

UE 2.6 Processus psychopathologiques

QUELQUES MODELES D'INTEGRATION DE CES PROCESSUS

Florian MAGNY - Formateur IFSI Sud-Est

**Dr Philippe AUDIARD – Psychiatre
hospitalier Le Vinatier**

OBJECTIFS

- Décrire les modèles d'analyse des troubles psychiques
- Décrire les mécanismes d'apparition des problèmes de santé mentale et des pathologies psychiatriques

I - De la Normalité aux Troubles mentaux

II - Les processus incriminés dans la genèse ou l'entretien des Troubles mentaux et l'intérêt thérapeutique de leur repérage

III - Quelques modèles conceptuels d'intégration de ces processus

PLAN DE LA SÉQUENCE

- **1 - L'abandon du modèle dualiste Corps-Esprit**
- **2 - Le modèle médical en psychiatrie et ses limites**
- **3 - Un modèle anthropologique fédérateur : le modèle biopsychosocial**
- **4 - Un modèle étiopathogénique : le modèle stress-vulnérabilité**
- **5 - Description du modèle stress-vulnérabilité**
- **6 - Les facteurs de vulnérabilité**
- **7 - Le stress**

ABANDON DU MODELE DUALISTE CORPS - ESPRIT EN MEDECINE

Ce modèle dualiste oppose matière et esprit,

- soit comme dimensions anthropologiques, *ainsi chez René DESCARTES où l'une est chose étendue (le corps), l'autre chose pensante (l'âme),*
- soit comme dimensions chargées de valeur :
 - le degré d'être (*ainsi chez Platon et les néoplatoniciens*),
 - le degré moral (*ainsi chez les manichéens : Bien (Esprit)/ Mal (Matière)*).

Cependant ces modèles ont rarement organisé la pensée médicale :

les médecins ont toujours eu des doutes sur les explications surnaturelles des maladies (*ex : possession par un être doué d'intention maléfique*).

La psychiatrie (où l'on ne trouve pas de support matériel indéniable) était plus sensible à la tentation dualiste.

En témoignent la psychiatrie romantique allemande du début du XIXème.

Et, plus récemment, des courants ne retenant que les aspects symboliques ou sociaux de l'existence humaine.

LE MODELE MEDICAL

A – Intérêt pour :

- 1 - décrire les différentes phases évolutives d'un Trouble (début, phase d'état, rémission, rechute, récurrence, complications...),
- 2 – permettre l'élaboration de guidelines (et obtenir de « bonnes pratiques »),
- 3 - établir un vocabulaire et une conceptualisation partageables entre professionnels et entre professionnels et patients (*et société !*),
- 4 - permettre une prise de distance vis-à-vis de la perturbation pour le patient, ses proches (*déculpabilisation*) et les soignants,
- 5 - démystifier et déstigmatiser la Psychiatrie,

B – Mais **Problématique** sur de nombreux points :

- 1 – Mal adapté à la Psychiatrie :
 - pas d'étiologie et de physiopathologie actuellement objectivables,
 - nosographie peu satisfaisante
(*intérêt des recherches nosographiques dimensionnelles...*) voir Séquence 4.
- 2 – Abord réducteur : dans ce modèle sont ignorés ou réduits
 - l'impact des dimensions symboliques de l'existence
(*le langage, le social, la perspective de la finitude...*)
 - l'implication affective pourtant toujours notable dans l'interrelation, tant du côté du soignant que du malade.

UN MODELE ANTHROPOLOGIQUE FEDERATEUR : LE MODELE BIOPSYCHOSOCIAL (1/2)

A – Description du modèle biopsychosocial

Modèle moniste de l'homme comme être biopsychosocial,
soit la réunion interactive :

- d'un corps biologique avec des niveaux d'organisation successifs
(atomes, molécules, cellules, organes...),
- d'un « appareil psychique »,
(propriété émergente du corps ou strate organisationnelle plus élevée),
- des institutions sociales, *à la fois matérielles et symboliques.*

B - Critique de ce modèle

- Incomplet : l'homme est aussi constitué de son l'environnement
*(voir la paléanthropologie, l'épigénétique
et les préoccupations écologiques actuelles).*
*Certains auteurs ont même constitué les premiers linéaments
d'une psychiatrie évolutionniste (A. DEMARET).*
- Vague, peu rigoureux, métaphorique.

C - Affinement et intérêt de ce modèle *cf infra*

UN MODELE ANTHROPOLOGIQUE FEDERATEUR : LE MODELE BIOPSYCHOSOCIAL (2/2)

C – Affinement et intérêt de ce modèle

1 - Comment se représenter l'esprit (au sens de psychisme) ?

Entre dedans, *biologique*, et dehors, *environnement et société*, le psychisme peut être conçu que comme une interface virtuelle, *issue de l'évolution*, prenant forme à partir de deux représentations :

- celle qu'il existe un moi, *entité au centre de l'interaction dedans–dehors*,
- celle que ce moi est libre.

Il s'agit bien de représentations, non d'une entité matérielle localisable, le moi.

D'ailleurs, dès la fin du XVIIIème, E. KANT déplaçait le concept d'âme

- . *du rang d'entité fondatrice (tel l'ego cartésien)*
- . *à celui de simple idée régulatrice dans le domaine de la vie pratique...*

2 - Ce modèle reçoit des arguments et des modalités d'élaboration à partir de la clinique *contemporaine* : *dans certains Troubles ces représentations semblent défailantes.*

ex : Schizophrénie où la perte du sentiment d'unité est responsable d'une hyperréflexivité ; dans les hallucinations, des parties de soi sont perçues comme radicalement étrangères (voix intérieures, sensation d'être agi, etc.)

