine puis tentons, en guise de conclusion, d'aborder la question de leur usage pertinent en pratique clinique.

## Les grandes théories de la psychiatrie

### La théorie psychanalytique

La théorie psychanalytique est venue offrir à la psychiatrie une opportunité de traitement sans précédent. La psychiatrie s'est ainsi approprié la technique psychanalytique et en a fait, dans la logique médicale qui est la sienne, un outil de traitement. Cette appropriation continue de poser problème. Même si, en tant que médecin, Freud a décrit l'hystérie avec le souci, proprement médical, d'offrir à ses patients un traitement spécifique, la théorie psychanalytique s'est éloignée, avec certains de ses théoriciens, de la logique médicale pour s'élaborer comme modèle de l'humain, c'est-à-dire comme discours philosophique et anthropologique. Les opposants à l'appropriation de la démarche freudienne par les professionnels du soin soulignent que selon les termes mêmes de Freud, rappelés par Lacan, la guérison des symptômes ne vient que par surcroît. La perspective freudienne s'éloigne donc de ses visées thérapeutiques initiales. Pourtant, si l'objectif de la psychanalyse est

« de renforcer le Moi, de le rendre plus indépendant vis-à-vis du Surmoi, d'élargir son champ de perception et de transformer son organisation afin qu'il puisse s'approprier de nouveaux fragments du Ça ("Là où était le Ça, le Moi doit advenir") », alors la thérapie dite reconstructive, dont les objectifs sont ceux d'un changement structural (topique) de la personnalité, s'inscrit bien dans les objectifs thérapeutiques d'une psychiatrie visant à accroître le degré de liberté des personnes qu'elle traite. Pierre Fédida, dans son dernier ouvrage sur la dépression, décrit magistralement la manière dont la psychanalyse peut permettre de gagner de tels degrés de liberté [4]. La rencontre du sujet avec la souffrance psychologique peut constituer pour lui une opportunité de changement dans la mesure où elle lui impose, en modifiant son rapport au monde, de prendre en compte sa vie mentale.

Appliquée au champ médical, la psychanalyse rejoint la définition initiale que Freud, médecin, en donnait en 1922 : « la psychanalyse est le nom d'un procédé pour l'investigation de processus mentaux à peu près inaccessibles autrement; d'une méthode fondée sur cette investigation pour le traitement des désordres névrotiques; d'une série de conceptions psychologiques acquises par ce moyen et qui s'accroissent ensemble pour former progressivement une nouvelle discipline scientifique ». Plus que la découverte de l'inconscient, c'est la découverte d'un corpus de connaissances utile à la compréhension des modalités de fonctionnement du sujet en relation, donc dans la relation de soins et des attitudes soignantes en relation avec le patient, qui constitua, pour la psychiatrie, une révolution. La psychologie dite « psychodynamique » issue des découvertes freudiennes propose en effet un corpus théorique construit à partir d'une pratique clinique, la psychanalyse.

Concernant la pratique, pour permettre au sujet d'accéder à son monde de représentations inconscientes, le cadre psychanalytique impose une modalité très singulière de relation : l'effacement du psychanalyste comme personne réelle, indispensable au développement du transfert, défini comme « un processus inconscient d'actualisation, avec l'analyste, des conflits intrapsychiques en rapport avec les objets du passé infantile (les imagos parentaux électivement) ». Seule cette « posture analytique » rend possible le travail psychique

nécessaire à une thérapie reconstructive. Cette posture engage le patient dans une démarche dite d'*insight* et vise à réduire l'interaction ou la narration habituelle de tout échange humain. La « neutralité bienveillante » du psychanalyste ne signifie pas autre chose que cette nécessaire absence de « gratification directe, de conseils, de jugements, de suggestion » qui permet l'établissement de cette seule démarche d'*insight*. Un nombre insuffisant de séances, les passages à l'acte ou l'engagement personnel trop grand du psychanalyste peuvent bloquer le développement de la névrose de transfert et conduire à stériliser le processus. Nombre de psychothérapies interminables ou mal conduites peuvent être expliquées par une posture inadéquate du psychanalyste. Le silence de l'analyste, s'il n'est jamais absolu du fait de la trop grande frustration qu'il peut engendrer chez certains sujets, est nécessaire pour que l'inconscient puisse se manifester, « faute de quoi l'élaboration interprétative risque fort de rester de l'ordre du conscient ou du préconscient ». On comprend facilement les résistances que le sujet pourra développer dans cette « mise en scène » de son inconscient et les sollicitations en direction du psychanalyste qu'il mettra en œuvre.

