

Notes de la lecture du livre d'Edouard Zarifian

« Les Jardiniers de la folie »

Ed. Odile Jacob 1988

De Jacques Sanna

Dans l'introduction :

La folie (comportement déviant et irrationnel) est par essence déstabilisante pour le groupe, déstructurante pour l'individu, porteuse du terrible danger de mise en cause de la norme.(10)

Une chose est certaine, et qui permet de ne pas désespérer : c'est en prenant en compte la souffrance du malade mental, et elle seule, que l'on peut parvenir à y voir plus clair, à jeter quelque lumière sur cette obscurité de l'âme qu'est la folie.(15)

Chap. 1 : Qu'est-ce-que la maladie mentale ?

Chaque cas est une histoire individuelle, celle d'un homme (ou d'une femme – JS) qui souffre et dont il faut envisager les deux versants : celui de l'entourage (famille, médecin) et le monde intérieur du patient, son regard sur les autres... L'univers intérieur du patient semble de peu d'intérêt comparé à l'observation du médecin ou des commentaires de la famille. Pourtant, c'est bien la souffrance ressentie par celui que l'on appelle « le malade » qui donne un sens particuliers aux symptômes.(17)

L'anxiété :

L'anxiété pathologique revêt 2 grands aspects : des manifestations aiguës prenant la forme d'une crise d'angoisse et des symptômes chroniques qui peuvent être associés ou demeurer isolés. La crise aiguë peut être unique dans la vie d'un individu ou se répéter avec une fréquence variable, engendrant parfois une véritable invalidité.(18)

Ce sont les insomnies et les plaintes physiques qui amènent à consulter un médecin généraliste, car l'anxiété n'est pas identifiée par le malade comme la cause de ses troubles.

L'anxiété physiologique, « normale », est caractérisée par certains des symptômes (décrits avant) qui demeurent modérés dans leurs intensités et strictement liés à l'attente d'un événement jugé important. Ils disparaissent lorsque l'événement s'est produit...

Il existe donc une continuité qualitative entre les différentes formes normales ou pathologiques de l'anxiété. Les différences concernent l'intensité des manifestations, la richesse de leurs associations et de leurs durée dans le temps.(20/21)

L'anxiété est un comportement normal qui mobilise l'individu dans l'attente d'un événement redouté ou attendu. Elle s'accompagne d'une hypervigilance, d'une série de manifestations biologique et d'une disposition psychologique particulière qui place le sujet en état d'hyperadaptation. Ce type d'anxiété cesse généralement lors de l'action... Elle cesse d'être « normale » lorsque sa fréquence, son intensité, l'ampleur des signes physiques qui l'accompagnent entraînent un inconfort permanent, perturbent l'adaptation et inhibent l'action...(82)

La dépression :

Comme l'anxiété, la dépression de l'humeur fait référence à une disposition affective que tout être humain a pu ressentir. On peut imaginer ce qu'est la dépression en se remémorant des périodes personnelles de tristesse intense comme on en éprouve au cours d'un deuil... La forme majeure de la dépression que l'on nomme « **mélancolie** » survient sans cause apparente, et possède un génie évolutif particulier qui constitue la forme la plus grave et la plus pénible de dépression, celle où le risque de suicide est le plus grand.(21/22)

Dans la dépression(mélancolique - JS), le contact avec autrui s'amenuise et tend à disparaître. Le sujet se trouve confronté à son monde intérieur d'incapacité, de laideur, de dévalorisation et de culpabilité. Il pense que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue, mais aussi qu'il est indigne de vivre et l'on peut voir s'amorcer les idées lancinantes de suicide, seule solution envisagée face au chaos noir de la mélancolie. (22)

... En l'absence d'un traitement(et/ou d'une psychothérapie – JS) préventif, elle risque de récidiver à intervalle régulier et frappe souvent plusieurs membres d'une même famille. Les dépressions non-mélancoliques, les + fréquentes, sont différentes. Si elles peuvent emprunter à la mélancolie beaucoup de ses symptômes, y compris les idées de suicides, l'intensité des troubles et leur richesse sont moindres...

... Bien différent sont le deuil et la tristesse. 1 deuil peut reproduire pratiquement tous les aspects d'une dépression. Mais il en diffère par le début brutal, lié à la perte affective d'un être cher(d'un bien matériel, dû à une blessure narcissique, ou à une désillusion du Moi – JS), par la conservation relative des activités en parallèle au « travail de deuil », et par sa durée limitée dans le temps...

... L'humeur est donc une instance affective(du Moi – JS) qui module de manière agréable ou pas nos états d'âme et colore d'optimisme ou pas notre vision de l'existence.(23)

L'état maniaque :

Le terme maniaque désigne exclusivement une forme anormale d'euphorie qui s'oppose point par point à la symptomatologie de l'accès mélancolique et en constitue une image en miroir...

... N'ayant plus ni retenue ni censure, le maniaque peut tout faire, rien ne lui résiste. Il rejoint les dieux dans 1 vrai délire de grandeur et de toute puissance. Gare à celui qui s'oppose à lui : le geste violent succède à l'invective et les actes médico-légaux (agressions sur autrui – JS) viennent mettre 1 terme à cette grande fête de la démesure...

