



BIRCHAM INTERNATIONAL UNIVERSITY

Student Name: GAGGINI JEAN-PIERRE
Degree Program: Doctor of Philosophy
Specialization: Clinical Psychology
Minor:
Region: EUROPE France

International Evaluation Form

November 18, 2022



INTERNATIONAL ASSESSMENT FORM - IA Form

EVALUATION COMMENTS

Comments are mandatory for any grade lower than 3.0

- * Be helpful and constructive.
- * Remark what needs to be improved.
- * Write comments in a separate paper, or here if there is space:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Student Work for Evaluation - Course, Report, Project or Thesis:

PSYCHOPATHOLOGIE : UNE APPROCHE INTÉGRATIVE.....
 DAVID.H. BARLOW.....
 DE BOECK UNIVERSITE / ISBN-13: 978-2807302532.....
 (UN RAPPORT DE 20 À 35 PAGES POUR CE LIVRE).....

Each 33%	EVALUATOR'S GRADE	SUPERVISOR'S GRADE	Minimum grade: E (2.0 - 50%)	
Format	4.0- Excellent	4.0- Excellent	GRADING SYSTEM 4.0- Excellent 91-99% / A 3.5- Very Good 81-90% / B 3.0- Good 71-80% / C 2.5- Satisfactory 61-70% / D 2.0- Sufficient 51-60% / E 1.5- Fail <50% / F	
Content	4.0- Excellent	4.0- Excellent		
PQT	4.0- Excellent	4.0- Excellent		

EVALUATOR NAME & SIGNATURE
November 18, 2022

ELENA LORENTE RODRÍGUE

I swear that this work has been duly reviewed and evaluated according to the BIU pedagogy and it deserves the grading specified.

SUPERVISOR NAME & SIGNATURE
November 18, 2022

LORENA CANO

EVALUATION CRITERIA & Grading Support Chart:

Assign 0 to 0.5 points for each criteria detailed:

33% Format: The organization and presentation of the information.
 Evaluation of the format accounts for data organization, hierarchy, interrelationships, and clarity of presentation.

<input type="checkbox"/>	Affidavit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Index	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Font size and spacing	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Content breakdown (parts, chapters...)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Detailed index (Pages numbered...)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Data organization	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Clarity (Orthography)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Aesthetics	<input type="checkbox"/>

33% Content: Reflects how much the report matches the bibliography.
 Evaluation of the content is based on the comprehension of the material as well as the student's synthesis skills and concept interaction. Report contents are valued only as 33% of the final grade because the textbook is available for the student throughout report elaboration.

<input type="checkbox"/>	Minimum length	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Subject key points	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Concept interaction	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Topic adequacy	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Maximum length	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Topic analysis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Synthesis skills	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Comprehension level	<input type="checkbox"/>

33% PQT- Personal Quality Thinking:
 Shows how the subject is mastered through case studies, personal comments, and the ability to apply the information learned to problem-solving. Evaluation of the PQT shows the student's analysis criteria and critical thinking, as reflected in the writing and presentation style.

<input type="checkbox"/>	Fluent Writing	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Charts, illustrations...	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Original work (no copy/paste)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Communication efficacy	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Personal writing style	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Case analysis (or arguments)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Case resolution (or topic conclusion)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Critical thinking (Opinion)	<input type="checkbox"/>

For more information read the BIU study guide.

FINAL GRADE WILL SHOW IN THE TRANSCRIPT



BIRCHAM INTERNATIONAL UNIVERSITY

Student Name: **GAGGINI JEAN-PIERRE**
 Degree Program: **Doctor of Philosophy**
 Specialization: **Clinical Psychology**
 Minor: _____
 Region: **EUROPE** France

International Evaluation Form

September 21, 2022

INTERNATIONAL ASSESSMENT FORM - IA Form

EVALUATION COMMENTS

Comments are mandatory for any grade lower than 3.0

- * Be helpful and constructive.
- * Remark what needs to be improved.
- * Write comments in a separate paper, or here if there is space.

.....

.....

.....

.....

.....

Student Work for Evaluation - Course, Report, Project or Thesis:

PSYCHOPATHOLOGIE : UNE APPROCHE INTÉGRATIVE.....
 DAVID H. BARLOW.....
 DE BOECK UNIVERSITE / ISBN:13: 978-2807302532.....
 (UN RAPPORT DE 20 À 35 PAGES POUR CE LIVRE).....

Each 33%	EVALUATOR'S GRADE	SUPERVISOR'S GRADE	Minimum grade: E (2.0 - 50%)
Format	4.0 - EXCELLENT		GRADING SYSTEM 4.0- Excellent 91-99% / A 3.5- Very Good 81-90% / B 3.0- Good 71-80% / C 2.5- Satisfactory 61-70% / D 2.0- Sufficient 51-60% / E 1.5- Fail <50% / F
Content	4.0 EXCELLENT		
PQT	4.0 - EXCELLENT		

EVALUATOR NAME & SIGNATURE
September 21, 2022

ELENA LORENTE RODRIGUE

I swear that this work has been duly reviewed and evaluated according to the BIU pedagogy and it deserves the grading specified.

SUPERVISOR NAME & SIGNATURE
September 21, 2022

LORENA CANO

EVALUATION CRITERIA & Grading Support Chart:

Assign 0 to 0.5 points for each criteria detailed:

33% Format: The organization and presentation of the information. Evaluation of the format accounts for data organization, hierarchy, interrelationships, and clarity of presentation.

- 33% FORMAT**
- Affidavit
 - Index
 - Font size and spacing
 - Content breakdown (parts, chapters...)
 - Detailed index (Pages numbered...)
 - Data organization
 - Clarity (Orthography)
 - Aesthetics

33% Content: Reflects how much the report matches the bibliography. Evaluation of the content is based on the comprehension of the material as well as the student's synthesis skills and concept interaction. Report contents are valued only as 33% of the final grade because the textbook is available for the student throughout report elaboration.

- 33% CONTENT**
- Minimum length
 - Subject key points
 - Concept interaction
 - Topic adequacy
 - Maximum length
 - Topic analysis
 - Synthesis skills
 - Comprehension level

33% PQT- Personal Quality Thinking: Shows how the subject is mastered through case studies, personal comments, and the ability to apply the information learned to problem-solving. Evaluation of the PQT shows the student's analysis criteria and critical thinking, as reflected in the writing and presentation style.

- 33% PQT**
- Fluent Writing
 - Charts, illustrations...
 - Original work (no copy/paste)
 - Communication efficacy
 - Personal writing style
 - Case analysis (or arguments)
 - Case resolution (or topic conclusion)
 - Critical thinking (Opinion)

For more information read the BIU study guide.

FINAL GRADE WILL SHOW IN THE TRANSCRIPT

COMMENTAIRES SUR LE RAPPORT

Élève: Jean-Pierre Gaggini

Livre: "Psychopathologie : une approche intégrative » – DH Barlow

FORMAT DE TRAVAIL

Le rapport conserve les critères de présentation avec page de titre, serment et signature, y compris un index paginé et avec une structure bien définie, mettant en évidence les chapitres et leurs sous-sections. La hiérarchie des idées est présente et le texte est facile à suivre, avec une excellente écriture et un vocabulaire correct. Les phrases sont bien conformes et claires, fait qui est positif pour l'explication des concepts et pour la traduction. Les thèmes ont été correctement résumés, en leur donnant un équilibre en longueur et en importance. L'effort est valorisé résumer un texte aussi complexe.

CONTENU DU RAPPORT

Le texte de l'ouvrage est très étendu, mais il est correctement structuré. Les sujets abordés sont excellents. Ils suivent ainsi l'ordre de l'ouvrage de référence et des cas pratiques sont repris dans plusieurs chapitres. Commence avec la définition du comportement anormal, les influences sur le comportement, le diagnostic et les méthodes d'investigation et collecte de données pour poursuivre la définition des principaux troubles dans plusieurs chapitres. Dans le dernier chapitre, il traite de tout ce qui touche à la santé mentale et aux questions juridiques et éthiques.

Le contenu est bien organisé et présenté de manière cohérente sans omettre d'informations importantes.

OPINION PERSONNELLE

Une introduction au sujet et une préface sont incluses comme une réflexion sur la psychopathologie, comprenant également des cas pratiques résolus liés aux sujets, dans les chapitres 3 (fatigue apparente et insomnie mais avec cause neurologique), 4 (anxiété généralisée), 8 (anorexie mentale), 9 (suspicion de violence sexuelle), plus d'autres trois à la fin du texte : schizophrénie, TDAH et début de démence pugilistique. Il se termine par un épilogue où l'étudiant reconnaît la complexité de l'approche intégrative mais aussi ses avantages.

Mes félicitations à l'élève pour ce travail.



Elena Lorente Rodriguez
neuropsychologue
Mannheim (Allemagne)

Quatrième rapport

Jean-Pierre P. Gaggini

Etudiant – Doctor Ph.D. in Clinical Psychology

Livre : Psychopathologie – Une approche intégrative

Date : 21 septembre 2022

« Je jure que je suis l’auteur unique de ce rapport et que son contenu est la conséquence de mon travail sur le livre assigné »

Signature :

jean-pierre gaggini

Tables des matières

pp

Remarques préliminaires.....	5
Préface de l'ouvrage.....	6
Chapitre 1	
1) Le comportement anormal dans un contexte historique.....	6
2) Normal ou pas ?.....	6
3) Définition acceptable.....	6
4) La science de la psychopathologie.....	7
5) Les conceptions historiques de la pathologie mentale.....	7
6) Théorie humaniste.....	7
7) Le modèle comportemental.....	8
8) Conclusion.....	8
Chapitre 2	
1) Une approche intégrative.....	8
2) Le cas de Julie.....	9
3) Contribution de données.....	10
4) Un mot sur le modèle diathèse/stress.....	10
5) Le SNC.....	10
6) Influences psychosociales sur la structure et les fonctions du cerveau.....	11
7) Effets sur le développement et fonction du cerveau.....	11
8) Evolution des sciences comportementales et cognitives.....	11
9) L'impuissance acquise.....	11
10) Les émotions.....	11
11) Une réflexion sur le développement dans une vie.....	11
Chapitre 3 – Recueil de données clinique et diagnostic	
1) L'évaluation et les troubles psychologiques.....	12
<i>Etude d'un cas (évaluation).....</i>	<i>12</i>
2) DSM ou DSM ?.....	14
Chapitre 4 – Les méthodes de recherche	
1) L'examen du comportement mental.....	15
2) Les concepts.....	15
3) Composants élémentaires de la recherche expérimentale.....	15
4) L'étude des cas individuels.....	15
5) La recherche par corrélation.....	15
6) Recherches épidémiologiques.....	15
7) Recherches expérimentales basées sur le cas unique.....	15
8) Résumé.....	16
Chapitre 5 – Troubles anxieux liés à des traumatismes ou facteurs de stress, TOC et apparentés	
1) <i>Etude du cas de Guy.....</i>	<i>16</i>
Chapitre 6 – Troubles à symptomatologie somatique et apparentés/troubles dissociatifs	
1) Remarques.....	19
2) Troubles à symptomatologie vs associations.....	19
3) Quelques mots sur le trouble de conversion.....	19

4) Troubles dissociatifs.....	19
Chapitre 7 – Troubles de l’humeur et suicide	
1) Etat dépressif ou dépression ?.....	20
2) Etude d’un cas.....	20
Chapitre 8 – Troubles des conduites alimentaires/Ingestion d’aliments et troubles du sommeil	
1) Etude d’un cas.....	22
Chapitre 9 – les troubles physiques – psychologie de la santé	
1) Facteurs psychologiques et sociaux.....	24
2) Le stress.....	25
3) Sida – troubles cardiovasculaires – hypertension - fatigue et douleurs.....	25
4) Effets relaxation/méditation.....	26
Chapitre 10 – Dysfonctions sexuelles, paraphilies et dysphorie de genre	
1) Remarques préliminaires.....	26
2) Comportements sexuels.....	26
3) Différence entre les genres.....	26
4) Dysfonctions sexuelles.....	26
Etude d’un cas.....	27
5) Autres troubles.....	28
6) L’entretien clinique.....	28
7) Les causes des dysfonctionnements.....	28
8) Paraphilies.....	28
Etude d’un cas.....	28
9) Dysphorie de genre.....	29
Etude d’un cas de non-conformité.....	29
10) Conclusion et synthèse du sujet sur ces troubles.....	30
Chapitre 11 – substances, troubles disruptifs addictifs, contrôle des impulsions et de conduites	
1) Dépendances / addictions.....	30
Chapitre 12 – Troubles de la personnalité	
1) Trois catégories de troubles et plus.....	31
Chapitre 13 – spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques	
Etude d’un cas.....	33
Chapitre 14 – troubles neurodéveloppementaux	
Etude d’un cas.....	36
Chapitre 15 – Troubles neurocognitifs	
Etude d’un cas.....	37

Chapitre 16 – Santé mentale, questions juridiques et éthiques

1) Résumé pour les droits en Europe vs USA.....	(31)
2) Rapport sur la santé mentale en Europe.....	(33)
Epilogue.....	38

Remarques préliminaires

Cet ouvrage est certainement un « *Manuel d'Instructions Générales* ». Vu le nombre de personnes impliquées dans sa conception et sa réalisation nous pourrions le classer dans la rubrique des « *chefs-d'œuvres majeurs* ». Les éléments qui sont intitulés « *résultats d'apprentissage* » favorisent la compréhension de l'étudiant et des enseignants.

Tous les processus menant à l'établissement d'un diagnostic, de données et inférences qui sont nombreuses sont particulièrement appréciés.

Toutefois, une pierre d'achoppement semble se glisser concernant le DSM dans son ensemble et la CIM, par une population de psychanalystes. Le DSM est regardé par exemple comme un « *code* » qui, en transformant les signifiés en informations, permet de faire fonctionner la machine administrative de la santé mentale, malgré la diversité des acteurs impliqués (*De Munck, 2004, 51-58*). Cette fonction du DSM est soulignée dans certaines critiques de dispositifs biopolitiques tels que le « *Résumé Psychiatrique Minimum* » (Belgique) ou le « *Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie* » (France), qui croisent les diagnostics avec d'autres informations d'ordre médico-administratif et socio-économique. Notamment, l'informatisation des données est parfois dénoncée comme une forme de fichage des patients, en lien avec les préoccupations sécuritaires et néo-eugénistes des sociétés néolibérales, et a donné lieu en France à des initiatives de désobéissance civile comme la « *grève du codage CIM-10* » (Labouret, 2012).

Pour en revenir à ce guide d'études, il examine certains aspects du comportement anormal. Les causes de la souffrance semblent être le point focal de l'ouvrage ainsi que toutes les interférences avec toutes sortes de comportements.

Il est vrai que de nombreuses questions restent encore sans réponses. Pourquoi certaines personnes se comportent d'une façon qui nous semble « *anormale* » ici, alors qu'ailleurs cela pourrait être acceptable ? En comprenant la nature des problèmes, la recherche peut trouver certaines bonnes réponses. Pour autant, l'éternelle question de ce qui est « *normal ou pas* » revient souvent.

Si l'approche intégrative est l'idée d'intégrer ou de combiner des aspects de plusieurs écoles de pensées différentes pour promouvoir le bien-être il s'agira aussi de bien maîtriser la combinaison des meilleures théories de la médecine occidentale traditionnelle et des pratiques alternatives. Mais, discuter de cette approche en psychothérapie ne veut pas toujours dire la même chose qu'en milieu médical. Il n'est pas inhabituel pour un thérapeute qui utilise une grande variété de « *tendances* » d'offrir une thérapie brève pour certains clients, des types de thérapie cognitivo-comportementale pour les autres, et un travail de « *bac à sable* » jungien ou plus en profondeur, un traitement psychanalytique à certaines personnes.

Dans cet ouvrage que je qualifie de performant on y voit toute l'évolution de la psychopathologie. Les connaissances augmentent à un rythme de plus en plus rapide, ce qui était vrai un jour risque de ne plus l'être demain. Mais il devient nécessaire semble-t-il, de bien comprendre les interactions complexes dans les domaines de la biologie, psychologie et sociaux.

Toutefois, le spectre de la recherche dans certains domaines ne semble pas prêt d'être résolu. Si la connaissance de certains troubles sont patents, il reste encore à découvrir l'essentiel. Je dis cela car on ne sait toujours pas ce qui génère l'intelligence et la pensée. Néanmoins, je partage l'enthousiasme qui m'est transmis en tant qu'étudiant sur les connaissances actuelles qui me semblent suffisantes pour arriver à atteindre le but que je me suis fixé : soulager la douleur.

Quelques mots aussi sur les deux auteurs de cet ouvrage, David H. Barlow et V. Mark Durand. Ces deux sommités internationales n'ont plus rien à prouver dans presque tous les domaines et expériences. Leur pédigré est impressionnant, puisque Barlow a passé en revue plus d'un millier de professionnels de la S.N pour la rédaction du DSM-V et Durand pour ses recherches sur le « *spectre de l'autisme* ». Mais les deux se rejoignent sur leurs travaux de recherche sur la nature et le traitement de l'anxiété.

Je reconnais humblement leurs compétences dans de nombreux domaines de la santé mentale et leurs traitements. Devant ces deux cursus qui impressionnent n'importe lequel d'entre nous, je vais, dans une certaine mesure essayer de faire une synthèse de cet ouvrage en espérant que certaines de mes observations critiques restent constructives.

Préface de l'ouvrage

Quelques mots sur la préface de ce livre et cette « *approche intégrative* » au regard des « *tendances historiques* ». Le rôle de l'action « *des influencent réciproques* » et se mélange des découvertes, comme les émotions et leurs découvertes scientifiques, avec des sciences comportementales, biologiques, cognitives et sociales, ce qui, finalement montre le tout comme approche intégrative pas seulement de la psychopathologie mais bien dans plusieurs domaines de la santé mentale oserions-nous dire.

Que ce soit par des cas cliniques, la démonstration des cas ou l'exposé des troubles avec leurs traitements nous pouvons voir l'importance qu'apporte les « *DSM* » dans la classification des troubles. Dès lors la discussion s'engage quant à savoir : « *Est-ce que les troubles de la personnalité devraient être considérés comme catégoriels ou dimensionnels* ». Nonobstant le fait que certains psychanalystes rejettent fortement tous les DSM. Toutefois et quoi qu'on puisse penser de ces classifications, elles font l'unanimité et faute de pouvoir avoir un instrument plus performant, nous avons la chance d'avoir un outil performant. En partageant avec un psychanalyste renommé des médias français, j'ai observé que ses propos sur le DSM-V étaient un mélange d'idéologie et de parti pris. Si nous mêlons nos convictions politiques ou religieuses dans un contexte de cette nature, il n'y aura jamais d'accord possible.

Chapitre 1

1) Le comportement anormal dans un contexte historique

Ici nous sommes dans les définitions et la compréhension. Le cas de Julie, sa « *phobie* », est intéressant dans la mesure où le même trouble n'altère pas de la même façon toutes les personnes qui en sont victime.

2) Normal ou pas ?

Une question qui restera pour longtemps sans véritable réponse fiable. Quand une personne semble dévier de la « *norme* » peut-il être qualifié « *d'anormal* » ? Comme la perspective culturelle est la référence tout au long de cet ouvrage d'études considérons que les normes sociales peuvent être bien ou mal utilisées. Même si le DSM-V (*et tous les autres*) décrit les dysfonctionnements comportementaux, psychologiques ou biologiques inhabituels dans leur contexte culturel, il nous faut une référence fiable de base qui soit acceptable. Alors la question : « *normal ou pas normal, This Is The Question* » comme nous pourrions le dire avec un certain humour.

3) Définition acceptable

Malgré les ajouts d'estimations dimensionnelles de la gravité des troubles dans chaque DSM je retiens que tous sont des ajouts qualifiés par les auteurs comme des « *prototypes* ». La question intéressante

pour moi ici c'est la pertinence de savoir si cette Julie, dont les auteurs font mention comme présentation du cas, a vraiment un comportement anormal. Le défi présenté à l'étudiant et de franchir une étape postérieure.

