

Plaidoyer pour un abord intégratif en psychopathologie

Advocacy for an integrative approach in psychopathology

Date de réception : 10/10/2019 ; Date d'acceptation : 04/04/2020

Résumé

L'objectif de cet article est de plaider en faveur d'une approche intégrative des troubles psychiques. Après un bref rappel sur la notion d'un modèle théorique, ses fonctions et ses sources, l'auteure soulève la problématique de l'hétérogénéité des approches en psychopathologie et plaide pour une perspective intégrative du fonctionnement psychique humain, normal et pathologique.

Mots clés: approche intégrative ; modèle théorique ; hétérogénéité ; psychopathologie ; fonctionnement psychique.

Lamia BENAMSILI *

Faculté des sciences
humaines et sociales
Université Abderrahmane
Mira de Bejaia,
Bejaia - Algérie

Abstract

The purpose of this article is to advocate for an integrative approach to psychic disorders. After a brief review of the notion of a theoretical model, its functions and its sources, the author raises the issue of the heterogeneity of approaches in psychopathology and pleads for an integrative perspective of the human psychic functioning, normal and pathological

Keywords: integrative approach; theoretical model; heterogeneity; psychopathology; psychic functioning.

ملخص

يهدف هذا المقال إلى التضرع لصالح التناول الاندماجي للاضطرابات النفسية. بعد تذكير وجيز بمفهوم النموذج النظري، وظائفه ومنابعه وبعدها تقوم الباحثة بإثارة إشكالية التعددية للتناول النظرية في علم النفس المرضي وتؤيد وجهة نظر إدماجية للتوظيف النفسي العادي والمرضي.

الكلمات المفتاحية: التناول الاندماجي؛ النموذج النظري؛ التعددية؛ علم النفس المرضي؛ التوظيف النفسي.

* Corresponding author, e-mail: lamia_benamsili@gmail.com

Introduction

Dans ce qui suit, nous allons plaider en faveur d'une approche globale de la personne malade, car nous estimons que tout sujet, ne peut être compris et traité que si on prend en considération tous les aspects de son fonctionnement.

1- Modèle théorique : définition, fonctions, source et types.

1-1- Définition d'un modèle théorique :

Le terme « *modèle* » est défini dans le dictionnaire (Le petit Larousse) (2008) comme suit « *ce qui est donné pour servir de référence* »¹. Le terme « *théorique* » est défini comme suit « *qui concerne la théorie ; qui est du domaine de la théorie* »². Le terme *théorie* est défini comme suit « *ensemble organisé de principes, de règles, de lois scientifiques visant à décrire et à expliquer un ensemble de faits. Il s'agit d'un ensemble organisé d'idées, de concepts se rapportant à un domaine déterminé. C'est un système d'hypothèses sous-tendant les interprétations des événements* »³.

Les modèles théoriques sont alors des références qui permettent une interprétation des données recueillies. Les modèles théoriques des troubles psychiques sont des outils de pensée, de description, d'explication et de compréhension des faits pathologiques. Chaque modèle débouche vers des tentatives thérapeutiques visant le mieux-être des individus et des groupes concernés. Ainsi, le corpus théorique permet d'expliquer d'une manière cohérente la plupart des développements psychopathologiques. Un modèle révèle la complexité d'un phénomène et il est un instrument de production et d'exposition des connaissances. Le modèle est à la fois un modèle théorique, c'est-à-dire un ensemble cohérent et articulé d'hypothèses explicatives de la santé et de la maladie, et un outil clinique, c'est-à-dire un ensemble de moyens diagnostiques et thérapeutiques directement applicables. Le modèle est un outil théorique et clinique permettant un abord de la santé et de la maladie. Il s'agit du système possédant des théories et une logique propre, qui permet d'expliquer l'objet d'étude considéré.

1-2- Fonctions d'un modèle théorique :

Dans leurs écrits, les auteurs (Ionescu, 2003⁴ ; Pewzner, 2002⁵ ; Lantéri-Laura, 2004⁶) mentionnent les fonctions suivantes :

- Expliquer le tout ou une partie du trouble.
- Eclairer le clinicien dans sa relation avec le patient.
- Guider l'investigation clinique (notamment durant l'entretien)
- Faire le point sur l'évolution d'un patient (savoir ou nous sommes de notre relation clinique et thérapeutique)
- Aider pour les échanges que nous pouvons avoir avec nos collègues sur un ou plusieurs cas (réussir à communiquer).
- Les théories contribuent à la diffusion du savoir et elles résument l'ensemble des connaissances.
- Elle aide le débutant dans l'apprentissage de la sémiologie et de la clinique.
- Elle cherche à donner une explication rationnelle et une interprétation des faits psychopathologiques.
- Les principales théories sont le plus souvent des réponses partielles à la question si difficile de l'étiopathogénie. La théorie donne des réponses, c'est un support.
- Toute pratique, de façon explicite ou implicite, renvoie à une théorie. Un praticien se réfère toujours à une théorie. La pratique thérapeutique s'appuie sur des connaissances théoriques. Aucune pratique ne saurait se déduire de la théorie.
- Nous avons besoin de nous assurer qu'il existe un ordre dans le chaos du fonctionnement psychique et qu'il y a des théories pour expliquer les changements psychiques. De plus, nos théories nous aident à faire face aux inconnues de la situation clinique ainsi qu'à nous prémunir contre la solitude qui est la nôtre dans cette situation à deux. En nous attachant à une école théorique, nous faisons partie d'une famille, nous sommes moins seuls face à des incertitudes qui nous assaillent tous les jours.

- L'appareillage théorique utilisé a comme finalité essentielle la mise en œuvre des pratiques thérapeutiques.

1-3- Sources des théories psychopathologiques :

Il n'est pas ici question de retracer l'histoire de la psychopathologie. Néanmoins, cette question est ici importante, voire même fondamentale. Les sources principales des théories des troubles psychiques peuvent se repérer à partir de leur évolution chronologique. Le paysage de la psychopathologie s'est considérablement modifié au gré des évolutions théoriques et méthodologiques propres à cette discipline mais également en fonction des facteurs sociaux, culturels... la diversification des approches est en relation avec l'apparition de nouvelles écoles dans le champ de la psychologie.

Serban Ionescu (2015) ⁷ recense quinze approches de la psychopathologie qu'il étudie selon l'ordre alphabétique : 1- psychopathologie athéorique 2- psychopathologie behavioriste 3- psychopathologie biologique 4- psychopathologie cognitiviste 5- psychopathologie développementale 6- psychopathologie écosystémique 7- ethnopsychopathologie 8- psychopathologie éthologique 9- psychopathologie existentielle 10- psychopathologie expérimentale 11- psychopathologie phénoménologique 12- psychopathologie psychanalytique 13- psychopathologie sociale 14- psychopathologie structuraliste 15- psychopathologie intégrative-holistique.

2- La problématique de l'hétérogénéité dans le champ de la psychopathologie

La science choisit donc souvent de démembrer les phénomènes complexes afin de mieux saisir les mécanismes qui les gouvernent. La multiplication des approches reflète la complexité des phénomènes psychopathologiques qui, pour être compris, nécessitent des éclairages différents. Cette multiplication permet également de mieux cerner les facteurs étiologiques et les mécanismes sous-jacents aux troubles mentaux. Elle améliore notre compréhension des manifestations psychopathologiques et de leur modification dans le temps. Elle permet, aussi, d'envisager les effets des troubles mentaux sur le fonctionnement socioprofessionnel du patient et sur la vie des personnes qui se trouvent dans son environnement. La multiplication des approches nous amène, enfin, à accorder au patient une place plus importante qu'auparavant. Ceci devient possible en tenant compte, d'une part, de la manière dont il vit ses troubles et, d'autre part, de la perception qu'ont de lui, non seulement les soignants mais, aussi, les membres de la société et, plus particulièrement, les personnes qui vivent dans son entourage. L'absence de consensus concernant les théories peut être vue comme une faiblesse. Toutefois, une théorie ne peut pas rendre compte du « tout » d'un sujet singulier. La présence de plusieurs théories témoigne d'un défaut de scientificité (le savoir unitaire). Cela oblige à tenir compte de la très grande complexité de l'activité psychique de l'homme et à ne plus se contenter d'explications étiologiques de la maladie mentale reposant sur des causalités simplement linéaires. Dans un système particulièrement complexe d'interactions, la causalité est forcément multifactorielle. En conclusion, Les modèles théoriques des troubles psychiques permettent d'éclairer le fonctionnement psychologique normal ou pathologique. La psychopathologie comme discipline a recours à des approches théoriques et méthodologiques multiples lorsqu'elle cherche à décrire les troubles psychiques, leurs mécanismes et leur origine. La complexité du psychisme et la variété des facteurs impliqués dans les conduites humaines justifieraient cette diversité.

