

Chimiothérapie et psychothérapie

Le problème crucial posé par la psychiatrie de nos jours est celui de l'incertitude de ses fondements. On ne peut pas parler pour autant d'une crise, parce que celle-ci supposerait un stade plus évolué de la réflexion théorique (qu'on est loin d'avoir atteint).

La psychiatrie traditionnelle a vu le jour dans un cadre médical bien précis du début du XIXe siècle et son axiome de départ (resté rigoureusement identique aujourd'hui) a été "qu'un malade mental est un malade du cerveau". Les recherches physico-chimiques actuelles n'ont fait que prendre le relais de celles anatomo-cliniques des générations précédentes.

Une certaine ambiguïté apparaît, p.ex. dans l'usage des mots, qui nous fait parler indifféremment de maladie nerveuse ou de maladie mentale. La question à laquelle ceci nous renvoie est celle du lieu, de la localisation de cette maladie: s'agit-il des nerfs (du corps donc) ou de l'esprit (de l'âme, si l'on préfère)?

Très schématiquement nous pouvons dire que la psychiatrie, telle qu'elle nous est parvenue, repose sur une certaine interprétation du *dualisme corps/âme* qui fait sa réapparition sous la plume de Descartes, alors que ses débuts remontent bien sûr à Platon (à ce propos on lira avec profit p.ex. son "Phédon") et à Aristote (p.ex. "De anima").

Pour lui faire faire le moindre pas, il faudrait passer par une *relecture de cette coupure originelle*, dont les effets ne seraient pas repérables au niveau de la seule psychiatrie, mais au niveau de tout ce champ que d'aucuns appellent la *méthaphysique* et d'autres le discours scientifique. C'est l'immensité de cette tâche qui nous permettra de mesurer le temps que va mettre la psychiatrie pour sortir des impasses résultant de son ancrage dans les sciences de la nature.

La séparation entre psychiatrie et neurologie est très récente sur le plan universitaire. Elle a été réalisée en France dans la foulée de mai 1968, alors que dans beaucoup de pays on continue à en faire une seule spécialité. Mon propos n'est pas de critiquer cette association en elle-même, mais de souligner qu'elle empêche de poser sans a priori la question de la spécificité de la psychiatrie et celle de son statut épistémologique.

Aussi longtemps que cette question n'est pas précisée de façon radicale, il sera impossible de se retrouver dans le magma des techniques thérapeutiques qui ne cessent d'envahir ce champ et qui témoignent de l'état rudimentaire, voire misérable de la théorie plutôt que d'une complexité structurale.

Je vais me contenter de présenter très brièvement les deux grandes approches thérapeutiques qui correspondent au dualisme corps/âme.

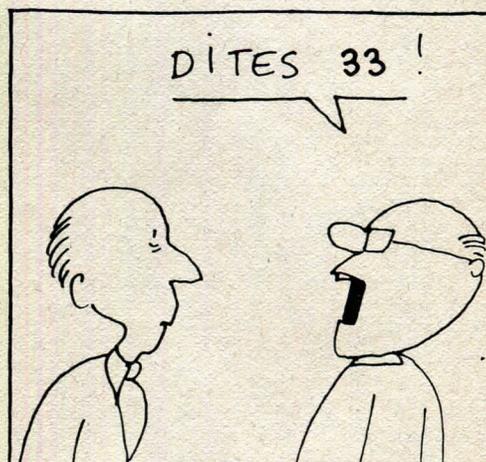
Sur le *versant somatique* c'est depuis le début du siècle que les premiers essais thérapeutiques sérieux sont entrepris. Je vais en retenir (uniquement pour son intérêt historique) la *malariathérapie* qui a valu le prix Nobel au

collègue et contemporain de Freud, Wagner von Jauregg. Se sont ajoutées avant la dernière guerre la *sismothérapie* (électro-choc) et l'*insulinothérapie*. La psychochirurgie a connu un certain prestige dans l'après-guerre, qui est cependant resté très éphémère.

Aujourd'hui sans contestation possible la chimiothérapie occupe l'avant-plan de la scène. Mais après une première phase euphorique apparaît de plus en plus clairement aujourd'hui le revers de la médaille.

Je vais d'abord en souligner les aspects positifs, pour mieux pouvoir situer ma critique dans un deuxième temps.