Freud offre un exemple très remarquable de la manière dont s'est construite, à partir de ce cadre et des données cliniques obtenues grâce à celui-ci, sa théorie de l'inconscient. Tout au long de son œuvre, Freud va construire un modèle du fonctionnement intrapsychique : les étapes de son développement, sa structure (sous la forme d'instances dont il affina les fonctions : « Moi, Surmoi, Ça » succédant à « Conscient, préconscient, inconscient ») et ses modalités de fonctionnement, notamment les mécanismes de défense mis en jeu pour résoudre les conflits internes, au premier rang desquels le refoulement.

En proposant notamment une « méthode pour le traitement des désordres névrotiques », la position de Freud est emblématique des liens forts posés dès l'origine entre la psychanalyse et la psychiatrie. Les succès de Freud ont tenté de repousser les limites pratiques et théoriques de la psychanalyse.

Aujourd'hui, en dehors de la cure type proprement dite, la psychanalyse offre une théorisation de cadres thérapeutiques diversifiés : psychothérapies psychanalytiques, psychodrames psychanalytiques, thérapies corporelles (avec ou sans

relaxation), psychothérapies familiales, psychothérapies « mère – enfant », psychothérapies brèves. D. Widlöcher pose la question qui s'impose face à cet assouplissement du cadre : « À quoi tient qu'un vrai travail psychanalytique est possible malgré la modification du cadre ? » [16]. Dans le travail en institution psychiatrique, comme dans la démarche du psychiatre, les professionnels utilisent largement leur compétence psychanalytique. Mais une clinique analytique constituée hors du cadre théorique et de l'espace de la cure est-elle valide ? Le cas échéant, à quelles conditions ?

Au-delà de ces questions, la découverte freudienne a peut-être surtout été celle des manifestations de la pure subjectivité. In fine, peut-elle se résumer à énoncer qu'il existe et existera toujours, dans les conditions de la cure ou non, un champ clinique observable qu'il sera à jamais impossible de réduire à un déterminisme extérieur, historique ou pulsionnel au sens mécanique du terme ? Pourrait-il se faire qu'à la condition d'admettre cette part d'« inexplicable », une psychopathologie globale pourrait se construire ?

Avec l'introduction de la pharmacopée d'abord, puis d'autres traitements psychologiques des troubles mentaux, la psychanalyse a vu son champ d'application remis en question. Sur un plan théorique, ces deux nouveaux champs de connaissance prétendent eux aussi offrir des modèles explicatifs du comportement humain et de ses troubles. Les thérapies cognitivo-comportementales et, au-delà la théorie sous-jacente des troubles dont elles découlent, se sont ainsi posées dans un rapport de rivalité avec la théorie psychanalytique.

## La théorie cognitivo-comportementale

Le cadre conceptuel cognitivo-comportementaliste ne nie pas l'inconscient mais il lui suppose une autre nature que la psychanalyse. Les manifestations de l'inconscient ne procéderaient pas de conflits porteurs de sens, mais « d'habitudes comportementales et idéiques, de réactivités émotionnelles spécifiques. Les cognitivistes eux aussi cherchent à connaître et à contrôler le domaine inconscient et à introduire une rationalisation équilibrée. » [3]

Si en pratique clinique, le traitement cognitivo-comportemental apporte une approche

thérapeutique nouvelle, en théorie les cognitivo-comportementalistes revendiquent le même objet épistémique que celui des psychanalystes et inscrivent leur démarche dans une opposition théorique à l'inconscient freudien.

Selon la théorie héritée du béhaviorisme, les comportements seraient acquis selon les lois de l'apprentissage. Différentes modalités de conditionnement permettraient, de ce fait, de faire disparaître des comportements anormaux. Négligeant les déterminismes inconscients ou du moins la possibilité d'y accéder, la théorie comportementale prend le contre-pied de la théorie psychanalytique.