3- Regroupement et catégorisation des théories en psychopathologie

Ionescu (2015) ⁸ estime que les approches théoriques peuvent être comparées en fonction de différents critères :

- Etiologie ;
- Diagnostic ;
- Continuité ou discontinuité entre le normal et le pathologique ;
- Vision concernant la personne.

Une telle analyse permet de mettre en évidence des différences mais, aussi, des ressemblances sur la base desquelles des regroupements d'approches sont possibles. Par exemple : L'approche psychanalytique, behavioriste ou cognitiviste font état d'une étiologie psychogénétique. Evidemment, les mécanismes en jeu sont différents :

intrapyschiques et inconscients pour la psychanalyse, liés à l'apprentissage pour le behaviorisme, basés sur le processus de traitement de l'information pour les cognitivistes.

4- Bref rappel du point de vue des principaux modèles théoriques des troubles psychiques

Il s'agit de présenter brièvement l'explication proposée par les différentes approches psychopathologique, chose qui permettra ensuite de plaider en faveur d'une approche intégrative des troubles mentaux. Il est également à noter que c'est l'ordre alphabétique qui est retenu pour présenter les modèles en question.

1- Le modèle athéorique :

L'idée de créer une psychopathologie où la description des troubles serait athéorique est apparue, aux Etats-Unis, lors des débats et travaux qui conduiront à l'élaboration de la deuxième et ensuite, de la troisième du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, connu sous le nom du DSM. Publiée en 1952, la première édition du DSM (DSM I) a été fortement influencée par le point de vue psychobiologique d'Adolf Meyer qui concevait les troubles mentaux comme des réactions de la personnalité à des facteurs psychologiques, sociaux et biologiques. Seize ans plus tard, lors de la parution du DSM II, on constate, d'une part, que le terme réaction est abandonné et, d'autre part, que, dans l'ensemble, on se sert de termes qui ne présupposent pas de cadre théorique particulier pour la compréhension des troubles mentaux non organiques. Publiée en 1980, la troisième édition du DSM a introduit un nombre important d'innovations : le système multiaxial, les critères diagnostiques explicites et une approche descriptive qui tentait d'être neutre en ce qui concerne les théories étiologiques. Le travail de révision du DSM IV a conduit à la publication, en 2000, du DSM IV. La dernière édition en mai 2013 ⁹.

Par conséquent, l'approche athéorique utilisée vise à pallier les limites de nos connaissances concernant l'étiologie des troubles mentaux. Le principe fondamental en est l'absence de référence de toute conception théorique non démontrée concernant l'étiologie ou la pathogénie. L'adoption d'une position athéorique quant à l'étiologie fait qu'au lieu d'indiquer comment sont apparus les troubles mentaux, les auteurs du DSM tentaient, dans la grande majorité des cas, de décrire ce que sont les manifestations de ces troubles. Cette approche consiste donc à définir les troubles en décrivant les caractéristiques cliniques de ceux-ci, elle est alors qualifiée de descriptive. Elle est également utilisée pour regrouper, en classes diagnostiques, les troubles pour lesquels l'étiologie et la physiopathologie ne sont pas connues. Les catégories diagnostiques sont définies par des constellations de symptômes, donc par des syndromes ¹⁰.

2- Le modèle behavioriste :

Le behaviorisme est lié au nom de John Broadus Watson (1878-1958) qui a été à l'origine de la révolution behavioriste. Le projet de Watson préconise une rupture radicale avec toute la psychologie antérieure : dans un article retentissant publié en 1913 dans la *Psychological Review*, il définit la psychologie comme « une science naturelle purement objective » dont « le but est la prédiction et le contrôle du comportement » ¹¹. Le behaviorisme apparaît en réaction à la psychologie introspectionniste et spiritualiste (sans référence à la conscience) ¹². Le terme « comportement » est repris comme traduction française du terme anglais « behaviour », il se fixe scientifiquement en psychologie au début du XX^e siècle : soit l'ensemble des réactions objectivement observables ¹³. Les recherches de Watson se rattachent à trois sources principales : la psychologie fonctionnelle de Dewey, la théorie de Pavlov et la psychologie animale ¹⁴. Selon Watson, les références à l'introspection ou à la conscience ne servent à rien en psychologie. Le behavioriste analyse le comportement humain dans toutes ses manifestations, et se propose de rechercher comment modifier le comportement par l'éducation : tout n'est qu'apprentissage. Et pour devenir une branche objective de la science, la psychologie doit prendre pour objet le comportement. Le comportement peut être décrit à l'aide des notions de stimulus et de réponse : tout comportement est la réponse à un excitant appelé stimulus. La pensée elle-même est une partie du comportement ¹⁵. Pavlov, au

début du XXe siècle, découvre le conditionnement. Dans les années 1930, à la suite d'expériences chez la souris, le psychologue américain Skinner développe le concept de conditionnement opérant. Dans les années 1960, les théories comportementales se complexifient avec la description par Bandura, psychologue canadien, de l'apprentissage social¹⁶. Ainsi, l'approche comportementale adopte donc une méthodologie issue du raisonnement expérimental. Elle propose ainsi une explication des conduites humaines tant normales que pathologiques, basée sur les théories de l'apprentissage (conditionnement classique, conditionnement opérant et apprentissage social).

Pour le comportementaliste, le sujet humain se caractérise par ses comportements. Un comportement est un enchaînement ordonné d'actions destinées à adapter l'individu à une situation telle qu'il la perçoit et l'interprète. Il est le résultat d'apprentissages et a pour objet l'adaptation de l'individu à son environnement. Les réponses comportementales réflexes se construisent dans les premières années de vie de l'enfant, en fonction des appuis et des modèles dont il dispose autour de lui. Il apprend à réagir à des stimuli et mémorise des réponses qu'il utilisera plus tard lorsqu'il rencontrera des situations entrant en résonance avec ses expériences primaires. Ce sont donc des réponses acquises dans l'enfance qui vont servir de socle aux comportements de l'adulte. La notion de conditionnement est donc très prégnante dans ce modèle. Le conditionnement est le mécanisme par lequel le comportement (une réponse) se met en place de manière automatique suite à la perception d'un stimulus. On parle de conditionnement opérant lorsqu'un comportement évolue en fonction des conséquences¹⁷.

Le conditionnement classique, découvert par Pavlov, montre qu'un organisme peut présenter une réaction physiologique ou émotionnelle automatique à un stimulus neutre si celui-ci a été associé à un autre stimulus dit spécifique (manière répétée). Le stimulus initialement neutre s'est transformé en stimulus conditionné. Pour le conditionnement opérant : À partir d'expériences chez la souris, Skinner démontre que certains comportements sont modifiés en fréquence et en intensité s'ils donnent lieu à des conséquences positives ou négatives. Le renforcement positif est l'augmentation de la réalisation d'un comportement s'il augmente la probabilité de conséquences agréables. Le renforcement négatif est l'augmentation d'un comportement s'il permet la diminution de la probabilité de conséquences désagréables. L'aversion est la diminution d'un comportement pour réduire le risque d'une conséquence négative. Quant à l'apprentissage social : Décrit par Bandura, l'apprentissage social intègre et complexifie le modèle du conditionnement opérant de Skinner. Dans cet apprentissage social, l'apprentissage par imitation, dit vicariant, tient une place importante. Le sujet sélectionne des comportements par l'intermédiaire de l'observation de modèles réels ou imaginaires¹⁸. Ces notions de conditionnement classique et opérant vont servir de support théorique au développement des premières thérapies comportementales¹⁹. Nous apprenons en continu par observation, imitation, acquisition. Cependant cet apprentissage suppose une capacité d'adaptation, dont les normes répondent à celles de la société et/ou de la culture. Elle résulte d'une interaction de l'organisme avec son environnement²⁰. En tout cas, il est clair que la représentation de l'homme est ici purement mécanique : l'homme est composé de pièces comme un moteur²¹.

Il arrive, cependant, qu'une réponse comportementale soit apprise dans des conditions défavorables et que sa généralisation se révèle par la suite problématique dans la vie d'une personne. Pour les behavioristes, les troubles psychiques sont considérés comme des ensembles de comportements devenus inadaptés. Les conditions de l'apprentissage du comportement ayant disparu, le maintien de ce dernier peut devenir trop coûteux et aberrant. La personne malade est incapable d'entrer dans un comportement opérant. Les comportements pathologiques sont donc ceux qui ont un coût sans commune mesure avec le résultat obtenu et entraînent souffrance et inadaptation²².