... 1 accès maniaque sous traitement est parfois suivi d'un épisode dépressif. Le + souvent, accès maniaques et accès mélancoliques se succèdent chez une même personne, à intervalles variables(mois ou années), constituant ce qu'on appelle une **psychose maniaco-dépressive**(PMD). Il faut préciser qu'entre les épisodes maniaques ou mélancoliques – pathologie exclusive de l'humeur –, le comportement est tout à fait normal.(25)

La bouffée délirante aiguë :

C'est 1 accident brutal qui fait passer, pratiquement sans transition, de la réalité au monde du délire... C'est « un coup de tonnerre dans 1 ciel serein » qui plonge le sujet dans 1 vaste délire compliqué dont les thèmes de persécution, de grandeur ou de mysticisme s'enchevêtrent en 1 kaléidoscope effrayant...

Sous traitement(ou avec une psychothérapie appropriée – JS) les éléments du délire vont disparaître en quelques semaines. La conviction initiale va s'atténuer, le doute va apparaître puis la critique et la prise de conscience de son irréalité signeront la guérison(pas sûr, si la cause n'a pas émergé des profondeurs – JS).(26/27)

La schizophrénie chronique :(27.28)

Le délire paranoïaque :(29.30)

1 dernier grand domaine de la psychiatrie reste à définir. Il fait la transition entre ce qu'on appelle la normalité et les grandes manifestations bruyantes qui viennent d'être décrites. Il s'agit des **personnalités pathologiques**(hystériques, obsessionnelles, phobiques, paranoïaques, psychopathiques) aux traits de caractère tellement marqués qu'ils gouvernent sans nuances leurs modes de comportements – la pathologie se définira uniquement pour le sujet par le degré d'inconfort ou d'inadaptation que sa structure de personnalité lui impose –, et des **névroses**.

Les névroses constituent 1 degrés de + dans la pathologie et comportent des symptômes. Elles surviennent chez les personnalités pathologiques ci-dessus et prendront les mêmes qualificatifs.(30.31.32.33)

E. Zarifian, est, il me semble, centré sur une vision de « psychiatrie médicale » des pathologies mentales.(JS)

Chap. 2 **Le normal et le pathologique** (voir le livre de Canguilhem « le normal & le pathologique)

La genèse de la folie c'est l'interdit de la singularité(et de la possibilité d'individuation – JS).(36)
Toute « maladie mentale » est d'abord une « maladie » de la pensée.(39)

La pensée nécessite la conscience, c-à-d, une fonction neurophysiologique qui est la vigilance... La pensée c'est aussi l'ensemble des activités psychiques qui concourent à la connaissance, c-à-d, au raisonnement et au jugement... Mais la pensée, c'est aussi 1 système de valeurs qui est propre à chaque individu et qui guide ses sentiments, son affectivité et son idéologie. C'est aussi une capacité réflexive sur soi-même où, d'une manière étrange, le sujet devient l'objet.(c'est aussi l'observation par la conscience impersonnelle du Moi qui agit et se manifeste en elle – JS)
La normalité de la pensée peut s'évaluer de 2 manières : par rapport au sujet lui-même et par rapport aux autres.

La norme c'est aussi l'adaptation à une situation donnée. Elle peut être jugée positivement par rapport à la réponse habituelle attendue par le groupe social et témoigne de l'efficacité des conditionnements(ou programmations – JS). Mais cette adaptation peut être conforme au désir du sujet, contribuant à sa gratification et à la satisfaction de son besoin(comportement égotique du Moi – JS)

L'anormalité ou l'a-normalité, peut être déclarée lorsque la distance devient trop grande entre la position de l'individu et celle du groupe auquel il est censé appartenir...

L'appareil psychique fonctionne toujours dans sa totalité. On ne peut dire : « à part ma mélancolie, tout va bien » Une anomalie de fonctionnement de la pensée envahit toujours celle-ci toute entière.(39.40.41.42)

Le DSM III ne devrait servir qu'à une activité de recherche pour établir des groupes homogènes de patients en vue d'une étude très limitée dans le temps. Or, il est utilisé pour établir des diagnostics (et ranger les souffrants dans des cases bien fermées – JS) « à vie » puisqu'il sert à informatiser des dossiers hospitaliers. Il contribue ainsi – comme les autres systèmes – à fixer le patient dans une attitude thérapeutique sans nuance.

Les tranquillisants ou anxiolytiques, ainsi que les antidépresseurs se définissent d'eux-mêmes dans la plus grande clarté.

Découvrant les propriétés comportementales des IMAO(inhibiteurs de la monoamine oxydase), Nathan Kline avait bien essayé de les caractériser comme « énergiseurs psychiques », ce qu'ils sont probablement, mais le marketing en a voulu autrement et leur a fait rejoindre le groupe des antidépresseurs, ce qu'ils ne sont que dans certains cas.

Quand au **Lithium**, il dérange. Traitement curatif des états maniaques(mais trop lentement pour avoir 1 intérêt pratique – (ou commercial, JS), c'est spécifiquement et uniquement 1 traitement prophylactique(préventif) de la PMD. Cet ion appartient au domaine public, n'est protégé par aucun brevet et coûte « 3 francs six sous ». Il ne mérite donc pas de caractériser une famille de psychotropes. « Thymorégulateur »est le nom, guère glorieux, qu'on lui a trouvé.(50.51.52)

La schizophrénie existe-t-elle en tant que maladie ? L'invention de **Bleuler** c'est d'abord l'invention d'1 mot ! Le diagnostic repose sur des symptômes non univoques au point que les différents systèmes de diagnostics en usage dans le monde ne sont jamais concordants.(53.54)

Névrose et psychose :