Visant à lever les limites d'une théorie initialement réduite au seul comportement observable, le cognitivisme applique le même modèle théorique aux cognitions, traitées comme des habitudes apprises de pensées. Le cognitivisme déplace son focus des comportements observables aux représentations mentales, supposées, organisées en «schémas cognitifs» inconscients, de fonctionnement automatique, s'actualisant en présence de certains stimuli extérieurs. Ces schémas, acquis par apprentissage à partir de dispositions innées, seraient stockés dans la mémoire. Des «processus cognitifs» transformeraient ces schémas en pensées automatiques facilement accessibles à la conscience. «La mise en place des pensées automatiques et des processus cognitifs s'inscrit dans un style cognitif articulé autour d'un système de croyances propres à chaque individu. Avec l'éducation, la pression familiale, l'apprentissage social et les expériences individuelles se forgent en chacun de nous des règles de vie plus ou moins impératives, des principes plus ou moins rigoureux, des postulats silencieux plus ou moins solides guidant par la suite notre raisonnement quotidien. Dans une situation donnée, la réponse de chacun va ainsi se référer à des schémas individuels définissant une certaine vision du monde, des autres et de soi-même. La nature et la qualité de ces croyances vont conditionner l'analyse des circonstances et les modalités d'adaptation : inhibition en cas de doute, de soumission et de dépendance, ou au contraire agressivité en cas de méfiance, d'intolérance et de domination.» Quant à l'émotion, «la qualification affective (des situations) dépend grandement des pensées, des processus et des croyances sollicitées.» [2]

Les distorsions de ces processus expliqueraient les troubles constatés en clinique. Elles sont la cible de la thérapie cognitive. Ces traitements psychologiques visent donc à une «reconstruction cognitive» du sujet et s'appuient pour le faire sur l'apprentissage (autocontrôle). Les thérapies cognitivo-comportementales constituent des techniques de soins d'utilisation assez simple, car reposant sur des modalités d'intervention clairement définies et facilement transmissibles. Par ailleurs, elles ne prennent pas en compte la subjectivité des patients ni celle des thérapeutes. C'est d'ailleurs en cela qu'elles se distinguent résolument de l'approche psychanalytique.

Les techniques comportementales semblent s'être construites en toute indépendance par rapport à la théorie elle-même et s'organiser de manière empirique, en s'appuyant sur les lois de l'apprentissage. Pour valider leur efficacité, elles utilisent une grille d'évaluation reposant sur une analyse symptomatique des troubles, indépendamment du cadre de leur théorie d'origine que les données acquises permettraient d'enrichir.

Fondamentalement, cognitivo-comportementalisme et psychanalyse se distinguent sur un plan théorique. Mais en clinique quotidienne, les praticiens pensent souvent dans le cadre d'une théorie psychopathologique globale (à dominante psychodynamique parce qu'ils n'abandonnent pas l'idée que les symptômes ont un sens), à l'intérêt d'un traitement cognitivo-comportemental des troubles. C'est l'une des raisons pour lesquelles on peut penser qu'ils se fondent implicitement, dans leur exercice, sur une vision intégrative de la psychopathologie, dont il importerait d'explorer les contours.

La théorie cognitivo-comportementale n'est pas la seule à utiliser les règles de l'apprentissage pour proposer des modalités thérapeutiques nouvelles. Les neurosciences cognitives (que nous évoquons dans le paragraphe «La théorie neurobiologique»), distinctes par leur objet et leurs méthodes des théories cognitivo-comportementales, d'essence clinique, ont produit un lot important de connaissances quant aux processus cognitifs sous-tendant les grandes fonctions psychologiques (attention, perception, mémoire, langage, etc.). La neuropsychologie cognitive, en tant que domaine de recherche, décrit les mécanismes élémentaires de la pensée, universaux cognitifs, permettant de

faire le lien entre les fonctionnalités du cerveau et les grandes fonctions psychologiques telles que différents plans expérimentaux permettent de les étudier. Le savoir acquis permet de décrire des modalités de dysfonctionnement spécifiques des processus cognitifs chez les différentes populations de patients et de proposer des techniques de remédiation cognitive visant à remédier à ces dysfonctionnements et utilisant les lois de l'apprentissage pour leur mise en œuvre. Les techniques de remédiation cognitive utilisées dans le champ des troubles schizophréniques sont exemplaires de l'utilisation possible des données issues de la recherche fondamentale en neuropsychologie cognitive. En tant que recherche appliquée, elles s'appuient sur la connaissance acquise des processus cognitifs altérés chez les sujets schizophrènes, telle que l'étude « en laboratoire » permet de les isoler et de les étudier, pour définir un programme de rééducation, proche, dans sa conception, de la rééducation fonctionnelle des patients cérébrolésés à cela près que le contenu de l'apprentissage comme les présupposés sous-jacents diffèrent. En effet, le modèle proposé par la neuropsychologie cognitive ne présuppose pas de déterminisme « organique » aux troubles constatés. En somme, ce n'est pas parce que le cerveau est impliqué dans le comportement qu'il en est la cause. La relation est donc de nature fonctionnelle et non causale.