Les behavioristes vont s'intéresser aux maladies mentales, que l'on a tort selon eux de nommer ainsi, car on devrait parler plutôt de maladies du comportement, que l'on peut traiter par le déconditionnement. Car les maladies dites mentales ne sont que le résultat d'un certain type de conditionnement ou d'inadaptation au milieu²³. Les états pathologiques sont le résultat d'un apprentissage inadéquat et c'est l'environnement

dans lequel évolue l'individu qui le conditionne à développer des comportements réflexes en inadéquation avec la situation qu'il vit. Ainsi, les behavioristes ont élaboré une théorie de la maladie mentale conforme à leur conception de l'individu, en vertu de laquelle, par exemple, une névrose n'est rien d'autre qu'une somme de comportements désadaptés : le symptôme n'est pas le signe d'un trouble latent, il est la maladie, de même que le comportement n'est pas le signe ou l'expression de structures cognitives ou affectives inobservables : une personne n'est rien de plus qu'un répertoire de comportement²⁴.

Les troubles psychopathologiques correspondent alors à des comportements pathologiques, déviants, inadaptés, incorrects, inadéquats ou indésirables (lacunes comportementales et comportements incorrects) (ce comportement sera le comportement-cible/ symptôme cible de la thérapie comportementale qui visera à corriger, faire disparaître ou remplacer ce comportement par un autre). Cette approche postule que ce sont déroulés, dans le passé du sujet, des conditionnements inadéquats. Le comportement n'est pas conçu comme le signe d'un état sous-jacent, mais comme le trouble à part entière. Pour eux, on peut donc dire qu'un trouble psychique est surtout un trouble du comportement. (Causalité comportementale). Selon ce modèle, les comportements anormaux résultent d'un apprentissage. Ces comportements pathologiques sont acquis à partir de conditionnements, d'observations, d'imitations et de renforcements.

Dans l'optique behavioriste, les comportements problématiques rencontrés chez les psychotiques obéissent aux lois de l'apprentissage et ne se distinguent des autres comportements que par un jugement de valeur concernant leur relation avec l'environnement du patient. En raison de tel jugement, les comportements respectifs sont qualifiés d'« inadaptés », d'« inapproprié », d'« inadéquats », de « dommageables ». Le psychologue behavioriste cherche les raisons du comportement actuel d'un patient dans l'histoire des renforcements reçus par ce dernier. Le symptôme dans le modèle behavioriste : Le symptôme est un vice de conditionnement (excessif, fait défaut). Pour les behavioristes, le symptôme est simplement un comportement inadéquat qui doit disparaître par la mise en œuvre d'une technique de conditionnement appropriée. L'approche behavioriste rejette les causes internes et l'accent est placé sur l'environnement. Les symptômes sont alors considérés comme des réponses conditionnées inadaptées résultant d'un apprentissage inadéquat et déterminées notamment par le milieu. (Déterminisme extérieur du comportement : l'environnement).

La position initiale des behavioristes qui voulaient réduire le fait psychologique au couple stimulus-réponse est aujourd'hui dépassée. De nouvelles doctrines, néobehavioristes lui ont succédé mais conservent les idées de base de la théorie de Watson : L'objectivité et l'importance du milieu. Le néo behaviorisme désigne une forme de behaviorisme qui dépasse le schéma simpliste stimulus-réponse du behaviorisme classique. Ces néo behavioristes soutiennent volontiers que les comportements humains sont sous l'influence des facteurs environnementaux tout en faisant référence aux processus internes à l'individu (pensée, affect, motivation, sentiments). Cela annonce les modèles cognitifs en psychologie. C'est donc en partie face et à partir du behaviorisme que va naître la psychologie cognitive. S'il fallait définir l'approche comportementale, nous dirons que quelle que soit la diversité des courants qui l'anime aujourd'hui, elle trouve son unité dans l'adoption de la méthodologie issue du raisonnement expérimental. Le comportementalisme méthodologique remplace progressivement le comportementalisme radical et prépare la voie au cognitivisme basé sur le paradigme du traitement de l'information²⁵. Le behaviorisme a dominé ainsi la psychologie américaine jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale. Dans les années 1950, s'est développé un mouvement qui s'est élevé contre les excès du behaviorisme : la psychologie cognitive²⁶.

3- Le modèle cognitif :

L'expression « sciences cognitives » a souvent été employée à propos de la psychologie cognitive, qui fait partie d'un large mouvement incluant les domaines linguistiques, anthropologique, informatique ou philosophique.

L'histoire du cognitivisme en psychologie est liée aux travaux des anglo-saxons George Miller, Jerome Bruner, Galanter et Pribram. En 1960, Miller, Galanter et Pribram publient un ouvrage intitulé *Plans and the structure of Behavior*, sorte de manifeste contre le courant behavioriste. Le behaviorisme avait fait l'impasse sur ce qui se passe entre le stimulus et la réponse, c'est-à-dire sur ce qui intervient dans la « boîte noire » ; la psychologie cognitive s'intéresse au contraire à l'esprit, et tout particulièrement à la cognition. Le cognitivisme affirme l'existence d'un domaine d'études propre à l'esprit : celui-ci ne peut être réduit ni à des mécanismes neurologiques ni à des données sociales ou culturelles. Se désintéressant des problèmes de comportement et d'apprentissage chers au behaviorisme, le cognitivisme se tourne vers l'étude du langage et de la mémoire²⁷. Ainsi, Les théories cognitives se sont développées dans les années 1960, notamment sous l'impulsion de Beck et d'Ellis²⁸.

Le courant cognitiviste a fait des emprunts à plusieurs disciplines ou domaines, la linguistique, la cybernétique, la théorie mathématique des communications, l'intelligence artificielle, les neurosciences. Ainsi, à l'intérieur du champ de la psychologie cognitive les orientations théoriques sont diverses ; les psychologues cognitivistes adhèrent néanmoins à un certain nombre de points de vue communs :

- Possibilité et légitimité d'étudier les états et processus internes d'élaboration et d'organisation des comportements observables.
- Les processus cognitifs peuvent être analysés en eux-mêmes et pour eux-mêmes, indépendamment des autres composantes de la personnalité²⁹.

Le modèle de l'ordinateur représente la métaphore principale du domaine cognitiviste. L'idée que notre esprit fonctionne comme un ordinateur, qu'il est un processus de traitement de l'information est une idée tout à fait centrale³⁰.

L'idée de base est que, au cours de notre existence, se sont constitués des « schémas cognitifs » (croyances, attitudes, valeurs) à travers lesquels nous appréhendons le monde et les diverses situations que nous y rencontrons. Ces schémas cognitifs qui échappent à notre conscience peuvent entraîner des distorsions dans notre façon de percevoir les autres, de nous percevoir, dans nos expériences de la vie³¹.

L'hypothèse de base est que certains des affects (anxieux, dépressifs) sont créés ou majorés par une attitude non réaliste du sujet ou par une distorsion perceptive des informations reçues, et qu'ils sont accentués par un monologue intérieur inadéquat. Le déprimé a une version erronée et pessimiste de lui-même, du monde et de l'avenir. Il s'agit donc d'un dysfonctionnement cognitif³². Ainsi, Une des hypothèses centrales les sous-tendant est que les hommes seraient plus affectés par l'interprétation qu'ils ont des événements que par les événements eux-mêmes. Les patients anxieux ou déprimés présenteraient des mécanismes inconscients et automatiques, appelés schémas ou croyances, qui traiteraient les informations de façon erronée donnant lieu à des pensées automatiques négatives. Ces interprétations « biaisées » seraient influencées par des schémas profonds et rigides, ancrés dans la personnalité du sujet³³.

Dans ce cadre, la psychopathologie cognitive se propose d'identifier les dysfonctionnements cognitifs spécifiques d'un trouble mental et de les articuler de manière explicative, d'une part à notre connaissance clinique, et de l'autre à notre savoir concernant les processus cérébraux³⁴. Ce modèle postule que les perturbations psychopathologiques ont, à leur base, des altérations du traitement de l'information en relation avec des schémas cognitifs, automatiques, inconscients et spécifiques à chaque trouble³⁵.

Le modèle cognitif actuel des troubles psychopathologiques peut se résumer en dix propositions

- Les schémas représentent des interprétations personnelles et automatiques de la réalité : ils traitent donc l'information de manière inconsciente.
- Ils influent sur les stratégies individuelles d'adaptation.
- Ils se manifestent par des distorsions cognitives et des biais spécifiques à chacun des grands types psychopathologiques. En clair, ce sont des préjugés ou des « attitudes dysfonctionnelles ».
- Ces schémas peuvent être à la base de la personnalité et en particulier les schémas précocement acquis. Ils se traduisent par une vulnérabilité cognitive individuelle.