Au cours d'1 examen comparatif, le sujet névrosé avec qui on converse aimablement de ses difficultés existentielles et le psychotique agité et envahit par un délire hallucinatoire appartiennent clairement à des registres différents de troubles et de projets thérapeutiques. En revanche, l'observation au cours du temps – surtout si la période est longue – de ces 2 patients réserve des surprises. Le 1^{er} subnormal vient, au bout de 10 ans d'évolution, de présenter 1 épisode délirant aigu, alors que le 2^{ème}, baptisé parfois de chronique, a vu en 20 ans sa symptomatologie s'appauvrir puis disparaître, laissant la place à ce qu'1 psychiatre non averti des antécédents du sujet qualifierait de « structure névrotique ». On voit combien la distinction est fragile, arbitraire, mais néanmoins justifiée à certains égards. Le danger réel est dans l'esprit de certains psychiatres, qui en font 1 dogme, et figent ainsi définitivement leurs malades, quoi qu'il arrive, sous une étiquette fossilisante. (55)

Sur ces pathologies mentales, citées ci-dessus, voir le livre de Stanislav Grof « Pour une psychologie du futur » où il complète le schéma de l'appareil psychique(du temps de Freud) et aussi la genèse des troubles(au-delà du développement post-naissance et de l'histoire biographique du sujet, vers la période périnatale, prénatale, crise existentielles et l'histoire transpersonnelle/collective de l'humanité – JS le 12 mai 2010). Il est clair pour moi que E.Z. ne prend pas en compte cette avancée (ouverture) de la psychiatrie.(JS)

« Le névrosé est celui qui fabrique des châteaux en Espagne, le psychotique est celui qui les habite et le psychiatre ... Celui qui en perçoit les loyers ! »(56)

La guérison est 1 processus complexe qui intéresse l'homme dans sa globalité physique, psychique et sociale(et je rajouterais spirituelle – JS). On voit d'emblée qu'une seule approche thérapeutique isolée est une pure absurdité. (60)

Chap. 3 : les médicaments du cerveau :

Les psychotropes sont utilisés comme moyen thérapeutique pour traiter les troubles mentaux dans une perspective purement symptomatique. **Aucun médicament psychotrope n'a d'effet sur les causes des troubles psychiques.**

Ces traitements n'ont donc pas de spécificité absolue même si leur usage leur a dessiné des champs d'action relativement précis. Les psychotropes, contrairement à une idée fausse, ne modifient pas la personnalité.(63)

Patiemment, sans se décourager, **Schou** établit la vérité. Le **LITHIUM** est efficace à partir d'une certaine concentration dans le sang, il est toxique au-delà d'une certaine valeur(lesquelles ? JS). Le contrôle par une banale prise de sang tous les 2 ou 3 mois suffit à assurer une sécurité absolue. En outre, si l'efficacité du lithium est confirmée dans les états d'agitation, Schou démontre surtout, d'une manière irréfutable, que l'administration continue de ce métal empêche ou limite les rechutes mélancoliques ou maniaques de la PMD.(66)

En 1957, avec le terme « neuroleptique » s'ouvre l'ère de la psychopharmacologie et transformera l'évolution des PMD. La psychiatrie, comme les autres branches de la médecine(organique, mécanique, symptomatique - JS), va enfin posséder son arsenal médicamenteux(notamment avec la CHLORPROMAZINE)... Et faire de vue à certains qu'on ne soigne pas seulement des symptômes mais aussi(et surtout – JS) des hommes. Puis, avec l'IMIPRAMINE(contre la schizophrénie) les résultats sont décevants, les laboratoires le récupèrent pour mettre sur le marché le TOFRANIL(contre la mélancolie). (67)

Puis apparaît le MARSILID (autre famille chimique contre la dépression de l'humeur) qui inhibe l'activité de l'enzyme « la monoamine oxydase » et leur donne le nom d'Inhibiteur de la Monoamine Oxydase (IMAO).

Les tranquillisants sont apparus vers la même époque, en 1958 le LIBRIUM sera utilisé et le VALIUM suivra de près.

Les euphorisants et sédatifs dérivent de l'OPIUM et de la COCA, les hallucinogènes comprennent le PEYOTL et le CHANVRE INDIEN, les enivrants ont comme chef de file l'ALCOOL, les hypnotiques regroupent le CHLORAL et le BARBITAL (Veronal) et enfin les excitants réunissent de nombreuses substances comme le café, le thé, le tabac, etc....

Certains médicaments mentaux (les psycholeptiques), par leurs effets sédatifs, diminuent le tonus mental. Ce sont les hypnotiques, les tranquillisants, les neuroleptiques et on y rajoute aussi les régulateurs de l'humeur (Lithium).

D'autres comme les psychoanaleptiques élèvent ce tonus comme les antidépresseurs et les stimulants de la vigilance.

Enfin, les psychodysleptiques perturbent le tonus psychique en provoquant des productions inhabituelles comme les hallucinogènes, les stupéfiants et les enivrants.

Cette classification ayant le mérite de la clarté, de la simplicité et de la logique, elle fut unanimement adoptée. Nous n'avons pas fini d'en mesurer les conséquences néfastes...

Mais la réalité clinique est + subtile et elle échappe forcément aux classifications. Force fut donc de faire entrer la réalité, en la contraignant 1 peu, dans les cadres simplificateurs qui avaient été prévus pour elle. De surcroît, la fonction définissant l'objet, tout tableau clinique s'améliorant grâce à 1 anxiolytique devenait 1 trouble anxieux, tout bénéfice thérapeutique lié à l'utilisation d'1 antidépresseur correspondait forcément à 1 syndrome dépressif. On a ainsi défini des « dépressions masquées » guérissant sous antidépresseurs et correspondant à des troubles divers (maux de tête, douleurs lombaires, etc.) dont le propre était de ne comporter aucune anomalie de l'humeur. Le comble du paradoxe était atteint, mais les effets souterrains d'1 marketing pharmaceutique efficace n'étaient pas étrangers à la situation...