### La théorie systémique

L'objet de la théorie systémique n'est plus l'individu mais le contexte dans lequel il évolue. Ce contexte ne peut se réduire ou se comprendre par le seul jeu d'un grand nombre de « singularités ». Il n'est pas la somme des différents individus qui le composent. Il se crée et perdure en fonction d'une dynamique propre au système qu'il s'agit de décoder et, en thérapeutique, d'influencer. L'étude de ce système conduit à en dégager des règles de fonctionnement propre dont les théories systémiques (en partie issues de la cybernétique) rendent compte [13]. Selon l'approche systémique, le système est « compétent » pour trouver des solutions et « inventer » de nouvelles modalités communicationnelles satisfaisantes. En pratique, le rôle du thérapeute est de donner les moyens au système d'exprimer cette compétence dont il se pense privé (c'est-à-dire de favoriser l'émergence d'un savoir-faire).

Le déplacement de l'intérêt du sujet vers le système a pu s'accompagner d'une tendance à nier l'existence de facteurs endogènes ou psychogènes propres au sujet porteur des troubles. En cela, certains ont pu reconnaître dans l'approche systémique une posture « antipsychiatrique » et « antipsychanalytique ». C'est pourquoi l'abord des systèmes, notamment des systèmes familiaux, ou de la dynamique conjugale, mêle souvent, dans la pratique psychiatrique, recours aux connaissances systémiques et aux connaissances psychanalytiques. En effet, la psychiatrie ne peut tenir pour vrai que le symptôme ne serait que l'expression d'une dynamique familiale dysfonctionnelle. Le supposer, comme une acceptation de la théorie systémique « pure » l'imposerait, serait nier l'existence même des autres facettes du fait psychiatrique, ce que la pratique de la psychiatrie ne peut admettre.

Encore une fois, la théorie joue pour le praticien le rôle d'une grille de lecture éclairante, mais partielle. Il n'en use que s'il présuppose sa finitude, dans l'implicite d'une vision globale qu'il ne se hasarde pas à tenter de formuler, hormis parfois pour lui seul, mais à l'élaboration de laquelle il faudra bien un jour s'attaquer collectivement. Nous voulons dire par là qu'à l'instar des tentatives de convergences de conception dans le registre de la nosographie, il faudra bien tenter de formuler une conception globale de la psychopathologie, donnant à chaque théorie une place par rapport aux autres. Cette deuxième entreprise pourrait bien, d'ailleurs, faire avancer la première.

### La théorie neurobiologique

Depuis l'origine de la psychiatrie, les tenants d'une origine « organique » des troubles mentaux ont existé, de même que des thérapeutiques « biologiques ». Mais c'est avec l'introduction des médicaments dans l'arsenal thérapeutique que la théorie biologique a réellement pris l'ampleur qu'on lui connaît aujourd'hui.

Si ce que l'on a nommé la psychiatrie biologique n'a néanmoins pas apporté les succès espérés dans la compréhension des mécanismes d'action biologique des produits psychotropes et de la physiopathologie des troubles; les données empiriques acquises sur l'efficacité de ces produits et l'émergence du courant des neurosciences sont venues

redonner, dans la pratique, une portée considérable à la théorie biologique des troubles.

La psychiatrie biologique a tenté d'expliquer l'action des médicaments en mettant en relation des troubles aux contours flous et des systèmes neurochimiques sur lesquels les psychotropes étaient censés agir. Or ce dernier niveau peut difficilement être articulé sur le plan clinique. Une action au niveau d'un récepteur ne peut être mise en lien direct avec le niveau clinique qu'au prix d'un saut spéculatif, même s'il est légitime que des hypothèses soient avancées pour le faire. La psychiatrie biologique est, de ce point de vue, une discipline encore immature.