- Chaque trouble psychopathologique résulte d'interprétations inadaptées concernant soi-même, l'environnement actuel, et le futur. Par exemple, les schémas d'interprétation négative des événements dans la dépression, les schémas de danger dans les phobies et les attaques de panique, les schémas de surresponsabilité dans le trouble obsessionnel compulsif.
- Ces schémas se traduisent par une attention sélective vis-à-vis des événements qui les confirment : ils représentent donc une prédiction qui se réalise.
- Les schémas pathologiques sont des structures mentales sélectionnées par un environnement et devenues inadaptées à un autre environnement. Ils peuvent avoir présenté une valeur de survie dans l'histoire de l'individu ou bien celle de l'espèce dont ils représentent un vestige, qui a survécu à son utilité pratique.
- Ils correspondent à des réseaux de neurones, gérant à la fois les émotions, les croyances, et les comportements.
- L'activation des émotions, et des pensées automatiques qui leur sont associées, permet d'accéder au schéma. On entend par pensée automatique une image, ou une pensée, dont le sujet n'est pas conscient, à moins de se focaliser sur elle. Lorsque le sujet, au cours d'une séance de thérapie, ressent une forte émotion, le thérapeute lui demande quelle est la pensée ou l'image qui lui vient à l'esprit. Cette mise au jour de constellations de pensées automatiques permettra progressivement de comprendre et d'évaluer les schémas et leur thématique³⁶.

Ainsi, les états pathologiques apparaissent quand il y a une trop grande distorsion entre les schémas de pensée développés par une personne et la réalité. En effet, quand des schémas de pensée deviennent trop rigides, la souffrance apparaît. Dès lors, les problèmes psychologiques découleraient d'une perception déformée de la réalité des situations, d'une défaillance du raisonnement ou d'une aptitude médiocre à résoudre les difficultés. Donc, les pathologies psychiques s'expliqueraient par une distorsion des schémas cognitifs et ceux-ci sont la cible des thérapies cognitives.

4- Le modèle humaniste :

Dans les années soixante, un groupe de psychologues a utilisé l'expression troisième force pour marquer sa dissidence avec les modèles psychanalytique et behavioriste. Naissait ainsi la psychologie humaniste (ou mouvement du potentiel humain) qui ramène l'expérience consciente dans le champ de l'investigation scientifique et qui introduit le postulat de l'autodétermination. La voie de l'approche humaniste a été ouverte par Carl Rogers, créateur de la psychothérapie non directive. En effet, le concept clé de la théorie rogorienne est la « non directivité » qui part du principe qu'un patient ne peut être aidé que si le thérapeute centre son écoute sur l'expérience du patient. Cependant, le courant de la psychologie humaniste n'est pas homogène et il se nourrit de nombreuses tendances qui ont, des caractéristiques communes :

- La première est une certaine philosophie, une certaine conception de l'homme qui s'exprime par les notions de respect de la personne, de responsabilité, de liberté, d'authenticité, de croissance, d'expérience, de rencontre.
- Révoquer une opposition trop marquée entre la santé et la maladie.
- De permettre à chacun de développer et d'épanouir ses potentialités
- D'être orientées vers « l'ici et maintenant »
- D'utiliser fréquemment des techniques de groupe
- De mettre l'accent sur l'expression émotionnelle et la communication non verbale
- De faire une place importante à l'approche corporelle³⁷.

Les troubles psychiques résultent d'un désaccord fondamental entre ce qu'une personne vit, pense et ressent de façon spontanée et les normes qu'elle impose afin d'être considérée par son entourage. L'être humain contient en lui des potentialités permettant une croissance saine et créatrice. Il possède une tendance innée à actualiser ces potentialités et à les développer. Cependant, pour qu'il puisse croître de façon pleine, son environnement doit répondre à ses besoins. Un contexte social de relations

positives et acceptantes, c'est-à-dire dépourvues de menaces vis-à-vis de lui et de l'image qu'il se fait de lui-même (estime de soi), lui est nécessaire. Si l'environnement dans lequel vit la personne ne répond pas de manière adéquate à ses besoins de considération personnelle, il perd alors sa liberté expérientielle et se coupe peu à peu de ce qu'il vit, pense et ressent de façon spontanée. C'est ce désaccord intérieur fondamental, c'est-à-dire le fait qu'il devienne peu à peu comme étranger à lui-même, qui signe l'état pathologique. Dès lors, le modèle humaniste développe l'idée que les événements de l'existence (agressivité, indifférence, conditions de vie) tout comme la prégnance de conflits intérieurs peuvent rendre difficile la croissance de l'être humain vers la maturité (voire l'interrompre). D'une manière plus générale, c'est la poussée même de la société qui peut empêcher le développement de l'individu en faisant pression sur lui par ses codes et ses règles souvent implicites³⁸.

5- Le modèle phénoménologique :

Elle tire son inspiration principale de la philosophie allemande. Ce modèle se caractérise en psychopathologie à la fois par une approche globaliste, holistique et une description aussi soignée et systématique que possible de ce que les malades vivent, dans le but d'élucider la signification essentielle de leur expérience vécue³⁹.

Dès lors, l'approche phénoménologique en psychiatrie permet une compréhension psychopathologique héritée de la philosophie phénoménologique, dans le but explicite de rendre compte des fondements de l'expérience clinique.

6- Le modèle psychanalytique :

La psychopathologie est l'étude de la pathologie du psychologique. Quant à la psychanalyse, elle est définie par Freud comme un procédé pour l'investigation de processus mentaux ; une méthode fondée sur cette investigation pour le traitement de désordres névrotiques ; une série de conceptions psychologiques acquises par ce moyen. (Freud, 1922). La psychanalyse est souvent convoquée pour rendre théoriquement compte de l'intrasubjectivité. Avec le courant psychanalytique, nous sommes dans les théories intrinsèques. L'apport de Sigmund Freud a été déterminant, et le succès et les développements de la psychanalyse représentent sans doute l'un des phénomènes les plus remarquables de l'histoire des idées au XX^e siècle⁴⁰.

D'un point sociétal, la psychanalyse a permis d'avancer dans la compréhension du fonctionnement psychique de l'homme normal. Cela fait d'elle un modèle de référence. Pour la psychanalyse, c'est dans son histoire (en particulier dans son histoire précoce), que l'individu structure sa personnalité et qu'il construit sa capacité à gérer ses tensions internes ainsi que son rapport au monde. C'est également dans celle-ci que vont se constituer les différentes pathologies⁴¹. Ainsi, le projet de Freud ne se limite pas à l'interprétation des manifestations psychopathologiques, il s'étend à la connaissance du fonctionnement et de la genèse de la vie psychique normale⁴². La psychopathologie psychanalytique décrit et explique la subjectivité, le caractère et les conduites humaines, ainsi que leurs formes pathologiques et débouche sur une pratique thérapeutique⁴³. La psychopathologie psychanalytique est définie comme suit « *c'est une connaissance qui décrit et explique les manifestations du psychisme ainsi que leurs formes pathologiques. Elle comporte une pratique, elle possède un objet et une méthode* »⁴⁴.

L'approche psychanalytique revêt, en raison de ses contributions, une importance capitale dans la compréhension des troubles mentaux. D'ailleurs, ses partisans identifient souvent la psychopathologie à la psychanalyse⁴⁵. Dans un récent ouvrage de psychopathologie, publié aux Etats-Unis, Willerman et Cohen (1990) écrivent « qu'aucune présentation de la psychopathologie ne serait complète sans que l'on tienne compte de l'approche psycho-dynamique (terme souvent utilisé pour désigner l'approche psychanalytique)⁴⁶ ».

Issue de l'immense œuvre de Freud et de ses disciples, l'approche psychanalytique apporte quatre contributions majeures à la psychopathologie :

- Le passé personnel et, en particulier, celui de la petite enfance, joue un rôle essentiel dans la genèse des troubles psychopathologiques. Les représentations inconscientes liées à ce passé (pensées, images, souvenirs) exercent une fonction centrale dans la production des symptômes et le sens de ceux-ci renvoie donc à l'inconscient.

- Le rôle de la sexualité est primordial. Par exemple, le matériel étranger au Moi, éliminé de la conscience et s'exprimant donc dans les rêves et en symptômes névrotiques, a toujours des connotations sexuelles.
- Les expériences individuelles (situations, événements, traumatismes, facteurs familiaux et sociaux) jouent un rôle très important. La signification et la portée de ces expériences dépendent du stade de développement auquel elles surviennent.
- La maladie mentale est conçue dans une perspective fonctionnelle : elle constitue une tentative d'ajustement, de résolution des problèmes qui n'ont pu être résolus d'une autre manière, plus satisfaisante. Tout trouble (bien qu'objectivement inefficace et subjectivement pénible) constitue une forme d'ordre. L'impression de relativité de la frontière entre normal et pathologique que donnent ces assertions est accentuée par le fait que le conflit, qui n'est pas considéré en lui-même comme pathologique, représente un facteur commun à la santé et à la maladie.