Les grandes catégories de médicaments du cerveau :

1 - **Les neuroleptiques**, ne sont que ce que l'on en fait. Utilisés quand il faut, selon une posologie individualisée, en évitant les associations médicamenteuses, ils ont indiscutablement transformé l'évolution des manifestations psychotiques aiguës (sans pour cela les comprendre et les soigner – JS) et peut être permis d'améliorer la prise en charge des psychoses chroniques... (68.69.70)

Il existe 40 formes de neuroleptiques commercialisées en France. Les + souvent utilisés s'appellent : Largactil, Tercian, Nozinan, Moditen, Piportil, Melleril, Loxapac, Haldol, Orap-Opiran, Dogmatil, Barnétil... On ne peut les citer tous... (71)

Globalement, et avec une puissance grossièrement proportionnelle à la posologie utilisée, les neuroleptiques ralentissent la vitesse idéatoire et la cinétique du mouvement. Ces effets psychomoteurs, bénéfiques au cours d'1 état d'excitation aiguë, peuvent, en cas de surdosage, aboutir à 1 esprit « gelé » et à 1 corps soudé, véritable sidération de l'individu... les effets les + spécifiques des neuroleptiques seraient leur propriété antihallucinatoire et leur efficacité sur les idées délirantes.

Toutes les psychoses aiguës sont des indications de choix des neuroleptiques... (72)

(Suit tout 1 exposé sur le traitement des schizophrénies... p.73. puis sur les effets indésirables des neuroleptiques... p. 74.75)

2 – **Les antidépresseurs**, tendent à « normaliser » l'humeur dépressive. De fait, c'est l'ensemble des transformations psychiques et physiques induites par la dépression qui constitue la cible de ces traitements... Le grand public fait bien la différence entre ce qu'on appelle « la déprime » et la dépression vraie, qui peut conduire au suicide.

Tous les médecins ne font pas cette distinction, c'est pourquoi on prescrit autant d'antidépresseurs...

Une dépression vraie est la forme majeure du fléchissement de l'humeur. C'est une tristesse intense, sans cause apparente, douloureuse et sans espoir(MPFII – JS), au point de susciter l'envie de mourir, s'accompagnant d'une inhibition des activités intellectuelles et instinctuelles, avec une insomnie du petit matin, 1 ralentissement des idées et des gestes auxquels s'ajoute souvent une anxiété survenant par bouffées. Des manifestations physiques sont presque constantes : perte de l'appétit, amaigrissement, constipation, bouche sèche... Tous ces symptômes sont durables, ne varient guère au cours de la journée, et il n'est pas possible par la seule persuasion de tirer le malade de son état.(76)

Il existe 30 antidépresseurs commercialisés en France, répartis en 3 grands groupes : les tricycliques(se référant à la structure chimique), les inhibiteurs de la monoamine oxydase IMAO(stimulants – font référence à leur mode d'action) et les « nouveaux » antidépresseurs(qui ne font référence à rien de particulier).

Mais il existe aussi des substances essentiellement anxiolytiques ou psychostimulantes qui se sont achetées le label prestigieux d'antidépresseur !

Parfois, surtout chez des malades atteints de mélancolie, les effets dépassent le but recherché et c'est une euphorie, pouvant excessive et donc gênante, qui succédera à la dépression.

L'humeur apparaît bien comme une fonction de la vie psychique qui tient sous sa dépendance la nature des pensées, la capacité d'anticipation, et le ressort de l'action.(77)

3 – **Les tranquillisants et les hypnotiques**, appelés aussi **anxiolytiques**, agissent sur l'expression psychique et physique de l'anxiété. Ils ont tous une action sur l'insomnie et peuvent être utilisés comme hypnotiques. L'insomnie habituelle, c-à-d, la difficulté d'endormissement, est en fait une manifestation d'anxiété.(79)

Les benzodiazépines sont les anxiolytiques de loin les + courants(Valium, tranxène, seresta, temesta, lysanxia, xanax, etc.)... Toutes ces substances(y compris celles des hypnotiques) ont les mêmes propriétés pharmacologiques : elles favorisent le relâchement musculaire, la sédation de la vigilance, sont anticonvulsivantes, amnésiantes et ont une efficacité sur les manifestations psychologiques et physiques de l'anxiété chez l'homme.(82)

Le médecin prescripteur joue, bien sûr, 1 rôle clef. Pourquoi est-il si généreux en anxiolytiques ? Il y a au moins 3 raisons à cela. Il est d'abord lui-même bien souvent 1 consommateur au long cours d'anxiolytiques et d'hypnotiques(halcion, mogadon, rohypnol, havlane, etc.).