Il ne faut pas oublier que la chimiothérapie n'existe que depuis une petite trentaine d'années. L'introduction des neuroleptiques a permis avant tout de soigner efficacement les états psychotiques aigus et donc de limiter les évolutions vers la chronicité. Ce n'est que secondairement qu'ils trouvent leur application dans les cas chroniques eux-mêmes. Mais là aussi des études récentes ont prouvé qu'un symptôme majeur de la schizophrénie (la catatonie) avait diminué de façon notable dès avant l'utilisation des neuroleptiques dans les services où on avait commencé à s'occuper de façon plus intensive des malades.



Le progrès réalisé à ce niveau résidait avant tout dans l'idée nouvelle qu'il était possible d'aider efficacement ceux qui souvent étaient envoyés trop rapidement dans les asiles, où en outre ils restaient beaucoup trop longtemps.

Mais de nos jours la psychiatrie ne s'adresse pas uniquement à ceux qu'on peut appeler les grands malades et dont l'évolution était d'autant plus monstrueuse qu'ils se trouvaient plus radicalement exclus de et par la société.

De plus en plus nombreux sont ceux qui consultent un psychiatre pour une difficulté de vivre, un état de crise, de dépression, d'angoisse, de symptômes psychosomatiques, un état névrotique aigu, etc. L'éclatement des concepts moraux reçus pousse de nombreuses gens à chercher conseil et aide, se sentant envahis par un sentiment d'insécurité ou n'arrivant plus à s'en sortir d'une situation familiale ou professionnelle difficile.

Dans toutes ces situations les médicaments (tranquillisants, anxiolytiques, antidépresseurs, somnifères) peuvent être utilisés, mais ils devraient être prescrits seulement pendant un temps bien limité, pour ne pas induire d'autres problèmes relatifs aux médicaments eux-mêmes: surtout des états de dépendance médicamenteuse et d'apathie progressive. Pour faire un pas de plus, je considère qu'il s'agit d'une malhonnêteté intellectuelle que de faire croire à un patient que le médicament en lui-même apporte la solution: il n'y a strictement rien ni sur le plan théorique, ni sur le plan pratique qui permettrait de l'affirmer.

Cette remarque me permet de formuler une critique de la chimiothérapie systématique au long cours. Dans certains cas précis les médicaments doivent être poursuivis pendant très longtemps bien entendu.

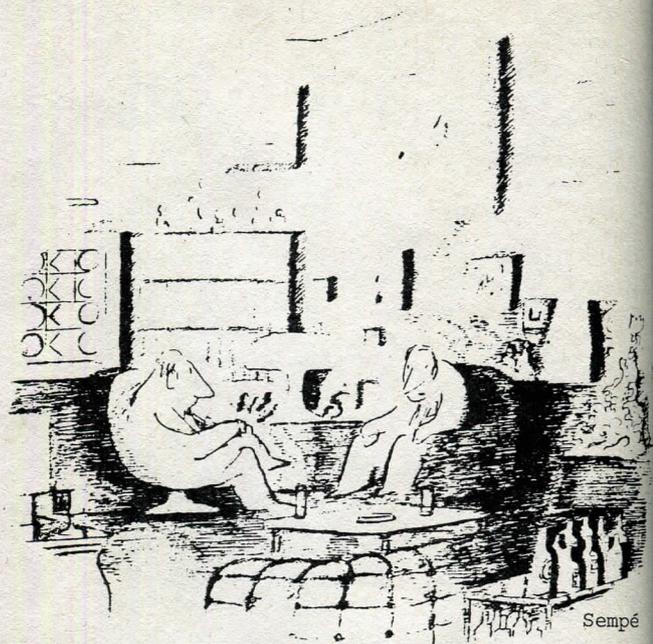
Dans tous les cas l'administration médicamenteuse devrait s'accompagner d'une écoute du patient. Celle-ci débouche sur une reconnaissance de l'autre en tant qu'autre et ne doit pas se résumer à une distribution de bons conseils.

La psychothérapie, dont il va être question maintenant, est souvent mal comprise et envisagée uniquement sous l'angle d'une prise en charge, d'une assistance, d'une "administration" de réponses aux "questions de la vie", voire de solutions. Il va de soi que sous ce manteau peut se passer et se faire n'importe quoi. Cette manière de voir repose sur une méconnaissance du fond du problème. Pour pouvoir l'approcher je vais être obligé d'avancer quelques principes très simples.

Le sujet (humain) n'est pas en lui-même (contrairement aux données de base d'une certaine approche philosophique et psychologique), mais est structuré en et par l'autre. De là découlent bien évidemment tous les risques imaginables et tous les degrés possibles d'aliénation.