Face à cette impasse, deux directions de travail ont été explorées. La première a été de construire une clinique plus appropriée à une mise en relation avec les substrats biologiques ou génétiques des troubles, l'autre a été offerte par les neurosciences cognitives.

L'insuffisance des descriptions phénotypiques a conduit à l'élaboration d'une clinique qui se voulait plus valide, reposant sur des observables différents et prétendant à plus de précision et d'objectivité. Ce fut l'objectif initial des nouvelles classifications des troubles mentaux (DSM-III, puis IV et 5) de construire une clinique permettant de définir les troubles et d'en étudier les corrélats biologiques et l'influence sur eux des traitements [1]. Dans l'esprit d'une démarche pragmatique et rationnelle, l'école américaine visait à mettre en regard de tableaux cliniques, définis a priori par un consensus entre psychiatres de même obédience, des protocoles de traitement spécifiques. À l'origine, et dans l'intention de ses concepteurs, outil de recherche d'orientation neurobiologique, de description athéorique et pragmatique, dont la validation reposerait sur des marqueurs « biologiques » et thérapeutiques, il fut utilisé par une discipline en mal de rationalité dans sa démarche clinique, au-delà des courants théoriques divergents.

Son « succès » fut en effet, au moins en partie, dû au fait que cette clinique se prêtait, par sa simplicité dans la description des catégories, et à l'inverse de la clinique traditionnelle, à un accord des professionnels sur la reconnaissance des troubles. En privilégiant les observables les plus immédiats par rapport à la spécificité des signes, elle réduisait leur foisonnement, en retenant les plus fréquents pour chacune des pathologies

décrites grâce à l'outil statistique utilisé dans sa construction (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).

La recherche des substrats biologiques impliqués dans l'ensemble des pathologies devait conduire à les envisager toutes sous le regard biologique et, en termes de retombées thérapeutiques, pharmacologiques, avec l'idée que les traitements médicamenteux pouvaient aussi se justifier sur certaines pathologies que d'autres techniques de soins avaient gardées captives. Ce fut le cas des névroses, pathologies dans lesquelles la psychanalyse avait acquis ses titres de noblesse, et qui furent, dans la nouvelle classification, éclatées en divers tableaux cliniques, tenus, jusqu'à preuve du contraire, pour indépendants, là où l'hypothèse psychanalytique les avait liés. Un exemple de ce démembrement est la névrose obsessionnelle, rebaptisée « trouble obsessionnel compulsif », avec la réponse médicamenteuse correspondante, les antidépresseurs sérotoninergiques. Ainsi, l'orientation biologique de la psychiatrie a fait émerger ses propres objets et conçu une démarche pragmatique de définition des phénotypes pertinents pour l'étude des mécanismes biologiques impliqués dans les troubles. C'est dire que le procès qui a été fait, depuis, à cet outil, n'est que partiellement justifié. Son intention initiale était de construire une clinique des troubles utile pour une psychiatrie à orientation biologique, soucieuse de connaître les bases biologiques des comportements, d'en proposer des modèles explicatifs et d'améliorer les connaissances sur les thérapeutiques biologiques. Mais cet outil ne permet pas d'orienter la prise en charge globale des patients du fait de la réduction de l'objet clinique qu'il considère à la seule dimension biomédicale des troubles.

Cette clinique n'a, par ailleurs, que partiellement permis de répondre aux questions posées par la recherche biomédicale, car elle n'a pas offert aux différents champs de cette recherche les observables pertinents attendus.

Le mouvement des sciences cognitives initié il y a maintenant plus de 40 ans a touché plus récemment la discipline psychiatrique. Les progrès techniques réalisés en imagerie sont venus, depuis, considérablement enrichir l'exploration de la cognition et apporter les moyens d'articuler le niveau du fonctionnement cognitif à celui du fonctionnement cérébral.

Avec la «révolution cognitive» et l'essor des nouvelles technologies d'observation du fonctionnement cérébral, la théorie biologique a introduit, entre le niveau d'observation phénotypique (réduit à des observables cliniques insuffisamment précis) et celui de la «matrice cérébrale», des niveaux intermédiaires, de définition plus rigoureuse et plus objective, laissant espérer à la fois une meilleure connaissance des substrats physiopathologiques des troubles et une meilleure corrélation entre cerveau et comportement.