Toutes les études entreprises sont concordantes et montrent que le milieu médical et paramédical vient en tête par catégorie professionnelle. Convaincu des bienfaits et de l'innocuité du produit, le médecin n'hésitera pas à le prescrire.(79)

Comme le disait 1 médecin anglais : « Prescrire 1 tranquillisant est le moyen le + rapide de mettre fin à une consultation... »

C'est aussi le consommateur qui pratique « l'auto-prescription » ou prescription induite. C'est lui qui précise à son médecin en fin de consultation, au moment de la « sacro-sainte » ordonnance : « n'oubliez pas de m'inscrire mon X ou Y..., pour les nerfs, pour dormir... »

Notre civilisation est celle du confort et du bien-être(**combien superficiel et artificiellement conservé – JS**). Il n'est plus tolérable d'être anxieux ou de tarder à s'endormir parce que l'on a des soucis...(80)

Bien souvent le consommateur va « s'habituer » à son tranquillisant ou hypnotique. Il s'agit en général d'une dépendance psychologique liée à l'anxiété. Convaincu de ne plus pouvoir dormir sans son médicament du soir, celui qu'on ne peut appeler 1 malade va se trouver renforcé dans son opinion s'il tente 1 arrêt brusque de son traitement. L'hyperconsommation de tranquillisants est vraiment 1 problème de société qu'il n'est pas possible de passer sous silence. Ce ne sont pas les molécules qui sont en cause, mais l'utilisation qui en est faite.(81)

Les hypnotiques, quels qu'ils soient, désorganisent l'architecture électrique du sommeil. Une longue cure d'hypnotiques ne permet jamais une restauration facile d'un sommeil normal. D'où la règle de ne jamais prendre d'hypnotiques + de 8 jours de suite... Le traitement par 1 anxiolytique, prescrit dans la journée pendant une petite semaine, serait aussi efficace que l'hypnotique du soir. On peut aussi penser qu'il serait justifié de ne prescrire aucun médicament, mais c'est à chacun de définir le seuil de son propre « confort ».(83)

4 – **Les régulateurs de l'humeur**, comme **le Lithium**, a été la + grande découverte dans le domaine des médicaments du cerveau depuis les années 60...

Il a transformé l'existence des malades atteints d'une maladie autrefois très sévère, la PMD(**psychose maniaco-dépressive**) en leur permettant souvent de vivre une vie absolument normale. C'est 1 élément constitutif du corps humain(**Sels Biochimiques du Dr. Schuessler – JS**). Sa valeur marchande est quasi nulle, c'est pourquoi il n'a pas enthousiasmé l'industrie pharmaceutique.(84)

Malheureusement, 1 petit pourcentage de malades(10 à 30%) demeure partiellement ou totalement réfractaire aux effets du lithium sans que l'on puisse en comprendre la raison. Il prévient les rechutes de la maladie(prophylactique). Il peut guérir 1 accès maniaque mais moins rapidement qu'un neuroleptique. Il est contre-indiqué chez les sujets dont les reins ou le cœur dysfonctionnent.(85)

2 autres médicaments seraient susceptibles de constituer une alternative ou 1 additif au traitement par le lithium : le deparmide doué de propriétés antiépileptiques et le tergetol aux mêmes propriétés.(87)

A côté des positions idéologiques, malheureusement assez répandues, il existe tout de même des positions pragmatiques qui attendent du psychotrope ce qu'il peut donner et qui connaissent ses limites d'utilisation. Cette attitude, jointe à une bonne connaissance des techniques de maniement, permet l'optimisation des traitements.(88)

Les psychotropes, il ne faut jamais l'oublier, ne sont que des traitements symptomatiques non spécifiques d'une maladie mentale.

L'utilisation du médicament doit s'accompagner d'une aide psychologique individuelle et d'un réaménagement des relations avec le milieu familial, culturel et professionnel.(89)

Les cellules « **Gliales** » à voir.(107)

D'une manière générale, les grandes fonctions « neurologiques » du cerveau(activités motrices, sensibles, sensorielles, comportements automatiques...) sont bien connues, l'organisation des fonctions supérieures(activités cognitives, mémoire, langage, etc.) l'est 1 peu moins et la physiologie des comportements « émotionnels »(agressivité, peur, anxiété, etc.) moins encore.(107)

La transmission neuronale se traduit par 1 minuscule courant électrique appelé « **potentiel d'action** ».

La caméra à positons est 1 outil d'exception dans le domaine de la recherche.(110)

Le dernier domaine de recherche est celui de **la génétique moléculaire**. On sait maintenant isoler 1 gène, le localiser sur le chromosome, le multiplier artificiellement et obtenir qu'il fabrique la protéine spécifique qu'il « code ».(112)

Tout individu possède les mêmes outils cérébraux – étudiables par les neurosciences – **mais chaque individu a une manière unique de les utiliser**, fonction de son histoire personnelle avec le milieu, et non réductible à l'approche neurobiologique. On ne peut confondre l'outil, sa fonction, et ce qui en est fait.

Ravel a été aphasique, comme beaucoup d'hémiplégiques, mais personne d'autre n'a composé le « concerto pour la main gauche ou la berceuse sur le nom de Fauré ».(114)

En psychiatrie biologique, il n'est pas possible de constituer 1 groupe de comparaison pour établir des valeurs « normales »(il rejoint là **Canguilhem** « le normal et le pathologique » – JS) (116)

L'approche biologique en psychiatrie s'est stérilisée, petit à petit, en pratiquant la généralisation abusive, l'amalgame entre l'acquis et la spéculation, et en construisant des hypothèses qui servaient à étayer d'autres hypothèses. Le renouveau passe non seulement par l'apport d'outils nouveaux, mais aussi par la **révision obligatoire des concepts**.(120)

L'étude d'1 cerveau mort peut-elle informer sur le fonctionnement d'1 cerveau vivant ? Celui-ci n'est jamais identique à lui-même puisqu'il se transforme sans cesse sous l'influence des exp. vécues. 1 cerveau vivant ne renferme que la vérité de l'instant, car l'instant suivant il est différent. Ne pas prendre en compte le **changement perpétuel dans le temps**, c'est méconnaître la **Vie**. Tout s'écoule. 1 être figé est 1 être mort(organiquement parlant – JS).(121)

