

Généralités sur la psychiatrie

Pr SEGHIR

I. Introduction

La psychiatrie est une discipline médicale ayant pour objet les troubles mentaux, sa pratique repose sur l'examen du malade qui aboutit à un diagnostic et un pronostic avec une proposition thérapeutique; à ne pas confondre avec la psychologie qui est une discipline non médicale ayant pour objet le développement psychologique normal et certains troubles psychologiques en clinique.

Les troubles mentaux sont traités par les médecins depuis l'antiquité

Le terme de psychiatrie revient au médecin allemand J.C. Reil en 1802 et en France vers 1810 mais ne sera utilisé qu'après 1860 ; jusque là, c'est le terme de médecine aliéniste qui est généralement en usage.

Depuis, notamment avec Pinel qui introduit la notion d'aliénation en remplacement de la folie, l'aliéné se voit reconnaître un reste de raison alors qu'avant, le fou était exclu de toute communication interhumaine puisqu'il était considéré comme dépourvu de raison.

Est né alors ce qu'on appelait « le traitement moral », qui suppose que l'aliénation n'est pas une perte de l'intelligence ou de la volonté, mais un dérangement de l'esprit et une contradiction dans la raison,

Ainsi, l'institution asilaire, n'a pas été conçue au départ comme simple cadre d'enfermement et d'exclusion, mais sous la pression d'une société qui exclut de plus en plus l'aliéné, l'isolement en deviendra le but essentiel. Cette déviation entraînera la décadence du traitement moral et de l'institution asilaire dès 1840.

II. Organogénèse vs psychogénèse

Le traitement moral reposait sur le principe d'une causalité psychique de la maladie mentale. Ces conceptions psychogénétiques primitives (Pinel ; Esquirol) sont remplacées par le mouvement organogénétique (Bayle ; Falret ; Moreau de Tours ; Charcot), la psychiatrie va alors chercher la cause des maladies mentales dans des lésions du cerveau, sans succès.

Va alors se développer le mouvement psychanalytique, initié par S. Freud et appliqué essentiellement aux névroses dès le début du XX^{ème} siècle, en mettant en évidence « le conflit intrapsychique inconscient ».

Même si, actuellement, la théorie psychanalytique n'est plus aussi répandue et que son efficacité curative soit récusée, elle garde une place importante dans l'étude psychopathologique de la maladie mentale.

Parallèlement, le mouvement organogénétique va se développer : malaria thérapeutique dans la paralysie générale (Wagner Von Jauregg 1927), cure d'insuline dans la schizophrénie (Sakel, 1933), convulsivothérapie par injection de cardiazol dans la schizophrénie (Meduna, 1933-1936), électroconvulsivothérapie dans les dépressions mélancoliques (Cerletti, Bini, 1938), la découverte empirique des effets antipsychotiques de la chlorpromazine par Harl, Delay et Deniker en 1952, a marqué le véritable début des thérapies biologiques, puis en 1957, mise en évidence de l'effet antidépresseur de l'imipramine point de départ du développement de la psychiatrie biologique aidé par celui des neurosciences.

III. L'évolution nosographique

Comme toute spécialité médicale, la psychiatrie chercha un support scientifique dans sa classification de la maladie mentale :

- Pinel (1798-1818) : c'est le « classement de l'aliénation en espèces distinctes » ; allant du délire limité à l'affaiblissement mental le plus profond.
- Falret (1794-1870) : individualisa « la folie circulaire » ou « folie à double forme ».
- Kraepelin (1856-1926) : individualisa la psychose maniaco-dépressive et les états mixtes à partir de la « folie circulaire » de Falret.
- Lasègue (1816-1883) : individualisa le délire de persécution en réponse à des hallucinations auditives menaçantes.
- Kraepelin : opposa la PMD à « la démence précoce »
- Bleuler (1857-1939) : développa la notion de démence précoce vers le concept de schizophrénie.
- A partir des travaux de Magnan (1835-1916), se développa la notion de psychoses en délires chroniques, délire d'interprétation (Sérieux et Capgras), délires passionnels (de Clérambault), délires d'imagination (Dupré), psychose hallucinatoire chronique (Ballet), paranoïa sensitive (Kretschmer).
- A partir des années 50 (1952), apparaît la 1ère classification nord américaine : le DSM 1, puis le DSM 2 plus conforme à la CIM 8, le DSM 3 en 1980, manuel diagnostique et statistique des maladies mentales sans références étiopathogéniques et avec une évaluation multiaxiales des patients, le DSM 4 en 1994 et le DSM 5 en 2014 maintiennent le principe de l'athéorisme total.

IV. Les 3 modèles étiopathogéniques

Jusqu'à-là, 3 modèles explicatifs de la maladie mentale prédominaient de façon séparée :

- Le modèle neurochimique : d'inspiration biomédicale se fondant sur la biologie moléculaire et la psychopharmacologie.
- Le modèle psychanalytique : permettant d'expliquer les développements psychopathologiques.

- Le modèle psychosociologique : permettant d'expliquer le rôle pathogène du milieu et des groupes sociaux dans l'apparition et l'entretien de certains troubles psychiques.

Pris isolément, ces 3 modèles ne pouvaient pas expliquer l'Étiopathogénie très complexe des maladies mentales. Ainsi, apparaît un modèle plus global « biopsychosocial » intégratif, dans lequel la causalité est multifactorielle (Meyer, Engel, Reynaud).

Avec le développement du cognitivisme et surtout des neurosciences, basés sur la psychopharmacologie, l'imagerie cérébrale et l'étude des neurotransmissions ; il a été possible d'établir une cartographie biochimique du système nerveux.

Le modèle cognitiviste : étudie les compétences ou aptitudes de l'esprit humain : langage, perception, fonctions exécutives, raisonnement et jugement.

V. Psychopharmacologie

Le développement de la chimiothérapie psychiatrique remonte aux années 1950, depuis la synthèse du 1^{er} neuroleptique, la chlorpromazine, par Charpentier en 1952.

En 1957, Delay définit les psychotropes comme « des substances chimiques, naturelles ou artificielles, qui ont un tropisme psychique, c.à.d. qui sont susceptibles de modifier l'activité mentale, sans préjuger de la nature de cette modification ».

La définition anglo-saxonne retient « les substances qui modifient les sensations, l'humeur, la pensée, la conscience, le comportement et d'autres fonctions psychiques ».

Classification générale des psychotropes

1. Les psycholeptiques

Action sédatrice sur le SNC à l'origine d'une diminution de l'activité psychique, agissent sur la vigilance, les émotions et les symptômes psychotiques

- Les hypnotiques : benzodiazépiniques et non benzodiazépiniques (barbituriques et autres)
- Les tranquillisants ou anxiolytiques : BZD, carbamates et autres
- Les neuroleptiques : classiques et atypiques

2. Les psychoanaleptiques

Action stimulante sur le SNC à l'origine d'une accélération de l'activité psychique, agissent sur la vigilance et l'humeur, on leur associe les thymorégulateurs.

- Les thymoanaleptiques ou antidépresseurs (tricycliques, tétracycliques, ISRS)
- Les nooanaleptiques, stimulants de la vigilance (amphétamines, caféine)
- Les thymorégulateurs (sels de lithium, anticonvulsivants)

C/Les psychodysleptiques

Action perturbatrice de l'activité psychique à l'origine de troubles perceptifs, cognitifs et de la conscience.

- Les hallucinogènes : cannabis, LSD25, mescaline.
- Les stupéfiants : cocaïniques, morphiniques
- Les enivrants : alcool, solvants, colles.