Je n'ai rien par moi-même, mais je reçois tout: à commencer par mon être-là biologique, ensuite ma langue, c.-à-d. une façon de parler, de voir et de dire les choses, etc.

Le premier autre, le petit homme ne le choisit pas: il s'agit habituellement de ses parents. Dans une psychothérapie tôt ou tard les gens se mettent à parler de leurs parents, puisque c'est le discours parental qui les a tenus, constitués en premier lieu. (Fort nombreux sont ceux qui ne sortent jamais de ce discours, surtout dans un petit pays, où les gens bougent peu, dans tous



Wenn ich deprimiert bin, dann sind die Gründe meiner Depression tief, wesentlich, fundamental. Natürlich kommt es auch vor, daß ich glücklich bin. Doch sind die Gründe, derentwegen ich glücklich bin, so läppisch und schwach, daß es mich deprimiert.

les sens du terme. Beaucoup ne s'en rendent même pas compte).

De façon plus générale on peut dire que la plupart des gens souffrent, parce qu'ils sont bloqués quelque part au niveau de leur relation avec l'autre (ou les autres). C'est surtout la notion de répétition qui est un indicateur important: p. ex. quelqu'un qui choisit toujours le même type de partenaire avec lequel pourtant il n'arrive pas à s'entendre.

Dans une première approche on peut se contenter de cette définition tout à fait élémentaire de la névrose et de la psychose comme étant les marques au niveau du sujet de la perturbation de son rapport à l'autre.

En ce qui concerne la psychose bien entendu le dérangement est plus profond du fait que quelque part le sujet a été radicalement exclu en tant qu'autre. Une conséquence très facilement repérable est qu'il est absolument incapable de tomber amoureux et l'autre vient fonctionner comme ce soutien dont il a besoin pour ne pas vaciller.

On comprend dès lors à quel niveau peut intervenir la psychothérapie: je la définis comme la pratique de l'autreté, de l'être-autre (ce qui n'a strictement rien à voir avec l'altruisme). Autrement dit: au sujet pris dans une multitude de discours la psychothérapie offre une nouvelle chance de se déprendre d'autant d'aliénations, de dépendances et ceci du fait qu'à la place de l'autre se trouve un interlocuteur neutre.

Ceci permet de donner une précision supplémentaire: le plus important quant au savoir du psychothérapeute n'est pas la somme des connaissances qu'il a pu accumuler, mais la place qu'il arrive à soutenir en tant qu'autre. C'est par là uniquement qu'il est opérant dans son travail. En d'autres mots il y est impliqué avec toute sa subjectivité propre. Et d'autre part il n'arrive à soutenir cette position que s'il se soumet à la rigueur constante d'une analyse personnelle.

Rien n'est plus dangereux en effet qu'un thérapeute qui est impliqué dans un discours du pouvoir. Souvent plus banalement, lorsqu'il n'arrive pas à se démarquer du discours ambiant, ses interventions sont de l'ordre de la débilite pure.

La psychothérapie, qui peut débiter au cours d'un traitement médicamenteux et qui devrait nécessairement en prendre le relais, permet donc de ré-interroger l'impact de l'autre dans le passé et la place qu'on arrive à accorder soi-même à l'autre et la place de l'autre qu'on arrive à occuper soi-même: Cette réinterrogation entraîne une *ouverture* qui permet au sujet de jeter un regard autre sur les choses et souvent de marquer le pas, c.-à-d. de prendre un nouveau départ.

J'aimerais ajouter la remarque suivante, destinée uniquement à ceux qui sont prêts à reconnaître que ce que je viens d'avancer ne concerne pas seulement ceux que nous appelons souvent un peu hautainement les névrosés, les dérangés, etc. En effet l'homme est fabriqué de cette manière qu'il ne peut strictement rien savoir de ce qu'il a à dire, s'il n'a pas une *pratique de la parole* (ceci est une autre définition de la psychothérapie). Les choses vont si loin que je ne peux savoir ni d'où je viens, ni qui je suis, ni ce que je veux qu'en passant par l'autre (et certainement pas en m'enfermant dans ma tour d'ivoire et en réfléchissant à mon ineffable existence).