Objectivement il vaut mieux ne pas être malade pour entreprendre **une analyse** ! Non seulement les névrotiques ou les psychotiques ne seront pas « guéris », mais certains se suicideront ou se mettront à délirer. Certains patients découvriront indiscutablement une autre façon de vivre avec leurs symptômes et de composer avec eux. Mais à quel prix ? Arriver à cela après 5 ou 6 ans d'analyse, c'est cher payer ce que l'on peut obtenir beaucoup + rapidement avec d'autres moyens...(131)

L'agressivité est une force dirigée vers l'extérieur et qui peut prendre des visages multiples. Au 1^{er} degré elle peut s'extérioriser sous forme de violence et de passage à l'acte physique. Mieux maîtrisée, elle se traduira dans les mots et les comportements ; + édulcorée, c'est dans la communication paraverbale(rythme et ton de la voix) et non-verbale(expression du visage, des yeux, gestuelle) qu'elle passera. Enfin, sublimée, elle se transformera en moteur de réussite : dynamisme, activité, esprit d'entreprise, initiative, créativité, etc. Cette agressivité doit être maîtrisée. Il peut être utile de l'utiliser délibérément, en mesurant ses conséquences. Non maîtrisée, elle entraînera des réponses de surenchère de la part de l'interlocuteur(**escalade de violence – JS**)... Si l'on est agressé et que l'on ne répond pas par de l'agressivité, mais par la neutralité, il y a de grandes chances pour que l'interlocuteur change de comportement.(142)

Dans la vie de tous les jours, il faut savoir que nous sommes, par notre propre attitude, en partie responsables de l'attitude de l'autre(**effet « boule de neige » – JS**) : inhibition, séduction, agressivité, amènent des réponses en retour. L'adaptation à la réalité consiste à ne pas méconnaître la nature du message que nous adressons à l'autre, de manière à ne pas être étonné par la réponse que nous en obtiendrons...

La culpabilité c'est de l'agressivité retournée contre soi au lieu d'être dirigée vers les autres. Il n'est pas rare que l'agressivité soit une défense contre la culpabilité et qu'elle puisse aussi la précéder. Il en est ainsi **dans la mélancolie** où des troubles caractériels agressifs précèdent souvent l'intense culpabilité qui **fait souhaiter la mort et pousse à se la donner**...(143)

Chez les **personnalités névrotiques** l'adaptation à la réalité est mauvaise et les frustrations entraînent culpabilité et inhibition quand ce n'est pas des symptômes anxieux(insomnie) ou une tristesse marquée. Chez **les psychopathes** le Surmoi est si faible que les désirs sont réalisés sans tension ni délai et le passage à l'acte n'entraîne aucune culpabilité. C'est l'adaptation à la société qui est mauvaise.

La tolérance à la frustration est nulle et l'anticipation n'est pas possible. Enfin, **chez les psychotiques**, ce n'est pas la tolérance à la frustration qui est principalement en cause, c'est plutôt l'objet du désir qui est à côté de la réalité.(144)

Le mot « psychothérapie » recouvre des réalités bien différentes. La forme la + élaborée et la + contraignante en est la « cure psychanalytique ».(145)

Critères des psychothérapeutes(146.147)

La dernière condition pour être psychothérapeute, la + importante à mon sens, ne s'acquiert ni à la faculté, ni dans des séminaires, ni dans des livres : il faut **aimer son prochain**. Il faut se sentir **proche de la détresse des autres**, pouvoir être **disponible, patient, tolérant**.

1 psychothérapeute n'a pas à juger, il a à **comprendre**. L'absence de parti pris n'exclut pas une certaine chaleur et l'intuition, tout comme l'**empathie**, seront des modes de connaissance utiles. Si, en +, on applique sans réserve le bon sens, toutes les qualités requises se trouvent réunies(147)

Les différents types de psychothérapies : (155 à 161)

Les lois de l'interprétation et la structure de l'inconscient sont analogue pour tous, mais le sens du signifiant est strictement individuel et fait de chaque homme 1 être dont **l'appareil psychique** est unique. La **distinction pensée/psychisme** n'est pas toujours faite. Pourtant, elle semble légitime d'1 point de vue descriptif et opératoire. **La pensée** est éphémère, même si elle laisse une trace. Elle est dépendante du psychisme dans son contenu et prépare les stratégies comportementales. **Le psychisme** est le stock de matériel préconscient et inconscient qui caractérise 1 être humain. Ce matériel peut devenir conscient sous la forme d'une pensée. **L'appareil psychique** est une structure d'organisation qui permet au psychisme de s'élaborer. Chaque exp. existentielle, chaque confrontation avec l'environnement, enrichit le psychisme d'une trace nouvelle, à la fois savoir et émotion. Le psychisme n'est donc pas une production autonome et intrinsèque du cerveau. C'est la transformation par le cerveau d'une exp. vécue en 1 matériel qui participe à la fois de la mémoire(neurologie), de l'émotion(psychologie) et de l'inconscient(psychanalyse)(ou autre **R.H.**, « **éveil** »... JS) et qui n'est pas réductible exclusivement à l'une de ces composantes.(164)

La particularité du cerveau/objet, c'est d'être sujet(**de se croire « sujet » JS**). C-à-d, d'être conscient de son existence(**qui est conscient de quoi ? JS**) et de modifier constamment lui-même son contenu(le psychisme) au contact du milieu(**et aussi de ce qu'il détient au + profond de lui-même et donc de son inconscient, et son intuition – JS**). (166)