4) La science de la psychopathologie

Parmi toute la gamme des professionnels spécialisés, et ils sont nombreux, ce qui retient mon attention c'est, bien sûr, que le psychologue clinicien s'oriente plus vers la recherche et le traitement des troubles psychologique sévères. Le praticien, le tableau clinique, l'étiologie, tout ceci n'est pas simplement une affaire banale. La simplicité du raisonnement concernant la cause et l'effet est beaucoup plus complexe.

5) Les conceptions historiques de la pathologie mentale

Je passerai assez rapidement sur ce chapitre, j'ai toujours eu un peu de mal à comprendre pourquoi il fallait toujours commencer nos conférences par une longue litanie sur l'historique devant un auditoire venu écouter l'orateur sur un thème précis. Un tiers du temps consacré sur l'historique diminue chaque fois le temps pour les « *questions-réponses* » des participants.

J'aimerais émettre ici un point longtemps ignoré par les scientifiques et chercheurs de tout bord. Étymologiquement, le mot psychologie dérive du latin psychologia, terme lui-même formé à partir du grec ancien ψυχή (psukhē : le souffle, l'esprit, l'âme) et -λογία (-logia, la science, l'étude, la recherche). Sans faire un long discours, les trois modèles que sont le surnaturel, le psychologique et le biologique ne pourraient-ils pas collaborer pour arriver à des mêmes conclusions sur le pathologique ? (*Je referme rapidement la parenthèse*).

Pour en terminer sur ce chapitre qui pourrait reprendre presque toute la synthèse de l'ouvrage, toutes les approches proposées et leurs conséquences avec une sémantique qui parfois rend l'explication compliquée. Exemple : Quand on parle de « *traitement moral* », il est bien d'insister sur la compréhension du sens dans lequel ce terme est utilisé. Entre sens émotionnel et comme code comportemental il y a bien une distinction capitale à retenir.

Je parlerais de « *théories psychanalytiques* », au pluriel, car elles sont nombreuses et parfois très contestables comme le montre ce paragraphe. « *L'esprit inconscient* » qui serait une cause de la construction des troubles psychologiques lors d'une technique utilisée par l'hypnose reste discutable.

Tout comme le « *ça* », le « *moi* », le « *surmoi* » qui pose encore de nos jours de profondes questions. Le « *moi* » semble plus réaliste puisqu'il opère selon le « *principe de réalité* ». Je pose donc la question : « *Mon moi, de quelle nature est-il ? D'où vient-il ? Ne faut-il pas ajouter plus que la logique et la raison ?* » Autant de vide à combler me semble-t-il.

« *L'inconscient collectif* » introduit par Jung (1875-1961) et son confrère Adler (1870-1937) est intéressante. Jung parle de pulsions spirituelles et religieuses ce qui semble étonnant dans ce contexte où cela reste tabou en psychologie. Mais comme suggéré plus haut, (*définition et origine de la psychologie*), ces pulsions font partie de la nature humaine, toujours selon Jung. Une nature humaine, soit-dit en passant « *fondamentalement positive* » pour reprendre les mots de Jung. Ce qui amène à une autre réflexion sur cette question : D'où est-ce que nous venons ? Pourquoi sommes-nous ici ? et où irons après la mort ? Venons-nous vraiment avec un patrimoine génétique uniquement ou venons-nous aussi avec un patrimoine spirituel ? Pourrait-on émettre l'hypothèse que ce que nous appelons « *inconscient* » ne soit un « *voile d'oubli* » ? Ce qui est différent de la mémoire à long terme.

6) La théorie humaniste

J'aime bien Rogers (1902-1987), sans toutefois adhérer à ce narratif d'approche humaniste. Non, ce qui me séduit dans cette approche c'est l'idée de « *thérapie centrée sur la personne* ». Une approche thérapeutique qui me semble efficace et plus prometteuse. Sans toutefois présumer du fait que ce n'est pas la seule et unique approche.

7) Le modèle comportemental

C'est donc une approche plus scientifique. Mais, comme le résumé de ce chapitre le mentionne, ce modèle finalement semble inadéquat et incomplet. Pour résumer, les connaissances plus modernes de notre siècle offrent une nouvelle dimension à tous ces modèles et je suppose que dans les décennies qui viennent, ce qui est acceptable aujourd'hui se retrouvera au début de chaque chapitre comme étant l'historique du 20^{me} siècle.

Le résumé est concluant. Les explications et les définitions, les traditions et le présent, l'histoire dans le passé et sa genèse, l'étudiant comprends mieux ce qui va lui arriver dans les chapitres suivants. L'approche intégrative met en lumière que les troubles mentaux n'interviennent pas isolément. S'il y a un centre de gravité du trouble, il y a sûrement des troubles associés tout autour. Les trois composantes de cette approche intégrative se trouvent dans les parties influentes de la psychologie, de la biologie et du social.

8) Conclusion

Grâce aux découvertes scientifiques ce qui semblait pendant longtemps être préservé dans des compartiments peut se regrouper en une « *grande influence commune* ». Il reste encore des portes à ouvrir, certains scientifiques en sont encore au stade du « *pré carré* ». Mais la nouvelle génération apporte une autre façon de voir, une autre compréhension que les anciens ne pouvaient avoir. Toutefois, il faut être juste et rendre hommage à ces anciens car ils ont été, malgré leur faible connaissance, les précurseurs de ce que nous connaissons aujourd'hui. La psychologie n'était pas à l'origine appelée à être ce qu'elle est aujourd'hui. D'ailleurs, je me demande pourquoi on met le terme « *psycho* » à toutes les sauces.

Nous ne connaissons pas toute la genèse d'un trouble, il faudrait pour cela mettre tous les paradigmes ensemble et surtout bien les connaître. Il manque encore tellement de connaissances sur le cerveau et sa relation avec son esprit, sa pensée et son intelligence. Ses interactivités entre le « *moi* » de notre ami Freud et le devenir de l'homme.

Le terme : « *Je pense donc je suis* » il va bien falloir un jour l'expliquer et ce que cela veut dire. Sommes-nous seuls dans cet univers ? et si non, les autres sont-ils comme nous ? Ont-ils aussi des troubles du comportement ? Pensent-ils comme nous ? Pourquoi nous existons ? Notre héritage biologique peut-il être géré ?

Toutes ces questions et bien d'autres laissent le psychologue dans une profonde réflexion et sans explication. Qu'il me suffise de dire ici que soulager la souffrance du patient avec les moyens dont nous disposons semble déjà en soi une performance incroyable.

Chapitre 2

1) Une approche intégrative de la psychopathologie

Comme je l'ai appris avant, la forme de cette approche intégrative est quelque peu différente à l'époque où Freud vivait. Les influences causales agissent en interactivité les unes avec les autres. Je retiens qu'en œuvrant ensemble, les dimensions (*biologiques, psychologiques*) s'influencent les unes par rapport aux autres. Les auteurs parlent d'un modèle multidimensionnel. Nous savons ce qu'il en

est de nos jours concernant les causalités psychopathologiques. Il n'y a pas un seul modèle causal linéaire qui démontre un déséquilibre. Il est maintenant acquis qu'il existe de nombreuses influences qui perturbent un comportement donné. On dit alors de la causalité qu'elle est systémique. Toutes les composantes interagissent ensemble. C'est donc un modèle multidimensionnel.

2) Le cas de Julie

Plusieurs options dans cette phobie : les influences comportementales, biologiques, émotionnelles, sociales et développementales.

Bref rappel de ce cas : Julie, fille de 16 ans qui s'évanouit à la vue du sang. Elle suit des cours de biologie depuis deux ans. Après consultation chez son médecin de famille et d'autres spécialistes, rien d'anormal est trouvé. Julie s'évanouit plusieurs fois par semaine et est renvoyée de son école malgré ses capacités scolaires. Elle est envoyée dans un centre clinique de traitement de l'anxiété. Les spécialistes du centre concluent et qualifient le trouble comme une phobie du sous-types sang-injection-accident. Le critère diagnostique posé est : (*phobie*).

Un traitement est proposé sur la base de ce critère, il est qualifié de bref mais intensif.

L'étude des causes

Les causes sont multiples et le traitement comprend, dans le spectre des influences, (voir ci-dessus) une exposition à des mots, des images et diverses situations où du sang et des blessures apparaissent. Le centre s'est focalisé sur la recherche et l'étude des causes éventuelles des comportements de Julie (*l'étiologie*).

Nous voyons ici la nécessité d'examiner les causes d'une façon plus profonde. Il s'agissait de ne pas rester cantonné uniquement sur les mécanismes biologiques ou comportementaux. Nous voyons également comment la représentation mentale du médecin traitant et des collègues de Julie dans le cours a conduit à un jugement erroné qui aurait pu entraîner des conséquences dramatiques sur la suite de la carrière de Julie.

Quand on parle de « causes », il faut donc tenir compte de toutes ces influences citées (*développementales, sociales, émotionnelles, biologiques, comportementales*). Il est heureux que les théoriciens aient finalement opté pour une approche multidimensionnelle en utilisant une approche intégrative.

Résultat

Tenir compte de toutes ces influences soulève d'autres questions. À contrario, les auteurs suggèrent quelques réflexions : et si personne ne remarquait les comportements de Julie ? et si elle continuait à obtenir de bons résultats ? le fait de s'évanouir à la vue du sang pourrait-il constituer un trouble ? pourrait-on parler d'altération ? de dysfonctionnement ? de détresse ?

Ce que j'en pense : il est facile de conjecturer après coup. Il est fort probable que le cas de Julie est déroutant à première vue. Je dirais que le contexte dans lequel Julie se trouvait pourrait laisser croire à une « *manipulation* » de sa part. En groupe, dans une classe, en plein cours il est possible que j'aurais pu avoir la même réaction que le médecin, son professeur ou ses camarades de cours. Mais en supposant qu'avec un certain recul j'utilise déjà un modèle intégratif, s'eût été différent. L'avantage d'utiliser un modèle intégratif peut plus spécifiquement expliquer un comportement. Je pense que j'aurais opté pour ce modèle.

Je reviendrai sur d'autres études de cas en particulier celui de Guy que j'ai suivi il y a quelques mois pour un trouble de l'anxiété.

Pour conclure avec Julie, l'équipe pluridisciplinaire du centre a bien utilisé un modèle multidimensionnel et les résultats ont été non seulement observables mais fiables avec des résultats positifs.

3) Contributions de données

Les gènes : héritage de nos ancêtres lointains et nos parents. Ces molécules d'ADN (*acide désoxyribonucléique*) qui sont logés dans le noyau cellulaire et que l'on peut facilement isoler, ne sont plus un mystère pour les chercheurs de nos jours. Je ne veux pas trop m'attarder sur leurs contributions à la psychopathologie. Qu'il me suffise de dire qu'il y a bien 46 chromosomes arrangés en 23 paires. Un transmis par le père et un autre par la mère.

Nous savons qu'il y a des anomalies ou des influences génétiques. Je reviendrai sur un jeune homme atteint de la maladie de Huntington que j'ai observé en institution il y a quelques années.

J'observe également la contribution des gènes aux troubles psychologiques avec des profils comportementaux qui y sont associés.

Il reste intéressant de voir comment certains événements dans une vie perturbée chez un individu peuvent influencer des gènes. Des traumatismes divers et variés, des événements stressants par exemple. On parle alors de vulnérabilité génétique.

Pour qu'un trouble se produise dans un modèle spécifique (*diathèse-stress*) il est nécessaire qu'il y ait une interaction entre les deux. La diathèse a un fondement génétique et le stress est environnemental.

Les diathèses sont importantes car elles permettent de définir un espace pour prévoir des réactions de l'organisme et de pouvoir adapter un remède à la fois préventif et protecteur tout au long de la vie. En effet, selon son espace on réagit différemment à une agression. Les études ne sont pas totalement terminées dans ce domaine de recherche. Il y a une telle complexité à identifier un gène perturbateur dans certains troubles.

Dans le dysfonctionnement chimique par exemple, à quel moment l'allèle (*variation spécifique d'un gène*) va coder la présence d'une pathologie héréditaire ? et qu'en est-il de la mutation du génome ?

4) Un mot encore sur le modèle diathèse-stress

Comment justifier un comportement s'il existe une vulnérabilité génétique ? Si les gènes et les vécus ne peuvent expliquer à eux seuls la survenue d'un trouble, comment reconnaître alors les conditions rendant susceptible le développement d'un trouble. Je pense qu'il nous faut chercher ailleurs des éléments de réponses. Sapolski, (2000 a.p.5) fait remarquer que les influences génétiques sont beaucoup moins influentes qu'on pourrait le croire. Il parle de l'influence de l'environnement et c'est tant mieux, qui continue à intervenir. Ce qui peut donner une réponse possible à ma question : « *Comment justifier un comportement* ». Ce qui me laisse une porte de sortie car il suffirait alors de modifier cet environnement pour éliminer ou atténuer un trouble, non ?

5) Le SNC

Je fais l'impasse sur le SNC (*système nerveux central*) car je l'ai déjà étudié dans le premier rapport sur la psychobiologie. De toute façon l'excès ou des insuffisances dans un neurotransmetteur peut générer un trouble psychologique (*association*). De toute façon il est trop tôt pour tirer des conclusions fiables dans ces recherches, comme les anomalies du cervelet associées à l'autisme. Le fait que chaque année de nouveaux neurotransmetteurs soient découverts oblige à restructurer les systèmes mis en place.

Si je devais résumer cette séquence, je dirais que tous les effets n'impliquent pas les mêmes causes.

6) Influences psychosociales sur la structure et les fonctions du cerveau

J'adore cette partie car je suis preneur. Ce qu'on appelle le « *recâblage du cerveau* » est particulièrement intéressant pour moi. J'ai toujours pensé qu'il était possible d'atteindre un circuit nerveux par une autre approche. Baxter (1992) et ses collaborateurs utilisent une forme de thérapie de type « *cognitivo-comportementale* » pour le traitement d'un TOC (*trouble obsessionnel compulsif*), les résultats sont très encourageants puisqu'ils ont constaté des changements dans la fonction cérébrale et pas seulement pour un TOC mais contre la dépression. J'en conclus que la psychothérapie pourrait être un agent prépondérant dans la modification des circuits cérébraux. Mon sentiment est que l'association d'un médicament adapté et le soutien par une thérapie cognitive comportementale peuvent influencer le changement d'un comportement et un mode de pensée (*recâblage du cerveau*).

7) Effets sur le développement et fonction du cerveau

Nous avons démontré lors de notre première étude de la psychobiologie la plasticité du cerveau et ses effets sur le développement du SN (*système nerveux*). Nous savons maintenant que le SN se modifie sous certains effets (*apprentissage par exemple*) et même à un âge avancé. Si je me prends comme référence et témoin je peux attester sans trop me tromper que c'est le cas. Je pensais hier d'une façon et je pense aujourd'hui d'une autre façon.

8) Évolution des sciences comportementales et cognitives

J'ai un problème avec la théorie psychanalytique de Freud sur certains processus cognitifs en particulier « l'inconscient ». Si les scientifiques ont découvert qu'une grande quantité de choses se passent dans notre tête sans pour autant que l'on en soit conscient, est-ce que cela veut dire pour autant que nous en sommes inconscient ?

9) L'impuissance acquise

Je note qu'il y a des conditions pour y faire face. Je relève cependant que dans certains cas si une personne décide ou pense qu'elle peut s'en sortir (*dans le cas d'une dépression par exemple*) elle pourra y arriver. En introduisant une croyance contraire, la personne peut mieux contrôler sa vie. L'impuissance acquise est un phénomène qui n'existe que si une personne n'a aucun pouvoir de contrôle, quoi qu'il puisse arriver. Lors de la dernière guerre mondiale, une personne orientée vers la chambre à gaz n'avait aucun moyen de contrôler sa situation, même son espérance disparaissait.

10) Les émotions

Les gens confondent souvent émotion et humeur. On parle de nos jours de « *troubles de l'émotion* » et de « *résilience émotionnelle* ». Ce sont bien des états temporaires. Quant à l'humeur ou le trouble de l'humeur je note que c'est un état persistant (*anxiété*).

J'exposerai plus loin une étude d'un cas.

Je passe rapidement sur les effets en psychopathologie. Je retiens qu'il ne peut pas y avoir de compartimentation lorsqu'on étudie la psychopathologie et que l'on doit y inclure les influences fondamentales qui sont de nature sociales et interpersonnelles.

11) Une réflexion sur le développement dans une vie

Ce qu'une personne était il y a 30 ans n'est plus la même après tout ce temps. Il y a donc bien des stades de développement qui existent tout au long de notre vie

Nous savons aussi qu'un trouble psychologique n'est pas causé par un déséquilibre chimique uniquement. J'en reviens donc au début de ce chapitre sur les modèles multidimensionnels et les troubles psychologiques, ils sont nombreux et j'ai observé toutes ces interactions et la nécessité de bien les comprendre pour bien connaître les origines véritables d'un trouble.

Guy, dont je parlerai plus loin comme un cas de l'anxiété en est un exemple. La seule solution pour son médecin traitant aura été de lui donner un anxiolytique. Alors pour réduire ses symptômes d'inquiétude je peux dire que c'est réussi au-delà de toute espérance. Il est arrivé comme un zombie dans notre groupe.

Chapitre 3

Recueil de données clinique et diagnostic

1) L'évaluation et les troubles psychologiques

L'évaluation clinique et le diagnostic, forment le socle et la pierre angulaire qui vont définir la solidité de tout l'édifice psychologique. Comme expliqué dans l'ouvrage les notions de fiabilité et de validité sont primordiales, on y ajoute une forme de standardisation (*surtout pour les tests*) mais je vais rester sur les deux premiers, évaluation et diagnostic. C'est là que tout se joue en quelque sorte, j'ai observé de nombreux praticiens qui posaient des diagnostics, parfois même farfelus. Je reconnais humblement que ce n'est pas si simple.

Étude d'un cas (évaluation)

Pascal, jeune homme de 19 ans, qui a étudié pour obtenir son BAC (*baccalauréat*) et l'a obtenu avec une mention, désirait partir servir dans l'humanitaire pour une durée de deux ans. Après avoir travaillé quelque temps pour couvrir une partie de ses frais durant toute cette période il a réalisé son projet. Sans se plaindre, Pascal avait souvent les yeux rouges depuis quelques mois avant son départ. Il a consulté son médecin traitant qui n'a rien trouvé, tout au plus lui a donné quelques « *remontants* » pour qu'il puisse tenir le coup dans la durée. Tous les examens médicaux obligatoires pour partir en section humanitaire n'ont rien révélé de particulier. Pascal se sentait souvent fatigué le matin et dans l'incapacité d'être productif dans ses projets. Au bout de deux ans d'une mission bien remplie, Pascal est rentré heureux d'avoir pu accomplir son projet. Il a continué ses études en alternance pour l'obtention d'un master en gestion d'entreprise, qu'il a obtenu et a trouvé un emploi. Pascal envisageait de se marier prochainement. Mais certains matins, il semblait épuisé et toujours avec ses yeux rouges. Il vient chez moi pour consulter, Pascal a alors presque 22 ans :

Q. Pouvez-vous me décrire votre activité précédent la veille où vous vous sentez fatigué et sans force le matin ?

R. Je veille souvent assez tard lorsque je suis avec mes amis et le matin je suis épuisé.

Q. Lorsque vous ne veillez pas aussi tard avez-vous remarqué un changement ?

R. Oui, je me sens en meilleur forme et je peux accomplir mes tâches normalement.

Q. Avez-vous observé des signes particuliers le matin lorsque vous vous réveillez ?

R. J'ai toujours des maux de tête assez violents le matin, je pense que c'est probablement le fait que je me couche tard et que dois me lever tôt. Je ne prends pas de médicament seulement il me faut plus de temps pour récupérer.

Q. Vous parlez d'avoir les yeux rouges chaque fois que vous vous couchez tard, qu'en est-il le matin et combien de temps vous gardez les yeux rouges ensuite ?

R. Mes yeux redeviennent normaux après un ou deux jours, dès que je me couche plus tôt.

À ce stade de l'entretien, aucun indice semble apparaître sinon le fait que, en se couchant tard, Pascal ressent une très grande fatigue le matin, ce qui, en cohérence, pourrait être normal. Mais un indice attire mon attention.

Q. Pendant votre mission humanitaire, vous est-il arrivé de ressentir les mêmes effets de grande fatigue ?

R. Non, j'avais une vie bien réglée et je devais me coucher avant 21 h, c'était la règle et je devais l'appliquer. D'ailleurs je n'avais plus les yeux rouges et je me sentais en forme le matin pour accomplir mon travail.