En psychiatrie comme en psychologie clinique, le patient ne se réduit pas à ses symptômes ni à sa maladie qui ne peuvent pas être compris dans leur seule dimension négative et « handicapante » : ils ont un sens au regard de l'histoire du sujet relevant des diverses formes pathologiques de conflits, de traumatismes, de blessures psychiques. La reconnaissance d'un sens, certes au départ énigmatique, est la condition de toute prise en charge psychothérapeutique. C'est ce que nous enseigne la psychanalyse⁴⁷.

La théorie de Freud a donné aux symptômes psychiatriques un statut particulier en montrant qu'ils avaient un sens dans l'organisation du psychisme. Le symptôme névrotique constitue un compromis entre deux mouvements contradictoires. Le premier est un désir inconscient, le second s'oppose à la réalisation de ce désir, ce qui revient à dire que le symptôme névrotique est la résultante consciente d'un conflit intrapsychique inconscient⁴⁸.

La métapsychologie freudienne et post freudienne propose un éclairage des syndromes psychiatriques. L'approche psychanalytique offre les moyens de comprendre ce qu'aucun scanner ni aucune statistique ne peuvent montrer, à savoir les dynamiques, les conflits et les déchirures psychiques sous-jacents à l'expression des troubles psychiques. Elle permet de comprendre le fonctionnement psychique en tentant de cerner les déterminismes inconscients de la symptomatologie⁴⁹.

Dans l'approche freudienne, le symptôme est l'expression symbolique d'un conflit psychique et d'un compromis entre la pulsion et la défense. En formant un compromis entre les désirs et les interdits, le symptôme permet la satisfaction du désir sans éveiller la censure, tout en satisfaisant les exigences défensives⁵⁰.

Le symptôme tient donc une place particulière dans la théorie psychanalytique, dans la mesure où Freud le situe comme le résultat d'une élaboration psychique. Le symptôme fait donc ici l'objet d'une interprétation⁵¹.

Effacer la psychopathologie psychanalytique pour comprendre le sens du symptôme est dès lors d'une réelle gravité puisqu'on ôte, pour le clinicien, toute possibilité de reconstruire les scénarios possibles des processus morbides sous-jacents aux symptômes et donc de traiter ceux-ci en tenant compte de la personnalité et de l'histoire du patient⁵².

Approche théorique psychanalytique de la névrose : La névrose est un trouble mental qui ne comporte pas d'étiologie organique démontrable. Elle est ressentie comme un trouble et entraîne une souffrance psychique dont le sujet a conscience. Elle ne perturbe pas ou peu le rapport du sujet à la réalité-à la différence de la psychose. La névrose relève de conflits refoulés dans lesquels les fantasmes inconscients, la sexualité infantile, les traumatismes, les fixations-régressions jouent un rôle majeur dans l'expressivité des symptômes. Autrement dit, le névrosé reste attaché à certaines phases de son développement psychoaffectif, phases au cours desquelles il a reçu des satisfactions excessives ou subi des frustrations cumulatives ou encore subi des traumatismes d'ordre divers. Il faut comprendre que l'aspect clinique de l'organisation et de la symptomatologie névrotique dépend du stade auquel s'est produite la fixation⁵³.

Approche théorique psychanalytique de la psychose : D'un point de vue freudien, les premières altérations significatives de la personnalité, dans la psychose, se situent très tôt dans le développement de l'individu : dès le stade oral⁵⁴. La psychose est conçue comme une fixation précoce du développement à un stade d'indifférenciation Moi-objet. La psychose s'exprime cliniquement par des altérations majeures de la perception de la réalité et du contrôle de soi⁵⁵.

Approche théorique psychanalytique des états-limites : Selon Bergeret, l'état-limite n'est pas une structure. L'hypothèse pathogénique stipule l'existence d'un traumatisme affectif qui s'est réellement produit précocement⁵⁶. Ce traumatisme jouera en quelque sorte le rôle de « *premier désorganisateur* » de l'évolution psychique du sujet. Il arrêtera sur-le-champ l'évolution libidinale, pourtant commencée dans des conditions normales⁵⁷. Selon Bergeret, le patient limite a subi, enfant, un traumatisme réel dont les effets ont été désorganisant. Le sujet limite ayant dépassé le danger de morcellement mais le moi n'a pu accéder au niveau du conflit névrotique⁵⁸.

En somme, la théorie freudienne repose sur quatre postulats fondamentaux :

- La sexualité, tant infantile qu'adulte, est de première importance pour comprendre l'humain.
- Le symptôme du patient est une tentative, échouée, d'auto-guérison.
- L'histoire du patient, son expérience subjective et notamment son enfance sont des éléments clés pour décrypter ses problèmes actuels.
- L'inconscient peut être révélé à travers les rêves, les lapsus, les actes manqués et les symptômes⁵⁹.

7- Le modèle systémique :

Depuis les années 1950, un ensemble de cliniciens élabore un modèle original et novateur par rapport aux démarches classiques : l'approche systémique.

Le mouvement systémique, dans ses applications en pathologie psychiatrique, s'est structuré autour de plusieurs idées fortes. La famille est considérée comme un système où chaque changement est lu et compris selon un modèle relationnel. La conception du symptôme ne se limite plus à des troubles intrapsychiques. Le patient « désigné » ou « identifié » exprime pour lui-même et les autres membres de la famille des difficultés liées à la croissance et l'évolution du système⁶⁰.

Ainsi, le modèle écosystémique est issu partiellement du courant psychodynamique, mais ses principales références théoriques proviennent d'autres disciplines, étrangères à la psychanalyse et même à la médecine dans son ensemble : notamment l'écologie, la théorie des systèmes, la cybernétique et la théorie des communications. Ce modèle considère l'individu dans son réseau interactionnel naturel, c'est-à-dire dans son environnement immédiatement significatif (le contexte familial) mais aussi dans d'autres contextes (socioculturel, religieux, économique, ethnique, politique, etc.). Le rôle de l'environnement n'est pas considéré de façon univoque et linéaire, mais selon une dynamique circulaire, qui tient compte des influences réciproques entre le sujet et son contexte. Ces interactions sont décodables dans les communications verbales, paraverbales et non verbales. Elles se caractérisent par le phénomène de *feedback* (« rétroaction »), qui joue un rôle essentiel dans le maintien de l'équilibre (respect des règles en vigueur dans le milieu environnant) ou dans la transition vers un nouvel équilibre (modification et adaptation des règles). Dans cette optique, les troubles mentaux du sujet sont considérés dans leurs connexions aux comportements et aux attentes des autres membres du contexte dans lequel il évolue. Le contexte le plus significatif, le plus puissant, le plus déterminant semble être la famille. Ainsi, pour comprendre et traiter le sujet symptomatique, le thérapeute d'orientation écosystémique ne se bornera pas à agir sur lui, mais s'efforcera d'influencer son contexte, notamment la famille d'origine et la famille nucléaire. Le moyen le plus élaboré en ce domaine est de nos jours la *thérapie de famille*, qui connaît — cinquante ans après sa fondation — un certain nombre de variantes conceptuelles et techniques, dont l'usage se répand de plus en plus en psychiatrie⁶¹.

En résumé, selon ce modèle, c'est le dysfonctionnement du système familial qui est la cause de l'évolution pathologique de l'un de ses membres. Une pathologie émergeant chez l'un des membres de la famille est révélatrice d'un système relationnel dysfonctionnel. Pour le systémicien, souffrance et symptôme sont à comprendre comme des modalités d'expression de l'aberration des relations au sein de la famille.

Cette approche systémique propose une compréhension du phénomène pathologique en le situant à l'intérieur du système et donc d'un ensemble de communication.

5- Plaidoyer pour un abord intégratif en psychopathologie

On entend dans ce présent article par l'abord intégratif, l'approche selon laquelle le psychologue emprunte les meilleurs éléments de chaque perspective en fonction du trouble étudié. Ainsi, les dizaines de théories solides, on ne les voit plus aujourd'hui comme adversaires mais complémentaires, d'où la possibilité d'intégrer des savoirs hétérogènes et de réconcilier les tenants de différentes obédiences théoriques.

En effet, le débat majeur dans le champ de la psychopathologie entre les représentants de l'organogenèse, de la sociogenèse et de la psychogenèse est aujourd'hui dépassé. On assiste depuis à la naissance d'un modèle visant l'intégration des différents modèles explicatifs et présente une causalité plurifactorielle.