Certains pensent que la « **folie** » serait générée par le **groupe social** et le « malade » serait en qlq sorte le « fou » des autres, ou, pour parler comme les systémiciens, le « malade désigné » par le groupe. Pour la 1^{ère} fois la « folie » ne résiderait pas dans l'individu de manière intrinsèque, mais 1 processus extérieur, propre au groupe, se cristalliserait sur lui(le « fou ») avec une fonction de protection du + grand nombre... Mythe ou réalité ? C'est en tous les cas une position qui a donné lieu à bien des développements et entraîné la fermeture en 1 jour de tous les hôpitaux psychiatriques d'Italie.(167)

La famille est le groupe social le + naturel, celui dont la responsabilité dans le façonnement de l'individu est probablement la + grande... En parallèle au groupe social auquel chacun appartient, il y a des relations de l'individu au groupe social par rapport auquel il se situe. Ces corps constitués incarnent en général des interdits, la loi, le surmoi social. C'est la police, le fisc, l'administration...(168)

L'action du groupe sur le sujet et la situation de celui-ci par rapport au groupe semblent s'articuler autour de 2 aspects essentiels : **l'identité du sujet et la communication**.(169)

Demander au gens d'accepter des contraintes économiques, de poursuivre 1 effort dont la fin est toujours pour demain, et en même temps les inciter à toujours consommer + et à développer leurs loisirs, n'est pas sans engendrer qlq **pathologie sociale**...(171)

L'identification à qui, à quoi ?(JS) :

Les 1^{ers} modèles d'identification sont parentaux(ils vont, + ou – consciemment, proposer en référence leurs propre valeurs ainsi que leur personne) . + l'enfant va accéder au monde extérieur, + il aura de possibilités de trouver d'autres modèles, au sein de l'école par ex. Cette 1^{ère} phase est celle du « **mimétisme** ». Le danger est d'exister qu'en fonction du désir le « l'autre » ou devenir le désir de « l'autre » par 1 processus fusionnel ou symbiotique. Nulle identité propre n'est possible dans ces cas-là.

Ensuite viendra la période de « **rupture** » par rapport aux modèles parentaux(adolescence)... La dernière phase est celle de **l'éclectisme**(choix d'1 système complet), où des emprunts divers aux différents archétypes sociaux et en fonction des exp. existentielles ainsi que des milieux socioculturels fréquentés, vont affiner une identité définitive(et « **illusoire** », le « **moi** » - JS).

A tous les niveaux de cette chaine d'évènements, des échecs peuvent se produire et générer des troubles + ou – graves.

La schizophrénie et l'anorexie mentale semblent se développer dans 1 contexte familial de pathologie de la communication et de difficultés d'identification...(171.172)

Les « **passages à l'acte** » ne sont pas seulement des moyens d'expression individuels. Cela peut être aussi le fait d'1 individu qui jouerait le rôle de « **soupape de sécurité** » d'1 **groupe pathologique**.(ou d'une nation... JS)

Le « sujet désigné » devient ainsi le symptôme d'1 groupe « malade », et ses « passages à l'acte » pourront permettre de « parler » la situation(JS), c-à-d, de rétablir une communication au sein du groupe...

Le sujet en interaction avec son milieu a donc besoin d'une identité claire(dans un 1^{er} temps, pour que son « **moi** » ait une bonne assise, ou aussi que son « **moi** » « **brouille bien les pistes vers le Soi** » JS) qu'il élaborera grâce à une communication sans ambiguïté avec le groupe social(ou familial – JS).

L'identité personnelle nécessite de reconnaître celle des Autres(ainsi le « **jeu** » de la « **Mâyâ** », est complet !! – JS) et de se situer ni trop loin(plus de modèle), ni trop près(risque de fusion). Mais à côté de l'identité individuelle, existe l'identité culturel, qui correspond au sentiment d'appartenir à 1 groupe social particulier (et **c'est là que commence la discrimination, le racisme, l'exclusion, le sectarisme, ... JS**). (173)

A noter aussi, la place du travail dans la réhabilitation à la vie sociale. Finalement le critère de toute autonomie, c'est l'obtention d'1 emploi rémunéré...(181)

L'humanisme peut être scientifique. Il faut cependant **croire à l'homme d'abord**, à la science ensuite lorsqu'elle aura démontré ses bienfaits. L'homme existe aujourd'hui, la science promet pour demain. C'est l'homme qui fait la science, ce ne doit pas être l'inverse.(202)

Le cerveau est le support matériel de la pensée, mais la pensée modifie biologiquement le cerveau, comme les techniques d'imageries cérébrales le démontrent. Le milieu agit sur le cerveau, là encore il s'agit d'une action biologique qui peut être parfois néfaste(virus, toxique, etc.). Mais le milieu agit aussi sur la pensée, en particulier grâce aux interactions sociales.

Enfin, **la pensée est le support de toute action sur le milieu.**

1 comportement humain peut être schématisé en qlqs grandes étapes.

La 1^{ère} est en général l'apparition dans le milieu, l'environnement, d'1 évènement déclenchant.

La réaction adaptée à ce changement va nécessiter 1 décodage par le cerveau. Celui-ci

comporte 2 aspects : 1 neurologique(**perception de l'évènement**), l'autre

psychologique(**interprétation de celui-ci afin qu'il prenne 1 sens**).

Ce n'est qu'à partir de cette opération de la pensée qu'1 comportement adapté répondra au

message du milieu. Cette réponse peut, elle-même, être analysée selon 2 modes : par les faits

eux-mêmes qui sont 1 **nouvel évènement** et par le **sens de ce comportement**(l'interprétation que

la pensée peut en faire).