Q. Avant de partir pour cette mission humanitaire est-ce que vous ressentiez aussi cette grande fatigue le matin ?

R. Oui, comme je vous l'ai déjà expliqué, chaque fois que je rentrais tard chez mes parents, car j'habitais avec mes parents avant, le matin je me sentais mal avec une forte douleur dans ma tête et cela durait quelques jours.

L'entretien continue pendant 30 mn. Je lui laisse mes coordonnées et nous nous rencontrons pour un autre entretien pour continuer l'évaluation. Une bonne relation s'installe entre Pascal et moi et nous abordons des sujets plus généraux qui ne génèrent pas de questions spécifiques. Je parlais d'indice et c'est cet indice qui m'a interpellé concernant la situation de Pascal. Une forte douleur dans sa tête qui semblait ne disparaître qu'après quelques jours.

Les entretiens se terminent après trois séances. Comme l'examen de son état mental ne fait apparaître aucun trouble particulier. J'opte pour une orientation clinique chez un neurologue pour confirmation d'une suspicion concernant ses douleurs à la tête.

Ma première question a été de savoir pourquoi il venait voir un psy ? J'ai appris au cours de l'entretien qu'il allait se marier et il désirait savoir s'il avait un problème de comportement ou d'addiction. Il croyait que le fait de rentrer tard le soir pouvait altérer sa relation avec sa future épouse et il voulait de l'aide pour un changement d'attitude. Comment trouver l'équilibre entre ses désirs de sortir le soir avec ses amis et maintenir une relation saine avec sa fiancée.

J'aurais pu orienter mes questions vers l'aspect purement mental, son apparence, son comportement, son processus de pensée ses humeurs et ses affects, tout ce qui semble intellectuel etc..., après tout c'est le propre d'une consultation pour un psy. Mais très vite je me suis rendu compte que ce pourrait être une fausse piste pour une expertise de recueil de données. En laissant Pascal s'exprimer sur un autre sujet j'avais observé que son problème n'était pas de nature à faire ressortir un trouble du comportement. Ce devait être beaucoup plus sérieux que nous pourrions l'imaginer. Il m'a fallu quelques questions précises dans le dialogue exploratoire pour orienter mes questions vers un autre aspect d'un trouble psychopathologique.

Contrairement à de nombreux patients, Pascal n'a pas consulté en premier son médecin traitant mais il se faisait du souci pour son mariage et se demandait si ses comportements pouvaient influencer sa relation avec sa future épouse. J'ai relevé assez rapidement qu'il pouvait y avoir une pathologie particulière autre qu'un trouble psychologique. Nous verrons plus loin, lorsque j'aborderai le chapitre « *diagnostic* » que je n'étais pas trop loin de la réalité.

Mon observation était une observation de type ACC (*antécédents – comportement – conséquences*) lors du recueil de données. C'est la méthode que j'ai choisi.

Diagnostic

Je n'ai pas eu besoin de faire des tests projectifs pour Pascal, j'ai immédiatement pensé à un autre genre de test qui serait plus approprié, des tests neuropsychologiques que seul un neurologue pourrait prescrire. Mais comment y parvenir et sous quel motif ?

Il fallait recueillir des données psychophysiologiques. Le mot crise n'a jamais été évoqué lors de nos entretiens mais j'avais un soupçon et je me demandais si Pascal ne faisait pas l'objet de crises récurrentes pendant des séquences bien précises et en relation avec ses yeux rouges.

Lors d'un entretien ultérieur, Pascal m'a expliqué qu'une nuit, ses parents l'ont surpris en pleine crise (*contractions musculaires incontrôlées*). Pascal explique que ses parents ont fait intervenir le SAMU (*service d'aide d'urgence*) et le SAMU a appelé les pompiers qui l'ont transporté aux urgences.

Le médecin de garde propose que Pascal se rende chez un neurologue pour des examens plus approfondis (*EEG, électroencéphalogramme*). Ce qu'il a fait les jours suivants. Le recueil des données psychophysiologiques a montré que Pascal souffrait d'épilepsie. Le diagnostic repose sur la description des crises et sur l'électroencéphalogramme (*EEG*) qui témoigne de l'activité électrique du cerveau grâce à des électrodes de surface. L'EEG a permis de déterminer qu'il s'agissait d'une épilepsie partielle symptomatique.

Conclusion

Pascal s'est bien marié, il gère ses crises de deux façons : 1. Par les médicaments prescrits par le neurologue et 2. Par une hygiène de vie plus équilibrée. Il est père de 6 enfants.

Aux dernières nouvelles, il vit en Allemagne, travaille pour une grande société, vient d'acheter une maison et son épouse veille sur lui pour lui rappeler certaines règles à respecter concernant son handicap. Mais à ce jour, il n'y a pas eu de rechute.

Le neurologue a découvert que Pascal ne peut pas dépasser un certain seuil de tolérance concernant sa capacité à veiller trop tardivement le soir. Dès qu'il dépasse ce seuil, cela déclenche une réaction à cause d'un déficit neuronal et moléculaire.

Ici nous voyons toutes les problématiques pour le psy de poser un diagnostic fiable et vérifiable. Mais certains indices peuvent orienter le clinicien. Il faut quand-même avouer que l'expérience joue aussi un rôle prépondérant, mais même avec de l'expérience, il faut autre chose, ce sera le cas de Guy que j'aborderai lors des troubles de l'anxiété.

Pascal prend du Fycompa, (*pérampanel*) qui est indiqué en association dans le traitement des crises d'épilepsie partielles avec ou sans généralisation secondaire, une tablette de 6 mg tous les soirs avant de dormir. À ce jour Pascal n'a plus eu de crise.

2) DSM ou DSM ?

Je passe sur l'histoire des DSM et leurs évolutions, je me focalise sur la nécessité d'avoir un support de références en ce qui concerne les troubles psychologiques. Et il fallait bien trouver ce support. Nous savons que le recueil des données cliniques est important pour tous les praticiens. Si un diagnostic consiste à déterminer certaines variables qui doivent satisfaire aux critères qui vont ensuite déterminer un trouble psychologique, je ne vois pas, à l'heure actuel, quel genre de support ou outil pour ces données on pourrait utiliser !

Les évaluations comportementales ont donné lieu à toutes sortes de méthodes plus ou moins fiables et quelques-unes sortent vraiment du cadre acceptable. Même les tests, les inventaires etc... sont légion dans la panoplie du spécialiste mais faut-il encore pouvoir bien les utiliser et les décoder et c'est là, me semble-t-il, que de nombreux praticiens rencontrent des difficultés. Si je

prends les tests neuropsychologiques, nombre de praticiens commencent à se noyer dans la grande piscine de l'incertitude.

Il fallait donc une classification de tous les troubles connus à ce jour avec le souci d'une approche à multiple facettes. Comme je suis d'une génération qui a connu la CIM (*classification internationale des maladies*) mais qui donnait la classification statistique non exclusivement médicale codant notamment les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures, publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il était déjà à l'époque très difficile de le comprendre et bien l'utiliser.

Comme l'expliquent les auteurs de l'ouvrage que j'étudie, il n'est pas parfait et la recherche pour son amélioration continue. En tout cas si on arrive à bien le comprendre il est à coup sûr l'outil le plus performant connu à ce jour. Je sais qu'il y a une forte opposition le concernant, surtout venant des psychanalystes. Mais c'est une autre histoire.

Chapitre 4

Les méthodes de recherche

1) L'examen du comportement anormal

Où la nécessité d'être un bon utilisateur de la recherche. Car déjà se pose la question primordiale : « *qu'est-ce qui est normal de ce qui ne l'est pas ?* » Donc c'est vrai, obtenir l'information par une méthodologie expérimentale devient cruciale pour être capable de faire la différence entre ce qui est, véritablement, ce qui était, et ce qui sera.

2) Les concepts

La nature du problème, les causes (*étiologie*), la solution. Trois concepts avec plusieurs approches.

3) Composants élémentaires de la recherche expérimentale

L'hypothèse classique et sa vérification, accompagnées de sa validité. L'hypothèse, avec ses variables qui s'entrechoquent. Une qui est indépendante et l'autre dépendante. La première qui concerne sa manipulation par la recherche et la deuxième sont instabilité puisqu'elle change sous l'effet de la manipulation de la première.

4) L'étude des cas individuels

Par l'observation intensive et approfondie. Je retiens que ce genre d'étude ne fait pas usage de la méthode scientifique. Mais elle a toute son importance dans un trouble qui reste inconnu.

5) La recherche par corrélation

Il s'agit ici de ce que j'appelle la « *variable d'ajustement* » (*corrélation*). Le dicton conventionnel selon lequel « *la corrélation n'implique pas de causalité* » signifie que la corrélation ne peut pas être utilisée par elle-même pour déduire une relation causale entre les variables. C'est donc une difficulté que devra affronter le clinicien dans l'interprétation de ses résultats dans le cadre de son étude par corrélation.

6) Recherches épidémiologiques

Où la recherche d'indices quant à leurs causes. C'est aussi une forme de corrélation. Toutefois, je reconnais que cela reste du domaine de ceux qui se disent épidémiologistes. Cela étant, il y a différentes méthodes de recherches comparatives mais le praticien se basera probablement sur les résultats de ces recherches par les spécialistes.

7) Recherches expérimentales basées sur le cas unique

Elles ont mes préférences. Étudier un cas unique dans le cadre d'un protocole expérimentale m'intéresse puisque la psychopathologie s'intéresse à la souffrance de l'individu.

8) Résumé

Je fais l'impasse sur les méthodes de recherche, la génétique et le comportement à travers le temps et les cultures. Je pense que chacun y trouvera son compte et sa manière de procéder suivant les situations.

Chapitre 5

Troubles anxieux, troubles liés à des traumatismes ou facteurs de stress, TOC et apparentés

1) Étude du cas de Guy (AG) « *anxiété généralisée* »

Anamnèse

Guy est un homme de soixante-dix ans, sportif et son activité favorite est le vélo. Il peut faire de nombreux kilomètres après ses activités quotidiennes et cela le soulage. Il a une vie sociale bien remplie avec de nombreux amis. Il a six ans de moins que son épouse. Origine du nord de la France, il est très engagé dans communauté et s'est engagé dans une activité de service pour une durée de plus de trois ans en Suisse. Le couple a trois enfants. Pour réaliser leur projet de service, le couple vend leur maison en France et habite dans un logement en Suisse réservé aux personnes qui servent pour une longue durée. Guy et son épouse sont très croyants et c'est dans ce cadre (*communauté religieuse*) qu'ils vont tous les deux servir. Ce n'est pas la première fois que Guy et son épouse servent dans leur communauté et en Suisse. Leur mobilier est dans un « *garde-meuble* » et le couple a pris seulement le strict nécessaire. Ce nouveau mode de vie dure depuis plus de trois ans. De temps en temps, le couple doit quitter leur maison d'hôte en Suisse à cause de la législation Fédérale qui impose aux membres hors U.E. (*union européenne*) de sortir du pays au moins pour trois mois.

Chaque fois le couple range ses affaires dans une cave et libère leur appartement. Il va vivre chez ses enfants et change d'endroit puisqu'un enfant est dans une région et les autres dans une autre région. Cette façon de vivre a été supportable jusqu'au moment où Guy et son épouse apprennent qu'un de leur enfant va divorcer après dix ans de mariage. Jusque-là, tout semblait aller bien pour tout le monde. L'argent de la vente de leur maison avait été placé dans une banque. Leur enfant qui va divorcer risque de se retrouver dans la rue et à lui-même trois jeunes enfants. L'épouse de Guy prend une décision radicale qui va surprendre Guy, elle décide d'acheter une nouvelle maison et la mettre à disposition de son fils « *...pour, dit-elle, qu'il ne dorme pas dans la rue* ». Guy se résigne et suit.

C'est à ce moment-là que Guy bascule. L'angoisse de ne pas savoir quelle sera la suite de sa vie dans ces conditions, le choc psychologique de voir un de ses enfants divorcer, le stress permanent de ne pas savoir où il va habiter après son service, la crainte de ne pas pouvoir utiliser leur nouvelle maison, le fait de devoir « *emballer-déballer* » tous les six mois, cela dure depuis trop longtemps, à cela s'ajoute l'incertitude quant à leur avenir comme personne d'un certain âge. Guy se sent démuné et vulnérable. Il perd pied et devient anxieux. Des douleurs musculaires apparaissent, il ressent une extrême fatigue, devient irritable mais n'arrive pas à exprimer ses émotions. Il ne dort plus la nuit et malgré quelques somnifères rien ne se produit. Il est épuisé lorsqu'il vient me consulter. Il a perdu plus de 10 Kg et ne semble plus savoir ce qu'il doit faire.

Guy a eu une enfance chaotique, abandonné puis placé dans une famille d'accueil, n'a pas reçu l'amour qu'il attendait. Balloté de famille en famille, avec une instabilité émotionnelle très forte trop longtemps refoulée. Il a gardé de nombreux « *secrets* » qu'il n'a jamais partagé ni avec son conjoint

ni avec ses enfants, comme si tout était tabou pour lui. Il a voulu montrer ce qu'il y a de meilleur en lui. Il désire être dans un monastère et retiré du monde.

Discussion

Guy va consulter son médecin traitant durant cette phase de trois mois d'absence hors de Suisse. Il est pris en charge pour des examens complémentaires dont les résultats ne révèlent rien d'anormal et le médecin ne trouve aucune pathologie spécifique. Le médecin prescrit un anxiolytique assez puissant (*Escitalopram 5mg.1 comprimé par jour pendant un mois puis 2 comprimés par jour. Alprazolam 0,25mg.1a2 comprimés le soir au coucher pendant 2 semaines. Zopiclone 7,5mg si Alprazolam est inefficace*). En espérant que les benzodiazépines modulent les efférences excessives de son amygdale et les boucles de son inquiétude lors des réponses de peur. La prescription est faite pour au moins un mois renouvelable.

Guy arrive chez nous (*association*) dans un état second. Il s'exprime difficilement, ses propos deviennent incohérents, il rencontre des difficultés d'élocution. Il a parfois des absences lors de nos entretiens, il somnole. Quand il peut s'exprimer il se plaint de douleurs physiques au niveau de ses muscles, il a perdu du poids (*dix kg*), ne se nourrit plus normalement, perd son intérêt pour son service et son vélo et dit ne plus être en mesure de marcher normalement. Il faut l'aider pour se rendre dans sa voiture. Il exprime son extrême fatigabilité pour tout et a du mal à rassembler ses idées.

Le tableau clinique montre une forme d'anxiété excessive pourtant justifiée. Le point focal est aussi surprenant car Guy parle de « *pensées suicidaires* ». Quand je lui demande s'il avait pensé à passer à l'acte, il répond que l'idée lui est venu deux fois, une première fois lorsqu'il se baignait, il voulait se laisser dériver mais dès qu'il a aperçu son épouse sur la plage il a reculé. La deuxième fois c'était lorsqu'il est tombé sur son couteau de scout qu'il avait retrouvé en cherchant autre chose dans ses affaires et qu'il avait eu l'idée de mettre fin à ses jours mais là aussi il dit que la pensée de ses enfants et de sa femme qui l'aime l'a fait reculer.

Associé à son anxiété j'observe également un état dépressif qui diffère d'une dépression. Accompagné d'un stress évident et le souci pour tout ce qui lui arrive et qu'il est dans l'incapacité de gérer. Il se sent « *perdu* ». Vient s'ajouter une forme d'anxiété sociale. Alors que Guy était un orateur expérimenté en public, il dit ne plus pouvoir le faire, ni discours dans sa communauté, ni prendre des responsabilités, n'a plus de force pour penser à l'organisation d'un discours ou d'une leçon. Il s'isole pour éviter les rencontres, surtout de personnes ou des amis qui le connaissent bien.

Lors de nos entretiens, je n'observe pas à ce stade des signes de phobie spécifique ni d'un trouble panique.

J'apprends lors d'une de nos rencontres que Guy a eu un cancer de la prostate mais qu'il n'y a pas de suite.

J'observe aussi qu'il existe un soupçon d'autre troubles qui pourraient être liés à son choc psychologique (*traumas*) et des facteurs de stress qui sont patents. Le premier choc a été l'annonce du divorce de son enfant, le deuxième choc aura été l'annonce de l'achat trop rapide d'une nouvelle maison pour son fils mais qui aurait dû être pour les parents, le troisième choc c'est finalement la vie que le couple mène depuis quelques années sans pouvoir véritablement se « *poser* » quelque part. Tous ces événements de vie sont extrêmement stressants et traumatisants. J'exclue le TSPT (*trouble de stress post-traumatique*) qui me semble ne pas correspondre aux critères diagnostics posés pour les problèmes de Guy.

Je n'observe pas de TOC (*troubles obsessionnels compulsifs et apparentés*) chez Guy. Cependant je postule que même si son anxiété généralisée semble se focaliser sur des événements de sa vie,

ces mêmes évènements ne sont pas considérés comme étant « mineurs ». Ses inquiétudes font ressortir ce qu'il avait longtemps caché, sa jeunesse et les altérations affectives subies.

À ce stade, j'essaie d'orienter Guy à se concentrer plus sur des éléments qui pourraient menacer son existence. Il ne faut pas oublier qu'avec son anxiété, s'ajoute une forme de peur pour ce qui peut se passer aujourd'hui et demain.

Conclusion

Cela fait maintenant plus de six mois que Guy vit avec ses difficultés. Son médecin traitant n'a pas désiré renouveler l'ordonnance, elle était destinée pour durer un mois seulement. Les examens cliniques ne donnent aucun résultat probant. Son cancer de la prostate semble avoir été remis.

J'opte pour une thérapie de type CC, (*cognitivo-comportementale*).

Explication de mon analyse

J'ai posé mon tableau clinique à la suite de plusieurs entretiens que je qualifie de « *semi structuré* ». Les symptômes caractérisés découverts sont : a) une très grande fatigue (*fatigabilité*), b) difficulté à se concentrer sur des choses simples (*histoire de sa vie actuelle*), des pertes de souvenirs (*trous de mémoire*), c) des douleurs musculaires qu'il n'avait pas avant (*tension musculaire*) sans explication, d) insomnie persistante (*perturbation du sommeil avec difficultés pour s'endormir et nuits blanches*), e) ses soucis accompagnés de symptômes physiques qui entraînent sa détresse et qui altèrent ses activités sociales et engagements de services mais non imputable à des effets de nature physiologiques ou une affection médicale (*cancer de la prostate résolu*).

Comme au cours de l'examen (*entretiens*), Guy m'a fait part d'une forme d'anxiété lorsqu'il était jeune enfant et adolescent. Mais avec le temps et son âge (soixante-dix ans), cette anxiété refait surface sous une forme plus élevée et déclenchée par les derniers chocs émotionnels vécus.

J'ai observé également une forme d'anxiété sociale. Guy se focalise sur sa vie sociale à venir. De plus, les personnes qui le connaissent voient un changement radical et son image ne reflète plus le Guy d'il y a quelques mois. Cela l'inquiète aussi (*évaluation de son image de marque*).

Je classe Guy dans les critères diagnostiques 300.02 du DSM-V (*anxiété généralisée*) avec une forme de comorbidité (*autres troubles anxieux probables, état dépressif unipolaire*).

Je n'ai pas utilisé de questionnaires spécifiques à l'anxiété car les questions élaborées systématiquement et posées dans un ordre toujours identique à des sujets pour mon appréciation et mon évaluation n'ont qu'un intérêt relatif. Je préfère utiliser des échelles d'hétéro-évaluation comme l'échelle de Hamilton. Il m'a semblé que les échelles d'auto-évaluation sont à la fois trop sensibles et peu discriminantes avec des résultats mal corrélés avec ceux des échelles d'hétéro-évaluation qui me semblent, elles plus sûres et plus objectives.

Quant au traitement par des benzodiazépines, j'ai été assez heureux que le médecin traitant de Guy n'est pas renouvelé l'ordonnance. Sans préjuger de la satisfaction à court terme que cela a produit sur le comportement de Guy. Tous les problèmes fonctionnels moteurs et cognitifs de Guy sont réapparus dès cet instant, d'où un homme méconnaissable lors de son premier entretien et pour sa famille (*effets secondaires*).