Le niveau cognitif est, pour le médicament, un niveau de compréhension pertinent pour définir de nouvelles cibles et tester de nouveaux effets. L'ère des neurosciences cognitives a redonné à la psychiatrie biologique et aux recherches biomédicales un grand dynamisme.

Les enjeux de la recherche biomédicale sont clairs : mieux comprendre les mécanismes neurobiologiques pour mieux traiter les troubles. En ce sens, il s'agit bien de définir le champ d'une recherche fondamentale et d'en proposer une recherche appliquée.

Si la recherche fondamentale peut se prévaloir en psychiatrie de perspectives d'avenir intéressantes, en lien avec le développement des neurosciences, peu de retombées pratiques ont été offertes ces dernières années. À ce jour, les modèles proposés visant à intégrer, d'une part les connaissances acquises sur les troubles avant l'ère des neurosciences, d'autre part celles apportées depuis, n'ont qu'une portée partielle ou se montrent trop spéculatifs dès qu'ils manifestent l'ambition d'expliquer l'ensemble des troubles constatés : le modèle neurodéveloppemental des troubles schizophréniques ou celui de la plasticité cérébrale pour les troubles thymiques en sont de bons exemples. Le modèle neurodéveloppemental de la schizophrénie vise à expliquer l'ensemble des connaissances acquises en privilégiant les données recueillies par l'approche biomédicale (anomalies structurales et fonctionnelles observées en imagerie fonctionnelle ou post-mortem dans les cerveaux de patients) mais il peine à convaincre qu'il pourrait expliquer l'ensemble des troubles présentés.

L'hypothèse neurodéveloppementale dite «précoce» postule l'intervention de facteurs génétiques et environnementaux dans l'apparition de la maladie. Cependant, comme le souligne

Florence Thibaut, «les anomalies (observées chez les patients, qui sont en faveur de cette hypothèse) demeurent modestes, comparativement aux sujets témoins, elles ne concernent qu'un tiers des patients schizophrènes environ et ont une très faible valeur prédictive positive dans le développement ultérieur d'une schizophrénie.» [15]

L'hypothèse neurodéveloppementale dite «tardive» soutient l'hypothèse de processus plus tardifs, affectant le développement du cerveau, comme une perturbation du programme d'élimination des synapses au cours de l'adolescence dans la schizophrénie selon I. Feinberg, en particulier dans le cortex préfrontal. Différentes versions d'un modèle neurodégénératif ont également été proposées, postulant l'existence d'une «activation excessive de mort neuronale» ou d'une «vulnérabilité accrue des cellules neuronales».

Ces modèles globaux et spéculatifs ont cependant le mérite de constituer des cadres hypothétiques pour des recherches ultérieures visant à en valider les termes.

Par ailleurs, il est intéressant de noter qu'ils portent une ambition explicative globale, ne négligeant aucune des connaissances acquises. Si l'on porte davantage attention aujourd'hui à l'hypothèse neurodéveloppementale, c'est qu'elle permet, en apparence, de sortir de l'opposition entre tenants de la psychogenèse et tenants de l'organogenèse des troubles, et d'offrir à la psychiatrie le modèle d'une démarche apte à relever l'enjeu de pouvoir lier, dans un même modèle compréhensif, déterminants biologiques et déterminants psychologiques des troubles.

Même si elle a franchi des étapes sur cette voie, la psychiatrie ne doit pas se cacher qu'elle reste dans des modèles très spéculatifs se prêtant mal à l'application d'une démarche scientifique. Cette dimension spéculative permet par ailleurs de masquer la réduction des termes pris en compte. Ainsi, dans le modèle neurodéveloppemental, la notion d'environnement ne recouvre en rien ce qu'un psychiatre peut se représenter sous ce terme. Les facteurs proprement psychoaffectifs sont négligés et la notion d'environnement est réduite à des données facilement observables : infections virales in utero, dénutrition au cours de la grossesse, complications obstétricales, etc.

En cela, il s'éloigne de la pertinence clinique que son caractère spéculatif lui avait permis d'imaginer. Mais il s'inscrit bien dans le cadre de

la démarche scientifique qui vise à opérationnaliser les termes de son modèle pour qu'il se prête à une mise en question expérimentale.