L'approche intégrative permet de mettre en perspective les différentes approches du fait pathologique. Il s'agit donc d'un modèle multiréférentiel, complexe et polyétiologique. Au cours des dernières décennies du XXe siècle, les psychiatres ont balancé dans ces trois champs entre le « tout social », le « tout biologique » et le « tout psychologique ». Ceci témoigne, à mon sens, non de leur indécision mais de la complexité et de la richesse de notre discipline⁶². Le débat majeur dans le champ de la psychopathologie entre les représentants de l'organogenèse, de la sociogenèse et de la psychogenèse est aujourd'hui dépassé. Aucune de ces approches ne constitue une théorie explicative susceptible de rendre compte de la totalité des phénomènes qu'elles étudient. Sur le constat de ces limites s'est imposé un autre modèle, aujourd'hui dominant dans le champ de la psychopathologie, qui vise à l'intégration des différents modèles explicatifs des troubles mentaux et présente une causalité plurifactorielle. Ainsi, de nombreux théoriciens ont abandonné une approche purement organiciste ou psychique au profit d'un abord interactionniste qui privilégie l'influence des facteurs les uns sur les autres et va dans le sens d'une explication dynamique des affections mentales⁶³.

Ainsi, la psychopathologie est caractérisée par des fondements neuro-bio-psycho-socio-psychanalytique, cela vise une meilleure compréhension et intégration de la psychopathologie⁶⁴. Dès lors, il est tout à fait évident qu'une réflexion sur l'approche intégrative se mette en place, en tentant une incorporation des perspectives biologique, psychologique, sociale et culturelle. Ainsi, l'approche intégrative retenue permet de mettre en perspective les différentes approches et de retenir celles qui sont les plus pertinentes pour une pathologie donnée. Alors, en quoi consiste cette approche ? Nous allons nous référer à la conception de Ionescu, pour y répondre. À ce propos, il écrit *« l'approche est désignée comme intégrative parce qu'elle réunit l'ensemble des informations pertinentes apportées par les autres approches de la psychopathologie, informations qui permettent de formuler des réponses (partielles ou complètes) aux questions que soulèvent, pour le chercheur et pour le praticien, les troubles mentaux. Dans ce sens, l'intégration proposée ici a comme objectif de réunir les contributions des différentes approches, contributions obtenues dans des cadres théoriques différents, avec des méthodes spécifiques à ces cadres théoriques, et ne vise pas une fusion des approches pour créer un corpus théorique nouveau ou une méta-approche »*⁶⁵.

Ainsi, le constat est que les théories « partielles » multiples concernant le fonctionnement de l'être humain sur le plan psychique ont des énoncés en partie complémentaires, en particulier si on les regarde comme spécifiques à des *niveaux d'être du sujet* compris comme un système de systèmes en interrelation mais ayant chacun leurs lois propres⁶⁶.

Cependant, même si l'éclectisme, qui a vu le jour dans les années 1950 et 1960, lorsqu'il est devenu évident pour certains qu'aucune perspective n'était en mesure d'expliquer les phénomènes humains ou qu'il était impossible de concevoir une technique thérapeutique nettement supérieure aux autres. Cependant, l'éclectisme « a autant de partisans que d'adversaires. Du côté des partisans, de nombreux psychologues croient qu'un certain nombre de perspectives sont complémentaires et qu'un jour viendra où il n'y aura plus qu'une seule perspective en psychologie. Etant donné que chaque perspective embrasse une partie du réel et non la totalité de ses

phénomènes, certains considèrent qu'il est logique de s'intéresser au champ d'étude des autres perspectives. Du côté des opposants à l'éclectisme, certains pensent qu'il est absurde de chercher à intégrer des perspectives qui divergent sur le plan conceptuel »⁶⁷.

Par conséquent, depuis les années 1990, on assiste à un mouvement de rapprochement et d'intégration dans les pratiques et les recherches en psychothérapie. Ce mouvement reconnaît la complexité de l'individu et de l'acte thérapeutique. L'éclectisme se développe comme tentative de dépassement des modèles théoriques classiques. Inscrit dans une visée empirique, il se définit comme une pratique visant à choisir les concepts, méthodes et stratégies les plus efficaces à partir d'une variété de théories et de systèmes thérapeutiques. L'approche intégrative renonce à l'hégémonie d'un système de pensée unique qui prétendrait ramener chaque situation existentielle à un seul modèle de compréhension. Il s'agit de passer à des pratiques qui permettent d'intégrer des modes explicatifs contraires, qui peuvent s'opposer sans s'exclure. En psychothérapie, cela ouvre sur une multiplicité horizontale et verticale dans la recherche de sens concernant les souffrances et les impasses vécues par une personne. Horizontale car les processus peuvent s'interroger dans « l'ici et maintenant de la situation », verticale car cet « ici et maintenant » peut être en partie influencé par des processus du passé⁶⁸.

Par ailleurs, on constate qu'il n'y a pas une conception de ce qu'est une approche globale, mais au moins cinq :

- Synthèse de multiples composantes (cognition, émotions, comportement, etc.) ;
- Synthèse de multiples niveaux (surtout les niveaux micro, meso et macro) ;
- Synthèse de théories déjà existantes (démarche particulièrement présente en Psychothérapie) ;
- Approche globale d'un thème particulier (par exemple le leadership) ;
- Théorie spécifique perçue comme ayant une valeur globale et universelle⁶⁹.

Nous allons à présent passer à la présentation de certains exemples concrets autour de l'apport de l'approche intégrative en psychopathologie :

- **Le cas Julie**⁷⁰ :

Julie, une jeune fille de 16 ans, avait été envoyée à un centre clinique de traitement de l'anxiété, suite à des évanouissements de plus en plus fréquents. Deux ans auparavant, lors de son premier cours de biologie, son professeur avait projeté un film décrivant la dissection d'une grenouille.

Julie souffre d'une phobie du sous type sang-injection-accident. Nous allons examiner ce qui pourrait avoir engendré la phobie de Julie dans une perspective multidimensionnelle.

Les influences psycho-dynamiques : Comme Freud, l'a compris, il y a de nombreuses années, l'anxiété est complexe et mystérieuse. Selon une hypothèse psycho-dynamique, L'angoisse névrotique proprement dite n'a pas une cause immédiate, mais est liée à des conflits infantiles. Elle est due au refoulement d'une représentation intolérable et ce refoulement est double. Il est en effet différent pour la représentation et pour l'affect qui lui est lié. La représentation elle-même, repoussée dans l'inconscient, disparaît de la conscience alors que l'énergie qui lui était liée est transformée en angoisse (certaines formes d'anxiété sont liées à des conflits inconscients). Le modèle psychanalytique de la névrose repose sur le concept d'une fixation à un stade de développement archaïque, fixation secondaire à un traumatisme psychique. Toute la sémiologie de la névrose va être le reflet de ce conflit entre ces désirs inconscients et l'effort du refoulement pour les maîtriser, entre pulsion et défense, conflit jamais liquidé, nécessitant la répétition des efforts de maîtrise. Ainsi les symptômes sont-ils des compromis entre les deux forces en jeu. Ils témoignent de la domination du surmoi et en même temps de la persistance du processus archaïque qui maintient sa pression.

Les influences comportementales : De prime abord, la cause de la phobie de Julie pourrait sembler évidente. Elle a vu un film d'animation, montrant des images de sang et de blessures et a eu une mauvaise réaction. Il s'agissait d'une réaction inconditionnelle qui devint associée à des situations similaires aux scènes de film. Cependant, la réaction devint si importante que Julie ressentait des nausées dès qu'elle

entendait quelqu'un prononçait le mot « découper ». La phobie de Julie est-elle un simple conditionnement classique ? cela pourrait être le cas, si ce n'est qu'une question se pose : pourquoi alors les autres élèves de sa classe n'ont-ils pas développé la même phobie ? Apparemment, personne d'autre que Julie n'eut, ne serait-ce qu'une nausée. Nous savons maintenant que beaucoup plus qu'un simple conditionnement est impliqué dans le développement de la phobie, bien qu'il soit évident qu'un conditionnement et une généralisation du stimulus y contribuent.