Sur le long terme, je pense que ce sera plus judicieux de continuer un traitement psychologique. J'opte donc pour un traitement de type TCC (*traitement cognitivo-comportemental*) une fois par semaine au moins.

Chapitre 6

Troubles à symptomatologie somatique et apparentés et troubles dissociatifs

1) Remarques

Je retiens que le terme « *hypocondrie* » n'est plus utilisé de nos jours, remplacé par « *crainte excessive d'avoir une maladie* ». Qu'il y a une catégorie de troubles à « *symptomatologie somatique* » et des « *troubles dissociatifs ou dissociations* ». Que le terme « *hystérique* » n'est plus d'usage et qu'enfin, le terme « *névrose* » est exclu du système diagnostique en 1980, car trop vague. J'observe également que tous ces troubles à symptomatologies somatiques et dissociatifs ne sont pas encore bien compris de nos jours et font l'objet de recherches plus approfondies. Il faudra probablement attendre quelques décennies pour en savoir plus.

2) Trouble à symptomatologie vs associations

L'exemple courant que le clinicien peut rencontrer est celui d'un trouble à symptomatologie somatique qu'est la douleur, qui pourrait être causé par des facteurs psychologiques jouant un rôle prépondérant. Souvenons-nous du cas de Guy, dans son trouble de l'anxiété généralisée, Guy se plaignait de fortes douleurs musculaires mais finalement il a opté pour des douleurs osseuses. Puisque son examen ne révéla aucun problème physique, je pense que des facteurs psychologiques et comportementaux de son anxiété et une certaine détresse, en étant associés à une certaine exacerbation, pourraient être considérés comme un trouble à symptomatologie somatique.

À ce stade, Guy pouvait-il faire l'objet d'un diagnostic axé sur d'autres critères ? Je propose d'y inclure un autre trouble à symptomatologie somatique apparenté à l'inclusion.

3) Quelques mots sur le trouble de conversion

Dans ses quatre mécanismes de base qui interviennent dans le développement du « *trouble de conversion* » Freud explique qu'un « *individu subit un événement traumatique qui prend la forme d'un conflit inconscient et inacceptable* », il continue et mentionne que ce conflit et l'anxiété sont « *refoulés et rendus inconscients* ». Les auteurs de « *Psychopathologie, une approche intégrative* » observent que Freud avait raison sur au moins trois de ces mécanismes.

Je postule une autre hypothèse : Aucun mécanismes mentaux ne peuvent être inconscients. Je m'explique. Si la cognition englobe différents processus cognitifs tels que l'apprentissage, l'attention, la mémoire, le langage, le raisonnement, la prise de décision, etc., qui font partie du développement intellectuel et de l'expérience, comment un individu qui a subi un événement traumatique pourrait le rendre inconscient ? (*Je ne peux pas développer ici mon hypothèse sur l'inconscient mais je pense que la voie de Freud n'est pas sûre*). De plus, si on admet qu'il existe peu d'études sur le traitement des troubles de conversion, pour l'instant, les cliniciens s'en tiennent à l'identification des événements traumatiques. J'ai des doutes sur la mémoire implicite.

4) Troubles dissociatifs

Il y a trop d'incertitudes sur ces questions des troubles dissociatifs et même à symptomatologie somatique et apparentés. Ne serait-ce que dans certains traitements et en particulier celui qui consiste à permettre au patient à revivre l'événement traumatique même si thérapeutiquement il peut y avoir un contrôle.

Dans notre équipe thérapeutique de notre association, nous avons eu trois personnes ces dernières années atteintes de « *troubles dissociatifs* », dont une de ces trois avaient été violées par son oncle à l'âge de seize ans. Elle avait quarante-sept ans quand elle est venue consulter notre équipe. Cette personne souffrait d'un « *syndrome post-traumatique* ». Elle se plaignait d'avoir comme une impression d'être « *possédée* » et de perdre tout contrôle sur elle-même dans certaines situations.

Sa perception dans ces moments précis était altérée comme si selon ses dires : « *quelqu'un essayait de rentrer dans mon corps pour me punir d'avoir accepté d'être violée* ».

La question pour la thérapeute était de savoir s'il fallait faire revivre l'évènement traumatisant ? (*J'avoue humblement que personne dans notre équipe n'a trouvé la réponse à ce jour*). Cette personne est toujours suivie par thérapie conventionnelle.

Chapitre 7

Troubles de l'humeur et suicide

1) Etat dépressif ou dépression ?

Il y a toujours cette confusion dans le public entre un état dépressif et une dépression. Mais ici nous parlons de « *dépressions* » au pluriel. Cependant, dans l'environnement de la psychopathologie, il est bien certain que les troubles de l'humeur prennent une place privilégiée. On y trouve un groupe formé des troubles dépressifs et bipolaires. On y ajoute des épisodes maniaco-dépressifs et la mélancolie (*état de tristesse*).

2) Étude d'un cas

Historique

Georgette est une jeune femme de trente-neuf ans, divorcée. Son ex-mari était violent physiquement. Elle a acheté avec sa mère (*divorcée également deux fois*), une maison dans un petit village pas très loin de la frontière Suisse (*Genève*). Son travail dans le service social de la ville de Genève l'amène à s'occuper des familles en détresse. Elle fait également des permanences la nuit plusieurs fois par mois. Georgette vient de passer des examens pour son job et a reçu des responsabilités comme « *chef de service* » dans une équipe pluridisciplinaire composée de sept collaborateurs, tous masculins. Très affirmée, caractère pointilleux, Georgette aime à ce que les choses soient précises et ne supporte pas la médiocrité. Laisse peu de place à l'improvisation, rigoureuse dans tous les aspects de sa vie (*le gazon de son parc doit être coupé au cordeau*) et c'est comme cela dans sa maison. Sa mère vit au sous-sol. Chacune des deux a une ménagerie (*la mère trois chiens, la fille cinq chats et trois chevaux*).

Georgette ne recherche pas le contact avec les voisins. Sa vie tourne autour de sa maison, son travail où elle s'investit énormément et plus que ce qui est requis de ses supérieurs. Georgette a une vie réglée au millimètre. Avec sa mère, toutes deux viennent de faire un gros emprunt pour la réfection de leur maison. L'endettement est conséquent.

Il y a quelques mois, Georgette rencontre un jeune homme de son âge et il vient vivre chez elle. Jeune homme doux et sérieux, bonne profession (*policier à Genève*). Le couple ainsi formé apporte à Georgette une période d'épanouissement et un certain bonheur. Les deux se fiancent et projettent de continuer ensemble leur parcours de vie.

Depuis que Georgette a reçu des responsabilités à son travail, elle observe des réactions négatives à son encontre de la part de ses collègues et de son supérieur dans son service. Elle est convoquée à plusieurs reprises pour des explications et lors d'évaluations internes, elle s'étonne des remarques faites à son encontre qu'elle qualifie d'injustes. Elle rentre chez elle et prend rendez-vous chez son médecin pour avoir une ordonnance pour un arrêt de travail de quelques jours. Les remarques au sein de son équipe deviennent de plus en plus fréquentes. Georgette ne supporte pas les évaluations à son encontre qu'elle qualifie de « *stupides* ». En guise de représailles, Georgette déclare à son médecin qu'elle fait l'objet de « *persécutions* » de la part de sa hiérarchie et ses collègues. Elle déclare : « *Je traverse un Burn-out* » et se met à 50%. Quand elle se présente à son poste, son équipe et son chef de service semblent l'ignorer. Elle veut des explications et est

convoquée à plusieurs reprises par sa hiérarchie. On lui explique que sa façon de diriger son équipe est trop rigoureuse et qu'elle laisse peu de place aux personnes pour agir dans leurs responsabilités.

Georgette conteste et prolonge son arrêt de travail. Elle commence à « *déprimer* », se plaint de l'injustice et du système et des persécutions à son encontre. Elle est convoquée régulièrement par son supérieur pour des évaluations qu'elle supporte de moins en moins. Ses responsabilités sont négligées du fait de son incapacité à être présente à son poste d'une façon régulière. Les relations s'enveniment mais Georgette tient tête et refuse les appréciations de ses supérieurs qu'elle qualifie de « *grossiers* ». Sa déprime fait place à une forme de dépression. Elle consulte plusieurs pys mais sans résultats. Le dernier professionnel lui annonce qu'il ne peut pas faire face à ses problèmes. Elle rentre chez elle dépitée, en pleurs et s'énerve de plus en plus y.c. envers sa mère. La relation mère/fille se complique. La mère propose de vendre la maison et de trouver un autre emploi mais Georgette refuse et veut tenir tête, je cite : « *...à toute cette bande qui ne comprend rien* » (*fin de citation*). Georgette pleure souvent, perd du poids, se nourrit mal. Elle cesse de s'occuper de son gazon et de certains travaux, elle perd le goût de partager ses expériences, cesse de communiquer avec ses amis et reste au lit plus longtemps que prévu. S'énerve pour un rien et crie à l'injustice. Ne prend pas de médicaments. Cherche toutes les excuses pour obtenir réparation mais sans succès. Elle dit ne pas pouvoir quitter son job car elle a des obligations financières et des échéances à respecter.

Elle décide de faire appel à notre association pour trouver de l'aide.

Discussion

On retrouve lors de nos entretiens les caractéristiques d'un « *épisode dépressif majeur* ». Un trouble de l'humeur qui se transforme avec les événements en une forme de dépression. Nous observons qu'elle a été durant une longue période après son premier divorce dans un « *état maniaque* » (*hyperactivité, projets grandioses lors du choix d'acheter une maison, grands projets et changement radical de son mode de vie, achat de deux grands véhicules, courses de chevaux etc..*). Toute son énergie est focalisée sur la réalisation de ses buts et désire les atteindre quoi qu'il en coûte. En fait nous observons que Georgette court plus vite qu'elle n'a de force. Son caractère très trempé ne laisse pas de place pour d'autres idées qu'elle a du mal à accepter si cela ne vient pas d'elle-même. Il semble que tous les autres se trompent sauf elle. Très sûre d'elle-même.

Nous retrouvons dans les critères diagnostiques du DSM-V au moins 5 symptômes présents.

En premier lieu la durée de son état qui perdure depuis quelques mois, et 2 critères importants, a) son humeur dépressive (*plus que son état antérieur*) et b) sa perte d'intérêt et de plaisir pour tout ce qui a trait à ses projets initiaux.

Nous notons au passage que son nouvel ami est « *spectateur* » de l'état de Georgette et est quelque peu démuni quant aux solutions à apporter.

Georgette se sent incomprise, ce qui occasionne une certaine tristesse accompagnée d'une irritabilité constante, ceci presque chaque jour et qui s'amplifie lorsqu'elle se rend à son travail. Son manque d'appétit, elle a perdu plusieurs kilos ces derniers mois. Elle dort presque toute la journée lorsqu'elle ne travaille pas, éprouve une grande lassitude et fatigue et n'a plus la force de s'occuper de ses chats et chevaux.

Son sentiment est d'être dévalorisée par toute son équipe et d'un manque de reconnaissance de leur part alors qu'elle a investi tant d'énergie pour l'accomplissement de ses responsabilités. La situation se dégrade au travail, sa relation avec ses supérieurs est altérée.

La prise en charge thérapeutique par un de nos spécialistes montre également lors de l'entretien non-structuré une forme d'anxiété installée depuis le manque de reconnaissance de son engagement dans son job. Le doute commence à apparaître la concernant et se demande ce qu'elle a pu bien faire de faux. Nous excluons toute forme de bipolarité. Nous observons également une forme d'impuissance chez Georgette à gérer ses difficultés pas seulement professionnelles mais aussi dans ses relations avec ses proches.

Nous découvrons une certaine vulnérabilité dès l'instant où Georgette ne maîtrise plus la situation. Jusque là elle pouvait tout contrôler et prenait des décisions sans consulter son entourage. Ses interprétations négatives dans ses activités du quotidien démontrent l'incapacité qu'a Georgette à surmonter ses échecs qu'elle a du mal à admettre et cela transforme sa façon de penser et amplifie son sentiment d'être « inutile », une forme de triade cognitive dépressive. Toutes ces cognitions négatives amènent Georgette à faire d'autres erreurs. Comme elle refuse toute forme de traitement par médicament nous choisissons la méthode cognitivo-comportementale comme approche pour aider Georgette, ce qu'elle accepte volontiers.

Notre spécialiste lui apprend à examiner plus en profondeur son mécanisme de raisonnement qui accompagne ses périodes de son état dépressif. Nous lui expliquons comment ses erreurs de pensées ou ses convictions peuvent être à l'origine de son état actuel. Nous introduisons dans cette forme de thérapie ce que nous appelons « des croyances contraires » (*correction de ses pensées négatives*).

Nous intégrons des stratégies cognitives, comportementales et interpersonnelles (TIP) pour la résolution de ses problèmes (*relations avec ses collègues et sa hiérarchie*).

Conclusion

Georgette se sent mieux depuis le début de sa prise en charge par notre équipe. Nous continuons par un traitement de maintien pour éviter des rechutes qui pourraient entraîner des conséquences sur sa situation personnelle, sociale et professionnelle. À ce jour, son fiancé joue un rôle de catalyseur ou d'exutoire dans les moments de crise. Le choix de cette forme de thérapie cognitive semble donner des effets plus spectaculaires mais un peu plus long que si nous avions orienté Georgette vers un programme de traitement médicamenteux.

Comme expliqué, il n'y a pas de trouble bipolaire ni de pensée suicidaire en l'état. Le suivi se poursuit à ce jour.

Chapitre 8

Troubles des conduites alimentaires – ingestion d'aliments et troubles du sommeil

1) Étude d'un cas – Anorexie mentale

Historique

Brigitte a 14 ans lorsqu'elle commence à perdre du poids. Ses parents ne s'inquiètent pas au début, ils pensent que dans son école, la mode est d'être mince (*nous sommes dans les années 1990*). Brigitte n'est pas influencée par ses parents qui ne manifestent pas des attitudes perfectionnistes. Au contraire, famille modeste, très religieuse (*église chaque dimanche*). Vit avec des principes rigoureux. Brigitte est la deuxième dans une fratrie de trois enfants (*deux filles et un garçon*). La famille n'a pas de « normes sociales » particulières. Il y a une bonne cohésion sociale au sein de la fratrie. Brigitte continue sa scolarité normalement, elle rencontre un garçon se lie d'amitié et cette fréquentation reste positive. Quatre ans plus tard, la santé de Brigitte se dégrade et elle est hospitalisée. Elle ne supporte pas ses traitements et demande à sortir pour rejoindre ses parents. Pendant toute la durée de son hospitalisation (*sept mois*), Brigitte prend un peu de poids mais

l'encadrement n'est pas des plus performant et la méthode thérapeutique ne donnent pas satisfaction, d'où sa demande de quitter l'hôpital pour retrouver ses parents.

Un peu avant ses quatorze ans, Brigitte assiste à des scènes de disputes entre son père et sa mère. Le père a rencontré une jeune femme qui semble lui convenir et délaisse sa famille en ne remplissant plus correctement ses responsabilités familiales. Les enfants deviennent angoissés à chaque fois que le père quitte la maison pour passer du temps avec cette nouvelle femme. La mère fait ce qu'elle peut pour rassurer ses enfants. Cette liaison dure plusieurs mois. La santé physique de Brigitte se détériore et elle refuse de se nourrir. Ce qui semblait être une forme de protestation devient une habitude et Brigitte manifeste des signes d'une profonde détresse. Brigitte était très proche de son père. Ce refus de se nourrir devient donc la norme pour Brigitte et se transforme rapidement en une perte nerveuse d'appétit. Brigitte commence à se sentir à l'aise dans cette façon de se voir et apprécie sa perte poids. Elle se glorifie de pouvoir maîtriser ses appétits, ses désirs et ses passions. Entre temps, le père revient dans son foyer après avoir rompu sa relation avec sa nouvelle conquête. Le foyer semble redevenir stable et plus normal. Mais Brigitte opère un transfert et maintenant que sa famille est « retrouvée » et que tout semble aller bien, elle continue à ne plus vouloir se nourrir normalement. Dans son assiette quelques légumes. Elle a des nausées devant une trop grande quantité de nourriture sur la table. Elle refuse toute aide psychologique par un professionnel de la santé mentale. Malgré sa fréquentation avec son ami qui l'encourage à se nourrir, elle persiste dans ses convictions. Elle se trouve plus jolie en restant mince et pense plaire à son ami.

En 1994, lors de son dix-huitième anniversaire, Brigitte doit être aidée pour se déplacer. Ses angoisses reprennent, son anxiété augmente et la nouvelle tombe comme un couperet : « *son père à une nouvelle relation* » et parle de séparation et de divorce. Brigitte cesse toute activité et continue à perdre du poids, convaincue que c'est le seul moyen pour que son père se soucie plus d'elle. Quelques temps plus tard, le divorce est prononcé, la famille se désagrège, le père quitte le domicile conjugal et s'installe chez sa nouvelle compagne. La mère prend sur elle toutes les responsabilités et gère tant bien que mal la situation.

Brigitte reste dans un désarroi qui renforce sa conviction que c'est probablement à cause d'elle que son père est parti. Elle se culpabilise et refuse toute aide psychothérapeutique de la part d'un professionnel. Incapable de poursuivre ses études et de commencer un parcours professionnel, Brigitte est dans un tel état psychologique et physique, qu'elle reste toute la journée allongée sur un divan n'ayant plus la force de se lever.

Elle accepte d'aller vivre quelque temps chez des amis de la famille qui pourraient la prendre en charge. Sa mère doit prendre un travail pour pouvoir subsister. Le frère et la sœur de Brigitte supportent mieux la situation et sont proche de la mère tandis que Brigitte était plus attirée par son père sur le plan affectif.

En 1998, tandis que Brigitte vivait encore chez cette famille d'accueil, un soir, en allant se coucher, elle décide de mettre fin à ses jours. Elle a 22 ans.

Discussion

J'ai rencontré Brigitte après son hospitalisation mais elle a refusé toute aide. Un cas d'école pour le clinicien.

Nous pourrions observer que Brigitte ne répond pas aux « *critères diagnostiques* » de l'anorexie mentale suggérés par le DSM-V dès l'abord. Toutefois, cette « *restriction des apports énergétiques* » est bien réelle mais semble ne pas être due à la peur intense de perdre du poids ou une altération sur l'estime de soi. Le tableau clinique ne semble donc pas correspondre. Et pourtant, peut-on parler ici d'anorexie ou d'autres troubles associés ?

L'anxiété et l'humeur de Brigitte ont orienté celle-ci vers une forme de dépression. Sans utilisation de substances particulières nous serions en mesure d'affirmer qu'il n'y aurait pas d'issue fatale. Mais observons bien la situation de Brigitte : Au début il semblait que cela pourrait être une forme de contestation puis cela se transforme petit à petit en une espèce de fierté de pouvoir contrôler ses désirs, ses appétits et ses passions. Son souci n'est pas la perte de poids mais le retour d'une relation plus saine avec son père. Elle ne conteste pas qu'elle se met en danger si elle persiste dans cette voie mais elle reconnaît aussi que cette perte de poids l'avantage dans ses relations en particulier avec son ami. De plus, Brigitte participe aux tâches ménagères au début mais très vite ses forces lui manquent.

Ce trouble de la conduite alimentaire de Brigitte semble ne pas être ni du domaine des facteurs biologiques ni du domaine des facteurs sociaux tel que le DSM les mentionne. Il y a bien un facteur psychologique dont il faudrait approfondir les conséquences. Cette dimension psychologique est, d'après mon expertise sur ce cas, pas assez pris en compte. L'idée d'assembler plusieurs facteurs causaux est primordiale pour le traitement. Il ne s'agissait en aucun cas ici pour Brigitte de pressions sociales ou culturelles à la minceur. Le fait de ne plus s'alimenter normalement et de décider de perdre du poids n'est pas assez mentionner comme élément de critère. Les interactions sociales au sein de sa famille étaient d'une tout autre nature. Pas du tout centrées sur une quelconque apparence ou réussite. J'observe qu'il n'y avait pas chez Brigitte, selon les dires de ses proches, de purgation.

J'observe aussi que le traitement chimique, lors de son hospitalisation, n'a pas donné l'efficacité escomptée.