Quelles que soient les réserves que l'on peut émettre quant aux intentions et aux méthodes qui président à l'accumulation des connaissances neuroscientifiques, les moyens offerts par les neurosciences dans le projet de comprendre le fonctionnement du cerveau sont porteurs d'une révolution dont nous ne percevons pas encore tous les possibles.

L'enjeu de la discipline est de ne pas passer à côté des possibilités offertes à la recherche biomédicale en psychiatrie de connaître ce développement attendu, tout en cherchant à articuler ses résultats à l'ensemble des paramètres, notamment contextuels et subjectifs, susceptibles d'avoir une part dans l'émergence et le développement des troubles.

De la manière dont les chercheurs en psychiatrie feront usage des avancées qu'offrent les nouvelles technologies dépendront la valeur des données recueillies et les progrès en matière thérapeutique. Cet usage ne peut se concevoir sans l'élaboration d'hypothèses fortes, cliniquement pertinentes, quant aux mécanismes en cause dans la production des troubles et des effets thérapeutiques des différents leviers de traitement qui composent l'arsenal thérapeutique de la psychiatrie.

L'enjeu est de ne pas se laisser aveugler par l'importance des données susceptibles d'être recueillies grâce à cette approche biomédicale des troubles et de préserver, dans une approche globale du soin, l'ensemble des acquis de la discipline [11].

Ainsi, de plus en plus, la place des thérapies biologiques en regard des autres leviers thérapeutiques devra être discutée : interventions psychothérapeutiques (institutionnelle, individuelle ou familiale), techniques de remédiation cognitive, interventions psychosociales. De plus en plus de travaux en imagerie fonctionnelle permettront d'évaluer les changements dans les patterns d'activation cérébrale de chacun de ces leviers et, en posant l'existence de « cibles » communes entre les approches psychologiques et pharmacologiques, imposeront de penser leurs interactions [5].

Par ailleurs, la prise en compte des effets des psychotropes sur l'économie psychique des patients, que la psychanalyse se donne pour objet, imposera

elle aussi de penser les influences mutuelles des différents leviers de changement et de mieux situer la place de chacun dans l'arsenal thérapeutique du clinicien. V. Kapsambelis [10] et P. Jeammet [9] offrent des exemples de cette tentative de penser la complémentarité des pratiques.

La psychiatrie a en effet à son actif de nombreux leviers thérapeutiques, issus des différentes théories proposées du fait psychique. Chacune de ces théories propose sa recherche appliquée, l'application n'étant validée qu'en fonction de la théorie et non selon un schéma préétabli répondant aux seules exigences de la recherche fondamentale, donc extérieure à elle. La « preuve » produite n'est à considérer qu'au regard de la théorie testée. Du fait même de l'objet qu'elles examinent, ces théories ne sont pas seulement épistémologiquement disjointes, elles ne répondent pas aux mêmes questions et ne se situent pas au même niveau. Elles ne peuvent aujourd'hui conduire à un modèle les intégrant toutes. Sortir d'un modèle opposant psychogenèse et organogenèse, c'est sortir de l'idée que les théories offrent les mêmes réponses, qu'elles répondent aux mêmes faits cliniques et qu'en matière de recherche appliquée, elles procèdent du même schéma de validation.

## Une théorie des pratiques est-elle possible ?

Nous l'avons vu, la psychiatrie est traversée par des courants théoriques divers et épistémologiquement disjoints dont l'intégration dans une théorie globale de l'homme malade, proposée par certains auteurs, n'a pas permis de définir la juste place de chacun des traitements. Leur apport sur les pratiques réelles de soins est resté limité du fait de la juxtaposition de moyens thérapeutiques, parallèle à celle des théories leur ayant donné naissance, sans réel questionnement sur leur statut respectif dans la pratique, leur complémentarité ou leur synergie [8].

Cette balkanisation rend compte des cloisonnements et des oppositions entre professionnels, constatés par tous, notamment en termes de « projets de soins ».

H. Ey a offert à la psychiatrie la dernière théorie psychopathologique visant à concilier, dans une théorie intégrative de l'homme en général et de

L'homme malade en particulier, la théorie « organodynamiste », l'ensemble des déterminismes supposés [3]. L'unité de cette théorie repose sur la notion de structure empruntée à d'autres champs de connaissances que la psychiatrie, au premier rang desquels la théorie de la forme en psychologie, l'anthropologie sociale et la linguistique structurale. La structure y est définie comme organisation des éléments, irréductible à la somme de ses parties. La déclinaison de cette notion en psychiatrie repose sur des concepts psychopathologiques souvent très abstraits tenus pour organisateurs et explicatifs de l'ensemble des pathologies. La « dissolution de la conscience » vient constituer le fondement de cette construction théorique.