Cette approche des choses est tellement contraire à notre manière de voir traditionnelle à laquelle nous ont habitués les discours philosophique et scientifique, (la psychologie se situe dans leur lignée), qu'il nous faut remonter vingt-cinq siècles en arrière pour trouver un repère susceptible de nous guider dans notre errance. Je pense essentiellement à la tragédie grecque (le destin d'Oedipe concerne chacun de nous au plus haut degré, puisque nos origines ne se résument nullement à ce que nous en savons), aux "présocratiques" (surtout à la lumière de la lecture que nous en propose Heidegger, voir GA 54 et 55) et à la "méthode socratique" (ou ce que nous pouvons en saisir en lisant entre les lignes du texte de Platon).

Cette dernière est une *pratique de l'autre* qui

permet au sujet de découvrir ce qu'il a à dire et dont cependant il n'avait aucune idée au départ (voir p.ex. le "Théétète") Ceci m'amène à formuler l'hypothèse suivante: la *psychanalyse* peut-être n'est que la redécouverte par le XXe siècle et à la suite de Freud d'une pratique de l'autre constitutive du sujet par les seuls moyens de la parole. Elle permet au sujet de se constituer au lieu de l'autre.

La psychiatrie traditionnelle pour sa part, qui adhère au fantasme de scientificité, est tributaire d'un système qui par sa structure même élimine l'autre et exclut tout ce qui a trait à la subjectivité (à l'aléatoire, l'imprévisible, le surprenant, etc.) En tant que telle la psychiatrie n'a pas les moyens de reconnaître l'autre en tant que sujet. Par sa *taxinomie* elle ne fait que sanctionner l'aliénation et l'état d'exclusion.

La psychiatrie a vu le jour, parce qu'au lendemain de la révolution française les nouveaux maîtres que celle-ci avait mis en place ne pouvaient supporter le vagabondage de la folie. En même temps est intervenu un souci purement humanitaire. On peut donc dire que la psychiatrie à ses débuts avait un *service social* à effectuer.

Ce n'est que dans un deuxième temps que les *grands systèmes nosographiques* ont été constitués. Ceux-ci n'avaient nullement pour but -ceci est très important à souligner- de fonder la psychiatrie en tant que pratique thérapeutique, mais tout au plus de constituer scientifiquement l'objet "folie", légitimation de l'existence de la psychiatrie. C'est précisément à ce point-là que nous sommes encore à l'heure actuelle, le discours psychiatrique n'ayant plus évolué quant à ses fondements depuis un demi siècle.

Le troisième temps (à venir) de la psychiatrie serait sa constitution en tant que pratique qui ne peut s'inscrire que dans le champ d'une *éthique*.

Je terminerai sur cette constatation paradoxale: la psychiatrie a bien connu un (ou des) début(s), ce n'est pas pour autant qu'elle a trouvé ses origines.

Dr André Michels

Psychopharmaka

Als Wort findet sich der Ausdruck "Psychopharmakon" bereits im Mittelalter. 1548 gab Reinardus LORICHIUS aus Hadamar (HADAMARIUS) unter dem Titel "Psychopharmakon, Hoc est: medicina animae" eine Sendung von Trost- und Sterbegebeten heraus. Doch erst seit 1956 wird der Ausdruck "Psychopharmakologie" in der Medizin geläufig angewendet. Diese neue Fachrichtung entstand aus der Begegnung zwischen Psychologie, Psychiatrie einerseits und der Pharmakologie (Wissenschaft von der Wirkung der Medikamente und Drogen) andererseits.

Früher waren die meisten Drogen pflanzlicher Herkunft. Sie wurden empirisch gefunden.
-Tollkirsche (oder Belladonna): in Ägypten als Schlafmittel angewandt; im Mittelalter gebrauchten es die Magier als Vergiftungsmittel.
- Kokablätter: wurden zuerst militärisch angewandt; als Stimulantien erlaubten sie den peruanischen

Kriegern durch lange, unermüdliche Märsche den spanischen Eroberern zu widerstehen.

Später hat man die aktiven Substanzen der Pflanzen isoliert und schliesslich sogar synthetisch hergestellt:

- 1) Stimulantien: Koffein, Strychnin, Nikotin
- 2) Halluzinogene und Betäubungsmittel: Kokain, Haschisch, Meskalin
- 3) Klassische Sedativa: Belladonna, Brom

Die modernen Psychopharmaka:

- 1) Antidepressive Mittel (Antidepressiva, Thymoleptika)
Wirkung: Führen zu milder Beruhigung und verbessern die Stimmung. Sie können zu einer Aktivierung der seelischen Kräfte führen.
Nebenwirkungen: können zu Schläfrigkeit führen.