Conclusion

C'est ici que les difficultés commencent. « *Si le regain initial du poids de Brigitte est un mauvais paramètre de prédiction du progrès de la maladie à long terme* » il faudrait se poser la question si le clinicien ne devait pas au contraire porter son attention sur les attitudes dysfonctionnelles de Brigitte. On parle ici de schéma relationnel. Il manque quelque chose dans les critères diagnostiques du DSM dans ce domaine. Le déterminant semble ne pas être la minceur à tout prix chez Brigitte mais son anxiété et ses angoisses avec tous les cortèges de troubles associés. Le point focal étant cette forme d'anorexie.

Inclure la famille dans le processus de guérison ou d'accompagnement a été fortement déficitaire. Dans la prévention du trouble de conduite de Brigitte, l'équipe soignante de l'hôpital aurait-elle pu faire abstraction de ce « *ciblage universel* » qui cible tout le monde dans une même catégorie ? (*Brigitte était dans un groupe de jeunes de son âge avec des troubles différents. C'était une clinique privée*). Nous ne savons pas ce qui a été réellement fait durant l'hospitalisation de Brigitte. Nous savons seulement que la médication proposée faisait l'objet d'essais cliniques.

Une chose est certaine, le refus d'être pris en charge par une équipe médicale a contribué à la décision de Brigitte d'en finir. J'ajoute que les parents, et le père en particulier, n'ont pas manifesté un étonnement spécifique devant une telle décision. Aucune thérapie familiale n'avait été proposée. (Nous sommes dans les années 1990)

Chapitre 9

Les troubles physiques – psychologie de la santé

1) Facteurs psychologiques et sociaux

Contrairement au siècle passé, les principaux facteurs qui contribuent à l'élévation du taux de maladies et de mortalité sont de nature « *psychologique et comportementale* ». Est-ce à dire que dans les décennies antérieures ce genre de problème n'existaient pas ? Probablement que oui mais

à un niveau moindre qu'à notre époque. Les découvertes actuelles démontrent que plusieurs facteurs sont imbriqués (*biologiques, psychologiques, sociaux*).

Le paradoxe serait que dans les « *temps anciens* » un réseau social et familial était aussi associé et prodiguait une bonne santé mentale. Les données de la recherche dans ce domaine affirment que certaines maladies mentales n'existaient pratiquement pas ou sous une autre forme. Hors de nos jours, le réseau social et familial joue le même rôle. Alors où se trouve la différence ? On peut se permettre de répondre assez facilement ; dans ces « *temps anciens* », la cohésion sociale et familiale existait aussi mais les soins apportés aux différentes maladies n'étaient pas ce qu'ils sont de nos jours.

2) Le stress

Nature – physiologie

Le « stress » a plusieurs significations. De l'élément stressueur au stimulus en passant par le stress soutenu. Je retiens que qu'elle qu'en soit la cause, comme des sources d'agression et autres facteurs traumatisants, le stress peut être aussi favorable que nocif.

Ce qui pose question c'est sa définition. Si le stress est un état réactionnel de l'organisme qui est soumis à une agression brusque comment le définir et le comparer avec les autres états tous aussi réactionnels les uns avec les autres ? Est-ce vraiment la bonne définition ? Le stress met en œuvre des facteurs neurovégétatifs, endocriniens et tissulaires. Il provoque des symptômes dont la localisation varie selon les individus. Je reste prudent même si le terme de stress fut introduit en 1936 par le physiologiste canadien Hans Selye. Le mot « *stress* » est un terme emprunté à la physique. Donc ce terme désigne la contrainte exercée sur un matériau. Normalement, un matériau est capable de résister à toute une série de contraintes modérées. Mais, si la contrainte est excessive ou si le matériau est fatigué, il y a risque de déformation, voire de rupture. C'est dans ce cas que l'on parle de stress. Observons que l'on parle ici de « *contrainte excessive* » cela nous ramène à l'élément stressueur. En parallèle on parle aussi de « *contraintes émotionnelles* ». Pour moi, la physiologie de tous ces états émotionnels sont tous semblables. Je pourrais dire à une personne qui est dans cet état : « *...tu es sous une contrainte émotionnelle !* » donc en « *stress* », non ?

3) Sida – troubles cardiovasculaires – hypertension – fatigue et douleurs

La réaction de notre corps (*troubles physiques*) est dû principalement à des facteurs émotionnels et comportementaux, en tout cas, il existe une relation entre plusieurs facteurs déclenchants qui pourraient influencer notre système immunitaire. De là à dire si cela est obligatoire il y a un gouffre qu'on ne peut pas franchir. Les mêmes causes ne produisent pas les mêmes effets.

Exemple : Jean se lève le matin, prend sa tension et constate qu'il a 110/70 avec une pulsation de 66. Il se rend ensuite chez son médecin pour le renouvellement de son ordonnance. Comme d'habitude il prend la tension de Jean et il relève qu'il a 140/80. Son médecin lui explique que c'est l'effet « *blouse blanche* ». Cette différence est-elle un effet de stress ? Il devrait y avoir des facteurs psychologiques en grand nombre non ?

Est que dire ou se situe le bon niveau acceptable pour une personne ?

Poursuivons l'exemple : Plus tard, le cardiologue découvre que Jean a une malformation congénitale, une espèce de valvulopathie, sans conséquence, sinon un léger souffle. La tension prise montre 110/60. Le cardiologue dit que c'est « *normal* ». Pourquoi n'y a-t-il pas eu les mêmes effets que chez le médecin traitant ? Tout simplement parce que Jean est resté au repos plusieurs minutes avant la consultation alors que le médecin traitant avait pris Jean immédiatement après que celui-ci est monté les deux étages à pied très rapidement. (*C'était la séquence humour*)

Fatigue et douleur : Le cas de Guy (chapitre 5) montre comment la douleur chronique s'est installée. Même observation pour la fatigabilité extrême.

4) Effets relaxation/méditation

Toutes ces méthodes amènent un plus pour la personne qui souffre de différents troubles physiques et psychologiques. Nous savons aussi quels sont les effets du changement de comportement d'une personne, quand cela est possible. Nous avons trop tendance à vouloir changer les gens alors que ce sont les gens eux-mêmes qui peuvent changer. Le clinicien travaille trop souvent de l'extérieur vers l'intérieur alors que parfois il serait plus judicieux d'aider la personne à ce qu'elle puisse travailler de l'intérieur vers l'extérieur.

Vouloir à tout prix modifier les comportements me semble ne pas être à la hauteur de ce que l'on pourrait attendre d'un spécialiste de la santé mentale. Trop de psychologues échouent dans ce domaine ou abandonnent après moult tentatives qui échouent.

Chapitre 10

Dysfonctions sexuelles, paraphilies et dysphorie de genre

1) Remarques préliminaires

Nous rentrons dans une séquence délicate qu'il faut aborder avec retenue. Nous touchons à l'intime et définir ce qui normal ou pas dans une relation ou comportement sexuel reste très compliqué. De tous temps, cette question a fait l'objet de nombreuses philosophies et théories sur ce qui doit être, devrait être et ce qui est vraiment acceptable. Qu'il y ait des dysfonctions cela ne fait aucun doute, quant à savoir si cela est normal et pourquoi, il y a tellement de réponses à cette question que le clinicien peut aisément se tromper. Comme si bien expliqué et mentionné dans cet ouvrage, le spécialiste de la santé doit avoir une immense expérience pour poser un diagnostic cohérent.

2) Comportements sexuels

Chacun est libre d'avoir son propre comportement sexuel

3) Différences entre les genres

Les sondages ou les études sur cette question sont intéressants mais n'apportent pas à la question de savoir ce qui est acceptable ou pas. La pratique masturbatoire existe, c'est un fait, aussi bien chez les humains que chez les animaux (*en tout cas certains*). Qu'il y ait une prévalence chez les hommes par rapport aux femmes c'est, en soit, assez intelligible. Comme m'expliquait une épouse dans un de nos groupes de soutien sur le sujet : « *Mon mari a besoin de faire sortir... ! Moi j'ai besoin d'autre chose... !* »

Sur l'homosexualité je me souviens que dans les années 50, on nous expliquait que c'était encore une « *maladie* ». Nous avons vu ce qu'il en est aujourd'hui.

Sur la question des relations sexuelles prémaritales ? est-ce bien ou pas ? je laisse chacun à son propre jugement parce que nous tombons dans la section des différences culturelles, c'est comme avoir plusieurs épouses (*polygamie*) ou une seule épouse (*monogamie*). Je répète souvent que ce qui est acceptable chez nous peut ne pas l'être 1000 km plus au sud.

4) Dysfonctions sexuelles

Comment voulez-vous poser un bon diagnostic sur cette question ? Le DSM-V présente une catégorie de dysfonctions assez courte d'ailleurs, ce qui montre bien toute la difficulté pour le

clinicien de s'y retrouver mais je joue le jeu et je prends le cas d'un couple que nous avons dans notre groupe de soutien pour les couples.

Étude d'un cas

Michel et Evelyne, mariés depuis trois ans suivent une thérapie de couple dans un groupe de soutien avec plusieurs couples qui ont les mêmes difficultés apparentes. Michel se plaint que son épouse Evelyne ne soit pas « attirée par le sexe ou des relations sexuelles ». Michel a eu ses premières relations sexuelles avec des filles dès l'âge de quatorze ans, Evelyne a été élevée dans une famille « pieuse » avec des principes rigoureux où la sexualité n'était que très peu abordée. Ils se sont mariés à l'Eglise et leurs fiançailles ont duré sept mois. Michel est assez porté sur cette question et a des besoins fréquents. Evelyne accepte des relations mais ses préoccupations se portent sur l'aspect « spirituel » de leur relation avant tout. Michel qui de la même foi que son épouse comprend et partage les mêmes convictions. Ils rejoignent le groupe de soutien pour voir s'il y a d'autres couples dans leur situation et partagent leurs expériences. Dans ce groupe il y a des règles et des limites que les couples ne peuvent pas franchir (*respect de l'autre, expressions et attitudes correctes, langage grossier pas acceptable etc...*). Le couple n'a pas encore d'enfants.

Discussion

Nous voyons toute la complexité que rencontre ce couple. Le mari a eu des relations sexuelles précoces (14 ans) et l'épouse a vécu dans une sorte de « bulle » protectrice sur le sujet de la sexualité. Les parents d'Evelyne ont enseigné qu'il n'était pas bien de pratiquer la « fellation » par exemple. L'éducation religieuse qu'a reçue Evelyne influence son comportement et donc, sa pensée que le sexe est réservé uniquement à la procréation prédomine dans son esprit. Michel, lui par ses expériences passées et très dynamiques cherche à stimuler son épouse en l'exposant à certaines images pornographiques qui, pense-t-il, pourraient l'exciter.

Il n'en est rien. Le couple rencontre des difficultés d'une autre nature puisque cette incompréhension de l'un et de l'autre génère des conflits.

Le manque d'intérêt pour l'activité sexuelle d'Evelyne est patent mais pour autant, quand il y a une relation, elle y trouve son « plaisir » et cela rassure son mari. Il n'en reste pas moins que la fréquence des relations intimes reste très espacée au dire de son mari. Evelyne comprend les attentes de son mari mais elle rencontre comme une dualité entre ce qu'elle a vécu avant et ce que son mari lui, a vécu. Elle avoue se résigner et satisfaire aux demandes de son mari. Ce dernier ne force jamais son épouse mais adopte une attitude de frustration chaque fois que son épouse refuse, d'où l'amorce de certains conflits.

Conclusion

J'observe ici dans ce cas précis qu'en fait il n'y a pas à proprement parlé de « trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle » de la part d'Evelyne et pourtant, s'y on n'y prend pas garde, un psychologue non expérimenté pourrait croire le contraire. Evelyne est très satisfaite lorsqu'il y a une relation intime accomplie mais elle ne recherche pas la relation. Michel qui a une certaine expérience prémaritale dans ce domaine avec les filles avant sa rencontre avec sa future épouse est plus mature sur le sujet. Il lui a semblé que son épouse devait avoir un problème sérieux d'où le désir du couple de participer à un groupe de soutien avec d'autres couples qui rencontrent des difficultés similaires. Même en connaissance sur la façon d'avoir vécu de son épouse, Michel a été persuadé que son épouse devait avoir un problème.

Après 7 séances dans ce groupe, c'est Michel qui a reconnu qu'il devait « s'adapter » et a modifié sa façon de voir les choses. Pour lui, son épouse était prioritaire sur ses propres désirs personnels. Les conflits et les frustrations ont cessés sur cette question en tout cas.

5) Autres troubles (excitation – orgasme – douleurs)

Le DSM-V pose des critères diagnostiques sur ces questions. Je reste très prudent car ce chapitre pose nombreuses questions. Exemple : Combien de minutes après une pénétration l'homme éjacule-t-il ? Je pense que le couple ou les partenaires peuvent passer par une séquence d'apprentissage. Après tout, la relation sexuelle s'apprend aussi non ?

6) L'entretien clinique

Il est vrai que le clinicien devra faire preuve d'un tact remarquable et de souplesse surtout dans sa dialectique et son narratif. Il est vrai qu'il vaut mieux appeler un chat un chat plutôt que de dire au patient : « *Sachez monsieur que le mammifère carnivore (félin), sauvage ou domestique, au museau court et arrondi... etc...* »

7) Les causes des dysfonctionnements

Comme pour les autres troubles, l'aspect biologique, psychologique et social vont jouer un rôle important et il faudra en tenir compte.

8) Paraphilies

Que ce soit l'attrance vers des animaux, le frotteurisme, le fétichisme, voyeurisme, exhibitionnisme, le sado-maso, pédophilie et inceste etc...

À quel moment parler de déviance sexuelle ou de perversion ? De toute façon on y trouve toute une gamme de troubles associés. J'ai eu un cas que j'expose ici :

Étude d'un cas (je change le nom)

Historique

Raphaël, homme marié depuis quarante ans et père de quatre enfants. Son épouse, d'origine d'Amérique du Sud, tous deux vivent en appartement à Genève. Le mari exerce dans un hôpital comme agent d'entretien. Le couple a trois petits enfants.

Un après-midi, lors d'une sieste, Raphaël se met sur le canapé du salon avec sa petite fille et se couvre d'une couverture. Le couple devait garder la petite toute la journée. La petite s'endort et Raphaël à une érection soudaine. Son épouse, pas très loin remarque quelque chose qui lui semble étrange, elle soulève d'un coup la couverture et remarque l'érection et la position de son mari. Une « *scène de ménage* » s'ensuit et des menaces sont exprimées par son épouse. Ces menaces violentes se transforment en une colère spectaculaire. Cette dernière informe les parents de la petite qui arrivent. Un scandale éclate entre le père de la petite et Raphaël (*le père de la petite est le gendre*).

Les semaines passent, l'épouse de Raphaël porte plainte (*sans résultats*), le mot séparation est utilisé puis une procédure de divorce est engagée. Raphaël essaie de se justifier mais rien n'y fait. Le divorce à bien lieu, l'épouse de Raphaël quitte l'Europe pour les USA, se remarie. Raphaël rencontre une autre femme qu'il épouse. Mais Raphaël est atteint dans sa santé (*cirrhose du foie*) et meurt quelques années après son nouveau mariage.

Discussion

J'observe que c'était la seule et unique fois qu'une expérience de cette nature apparaissait dans ce couple. Fallait-il poser un diagnostic d'un trouble paraphilique ? s'agissait-il d'un accident naturel ? une réaction incontrôlée ou involontaire, un réflexe spontané et naturel ? ou s'agissait-il d'une préméditation réfléchie, un désir, une recherche, une pensée irréfléchie ?

L'épouse de Raphaël, lors d'une de nos rencontres a observé que depuis quelques années son mari avait eu des comportements « *étranges* » lorsqu'il se trouvait en présence de petites filles. Elle dit qu'elle n'avait pas fait le lien à l'époque avec ce qu'elle a vécu avec sa propre petite fille et que maintenant ses soupçons devenaient une certitude. Son mari avait bel et bien des problèmes.

Malheureusement, aucun traitement psychologique n'a été dispensé pour Raphaël. L'histoire a été un désastre pour toute la famille et les décisions trop rapides. Les émotions non maîtrisées les jugements et la condamnation fulgurante de la famille avec une incompréhension générale ont été catastrophiques pour tous.

Aurait-on pu mettre en place un traitement psychologique ? probablement que oui surtout que la « *sensibilisation implicite* » de Raphaël pouvait être « *neutralisée* ». La cirrhose du foie de Raphaël survenue à la suite de ce traumatisme n'est pas liée à l'absorption d'une quelconque substance (*alcool ou drogue*). Raphaël était « *ascétique* ».

Conclusion

Nous sommes passés au travers de quelque chose. Comment tout cela est-il possible ? Je suis personnellement heureux que de nos jours l'évolution de l'étiologie dans ce domaine apporte des solutions.

9) Dysphorie de genre

Trouble ou pas trouble ? là est la question.

La genèse : À la naissance, sauf anomalie congénitale, l'enfant est soit de sexe masculin soit de sexe féminin. Les premières années de sa vie l'enfant n'a pas conscience du concept d'identité de genre. Le vécu psychologique d'un enfant est ressenti plus tard. Son anatomie (*genre de naissance*) est acceptable ou inacceptable pour lui longtemps après sa naissance. Donc la capacité à accepter ou rejeter son genre se manifeste donc à un certain degré de maturité de conscience.

L'intérêt de la recherche ici serait de pouvoir définir les causes. S'il y a véritablement une prédisposition biologique on peut considérer et partir d'un postulat qu'il pourrait y avoir des variations de niveaux hormonaux, mais là encore il faudrait que la mère enceinte ait pris une médication particulière. L'effet dit « *naturel* » semble contestable. Un accident naturel est plus plausible. Les facteurs qui identifient cette « *non-conformité au genre* » ne peuvent pas être une certitude en l'état. Les facteurs biologiques sont encore au stade de la recherche et de l'expérimentation.

Étude d'un cas de non-conformité (sans analyse)

Isabelle, jolie fille, a toujours eu un comportement de garçon. Toute sa jeunesse a été de s'entourer de garçons, elle s'est même inscrite à un club de foot et désirait jouer avec les garçons dans une équipe. Ses parents l'éduquaient comme une fille normale mais elle était, même à l'école, toujours à jouer avec des jeux de garçons. Elle avait plus de copains que de copines que l'on pouvait compter sur les doigts. Pendant toute son adolescence elle était orientée à faire des bêtises avec les garçons et elle est devenue même une « *chef de bande* ». Elle portait des vêtements de garçons la semaine mais le dimanche, elle devait porter une robe pour aller à la messe, ce qui la frustrait beaucoup.

Les années ont passé et j'ai rencontré Isabelle plusieurs fois ces dernières années. Elle s'était mariée et avait deux jolis enfants (fille et garçon). Elle avait gardé ses manières de « *garçon manqué* », même sa coupe de cheveux était, disait-elle, « *comme les garçons* » mais cela convenait à son mari. Elle remplissait tous ses devoirs de « *bonne mère de famille* ».

On aurait pu croire qu'avec tout son parcours de vie elle puisse un jour affirmer son appartenance à un autre sexe. Mais il n'en a rien été. Ses parents m'ont expliqué qu'ils avaient eu un doute sur le sexe réel de leur fille et ils s'attendaient à ce qu'Isabelle leur déclare qu'en réalité elle se sentait plus dans un corps de garçon que de fille.

Mon appréciation

J'observe que l'éducation d'Isabelle était fortement influencée par son appartenance à un groupe religieux. Je postule que ce genre de situation influence aussi le comportement de l'enfant. Ma question est : « *Que serait-il passé si la religion n'était pas intervenue dans l'éducation d'Isabelle ?* » De plus, comme le comportement non conforme des filles est largement peu étudié, j'en conclus que ma question peut rester ouverte.

10) Conclusion et synthèse de ce sujet sur les troubles et dysfonctions sexuelles

Pour ce qui est des troubles des comportement sexuels on ne peut être que d'accord sur le fait qu'ils existent et qu'ils peuvent être traités y.c. les perversions et d'autres troubles associés.