Lorsque le cerveau cesse d'être transformé par le milieu et ne fonctionne plus que par ses

acquis, cela s'appelle la « vieillesse ». Quand il commence à perdre ses acquis cela s'appelle la

« démence »(**Papa - JS**) et ensuite, quand il n'est plus qu'1 cerveau organique comme les autres

cela s'appelle la mort.(203.204)

1 nouveau courant de recherche(en 1989) intègre parfaitement milieu/cerveau/pensée et

corps : c'est la **neuro-psycho-immunologie**. Cette discipline s'intéresse aux liens entre 1

évènement psychologique baptisé « stress » et la réponse immunitaire, c-à-d, les capacités de

défense de l'organisme. Pour être + précis, l'immunologie est la reconnaissance du « Soi »

(l'organisme de l'individu) et du « non-soi »(tout ce qui est étranger à l'organisme).

1 « choc » psychologique fortement chargé en émotions est perçu par le cerveau, l'appareil

psychique lui donne 1 sens qui n'est signifiant que pour 1 être humain précis et dans ce cas la

réponse immunitaire(aux infections par ex.) est modifiée.

1 tel phénomène a été mis en évidence au cours du **deuil** et de la dépression(**Maman infection**

pieds - JS).

Cette relation entre 1 évènement psychologique et le corps est même prise en considération

actuellement par les cancérologues qui étudient les liens entre le stress et le pouvoir

mitogène(qualifie une substance ou un moyen favorisant la **mitose**(Du grec *mitos* qui signifie le filament (référence a l'aspect des

chromosomes en microscopie) , la **mitose** désigne les **évènements chromosomiques** de la **division cellulaire**. Il s'agit d'une

duplication « non sexuée » (contrairement à la **méiose**). C'est la division d'une cellule mère en deux cellules filles.) et la **division**

cellulaire. Wiki) des cellules.(207)

H. Atlan distingue 2 déterminismes(**2 facteurs de programmation du cerveau – JS**) : le 1^{er} est

génétique mais qu'elles sont ses limites ? Moléculaires ou cellulaires ou au-delà ?

Le 2^{ème} est psychologique, engendré par les interactions précoces(**pas seulement – JS**) étudiées

par la psychanalyse. Pour lui, l'appareil psychique est 1 système auto-organisé et enrichi

perpétuellement par l'exp. Si l'afflux d'exp. n'est pas intégré, le système se désorganise ou

plutôt d'autres système d'organisation apparaissent comme le délire ou la dépression.(**D'où**

l'utilité d'assimiler les exp. positives ou pas... JS).

Si l'on considère 1 être humain qui pense, il est nécessaire de saisir dans la simultanéité ses 3

dimensions **bio-psycho- sociales** qui ne peuvent qu'artificiellement être dissociées pour des

besoins d'étude. Le leurre consiste à penser que la nécessité méthodologique de dissocier les 3

dimensions permet d'en privilégier une par rapport aux autres.(208)

Qui sont ces « jardiniers de la folie » ? C'est vous, c'est moi. Ce sont tous ceux, familles, psychiatres, soignants qui, à leur corps défendant, contribuent à pérenniser la « folie ». C'est la société tout entière qui, à force de peur, d'obscurantisme ou de prétentions scientifiques, d'égoïsme, de conservatisme, d'intolérance, a obturé petit à petit, inexorablement, toute ouverture vers l'extérieur, toute possibilité de réversibilité, condamnant la « folie » à se répéter, indéfiniment, victime de son étiquette...

Pourtant, il est des attitudes, des ouvertures, des tolérances qui pourraient bien changer le statut de la « folie ».(211)

Nancy Andreasen, chercheur très connu, a publié en 1987 dans « *American Journal of psychiatry* » 1 travail édifiant sur le suivi sur 15 ans de 30 écrivains célèbres comparés à 30 personnes ne faisant pas de métier de créativité, mais appariés en termes de contexte socio-économique, d'âge, de quotient intellectuel, d'éducation, etc.

80% des écrivains ont présenté des épisodes dépressifs de 43% d'entre eux, une PMD. Ces chiffres s'opposent à la fréquence de 30% de dépressions dans le groupe de comparaison. Ces résultats lui firent poser la question pouvant exister entre troubles de l'humeur et créativité !

A bas les étiquettes !!! Ce n'est pas « le fou » incarnant la folie qu'il faut considérer, mais l'homme ou la femme qui se trouve derrière l'étiquette des symptômes. C'est l'être humain avec ses qualités et ses défauts, ses générosités et ses mesquineries, ses faiblesses et sa force, sa peur et son courage. Et le malade ne cessera d'être « le fou » que si l'on établit une communication authentique avec sa véritable identité([ça c'est bien dit – JS](#)). (213)

Les relations entre la folie et la société ont trouvé leur point d'orgue sous **Hitler** qui, dans 1 but économique avoué (supprimer les bouches inutiles), a ordonné l'extermination physique des malades mentaux de Pologne, puis d'Allemagne... (214)

La société propose au « malade » toute une série de mesures visant à l'aider, mais qui parfois, contribuent à l'aliéner 1 peu +. L'AAH (l'allocation financière d'aide aux adultes handicapés) peut s'avérer une bonne dissuasion à tout effort pour trouver 1 travail. (217)

Ce ne sont pas les symptômes qui peuvent servir à la communication entre le médecin et le « malade ». Les symptômes ne peuvent qu'amoindrir et aliéner. Ce qu'il faut, c'est **fouiller en chaque homme, jusqu'à retrouver l'étincelle de ce qu'il porte en lui** d'exceptionnel. Au risque de paraître bien naïf, c'est aussi, je le crois sincèrement, être capable de **compassion** pour celui qui vit la terrible expérience de la « folie ». (228)