Les limites du paradigme d'une théorie unique et intégrative méritent d'être discutées. Ce type de modèle « globalisant » n'est-il qu'une vaine tentative qui persiste en psychiatrie et qui éloigne la discipline de son ancrage dans le champ médical et des exigences, en matière de pratiques de soins, qu'elle doit assumer pour y être intégrée ? Ces limites ne tiennent-elles qu'au caractère spéculatif des « notions psychopathologiques » de base proposées, à la difficulté d'y adapter une « praxis éclairée et attentive » ou seulement au fait, massif et probable, qu'il serait follement présomptueux de s'imaginer être arrivés au terme de l'exploration scientifique et des démarches de recherche conceptuelles ?

G. Lantéri-Laura marque certes durement les limites de tels modèles théoriques, plus proches d'une anthropologie générale que de la clinique des faits [12]. Il écrit : « nous devons noter qu'à l'époque de ce paradigme, certains se croient en droit de proposer des critères propres à délimiter le champ de la psychiatrie, comme la pathologie de la liberté, par exemple, ou entre les déstructurations globales, pour nous en tenir à la plus prestigieuse synthèse d'alors, celle de l'organodynamisme » [7]. Par ailleurs, il n'est plus admissible aujourd'hui pour une discipline médicale de faire appel à des considérations théoriques d'un ordre général : « et à des prétentions universelles, qui échappent d'avance à tout recours à l'observation et à toute réfutation praticable ».

Pour autant, s'il est lucide de faire ce constat de l'écart existant aujourd'hui entre l'état du dialogue des théories et le niveau espéré de maturité d'une théorie intégrative, faut-il se hâter d'affir-

mer l'impossibilité d'en énoncer progressivement de meilleures, et susceptibles d'éclairer la pratique ? D'autant que si l'on imagine que la marche en avant des modélisations peut se poursuivre indéfiniment pour proposer des conceptions toujours plus éclairantes, il ne faut pas omettre, comme évoqué plus haut, de réserver une place à un « inexplicable », un noyau d'« intimité subjective » qui peut faire échec aux déterminismes. Ce pourrait être à cet endroit, par exemple, qu'il serait fondé d'introduire la dynamique constatable du « rétablissement » (*recovery*) ou, au contraire, celle de certaines symptomatologies « résistantes » que rien n'explique. Et faire intervenir l'inexplicable, n'est-ce pas seulement rappeler la dimension irréductible de l'humain ? Est-ce trop demander aux théories que d'imaginer quelque chose qui puisse leur échapper ?

Pour le moment, les grandes théories « intégratives » n'ont jamais pu constituer une architecture théorique suffisante pour qu'il soit possible de les décliner dans la pratique clinique au quotidien. Elles n'ont jamais constitué un guide pour penser la complémentarité des pratiques et orienter la prise de décision.

Le modèle de H. Ey dont l'intérêt théorique est important relève ainsi davantage d'une construction théorico-philosophique de l'humain que d'un modèle pouvant prétendre à des retombées pragmatiques dans le champ des soins [3]. Il s'inscrit, de manière prototypique, dans le champ de ce que nous avons nommé une épistémologie clinique, mais ne peut prétendre alimenter le champ d'une épistémologie thérapeutique. Mais pouvons-nous affirmer qu'il en sera toujours ainsi ?

Quoi qu'il en soit, il semble bien qu'à ce jour, les praticiens soient les seuls garants de la préservation d'une approche thérapeutique diversifiée intégrant l'ensemble des acquis de la discipline. Or leurs pratiques n'ont jamais donné lieu à un modèle qui permettrait d'en faire le fondement d'une épistémologie thérapeutique spécifique à la psychiatrie et qui imposerait, pour se constituer en savoir propre, de répondre aux exigences de tout nouveau champ de connaissance.

L'épistémologie thérapeutique dont la psychiatrie doit se doter définit un nouvel objet, les pratiques de soins, composées de l'ensemble des leviers de changement constituant l'arsenal thérapeutique de la psychiatrie, distinct de