En ce qui concerne la dysphorie de genre ou l'attraction d'une personne pour le même sexe, je pense sincèrement qu'il est trop tôt pour en définir les causes probables. À ce stade de la recherche, il existe trop d'incertitudes, trop de confusions et un manque certain de compétences. Il serait hasardeux de s'orienter vers des causes multiples sans pouvoir les vérifier sur plusieurs décennies.

Il faudra inclure d'autres concepts que la science n'est pas près d'accepter.

Chapitre 11

Substances, troubles disruptifs, addictifs, contrôle des impulsions et de conduites

1) Dépendances/addictions

Je pourrais résumer ce chapitre en une seule ligne : l'alcool, le tabac, le thé, le café, et toutes les drogues, opiacés, tranquillisants, stimulants et même pornographie, dépendance au sexe et bien d'autres peuvent dans une certaine mesure amener à une dépendance ou une addiction (*je fais la différence entre dépendance et addiction*).

Il m'arrive d'animer des groupes pour le traitement des dépendances. J'y vois des personnes avec toutes sortes de dépendances/addictions. J'observe que la grande question qui se pose est : « *pourquoi telle ou telle personne devient dépendante et l'autre ne le devient pas ?* » Si le DSM-V peut définir l'abus d'une substance en termes de niveaux d'interférences dans la vie courante d'une personne, on peut donc affirmer sans trop se tromper que dès l'instant où une activité fragilise ou déstabilise une personne dans n'importe quel domaine de la vie de la personne, le critère objectif serait que la personne qui commet un abus ou pour le dire autrement utilise la cause d'une façon extrême, risque de devenir dépendant ou addict.

Que ce soit n'importe quelle substance ou autre, tout ce qui altère le comportement et occasionne un trouble ou perturbe le corps et ses fonctions naturelles est à proscrire. Nous connaissons les causes, les effets et tout le cortège de troubles qui sont associés à l'usage de ces substances, quelles soient organiques ou psychologiques. La pornographie ne donne pas le cancer mais est tout aussi nocif pour le cerveau et agit sur le comportement et occasionne des troubles du comportement.

Le LSD des années 1960, on en parle plus mais à l'époque c'était aussi très à la mode. Ce qui me semble être primordial dans ce chapitre c'est la partie « *traitement* ». Une remarque cependant ; observons les effets et les troubles liés aux anxiolytiques. Souvenons-nous du cas de Guy que j'ai présenté au chapitre 5 qui avait un trouble de l'anxiété généralisé avec des symptômes associés.

Son médecin qui n'a pas évalué les bonnes doses de ce barbiturique et qui avait pour objectif de lui procurer une sensation de bien-être, diminuer ses angoisses et ses douleurs et l'aider à obtenir le sommeil réparateur tant attendu. Il est arrivé chez nous en titubant avec un discours difficile et une concentration altérée avec des absences passagères (*ça, c'est pour le tableau clinique*).

En ce qui concerne certains troubles disruptifs – contrôle des impulsions et des conduites on en a eu l'exemple cet été où les feux en France ont été allumés par d'anciens pompiers pyromanes ou en activité, qui, ensuite accouraient pour aller sauver leurs victimes.

Pour résumer, la question à se poser c'est : « *quelqu'un qui boit du café, qui fume, qui prend parfois de la cocaïne ou regarde de temps en temps des films pornographiques, cette personne peut-elle devenir dépendante et addictive ?* ». Une réponse possible serait qu'il vaut mieux ne pas commencer car personne ne connaît véritablement sa vulnérabilité dans ce domaine. Il semble que le DSM-V ait de beaux jours devant lui.

Chapitre 12

Troubles de la personnalité

1) Trois catégories de troubles et plus

On peut comprendre pourquoi le DSM-V suscite autant de réactions pas toujours agréables et amène des controverses. La classification de ces troubles pose question mais il fallait un repère et le DSM donne une vue globale car il faut tenir compte de tous les chevauchements diagnostiques qui peuvent exister. J'observe que tous les aspects sous-jacents d'un trouble peuvent être influencés par certains gènes, donc regardons la difficulté à poser un diagnostic cohérent pour le clinicien.

Chapitre 13

Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques

1) Étude d'un cas (Gilbert) (voir page 33)

Chapitre 14

Troubles neurodéveloppementaux

1) Étude d'un cas (Ryan) (voir page 36)

Chapitre 15

Troubles neurocognitifs

1) Étude d'un cas (Kalifa) (voir page 37)

Chapitre 16

Santé mentale – questions juridiques et éthiques

1) Résumé pour les droits en Europe vs USA

Dans une session ordinaire de 2013-2014, un rapport d'information a été rédigé au nom de la commission des affaires européennes sur la prise en compte des questions éthiques à l'échelon européen. Je le propose car aux USA c'est bien différent.

(Ce rapport est consultable Rapport d'information n° 67 (2013-2014) de MM. Simon SUTOUR et Jean-Louis LORRAIN, fait au nom de la commission des affaires européennes, déposé le 10 octobre 2013 - Disponible au format PDF 465 Koctets).

- L'éthique est une démarche d'origine philosophique, fondée sur la réflexion, qui procède par un questionnement sans cesse renouvelé à la recherche de la justification de nos actions ou décisions. De nature critique et interrogative, elle utilise l'échange et le débat dans le but de raisonner sur les valeurs et les jugements moraux et de définir les fondements du « bien agir » ou d'une « vie bonne ».

- L'éthique est une approche qui est souvent perçue de manière restrictive ou erronée. Ainsi, depuis la fin de la Seconde guerre mondiale, pour beaucoup, l'éthique se confond avec les questionnements sur la pratique médicale (*relation médecin/patient*) et les conséquences des progrès scientifiques et médicaux sur l'homme et la société. Pourtant, l'éthique est une démarche qui peut s'appliquer à de nombreux autres domaines ou problématiques de l'activité humaine. De plus, elle ne peut se réduire à la déontologie ou aux bonnes pratiques.

- Le Conseil de l'Europe et l'Union européenne sont fondés sur un certain nombre de valeurs qui font l'identité commune de leurs membres : respect de la dignité humaine, liberté, démocratie, égalité, solidarité, État de droit. Ces valeurs donnent une dimension éthique au projet européen. La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne assurent la protection de ces valeurs et font des droits de l'Homme, en s'appuyant notamment sur la notion de dignité humaine, la « boussole » éthique de l'Europe.

- Le Conseil de l'Europe et l'Union européenne sont soucieux d'éthique. Ils intègrent cette exigence dans leurs cadres institutionnels respectifs, essentiellement pour prendre en compte les questions relatives à la biomédecine. Toutefois, les institutions du Conseil de l'Europe et de l'Union européenne conservent une approche très prudente des problématiques qui touchent à des enjeux éthiques. En effet, l'échelon européen ne favorise pas le consensus sur des questions qui donnent lieu à des clivages parfois prononcés entre pays en raison de leurs histoires et de leurs cultures. Les cours européennes veillent ainsi particulièrement à respecter le principe de subsidiarité en ces matières.

- En dépit du fait que l'éthique n'est pas une compétence européenne et que le principe de subsidiarité a vocation à s'appliquer, un encadrement éthique européen a émergé de façon pragmatique dans certains domaines (*biomédecine, recherche, responsabilité sociale des entreprises, bien-être animal, etc.*) par les voies classiques de la régulation dans le cadre du fonctionnement du marché unique de l'Union européenne et de la négociation intergouvernementale au sein du Conseil de l'Europe.

- Sans être totalement négligée au niveau européen ou national, la démarche éthique n'occupe pas pour autant une position déterminante dans la définition des politiques publiques ou au sein de l'initiative privée. Elle peut pourtant devenir un atout majeur dans le développement de nos sociétés européennes. Pour cela, il convient de revoir notre mode de gouvernance. Tout d'abord, en favorisant un débat démocratique plus participatif, reposant sur un travail d'information et de formation du citoyen. L'école et l'université, les comités d'éthique ont ainsi un rôle à jouer dans l'acquisition d'un sens critique et la diffusion d'une culture du débat et de l'éthique de la discussion. Ensuite, en revalorisant la notion de long terme dans l'action politique et en développant les moyens de prospective. Un comité des sages ou une « académie du futur », exerçant une double

fonction de vigilance et d'anticipation, pourraient voir le jour dans le but de définir le « *bien commun futur* ».

- L'éthique est une démarche méconnue qui pâtit de l'idée qu'elle peut se pratiquer de manière instinctive, en dehors de tout apprentissage, en faisant appel au « *bon sens* ». Pour sortir de cette impasse et éviter le développement d'une éthique au rabais, il est nécessaire de proposer des parcours de formation de qualité en éthique, s'appuyant sur un enseignement et une recherche universitaire dignes de ce nom. Mais, fondée sur l'interdisciplinarité, l'éthique est confrontée à la difficulté d'exister en tant que matière autonome au sein de l'université. C'est le cas en France où l'éthique est rattachée à différentes sections du Conseil national des universités (CNU), ce qui a pour effet de contrarier son émergence en tant que discipline majeure. Il apparaît donc nécessaire de reconnaître l'éthique pour elle-même (*par exemple, à travers la constitution en France d'une section CNU interdisciplinaire*), afin d'organiser une filière d'enseignement cohérente, gage de qualité pour la recherche et les diplômés dans le domaine de l'éthique.

2) Rapport sur la santé mentale en Europe

(16 septembre 2022 – World Health Organisation)

Rédigés par des experts indépendants et examinés par des pairs à l'externe, les rapports portent sur les sujets suivants :

- Vue d'ensemble du marché des nouveaux médicaments dans la Région européenne de l'OMS
- Des approches politiques fondées sur les principes de solidarité, de transparence et de durabilité
- De nouveaux modèles d'affaires pour la recherche et le développement pharmaceutiques en tant que bien public mondial
- Les politiques des payeurs visant à soutenir l'innovation et l'accès aux médicaments
- Les politiques d'innovation médicale
- L'accès à l'information sur les marchés des médicaments
- L'accès à des médicaments à prix élevé dans les pays à faible revenu
- Le contrat social et les bases des droits de l'homme pour promouvoir l'accès à des médicaments efficaces, nouveaux et coûteux

Le 12 septembre 2022, des ministres de la Santé, des délégués de haut niveau et des représentants d'organisations partenaires et de la société civile des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS se sont réunis à la 72e session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, où les travaux de l'OMI ont également été présentés.

« *Le Comité régional marque l'aboutissement de l'Initiative d'Oslo sur les médicaments. Mais ce n'est pas la fin du travail. Les bases ont été jetées pour l'évaluation d'un certain nombre de solutions politiques potentielles* », a déclaré le docteur Natasha Azzopardi-Muscat, directrice des politiques et systèmes de santé par pays à l'OMS/Europe.



Étude d'un cas

Spectre de la schizophrénie – Troubles psychotiques

Anamnèse

J'ai connu Gilbert en 1973, il était célibataire et était arrivé à Genève comme étudiant en photographie. Après ses études il a déménagé dans un autre canton et il a rencontré sa future épouse. Tous deux se sont mariés et ont eu 4 filles. Il a exercé plusieurs métiers, il ne pouvait pas vivre avec son diplôme en photographie. En 1984, il est venu me voir pour m'informer qu'il lui semblait que des gens l'espionnaient dans tout ce qu'il entreprenait. À plusieurs reprises, il venait me trouver la semaine à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit pour me prodiguer des conseils sur certaines personnes. Une fois il s'est introduit chez une connaissance pour lui remettre ses clés de voitures et lui dire : « ... *l'Esprit m'a dit que je devais vous donner ma voiture...* ». Gilbert était très croyant, il était membre dans une congrégation religieuse et était très actif. Il, a donc laissé sa voiture à la stupeur de sa connaissance. Gilbert a eu une enfance quasi normale, ses parents vivaient dans le nord de la France et ont vécu la seconde guerre mondiale. Il est le troisième d'une fratrie de quatre. Il a suivi une scolarité assez chaotique puisque ses parents déménageaient souvent et Gilbert changeait d'école régulièrement. Il arrivait que la famille change d'endroit jusqu'à deux fois dans le même mois. Son épouse, de nationalité Suisse était issue d'une famille assez bourgeoise de Genève mais aussi très rebelle. Le couple s'accordait bien cependant. Gilbert et son épouse ont pris la décision d'acheter une maison à la campagne, loin d'une grande ville et de l'école. Tous les deux ont acheté une vieille ferme toute délabrée qu'il fallait reconstruire entièrement. L'argent manquant, la famille a vécu sans eau courante, il y avait que l'électricité qui fonctionnait. Mais tout le monde supportait cette situation. Dans la ville d'où elle était inscrite, la famille a trouvé une communauté de personnes de son église. Très vite, Gilbert s'est de nouveau engagé sans compter son temps qu'il consacrait à ses activités religieuses. Ce qui a eu pour conséquence un retard énorme dans leur projet de reconstruction et d'amélioration de leur habitat. Avec ses nouvelles responsabilités ecclésiastiques, Gilbert devait s'absenter souvent. Son épouse et ses filles acceptaient tout ce que Gilbert faisait et le soutenaient même. Devant autant de difficultés, le couple décide de changer d'endroit encore une fois et vont s'installer dans une grande ville (Neuchâtel). Délaissant leur projet initial, le couple après avoir revendu leur « maison » pour presque rien, décide de reconstruire un projet d'achat d'une nouvelle maison. Pour un prix dérisoire, le couple fait l'acquisition d'une vieille demeure aussi délabrée que la première. Tout fonctionne par intermittence.

Quelques années plus tard, Gilbert apprend que j'ai un cabinet de consultation à Genève. Il reprend contact avec moi et m'informe que des micros sont installés dans leur nouvelle maison et qu'il se sent surveillé par les « autorités ». Lors de notre entretien Gilbert insiste sur le fait que des caméras l'espionnent dans sa vie de tous les jours. Il me demande de me méfier car « *ils savent* » qu'il est à Genève ce jour. Quand je lui demande qui peuvent être ces « *ils* », il me répond que « *ce sont des gens de sa communauté qui l'espionnent la nuit et que ses conversations sont enregistrées* ». Je lui demande comment va sa famille et ce qu'il fait comme métier en ce moment, il m'explique qu'il s'est inscrit au chômage parce que son employeur « *faisait partie du complot* ». à la question « *comment va sa famille* », il répond que son épouse ne parle plus beaucoup et que ses filles travaillent assez bien en cours mais qu'elles ne le suivent plus le dimanche pour les activités dans son église. Puis il revient très vite sur ce qui le préoccupe, cette insistance d'être certain que tout le monde le surveille et qu'il doit prendre une décision radicale. Il dit se laisser guider par l'esprit qui le conseille d'être plus prudent et se méfier de tout le monde car il se sent en danger.

Je rencontre Gilbert plusieurs fois à Genève et il tient le même discours avec un amplification de son délire. Il croit que sa femme et ses enfants sont impliqués dans cette haute trahison. Cependant son épouse reste toujours avec lui et n'envisage pas de se séparer.

J'apprends, après plusieurs mois que toute la famille déménage vers le nord de la France et s'installe en tant que locataire dans un vieil appartement. Ses filles ne communiquent plus vraiment avec leur père qui continue à soupçonner tout le monde et il me dit qu'il refuse de consulter un spécialiste car il ferait partie du complot.

Un dimanche, après avoir assisté à son office religieux dans son église, son épouse m'appelle pour m'informer qu'à la fin de l'office, en allant vers leur voiture, Gilbert s'écroule devant la portière de leur voiture. Manifestement une crise cardiaque.

Discussion

Gilbert n'a jamais été en paix avec lui-même, très tôt, lors de sa venue en Suisse, il avait un tempérament très tendu, une espèce de tension sous forme d'inquiétude permanente. Ses idées et ses pensées étaient cohérentes au début, il ne semblait pas, outre cette tension, avoir un comportement psychotique. Ses pensées irrationnelles sont arrivées après qu'il a eu un contact avec cette nouvelle communauté religieuse et qu'il se soit engagé plus que de raison dans ses appels et nouvelles responsabilités. Ce qui est troublant chez Gilbert aura été les périodes de rémissions observées durant tout son séjour en Suisse. Lors de ces périodes de rémission Gilbert ne faisait plus mention de ces « complots ». Il vivait normalement et la famille ne se faisait pas autrement de souci.

J'avais observé chez Gilbert que ses troubles arrivaient et se déclenchaient lorsqu'il était engagé dans sa communauté pour une longue période. Seulement et uniquement dans ces séquences où il se retrouvait à devoir prendre des décisions dans le cadre de son engagement ecclésiastique. Il répétait souvent que ses dirigeants essayaient de le filmer en cachette et qu'il voyait des personnes qui venaient la nuit l'informer.

Pendant tout le temps que j'ai pu suivre tant bien que mal Gilbert, j'avais observé les symptômes d'idées délirantes, d'hallucinations, des incohérences dans son discours. Mais nous sommes dans les années 1990 et les critères diagnostiques n'étaient pas ceux du DSM-V d'aujourd'hui. On insistait sur une forme de psychose grave et chronique caractérisée par des signes de dissociation mentale, une espèce de discordance affective et d'activité incohérente qui pourraient avoir eu comme conséquences une sorte de rupture de contact avec le monde une sorte de repli autistique.

La difficulté du diagnostic différentiel était que Gilbert avait des périodes de rémission. S'agissait-il d'une causalité multifactorielle ? avait-il une personnalité prépsychotique ? En discutant avec d'autres confrères sur le sujet de Gilbert il n'y avait pas d'accord sur le concept clinique satisfaisant.

Le DSM III de l'époque parlait de perception auditive de la pensée, des hallucinations auditives avec conversation de voix entre elles ou avec commentaires des actes du patient, de sensations corporelles imposées, du vol de la pensée ou de perception délirante. Il y avait au moins pour un diagnostic de schizophrénie, six chapitres pour retrouver les symptômes. Je plaçais Gilbert dans la catégorie d'une symptomatologie positive de type 1 puisque j'avais observé des périodes de rémissions des symptômes. Malheureusement, Gilbert n'a pas pu avoir le privilège d'avoir de tests scanner pour vérifier ses performances sur ses données cognitives.

Le traitement consisté en une forme de thérapie comportementales. Il a été exclu d'obtenir une cothérapie car Gilbert refusait systématiquement la collaboration d'un autre médecin. J'aurais bien souhaité avoir la collaboration de la famille pour une sorte de thérapie familiale mais là aussi Gilbert ne désirait pas inclure sa famille. Je me suis donc orienté vers un traitement d'inspiration comportementale qui se situait vers un programme de réacquisition des compétences sociales qui me semblaient indispensable en l'état afin de permettre à Gilbert une certaine réinsertion moins douloureuse.

Conclusion

Aujourd'hui, il serait normal de reconsidérer l'approche thérapeutique. Dans le cadre du suivi dans le traitement de la schizophrénie dont souffrait Gilbert il serait judicieux d'obtenir une prescription de neuroleptiques, quoi que, à mon humble avis, ce n'est pas non plus ce que j'aurais choisi. J'opterais au contraire pour un traitement thérapeutique qui aurait pour objet un éventail assez

large de moyens de façon que Gilbert puisse s'adapter à son trouble tout en continuant à vivre dans sa famille et la société. Apprendre à Gilbert à se prendre en charge et identifier les signes qui arrivent avant une rechute. Il ne faut pas oublier qu'il y avait de longues périodes de rémissions.

Je ne saurai jamais comment tout cela est arrivé. La mort prématurée de Gilbert aura été un facteur de remise en question pour sa famille. Après toutes ces années, j'ai revu plusieurs fois son épouse et une de ses filles n'habite pas très loin d'où je suis actuellement. Sa fille refuse de parler de son père et son épouse se remémore les meilleurs moments de sa vie avec Gilbert.