Les influences biologiques : Au plan physiologique, Julie était en train de vivre une réaction vasovagale, cause courante d'évanouissement. En voyant le film, elle a ressenti une légère angoisse, comme beaucoup de personne, et a fait l'expérience d'une augmentation associée de son rythme cardiaque et de sa pression sanguine dont elle n'était probablement pas consciente. Son corps a alors pris la direction de ces événements : il a immédiatement compensé ces phénomènes physiques par une diminution de la résistance vasculaire, un abaissement du rythme cardiaque et a fini par faire chuter sa pression sanguine. La quantité de sang atteignant le cerveau a diminué à tel point qu'elle en a perdu conscience. Une cause possible de cette syncope vasovagale est la réaction excessive d'un mécanisme appelé l'arc réflexe barorécepteur sino-aortique qui compense les augmentations brutales de la pression sanguine en l'abaissant. Il est intéressant de noter que la tendance à compenser exagérément est héréditaire. À présent, vous pensez que nous avons découvert les causes de la phobie de Julie et que tout ce qui nous reste à faire c'est de développer un médicament capable de réguler l'arc réflexe barorécepteur. Pourtant nous savons aussi que de nombreuses personnes ayant tendance à présenter des épisodes sévères de syncopes ne développent pas de phobies. Contracter par exemple ses muscles permet de d'augmenter rapidement sa pression sanguine et d'éviter la réaction comportementale de perte de conscience. En outre, il a été démontré que certaines personnes exprimant peu ou pas de syncope développent de toute façon cette phobie. Les raisons de cette phobie de sous type sang-injection-accident sont donc plus complexes qu'il n'y apparaît. En disant que la phobie est causée par un dysfonctionnement biologique ou à une expérience traumatique suivi d'un conditionnement, nous ne serions pas trompés, mais en adoptant un modèle causal unidimensionnel, nous serions passés à côté du point le plus important : la cause de la phobie du sous type sang-injection-accident est une interaction complexe qui doit avoir lieu entre des facteurs biologiques et comportementaux. Une personne qui a hérité d'une réaction de syncope est à coup sûr une personne à risque pour développer des phobies, mais d'autres facteurs y contribuent aussi.

Par ailleurs, le cas de Julie est illustration parlante de l'influence de la biologie sur le comportement. Mais les comportements, pensées, ressentis peuvent aussi exercer leur influence sur la biologie et de façon parfois dramatique. Quels ont été le rôle et l'origine des peurs et des anxiétés de Julie dans le développement de sa phobie ?

Les influences émotionnelles : Les états émotionnels peuvent avoir des effets physiologiques considérables sur, par exemple, la pression sanguine, le rythme cardiaque et la respiration. Chez Julie, une accélération rapide du rythme cardiaque causée par son état émotionnel a changé sa façon de percevoir et de vivre des situations où elle était confrontée à du sang et des blessures. Cette nouvelle perception l'a induite à se comporter de façon non-désirée, c'est-à-dire à éviter toutes les situations pouvant être associées à du sang ou à une blessure, même si confronter ce type de situation pouvait s'avérer important. Les émotions jouent un rôle important dans le développement de nombreux troubles.

Les influences sociales : les facteurs sociaux et culturels contribuent directement à la biologie et au comportement. Les amis et la famille de Julie volaient à son secours lorsqu'elle s'évanouissait. Le proviseur, la rejetant et ignorant son problème, l'a renvoyée de l'école. Quels effets ont ces comportements sur la phobie de Julie ? vivre le rejet des autres peut rendre un trouble psychologique pire qu'il n'aurait été dans d'autres circonstances. D'un autre côté, l'attention sociale peut en réalité avoir pour effet principal une augmentation de la fréquence et de l'intensité de la réaction.

Les influences développementales : il est possible que Julie ait déjà été confrontée à d'autres situations impliquant la présence du sang. Toutefois, pourquoi ce problème est

apparu lorsqu'elle avait seize ans ? Est-il possible que sa sensibilité à des réactions vasovagales fût plus élevée dans son adolescence ? Il se peut en effet que le moment de sa réaction physiologique ainsi que celui de la vue du film qui l'a perturbée aient fourni (malheureusement) la bonne combinaison d'événements déclencheurs de sa réponse phobique sévère.

Approche intégrative : dans le cas de Julie, se concentrer sur les mécanismes biologiques ou comportementaux n'aurait pas été suffisant pour développer le tableau complet des causes de son trouble. Il faut prendre en compte une gamme d'influences et la manière dont elles pouvaient interagir.

- **L'exemple de la schizophrénie⁷¹ :**

Bleuler pose à l'origine de cette psychose une dissociation psychique. Cette hypothèse unicausale est, aujourd'hui abandonnée. Les travaux contemporains considèrent cette pathologie comme le résultat de l'interaction de plusieurs facteurs en particulier des facteurs génétiques et neurobiologiques. L'existence d'un risque plus élevé d'apparition du trouble dans la famille proche du patient par rapport à la population générale ou encore chez les jumeaux homozygotes étaye l'hypothèse d'une transmission génétique. Néanmoins, certains auteurs considèrent que ce risque est très inférieur à ce que l'on attendrait (100 %) si le facteur génétique était seul en cause. D'autres travaux, en étudiant le taux des neurotransmetteurs et le système dopaminergique, permettent d'avancer l'idée d'un dysfonctionnement cérébral à l'origine d'une atteinte des grandes fonctions cognitives impliquées dans la production de l'action. À ces hypothèses s'ajoutent celles qui évoquent sur le plan psychologique des perturbations survenues durant l'enfance dans la relation mère-enfant ainsi que des interactions familiales pathogènes. Dans ce cadre, l'approche environnementale, avec Gregory Bateson (1904-1980) et l'École de Palo Alto, suppose l'existence « d'injonctions paradoxales » à l'origine du processus morbide. Ce modèle multicausal, en insistant sur la complémentarité des approches, revêt un intérêt majeur sur le plan de la connaissance scientifique. Il permet notamment d'établir la valeur de chacune des composantes biologiques, psychologiques et sociales susceptibles d'intervenir dans l'explication d'un trouble. Néanmoins, un certain nombre de difficultés subsistent. Si personne ne conteste l'existence de déterminations qui agissent sur l'individu – il paraît évident qu'une lésion cérébrale peut affecter le comportement d'un sujet ou que le milieu agit sur lui – il est, par contre, difficile de rendre compte de la façon dont les déterminants repérés interagissent entre eux et de montrer à partir de quoi ils produisent leur effet. La majorité des auteurs tenants de ce modèle ne doutent pas que les avancées de la science permettront un jour de répondre à ces questions. La multiplication des déterminants sérieux témoigne d'une volonté de construire une théorie globale qui expliquerait l'ensemble des troubles psychopathologiques.

Conclusion

Les approches psychopathologiques sont considérées comme des grilles d'analyse des phénomènes psychiques, normaux et pathologiques. Toutefois, des tentatives de rapprochement des grands courants psychopathologiques datant de quelques années, ont vu le jour. La vision intégrative prenant compte tous les éléments constitutifs de l'être humain est plus que jamais nécessaire afin d'aboutir à un mieux-être des personnes en souffrance psychique. Notre comportement, normal ou anormal, est le produit de l'interaction continue d'influences psychologiques, biologiques et sociales.

Références

- [1]. Le petit Larousse (2008). *Dictionnaire de français*. Paris : Editions Larousse. P.98.
- [2]. Le petit Larousse (2008). *Dictionnaire de français*. Paris : Editions Larousse. P.137
- [3]. Le petit Larousse (2008). *Dictionnaire de français*. Paris : Editions Larousse. P.137
- [4]. Le petit Larousse (2008). *Dictionnaire de français*. Paris : Editions Larousse. P.138