UN MODELE ETIOPATHOGENIQUE : LE MODELE STRESS-VULNERABILITE (1/2)

Le Trouble apparaît au terme d'un processus multifactoriel avec interactions complexes.

Ce processus modifie l'organisation biopsychosociale de l'individu, son développement pouvant s'étendre sur des décennies.

Dans ce modèle, chacun possède une (ou des) vulnérabilité (s) (*aptitude à somatiser, être anxieux, se déprimer, délirer...*).

Celle(s)-ci n'apparaîtra(ont) qu'en présence :

- d'un stress intense
- ou d'un stress modéré mais qui interagit spécifiquement avec elle(s) au point de la (ou les) révéler.

Ainsi :

- pour certains sujets, il faudra des stress majeurs ou répétés pour que la vulnérabilité apparaisse et que se développe un Trouble mental,
- pour d'autres, dont la vulnérabilité est importante, il suffira de stress mineurs qui peuvent même passer inaperçus.

UN MODELE ETIOPATHOGENIQUE : LE MODELE STRESS-VULNERABILITE (2/2)

Aucun Trouble n'apparaît tant que le sujet garde un équilibre.

Les sujets peuvent vivre avec une vulnérabilité qui jamais ne se manifestera.

L'équilibre demeure tant que :

- les facteurs de stress n'ont pas d'impacts majeurs,
- le sujet déploie des stratégies efficaces pour se défendre ou les contourner,
- il trouve en lui ou dans l'environnement des facteurs de résilience.

Ainsi la vulnérabilité est propre à un individu

avec un continuum entre :

- sujet invulnérable
- sujet hypervulnérable.

LES FACTEURS DE VULNERABILITE (OU PRÉDISPOSANTS OU DE RISQUE) (1/2)

Ces facteurs sont le support ou aggravent la vulnérabilité
donc augmentent le risque de survenue d'un Trouble.

Ils sont retrouvés plus fréquemment dans le passé lointain certains Troubles.

*ex : les traumatisme dans l'enfance ou l'adolescence
dans les antécédents des Personnalité émotionnellement labiles
notamment ceux de nature sexuelle (attouchement, viol)*

Intérêts de leur étude :

- recherche étiologique,
- éventuellement prévention (correction du facteur, élaboration de stratégies alternatives, développement des facteurs de résilience...),
- peut-être un jour, reconceptualisation de la nosographie.

*Exemples de facteurs de vulnérabilité biologiques et socio-environnementaux : **cf infra***



LES FACTEURS DE VULNERABILITE (OU PRÉDISPOSANTS OU DE RISQUE) (2/2)

Exemples de facteurs de vulnérabilité biologiques et socio-environnementaux.

α - facteurs biologiques :

- *génétiques : vulnérabilité qui concerne toujours plusieurs gènes,*
- *gestationnels, notamment au 2^{ième} trimestre de la grossesse (virus, carences...),*
- *complications obstétricales,*
- *perturbations neuro-sensorielles,*
- *affections médicales diverses ;*

β - facteurs socio-environnementaux :

- *complexité de leur nature :*
 - *ils s'exercent sur : / le déterminisme du Trouble,
/ son cours évolutif,*
 - *interaction avec les facteurs de vulnérabilité génétiques,*
 - *mais aussi ils peuvent être des conséquences du Trouble ;*
- *principaux types de facteurs socio-environnementaux :*
 - *perturbations des relations précoces parents – enfants ;*
 - *événements de vie :*
 - / de tonalité péjorative ou heureuse,*
 - / favorisent l'apparition du Trouble ou sa récurrence ;*
 - *sociodémographiques :*
 - célibat, isolement, urbanité, faible investissement professionnel...*

LE STRESS (OU FACTEUR DÉCLENCHANT)

Précède de peu l'apparition du Trouble

(au point d'en paraître parfois la cause unique).

Ici, ne pas oublier qu'il existe une vulnérabilité sous-jacente

(sinon l'on pourrait se rassurer à bon compte et oublier que,

le stress passé et le Trouble disparu, le risque de récurrence persiste).

Il consiste souvent :

- en un événement ou des événements concomitants ou successifs,
- qui sont aigus et intenses ou chroniques et répétés
(pouvant alors passer inaperçus),
- habituellement considérés comme négatifs, désagréables *(une perte)*
mais parfois positifs *(une promotion, une naissance...).*

(A signaler : rôle des agents toxiques comme les substances psychoactives).

L'équilibre est alors rompu.

Il y a une décompensation de la vulnérabilité.

Et le Trouble apparaît qui révèle la vulnérabilité du sujet.

A RETENIR

- Le modèle biopsychosocial
- Le modèle stress-vulnérabilité

BIBLIOGRAPHIE

- *QUETEL Claude - Histoire de la folie*, Tallandier, 2009, Paris.
- *Organisation mondiale de la santé, CIM-10, classification internationale des maladies*, Masson, 1992, Paris.
- *Américan Psychiatric Association - DSM-5, Manuel Diagnostique et statistique des troubles Mentaux*, Elsevier/Masson, 2015, Paris.
- *DEMAZIEUX S - Qu'est ce que le DSM ? Genèse et transformation de la bible américaine de la psychiatrie*, Ithaque, 2013, Paris.
- *GUELFY J.D., ROUILLON F. (dir.) – Manuel de psychiatrie (3^{ème} édition)*, Elsevier/Masson, 2017, Paris

Université Claude Bernard Lyon 1



Réalisation technique : Service ICAP - Université Claude Bernard Lyon 1
Soutien financier : Région Auvergne Rhône-Alpes dans le cadre de l'UNR-RA