Étude d'un cas

Troubles neurodéveloppementaux

Anamnèse (TDAH)

J'ai observé Ryan lorsque celui-ci est arrivé en Suisse. Ryan a été placé en ambulatoire par ses parents dans la section réservée aux adolescents d'une institution spécialisée. Dès sa scolarité en primaire déjà, Ryan a commencé à perturber la classe en ne suivant pas les consignes et les recommandations de sa maîtresse. Incapable de rester assis plus de quelques minutes, sortant même dans le couloir sans autorisation, est allé une fois dans une autre classe. Ryan était agité aussi chez lui à la maison et lors de certaines activités familiales, tous ses frères et sœurs ne pouvaient plus le supporter. La décision des parents en relation avec les recommandations du pédopsychiatre a été finalement de placer Ryan en ambulatoire la journée. Le spectre de TDAH (trouble déficit de l'attention et hyperactivité) avait été décelé lors des examens et pour préserver la famille et apporter un peu plus de tranquillité, le placement restait ce qui était le mieux pour l'enfant et sa famille. Cela n'enlevait rien aux capacités de Ryan. C'était aussi un garçon très poli et courtois avec une forme de gentillesse qui pouvait séduire. Beau de visage et séduisant mais extrêmement épuisant. Il reste 3 ans dans cette section pour ados. Au début en ambulatoire puisque Ryan rentrait tous les soirs chez lui pendant toute la durée du séjour du père en Suisse et il lui arrive de rester en institution lors des vacances scolaires ou d'absence de la famille pour une longue durée. La famille est américaine et le père travaille à Genève pour l'agence du PAM (programme alimentaire mondial). Les parents retournent souvent aux USA.

Les enfants et les parents parlent tous anglais et français. Les autres membres de la fratrie fréquentent l'école internationale de Genève. Il arrive dans notre groupe composé de 9 adolescents et de 3 éducateurs spécialisés. La famille retourne aux USA après la fin du mandat de son père avec le PAM.

Discussion

Son tableau clinique de Ryan se caractérise par une incapacité à se concentrer sur une activité qui dure plus de quelques minutes. Il commence un devoir mais ne termine que très rarement comme si ce qu'il faisait n'était pas intéressant. L'éducateur lui donne des consignes mais très vite il les laisse de côté pour passer à autre chose, toujours impatient et incapable de rester assis. Surtout que ses autres compères s'encouragent entre-eux à faire la même chose. Ryan semble être devenu « le chef de bande ». Quand il décide d'entreprendre une activité, il ne donne pas le sentiment d'avoir bien réfléchi aux conséquences car certaines de ses décisions peuvent être assez dangereuses, comme se pencher au bord de la fenêtre et se mettre à cheval sur la rampe. Lors des jeux en récréation, il voudrait tout contrôler mais une fois que l'éducateur lui donne une responsabilité de lieder il abandonne jusqu'au jeu lui-même. Il n'a pas été observé cependant de trouble de l'apprentissage, Ryan semble être suffisamment intelligent et comprend bien les

questions sur des thèmes spécifiques comme les calculs. Il peut expliquer rapidement ou exécuter une opération mais il laisse immédiatement la suite des opérations et désire passer à autre chose comme s'il s'ennuyait. Comme il se retrouve avec des autres ados qui présentent les mêmes difficultés, il n'hésite pas à leur faire de remarques désobligeantes sur leur état de santé. La prise en charge n'a duré que 3 ans.

Durant tout son séjour avec notre équipe d'éducateurs, l'enfant a été sous Ritaline, prescription par le pédopsychiatre. Mais cela n'a pas empêché l'équipe de s'orienter vers une diminution des comportements sociaux de Ryan et de ses aptitudes sociales. Malheureusement, les parents avaient demandé une mise sous médicaments avant l'intervention de l'équipe. Toutefois, la méthode intégrative utilisée comprenait un entraînement aux habilités sociales, un apprentissage sur le comment interagir de façon plus appropriée avec les autres et nous avons inclus les parents et la famille pour leur permettre d'apprendre aussi comment répondre de manière constructive aux comportements de leur enfant. Avant le départ de toute la famille pour les US, Ryan a montré une nette amélioration et compréhension dans sa façon de se comporter. Plus attentif et plus serein dans la gestion de ses handicaps.

Conclusion

J'avoue que la médication proposée a joué également son rôle de régulateur mais je ne suis pas encore convaincu. Sur un autre plan, le sur-diagnostic de la maladie ces dernières années fait bondir les spécialistes. Ils dénoncent un protocole de détection parfois trop peu rigoureux. De nombreuses recherches sont encore nécessaires pour déterminer les effets exacts du traitement sur la santé et le comportement des enfants atteints de TDAH.

À ce jour et aux dernières nouvelles, Ryan est marié et a une petite fille. Toujours aussi spectaculaire dans ses comportements mais néanmoins il gère mieux sa vie. Son épouse semble avoir participé à cette amélioration.



Étude d'un cas

Troubles neurocognitifs

Anamnèse

Kalifa est boxeur inscrit dans un club de boxe comme participant à des combats de boxe amateurs depuis de longues années. Il est marié et a deux enfants maintenant adultes. Un garçon qui parle plusieurs langues et a Bachelor, une autre fille qui est engagée dans l'armée comme professionnelle. Kalifa a participé à de nombreux combats au sein de son club et est maintenant moniteur/entraîneur dans le même club. Il ne participe plus à des combats. À la suite d'un combat qui a mal tourné, Kalifa est tombé et est resté K.O. quelques secondes. Il a décidé de mettre fin à sa carrière. Après des examens médicaux assez poussés les médecins découvrent des symptômes de l'apathie, quelques traits psychotiques, une perte de coordination et une détérioration intellectuelle globale accentuée. On en déduit que ces changements se sont associés à des microlésions répétées du cerveau, fruit des commotions reçues durant toutes ces longues années de combats. Mais les spécialistes en déduisent que Kalifa en est à un stade précoce et qu'il faut immédiatement cesser la pratique de son sport. Kalifa a été hospitalisé pour des douleurs au cerveau et est sorti après des examens plus approfondis.

Discussion

Les médecins de Kalifa parlent de symptômes de démence précoce sous une forme qui se mélange avec d'autres maladies neurodégénératives. Tout simplement par ce qu'ils pensent qu'il pourrait y avoir une certaine évolution dans la détérioration cognitive de son cerveau. En effet, on relève une espèce d'apathie, Kalifa que j'ai rencontré pendant plusieurs années après son accident (K.O.) rencontrait des difficultés à communiquer. Surtout lors de ses entraînements avec les membres de son club. Il semblait être plus agressif que de coutume et cela le propulsait à prendre de plus en plus de distance avec son entourage. Certaines tâches du quotidien lui posaient des problèmes, on y voyait une certaine altération de sa mémoire, il n'était plus aussi attentif qu'auparavant. Les résultats des jeunes dans leur réussite ne l'enthousiasmaient plus comme avant. Maintenant qu'il prend de l'âge, certaines défaillances évoluent comme la façon de conduire ou la réalisation de certaines activités familiales avec ses petits-enfants.

Je n'ai pas observé chez Kalifa un lien avec une blessure particulière mais il est certain que les photos IRM montrent une légère altération dans son cerveau. Mais le mot de démence pugilistique n'est pas prononcé ouvertement.

Je pose comme critères diagnostiques un trouble neurocognitif léger pour l'heure. Ses déficits cognitifs n'interfèrent pas trop avec ses capacités de rester autonome dans ses actes de la vie de tous les jours. Cependant, j'observe une évolution. Je peux donc spécifier qu'à la suite d'une petite lésion cérébrale, à la lumière des résultats de ses examens, serait la cause de son trouble.

Conclusion

Le traitement proposé à Kalifa n'est pas de l'ordre médicamenteux. Kalifa se branche régulièrement en ligne par zoom et nous parlons pendant au moins une heure chaque semaine. Il a des tâches à réaliser que je lui donne à faire, elles sont simples et à sa portée de compréhension. Par exemple, comme il habite dans le sud proche de la mer, je lui conseille d'aller nager avec son épouse, de participer à des activités familiales et de jouer avec ses petits-enfants, de participer au ménage, de cuisiner avec des plats qu'il affectionne. Je dois ajouter que Kalifa n'a pas de prescription médicale en ce moment et que son médecin traitant le suit au moins trois fois par an. Il a retrouvé un peu de joie de vivre, il va deux ou trois fois par semaine à son club pour dire bonjour à ses copains, comme il ne sait pas lire, ni écrire, je lui demande de s'exprimer en dessinant ce qu'il veut exprimer. Son épouse lui lit les nouvelles et à chaque anniversaire il peut faire un petit dessin sur la carte à envoyer.

L'évolution de son affection se stabilise et Kalifa semble avoir repris goût à la vie qu'il appréhende différemment.

Épilogue

Il est impossible de traiter sur tous les sujets de cet ouvrage sur la psychopathologie, une approche intégrative. Il aura fallu faire des choix en fonctions des expériences les plus courantes rencontrées tout au long de mon parcours comme psychologue, spécialiste et autres titres ou expériences qui, je le reconnais restent bien en dessous de ce qui existe aujourd'hui. Néanmoins, cet ouvrage est ce qui a de meilleur pour un clinicien. Ce que retiens d'une façon générale et globale c'est deux choses : 1) l'approche intégrative et 2) tenir compte des facteurs multidimensionnels lors d'un diagnostic.

Cette approche intégrative qui semble faire peur à de nombreux confrères qui ne font pas l'expérience et restent dans une sorte de pré-carré qu'on leur a inculqué pendant leur formation. Je remercie les auteurs de cet ouvrage, il fallait avoir du courage et une vision à plus long terme de ce que représente la psychopathologie.

Cuarto informe

Jean-Pierre P. Gaggini

Estudiante – Doctor Doctor en Psicología Clínica

Libro: Psicopatología: un enfoque integrador

Fecha: 21 de septiembre de 2022

"Juro que soy el único autor de este informe y que su contenido es consecuencia de mi trabajo en el libro asignado"

Firma :

jean-pierre gaggini

Observaciones preliminares.....5

Prefacio al libro..... 6

Capítulo 1

1) Comportamiento anormal en un contexto histórico.....6

2) ¿Normal o no?6

3) Definición aceptable.....6

4) La ciencia de la psicopatología.....7

5) Concepciones históricas de la patología mental.....7

6) Teoría humanista.....7

7) El modelo conductual.....8

8) Conclusión..... 8

Capítulo 2

1) Un enfoque integrador.....8

2) El caso de Julia.....9

3) Aporte de datos..... 10

4) Una palabra sobre el modelo de diátesis/estrés.....10

5) El SNC..... 10

6) Influencias psicosociales en la estructura y funciones del cerebro.....11

7) Efectos sobre el desarrollo y funcionamiento del cerebro.....11

8) Evolución de las ciencias conductuales y cognitivas..... 11

9) Indefensión aprendida.....11

10) Emociones.....11

11) Una reflexión sobre el desarrollo a lo largo de la vida.....11

Capítulo 3–Recopilación de datos clínicos y diagnóstico.

1) Evaluación y trastornos psicológicos.....12 **Estudio de caso (evaluación).....12**

2) ¿DSM o DSM?..... 14

Capítulo 4–Métodos de búsqueda

1) Examen de la conducta mental.....15

2) Conceptos..... 15

3) Componentes elementales de la investigación experimental.....15

4) El estudio de casos individuales..... 15

5) Investigación por correlación.....15

6) Investigación epidemiológica.....15

7) Investigación experimental basada en el caso único..... 15

8) Resumen.....16

Capítulo 5–Trastornos de ansiedad relacionados con trauma o factores de estrés, TOC y relacionados

1) **Estudio de caso de Guy.....16**

Capítulo 6–Trastornos de síntomas somáticos y relacionados/trastornos disociativos

1) Observaciones.....19

2) Trastornos con sintomatología vs asociaciones.....19

3) Algunas palabras sobre el trastorno de conversión.....19

4) Trastornos disociativos.....	19
Capítulo 7 –Trastornos del estado de ánimo y suicidio	
1) ¿Estado depresivo o depresión?	20
2) Estudio de un caso.....	20
Capítulo 8 –Trastornos de la alimentación/Ingestión de alimentos y trastornos del sueño	
1) Estudio de un caso.....	22
Capítulo 9 –trastornos físicos – psicología de la salud	
1) Factores psicológicos y sociales.....	24
2) Estrés.....	25
3) SIDA – trastornos cardiovasculares – hipertensión – fatiga y dolor.....	25
4) Efectos de relajación/meditación.....	26
Capítulo 10 –Disfunciones sexuales, parafilias y disforia de género	
1) Observaciones preliminares.....	26
2) Comportamientos sexuales.....	26
3) Diferencia de género.....	26
4) Disfunciones sexuales.....	26
Estudio de caso.....	27
5) Otros Trastornos.....	28
6) La entrevista clínica.....	28
7) Causas de mal funcionamiento.....	28
8) Parafilias.....	28
Estudio de caso.....	28
9) Disforia de Género.....	29
Estudio de un caso de incumplimiento.....	29
10) Conclusión y resumen del tema sobre estos trastornos.....	30
Capítulo 11 –sustancias, trastornos disruptivos adictivos, control de impulsos y conducta	
1) Dependencias/adicciones.....	30
Capítulo 12 –Desorden de personalidad	
1) Tres o más categorías de trastornos.....	31
Capítulo 13 –espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	
Estudio de caso.....	33
capítulo 14 –trastornos del neurodesarrollo	
Estudio de caso.....	36
Capítulo 15 –Trastornos neurocognitivos	
Estudio de caso.....	37

capítulo 16–Problemas de salud mental, legales y éticos

1) Resumen de derechos en Europa vs EE.UU.....	(31)
2) Informe sobre la salud mental en Europa.....	(33)
Epílogo.....	38

Observaciones preliminares

Este libro es sin duda un *"Manual de instrucciones generales"*. Dada la cantidad de personas involucradas en su diseño y producción, podríamos clasificarlo bajo el epígrafe de *"grandes obras maestras"*. Elementos que se titulan *"los resultados del aprendizaje"* promover la comprensión entre alumnos y profesores.

Se valoran especialmente todos los procesos que conducen al establecimiento de un diagnóstico, datos e inferencias que son numerosos.

Sin embargo, un escollo parece deslizarse respecto al DSM en su conjunto y al CIM, por parte de una población de psicoanalistas. El DSM es visto, por ejemplo, como un *"codificado"* que, al transformar significados en información, posibilita el funcionamiento de la maquinaria administrativa de la salud mental, a pesar de la diversidad de los actores involucrados (De Munck, 2004, 51-58). Esta función del DSM se subraya en ciertas críticas a dispositivos biopolíticos como el *"Resumen Psiquiátrico Mínimo"* (Bélgica) o el *"Compendio de Información Médica en Psiquiatría"* (Francia), que cruzan los diagnósticos con otra información médico-administrativa y socioeconómica. En particular, la informatización de los datos es a veces denunciada como una forma de registro de pacientes, en relación con las preocupaciones de seguridad y neoeugenésicas de las sociedades neoliberales, y ha dado lugar en Francia a iniciativas de desobediencia civil como la *"Huelga de codificación ICD-10"* (Laboret, 2012).

Volviendo a esta guía de estudio, examina algunos aspectos del comportamiento anormal. Las causas del sufrimiento parecen ser el punto focal de la obra, así como todas las interferencias con todo tipo de comportamiento.

Es cierto que aún quedan muchas preguntas sin respuesta. Por qué algunas personas se comportan de una manera que nos parece *"anormal"* aquí, cuando en otros lugares podría ser aceptable? Al comprender la naturaleza de los problemas, la investigación puede encontrar algunas buenas respuestas. Sin embargo, la eterna pregunta de qué es *"normales o no"* vuelve a menudo.

Si el enfoque integrador es la idea de integrar o combinar aspectos de varias escuelas de pensamiento diferentes para promover el bienestar, también se tratará de dominar la combinación de las mejores teorías de la medicina tradicional occidental y las prácticas alternativas. Pero discutir este enfoque en psicoterapia no siempre significa lo mismo que en un entorno médico. No es raro que un terapeuta que utiliza una amplia variedad de *"tendencias"* para ofrecer terapia breve para algunos clientes, tipos de terapia cognitivo-conductual para otros y asesoramiento *"cajón de arena"* Tratamiento psicoanalítico junguiano o más profundo a determinadas personas.

En este trabajo que califico de poderoso, vemos toda la evolución de la psicopatología. El conocimiento aumenta a un ritmo cada vez más rápido, lo que era cierto un día puede no serlo mañana. Pero parece necesario comprender bien las complejas interacciones en los campos de la biología, la psicología y lo social.

Sin embargo, el espectro de la investigación en algunas áreas no parece estar listo para ser resuelto. Si el conocimiento de ciertos trastornos es obvio, queda por descubrir lo esencial. Digo esto porque aún no sabemos qué genera la inteligencia y el pensamiento. No obstante, comparto el entusiasmo que me transmite como estudiante los conocimientos actuales que me parecen suficientes para alcanzar el objetivo que me propuse: aliviar el dolor.

Algunas palabras también sobre los dos autores de este trabajo, David H. Barlow y V. Mark Durand. Estas dos luminarias internacionales no tienen nada más que demostrar en casi todos los campos y experiencias. Su pedigrí es impresionante, ya que Barlow revisó a más de mil profesionales de NS por escribir el DSM-V y Durand por su investigación sobre el *"Espectro autista"*. Pero los dos están de acuerdo en su investigación sobre la naturaleza y el tratamiento de la ansiedad.

Reconozco humildemente sus habilidades en muchas áreas de la salud mental y sus tratamientos. Frente a estos dos derroteros que a cualquiera de nosotros nos impresionan, intentaré, en cierta medida, hacer una síntesis de este trabajo, esperando que algunas de mis observaciones críticas sigan siendo constructivas.

Prefacio al libro

Unas pocas palabras sobre el prefacio de este libro y este *"enfoque integrador"* en vista de *"tendencias históricas"*. El papel de la acción. *"influencias recíprocas"* se mélange des découvertes, comme les émotions et leurs découvertes scientifiques, avec des sciences comportementales, biologiques, cognitives et sociales, ce qui, finalement montre le tout comme approche intégrative pas seulement de la psychopathologie mais bien dans plusieurs domaines de la santé mentale oserions nous dire.

Ya sea a través de casos clínicos, la demostración de casos o la presentación de trastornos con sus tratamientos, podemos ver la importancia que trae *"DSM"* en la clasificación de los trastornos. Por lo tanto, la discusión comienza en cuanto a: *"¿Los trastornos de personalidad deben considerarse categóricos o dimensionales?"*. A pesar de que algunos psicoanalistas rechazan enérgicamente todos los DSM. Sin embargo y sea lo que sea lo que se piense de estas clasificaciones, son unánimes ya falta de poder disponer de un instrumento más eficaz, tenemos la suerte de contar con una herramienta potente. Al compartir con un renombrado psicoanalista de los medios franceses, observé que sus comentarios sobre el DSM-V eran una mezcla de ideología y prejuicio. Si mezclamos nuestras convicciones políticas o religiosas en un contexto de esta naturaleza, nunca será posible un acuerdo.

Capítulo 1

1) Comportamiento anormal en un contexto histórico

Aquí estamos en definiciones y comprensión. El caso de Julie, su *"fobia"*, es interesante en la medida en que un mismo trastorno no afecta de la misma manera a todas las personas que lo padecen.

2) Normal o no?

Una pregunta que permanecerá durante mucho tiempo sin una respuesta real y fiable. Cuando una persona parece desviarse de *"estándar"* puede ser calificado *"anormal"*? Siendo la perspectiva cultural el referente a lo largo de este trabajo de estudios, se considera que las normas sociales pueden usarse bien o mal. Aunque el DSM-V (y todos los demás) describe disfunciones conductuales, psicológicas o biológicas que son inusuales en su contexto cultural, necesitamos una línea de base confiable que sea aceptable. Entonces la pregunta: *"normal o no normal, esa es la cuestión"* como diríamos con algo de humor.

3) Definición aceptable

A pesar de las adiciones de estimaciones dimensionales de la gravedad de los trastornos en cada DSM, retengo que todas son adiciones calificadas por los autores como *"prototipos"*. La pregunta interesante

para mí aquí está la relevancia de saber si esta Julie, de la que los autores mencionan como presentación del caso, realmente tiene un comportamiento anormal. El reto que se le presenta al alumno y dar un paso posterior.

4) La ciencia de la psicopatología

De entre toda la gama de profesionales especializados, que son muchos, lo que me llama la atención es, por supuesto, que el psicólogo clínico está más orientado a la investigación y tratamiento de los trastornos psicológicos graves. El médico, el cuadro clínico, la etiología, todo eso no es un asunto baladí. La simplicidad del razonamiento de causa y efecto es mucho más compleja.