- [5]. Ionescu, S. (2003). Applications : Approche de la psychopathologie générale. In R. Ghiglione., & J- F Richard (Eds.), *Cours de psychologie. Processus et applications* (3^e èd) (pp.485-540). Paris : Dunod.
- [6]. Pewzner, E. (2002). *Naissance et développements de la psychopathologie* (2^e èd). Paris : Dunod.
- [7]. Lantéri-Laura, G. (2004). Principales théories dans la psychiatrie contemporaine. *EMC-psychiatrie*.37-006-A-10. 14 pages.
- [8]. Ionescu, S. (2015). *15 approches de la psychopathologie* (4^e èd). Paris : Armand Colin.
- [9]. Ionescu, S. (2015). *15 approches de la psychopathologie* (4^e èd). Paris : Armand Colin.
- [10]. Ionescu, S. (2015). *15 approches de la psychopathologie* (4^e èd). Paris : Armand Colin. P.1
- [11]. Ionescu, S. (2015). *15 approches de la psychopathologie* (4^e èd). Paris : Armand Colin. P.3
- [12]. Pewzner, E. (2002). *Naissance et développements de la psychopathologie* (2^e èd). Paris : Dunod. PP.271-272.
- [13]. Parot, F. (2011). Dictionnaire de psychologie. Paris : Broché. P.86.
- [14]. Sinelnikoff, N. (2006). *Dictionnaire critique des psychothérapies*. Paris : Broché. p.84
- [15]. Pewzner, E. (2002). *Naissance et développements de la psychopathologie* (2^e èd). Paris : Dunod. P.272.
- [16]. Pewzner, E. (2002). *Naissance et développements de la psychopathologie* (2^e èd). Paris : Dunod. P.272.
- [17]. Pewzner, E. (2002). *Naissance et développements de la psychopathologie* (2^e èd). Paris : Dunod. P.273.
- [18]. Langenfeld, S., & Merckling, J. (2013). *Processus psychopathologiques*. Paris : Masson. P.62.
- [19]. Vederine, F-E., & Pelissolo, A. (2015). Thérapie comportementale et cognitive. In Y. Quintilla., & A. Pelissolo (Dir), *Thérapeutique en psychiatrie*. Paris : Masson. pp.164-165.
- [20]. Vederine, F-E., & Pelissolo, A. (2015). Thérapie comportementale et cognitive. In Y. Quintilla., & A. Pelissolo (Dir), *Thérapeutique en psychiatrie*. Paris : Masson. P.163.
- [21]. Luclère, M. (2012). Approche cognitivo-comportementale. In S. Schauder (Dir), *L'étude de cas en psychologie clinique*. Paris : Dunod. P.115.
- [22]. Pewzner, E. (2002). *Naissance et développements de la psychopathologie* (2^e èd). Paris : Dunod. P.273.
- [23]. Langenfeld, S., & Merckling, J. (2013). *Processus psychopathologiques*. Paris : Masson. P.63.
- [24]. Pewzner, E. (2002). *Naissance et développements de la psychopathologie* (2^e èd). Paris : Dunod. P.272.
- [25]. Parot, F. (2011). Dictionnaire de psychologie. Paris : Broché. p.87.
- [26]. Pewzner, E. (2002). *Naissance et développements de la psychopathologie* (2^e èd). Paris : Dunod. P.273.
- [27]. Luclère, M. (2012). Approche cognitivo-comportementale. In S. Schauder (Dir), *L'étude de cas en psychologie clinique*. Paris : Dunod. P.116
- [28]. Pewzner, E. (2002). *Naissance et développements de la psychopathologie* (2^e èd). Paris : Dunod. P.273.
- [29]. Vederine, F-E., & Pelissolo, A. (2015). Thérapie comportementale et cognitive. In Y. Quintilla., & A. Pelissolo (Dir), *Thérapeutique en psychiatrie*. Paris : Masson. P.165.
- [30]. Pewzner, E. (2002). *Naissance et développements de la psychopathologie* (2^e èd). Paris : Dunod. P.274.
- [31]. (Sinelnikoff, 2006, p.256)

- [32]. Pewzner, E. (2002). *Naissance et développements de la psychopathologie* (2^e èd). Paris : Dunod. P.275.
- [33]. Vederine, F-E., & Pelissolo, A. (2015). Thérapie comportementale et cognitive. In Y. Quintilla., & A. Pelissolo (Dir), *Thérapeutique en psychiatrie*. Paris : Masson. P.166.
- [34]. Braconnier, A. (2006). *Introduction à la psychopathologie*. Paris : Masson. P.88
- [35]. Cottraux, J. (2016). Thérapies cognitives. *EMC-Psychiatrie*. 37-820-A-50. P.1
- [36]. Cottraux, J. (2016). Thérapies cognitives. *EMC-Psychiatrie*. 37-820-A-50. P.3
- [37]. Ionescu, S. (1999). Base des interventions psychothérapeutiques. In R. Ghiglione., & J- F Richard (Eds.), *Cours de psychologie. Champs et théories* (3^e èd) (pp. 592- 642). Paris : Dunod. PP. 604-605.
- [38]. Langenfeld, S., & Merckling, J. (2013). *Processus psychopathologiques*. Paris : Masson.
- [39]. Samacher, R. (2005). *Psychologie clinique et psychopathologie* (2^e èd). Paris : Bréal.
- [40]. Pewzner, E. (2002). *Naissance et développements de la psychopathologie* (2^e èd). Paris : Dunod. P.240.
- [41]. Langenfeld, S., & Merckling, J. (2013). *Processus psychopathologiques*. Paris : Masson. P.39.
- [42]. Pewzner, E. (2002). *Naissance et développements de la psychopathologie* (2^e èd). Paris : Dunod. P.253.
- [43]. Juignet, P. (2001). *Manuel de psychopathologie psychanalytique (enfant et adulte)*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble. P.9.
- [44]. Juignet, P. (2001). *Manuel de psychopathologie psychanalytique (enfant et adulte)*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble. P.143.
- [45]. Ionescu, S. (2003). Applications : Approche de la psychopathologie générale. In R. Ghiglione., & J- F Richard (Eds.), *Cours de psychologie. Processus et applications* (3^e èd) (pp.485-540). Paris : Dunod. P.458.
- [46]. Ionescu, S. (2003). Applications : Approche de la psychopathologie générale. In R. Ghiglione., & J- F Richard (Eds.), *Cours de psychologie. Processus et applications* (3^e èd) (pp.485-540). Paris : Dunod. P.459.
- [47]. Pirlot., & Cupa, D. (2012). *Approche psychanalytique des troubles psychiques*. Paris : Armand Colin. P.5
- [48]. Pirlot., & Cupa, D. (2012). *Approche psychanalytique des troubles psychiques*. Paris : Armand Colin. P.6
- [49]. Pirlot., & Cupa, D. (2012). *Approche psychanalytique des troubles psychiques*. Paris : Armand Colin. P.9
- [50]. Schauder, S. (2012). *L'étude de cas en psychologie clinique*. Paris : Dunod. P.351.
- [51]. Bourguignon, O. (1999). Notions de psychopathologie. In R. Ghiglione (Dir,) *cours de psychologie. Champs et théorie*. Paris : Dunod. P.569.
- [52]. Pirlot., & Cupa, D. (2012). *Approche psychanalytique des troubles psychiques*. Paris : Armand Colin. P.5.
- [53]. Pirlot., & Cupa, D. (2012). *Approche psychanalytique des troubles psychiques*. Paris : Armand Colin. P.12
- [54]. Pirlot., & Cupa, D. (2012). *Approche psychanalytique des troubles psychiques*. Paris : Armand Colin. P.139
- [55]. Braconnier, A. (2006). *Introduction à la psychopathologie*. Paris : Masson.
- [56]. Pirlot., & Cupa, D. (2012). *Approche psychanalytique des troubles psychiques*. Paris : Armand Colin. P.84
- [57]. Bergeret 2012
- [58]. Braconnier, A. (2006). *Introduction à la psychopathologie*. Paris : Masson. P.286.

- [59]. Schauder, S., & Meunier, N. (2012). Approche d'inspiration psychanalytique. In S. Schauder (Dir), *L'étude de cas en psychologie clinique*. Paris : Dunod. P.258
- [60]. Sallustrau, J-F. (2012). Psychiatrie et théorie des systèmes. In V. Kapsambelis (Dir.), *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte (pp.165-178)*. Paris : PUF. P.165.
- [61]. Salem, G. (2009). PP.3-4.
- [62]. Quintilla, Y., & Pelissolo, A. (2015). *Thérapeutique en psychiatrie. Théories et applications cliniques*. Paris : Masson. P. IX.
- [63]. Capdevielle, V., & Doucet, C. (2004). *Psychologie clinique et psychopathologie (2^e èd)*. Paris : Armand Colin. P.40.
- [64]. Delbrouck, M. (2007). *Psychopathologie*. Bruxelles : De Boeck Université. P.3
- [65]. Ionescu, S. (2015). *15 approches de la psychopathologie (4^e èd)*. Paris : Armand Colin. P.206.
- [66]. Fourcade, J-M. (2019). Psychanalyse intégrative. Dans A. Vandeveld-Rougale (Dir.), *Dictionnaire de sociologie clinique (pp.488-491)*. Toulouse, ERES,
- [67]. Tavis, C., & Wade, C. (2007). *Introduction à la psychologie*. Québec : ERPI.
- [68]. Mairesse, Y. (2019). Psychothérapie intégrative. Dans A. Vandeveld-Rougale (Dir.), *Dictionnaire de sociologie clinique (pp.509-512)*. Toulouse, ERES,
- [69]. Lecomte, J. (2008). *Maxi-fiches de psychologie*. Paris : Dunod.
- [70]. Barlow, D. (2016). *Psychopathologie : une approche intégrative*. Belgique : De Boeck. P.30-31.
- [71]. Capdevielle, V., & Doucet, C. (2004). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris : Armand Colin. P.42.