5) Concepciones históricas de la patología mental

Pasaré bastante rápido sobre este capítulo, siempre tuve un poco de problemas para entender por qué siempre teníamos que comenzar nuestras conferencias con una larga letanía sobre la historia frente a una audiencia que venía a escuchar al orador sobre un tema específico. Un tercio del tiempo dedicado a la historia disminuye cada vez que el tiempo de *"preguntas respuestas"* algunos participantes.

Me gustaría hacer aquí un punto ignorado durante mucho tiempo por los científicos e investigadores de todas las tendencias. Etimológicamente, la palabra psicología deriva del latín *psychologia*, término a su vez formado por el griego antiguo *ψυχή* (*psukhē*: aliento, espíritu, alma) y *-λογία* (*-logia*, ciencia, estudio, investigación). Sin hacer un largo discurso, ¿no podrían colaborar los tres modelos que son el sobrenatural, el psicológico y el biológico para llegar a las mismas conclusiones sobre lo patológico? (*Cierro rápidamente el paréntesis*).

Para finalizar este capítulo que podría ocupar casi toda la síntesis del libro, todos los enfoques propuestos y sus consecuencias con una semántica que en ocasiones complica la explicación. Ejemplo: Cuando hablamos de *"trato moral"*, es bueno insistir en comprender el significado en el que se usa este término. Entre su significado emocional y como código de conducta hay una distinción capital a recordar.

hablaría de *"teorías psicoanalíticas"*, en plural, porque son numerosos ya veces muy discutibles como muestra este párrafo. *"La Mente Inconsciente"* ¿Cuál sería la causa de la construcción de trastornos psicológicos durante una técnica utilizada por la hipnosis sigue siendo discutible.

Al igual que el *"que"*, la *"yo"*, el *"superyó"* que aún hoy suscita profundos interrogantes. la *"yo"* parece más realista ya que opera de acuerdo con el *"principio de realidad"*. Entonces hago la pregunta: *"Yo mismo, ¿de qué tipo es? de donde viene? ¿No deberíamos agregar más que lógica y razón?"* ¿Tantos vacíos por llenar me parece.

"El inconsciente colectivo" introducido por Jung (1875-1961) y su colega Adler (1870-1937) es interesante. Jung habla de impulsos espirituales y religiosos lo que parece sorprendente en este contexto donde sigue siendo tabú en psicología. Pero como se sugirió anteriormente, (*definición y origen de la psicología*), estos impulsos son parte de la naturaleza humana, de nuevo según Jung. Una naturaleza humana, por cierto *"fundamentalmente positivo"* para usar las palabras de Jung. Lo que lleva a otra reflexión sobre esta pregunta: ¿De dónde venimos? ¿Por qué estamos aquí? ¿Y adónde iremos después de la muerte? ¿Realmente venimos solo con una herencia genética o también venimos con una herencia espiritual? ¿Podemos suponer que lo que llamamos *"inconsciente"* no seas un *"velo del olvido"*? Que es diferente de la memoria a largo plazo.

6) La teoría humanista

Me gusta Rogers (1902-1987), sin embargo, sin adherirme a esta narrativa de enfoque humanista. No, lo que me seduce de este enfoque es la idea de *"terapia centrada en la persona"*. Un enfoque terapéutico que me parece eficaz y más prometedor. Sin embargo, sin asumir que este no es el único enfoque.

7) El modelo conductual

Así que es un enfoque más científico. Pero, como menciona el resumen de este capítulo, este modelo finalmente parece inadecuado e incompleto. En resumen, el conocimiento más moderno de nuestro siglo ofrece una nueva dimensión a todos estos modelos y supongo que en las próximas décadas lo aceptable hoy se encontrará al comienzo de cada capítulo como la historia del siglo XX.yosiglo.

El resumen es concluyente. Explicaciones y definiciones, tradiciones y presente, historia en el pasado y su génesis, el alumno comprende mejor lo que le sucederá en los siguientes capítulos. El enfoque integrador destaca que los trastornos mentales no ocurren de forma aislada. Si hay un centro de gravedad del trastorno, seguramente hay trastornos asociados por todas partes. Los tres componentes de este enfoque integrador se encuentran en las partes influyentes de la psicología, la biología y lo social.

8) Cierre

Gracias a los descubrimientos científicos, lo que durante mucho tiempo pareció conservarse en compartimentos se puede agrupar en un *"gran influencia común"*. Todavía hay puertas por abrir, algunos científicos todavía están en la etapa de *"prado cuadrado"*. Pero la nueva generación trae otra forma de ver, otra comprensión que las antiguas no pudieron tener. Sin embargo, debemos ser justos y rendir homenaje a estos antiguos porque fueron, a pesar de sus pocos conocimientos, los precursores de lo que conocemos hoy. La psicología originalmente no estaba llamada a ser lo que es hoy. Además, me pregunto por qué ponemos el término *"psicópata"* en todas las salsas.

No conocemos toda la génesis de un trastorno, para eso sería necesario juntar todos los paradigmas y sobre todo conocerlos bien. Todavía falta mucho conocimiento sobre el cerebro y su relación con la mente, el pensamiento y la inteligencia. Sus interacciones entre *"yo"* de nuestro amigo Freud y el futuro del hombre.

El término: *"Yo pienso, luego existo"* algún día tendremos que explicarlo y lo que significa. ¿Estamos solos en este universo? y si no, ¿los demás son como nosotros? ¿También tienen problemas de conducta? ¿Piensan como nosotros? ¿Por qué existimos? ¿Se puede gestionar nuestro patrimonio biológico?

Todas estas preguntas y muchas más dejan al psicólogo sumido en una profunda reflexión y sin explicación. Baste decir aquí que aliviar el sufrimiento del paciente con los medios a nuestra disposición ya parece en sí mismo un logro increíble.

Capitulo 2

1) Un enfoque integrador de la psicopatología

Como aprendí antes, la forma de este enfoque integrador es algo diferente cuando vivía Freud. Las influencias causales interactúan entre sí. Recuerdo que al trabajar juntos, las dimensiones (*biológica, psicológica*) influirse unos a otros. Los autores hablan de un modelo multidimensional. Sabemos lo que está pasando

se refiere hoy en día a las causalidades psicopatológicas. No existe un solo modelo causal lineal que demuestre un desequilibrio. Ahora se reconoce que hay muchas influencias que interrumpen un comportamiento determinado. Se dice entonces que la causalidad es sistémica. Todos los componentes interactúan entre sí. Es por tanto un modelo multidimensional.

2) El caso de Julia

Varias opciones en esta fobia: influencias conductuales, biológicas, emocionales, sociales y de desarrollo.

Breve recordatorio de este caso: Julie, una niña de 16 años que se desmayó al ver sangre. Ella ha estado tomando clases de biología durante dos años. Después de consultar con su médico de familia y otros especialistas, no se encuentra nada anormal. Julie se desmaya varias veces a la semana y es expulsada de su escuela a pesar de sus habilidades académicas. Es enviada a un centro clínico para el tratamiento de la ansiedad. Los especialistas del centro concluyen y catalogan el trastorno como una fobia del subtipo sangre-inyección-accidente. El criterio diagnóstico es: *(fobia)*.

En base a este criterio se ofrece un tratamiento, se califica de breve pero intensivo.

El estudio de las causas

Las causas son múltiples y el tratamiento incluye, en el espectro de influencias, (ver arriba) la exposición a palabras, imágenes y diversas situaciones donde apareció sangre y heridas. El centro se centra en la investigación y estudio de las posibles causas del comportamiento de Julie (*etiología*).

Aquí vemos la necesidad de examinar las causas de una manera más profunda. Se trataba de no quedar confinado únicamente a los mecanismos biológicos o conductuales. También vemos cómo la representación mental del médico tratante y los colegas de Julie en el curso condujo a un juicio erróneo que podría haber tenido consecuencias dramáticas para el resto de la carrera de Julie.

cuando hablamos de "*causas* », por lo que es necesario tener en cuenta todas estas influencias citadas (*desarrollo, social, emocional, biológico, conductual*). Es una suerte que los teóricos finalmente hayan optado por un enfoque multidimensional utilizando un enfoque integrador.

Resultados

Teniendo en cuenta todas estas influencias, surgen otras preguntas. Por el contrario, los autores sugieren algunos pensamientos: ¿y si nadie notara el comportamiento de Julie? ¿y si ella continuaba obteniendo buenos resultados? ¿Desmayarse al ver sangre puede ser un trastorno? ¿podríamos hablar de alteración? ¿Funcionamiento defectuoso? ¿angustia?

Mis pensamientos: es fácil de adivinar después del hecho. Es muy probable que el caso de Julie resulte confuso a primera vista. Diría que el contexto en el que se encontraba Julie podría sugerir una "*manejo*" por su parte. En un grupo, en una clase, en medio de la clase, es posible que yo haya podido tener la misma reacción que el médico, su profesor o sus compañeros. Pero asumiendo que en retrospectiva ya estoy usando un modelo integrador, habría sido diferente. La ventaja de usar un modelo integrador puede explicar más específicamente el comportamiento. Creo que me hubiera decantado por este modelo.

Volveré a otros estudios de casos, en particular al de Guy, a quien seguí hace unos meses por un trastorno de ansiedad.

Para concluir con Julie, el equipo multidisciplinario del centro utilizó bien un modelo multidimensional y los resultados no solo fueron observables sino confiables con resultados positivos.

3) Aportes de datos

Genes: herencia de nuestros antepasados lejanos y de nuestros padres. Estas moléculas de ADN (*Ácido desoxirribonucleico*) que se alojan en el núcleo celular y que pueden aislarse fácilmente, ya no son un misterio para los investigadores de hoy. No quiero detenerme demasiado en sus contribuciones a la psicopatología. Baste decir que, de hecho, hay 46 cromosomas dispuestos en 23 pares. Uno transmitido por el padre y otro por la madre.

Sabemos que hay anomalías o influencias genéticas. Volveré a hablar de un joven con la enfermedad de Huntington a quien observé en una institución hace algunos años.

También observo la contribución de los genes a los trastornos psicológicos con perfiles conductuales asociados.

Sigue siendo interesante ver cómo ciertos eventos en una vida interrumpida en un individuo pueden influir en los genes. Diversos y variados traumas, eventos estresantes por ejemplo. Esto se llama vulnerabilidad genética.

Para que un problema ocurra en un patrón específico (*diátesis-estrés*) tiene que haber una interacción entre los dos. La diátesis tiene una base genética y el estrés es ambiental.

Las diátesis son importantes porque permiten definir un espacio para prever reacciones del organismo y poder adaptar un remedio a la vez preventivo y protector a lo largo de la vida. De hecho, dependiendo de tu espacio, reaccionas de manera diferente a un ataque. Los estudios no están completamente terminados en este campo de investigación. Existe tal complejidad en la identificación de un gen disruptivo en ciertos trastornos.

En la disfunción química, por ejemplo, cuando el alelo (*variación específica de un gen*) ¿codificará la presencia de una patología hereditaria? ¿Y qué pasa con la mutación del genoma?

4) Una palabra más sobre el modelo de diátesis-estrés

¿Cómo justificar un comportamiento si existe una vulnerabilidad genética? Si los genes y las experiencias por sí solos no pueden explicar la aparición de un trastorno, ¿cómo podemos entonces reconocer las condiciones que hacen probable el desarrollo de un trastorno? Creo que tenemos que buscar en otra parte las respuestas. Sapolski, (2000 ap5) señala que las influencias genéticas son mucho menos influyentes de lo que uno podría pensar. Habla de la influencia del entorno y eso es bueno, que siga interviniendo. Lo que puede dar una posible respuesta a mi pregunta: "*Cómo justificar un comportamiento* ». Lo cual me deja una salida porque entonces bastaría con modificar este entorno para eliminar o atenuar un trastorno, ¿no?

5) SNC

ignoro el SNC (*sistema nervioso central*) porque ya lo he estudiado en el primer informe sobre psicobiología. De cualquier manera el exceso o deficiencias en un neurotransmisor puede generar un trastorno psicológico (*asociación*). De todos modos, es demasiado pronto para sacar conclusiones fiables en esta investigación, como anomalías cerebelosas asociadas con el autismo. El hecho de que cada año se descubran nuevos neurotransmisores obliga a reestructurar los sistemas existentes.

Si tuviera que resumir esta secuencia, diría que no todos los efectos involucran las mismas causas.

6) Influencias psicosociales en la estructura y funciones del cerebro

Me encanta esta parte porque soy un tomador. ¿Cómo se llama el "recableado cerebral" es particularmente interesante para mí. Siempre pensé que era posible llegar a un circuito nervioso por otro enfoque. Baxter (1992) y colegas usan una forma de terapia tipo "cognitivo-conductual" para el tratamiento del TOC (*Trastorno obsesivo compulsivo*), los resultados son muy alentadores ya que vieron cambios en la función cerebral y no solo para el TOC sino también para la depresión. Concluyo que la psicoterapia podría ser un agente preponderante en la modificación de los circuitos cerebrales. Mi sensación es que la combinación de la medicación adecuada y el apoyo de la terapia cognitiva conductual pueden influir en el cambio de comportamiento y forma de pensar. (*recableado cerebral*).

7) Efectos sobre el desarrollo y la función del cerebro

Demostramos en nuestro primer estudio de psicobiología la plasticidad del cerebro y sus efectos en el desarrollo del SN (*sistema nervioso*). Ahora sabemos que el SN cambia bajo ciertos efectos (*aprender por ejemplo*) e incluso a una edad avanzada. Si me tomo a mí mismo como referencia y testigo, puedo certificar sin equivocarme demasiado que así es. Ayer pensaba de una manera y hoy pienso de otra manera.

8) Evolución de las ciencias conductuales y cognitivas

Tengo un problema con la teoría psicoanalítica de Freud sobre ciertos procesos cognitivos en particular "el inconsciente". Si los científicos han descubierto que muchas cosas pasan por nuestra cabeza sin que nos demos cuenta, ¿significa eso que somos inconscientes de ellas?

9) Indefensión aprendida

Observo que hay condiciones para afrontarlo. Observo, sin embargo, que en algunos casos si una persona decide o piensa que puede escapar (*en el caso de la depresión por ejemplo*) ella puede hacerlo. Al introducir una creencia contraria, la persona puede controlar mejor su vida. La indefensión aprendida es un fenómeno que solo existe si una persona no tiene poder para controlar pase lo que pase. Durante la última guerra mundial, una persona orientada hacia la cámara de gas no tenía forma de controlar su situación, incluso su esperanza desaparecía.

10) Emociones

La gente a menudo confunde la emoción con el estado de ánimo. Hablamos estos días de "trastornos emocionales" y "resiliencia emocional". Estos son de hecho estados temporales. En cuanto al estado de ánimo o trastorno del estado de ánimo señalo que es un estado persistente (*ansiedad*).

Más adelante presentaré un caso de estudio.

Paso rápidamente sobre los efectos en psicopatología. Sostengo que no puede haber compartimentación en el estudio de la psicopatología y que debemos incluir las influencias fundamentales que son de naturaleza social e interpersonal.

11) Una reflexión sobre el desarrollo de una vida

Lo que era una persona hace 30 años no es lo mismo después de todo este tiempo. Así que hay muchas etapas de desarrollo que existen a lo largo de nuestras vidas.

También sabemos que un trastorno psicológico no es causado únicamente por un desequilibrio químico. Así que vuelvo al principio de este capítulo sobre modelos multidimensionales y trastornos psicológicos, hay muchos de ellos y he observado todas estas interacciones y la necesidad de entenderlas bien para conocer los verdaderos orígenes de un trastorno.

Guy, del que hablaré más adelante como un caso de ansiedad, es un ejemplo. La única solución para su médico tratante fue darle un ansiolítico. Entonces, para reducir sus síntomas de ansiedad, puedo decir que ha tenido éxito más allá de toda esperanza. Llegó como un zombi a nuestro grupo.

Capítulo 3

Recopilación de datos clínicos y diagnóstico.

1) Evaluación y trastornos psicológicos

La evaluación clínica y el diagnóstico, forman la base y la piedra angular que definirá la solidez de todo el edificio psicológico. Como se explica en el libro, las nociones de confiabilidad y validez son esenciales, agregamos una forma de estandarización (*especialmente para la prueba*) pero me ceñiré a los dos primeros, valoración y diagnóstico. Aquí es donde todo se juega de alguna manera, he observado a muchos practicantes que hicieron diagnósticos, a veces incluso excéntricos. Reconozco humildemente que no es tan simple.

Caso de estudio (valoración)

Pascal, joven de 19 años, que estudió para obtener su BAC (*bachillerato*) y lo obtuvo con una mención, quería ir a servir en el campo humanitario por un período de dos años. Después de trabajar durante algún tiempo para cubrir parte de sus gastos a lo largo de este período, se dio cuenta de su proyecto. Sin quejarse, Pascal a menudo tenía los ojos rojos durante unos meses antes de su partida. Consultó a su médico tratante que no encontró nada, a lo sumo le dio unos "*levantamiento*" para que aguante el paso del tiempo. Todos los exámenes médicos obligatorios para ir a la sección humanitaria no revelaron nada en particular. Pascal a menudo se sentía cansado por la mañana e incapaz de ser productivo en sus proyectos. Después de dos años de una intensa misión, Pascal regresó feliz de haber podido realizar su proyecto. Continuó sus estudios de estudio y trabajo para obtener una maestría en administración de empresas, la cual obtuvo y encontró un trabajo. Pascal planeó casarse pronto. Pero algunas mañanas parecía exhausto y aún con sus ojos rojos. Viene a mi casa a consultar, Pascal tiene entonces casi 22 años:

P. ¿Puede describirme su actividad anterior el día anterior cuando se sintió cansado y débil por la mañana?

R. A menudo me quedo despierto hasta muy tarde cuando estoy con mis amigos y por la mañana estoy exhausto.

P. Cuando no te quedas despierto tan tarde, ¿has notado algún cambio?

R. Sí, me siento mejor y puedo realizar mis tareas con normalidad.

P. ¿Observó algún signo en particular en la mañana cuando se despertó?

R. Siempre tengo dolores de cabeza bastante violentos por la mañana, creo que es probablemente el hecho de que me acuesto tarde y tengo que levantarme temprano. No tomo ningún medicamento, solo que me lleva más tiempo recuperarme.

P. Hablas de tener los ojos rojos cada vez que te acuestas tarde, ¿qué pasa por la mañana y cuánto tiempo después tienes los ojos rojos?

R. Mis ojos vuelven a la normalidad después de un día o dos, tan pronto como me acuesto más temprano.

A estas alturas de la entrevista, no parece surgir otra pista más que el hecho de que, al acostarse tarde, Pascal se siente muy cansado por la mañana, lo que, coherentemente, podría ser normal. Pero una pista llama mi atención.

P. Durante su misión humanitaria, ¿alguna vez sintió los mismos efectos de una gran fatiga?

R. No, yo tenía una vida bien regulada y tenía que acostarme antes de las 21 horas, esa era la regla y tenía que aplicarla. Además, ya no tenía los ojos rojos y me sentía en forma por la mañana para hacer mi trabajo.

P. Antes de partir para esta misión humanitaria, ¿sentía usted también este gran cansancio por la mañana?

R. Sí, como ya te expliqué, cada vez que llegaba tarde a casa de mis padres, porque antes vivía con mis padres, en la mañana me sentía mal con un fuerte dolor en la cabeza y me duraba unos días. . .

La entrevista continúa durante 30 minutos. Le dejo mis datos de contacto y nos reunimos para otra entrevista para continuar con la evaluación. Se establece una buena relación entre Pascal y yo y abordamos temas más generales que no generan preguntas específicas. Estaba hablando de una pista y fue esta pista la que me llamó la atención con respecto a la situación de Pascal. Un dolor agudo en la cabeza que solo parecía desaparecer después de unos días.

Las entrevistas terminan después de tres sesiones. Como el examen de su estado mental no revela ningún trastorno en particular. Opto por una derivación clínica a un neurólogo para confirmar una sospecha sobre su dolor de cabeza.

Mi primera pregunta fue saber por qué vino a ver a un psiquiatra. Supe durante la entrevista que se iba a casar y quería saber si tenía un problema de conducta o de adicción. Creía que llegar a casa tarde en la noche podría afectar su relación con su futura esposa y quería ayuda para cambiar de actitud. Cómo equilibrar sus deseos de salir de noche con sus amigos y mantener una relación sana con su prometida.

Podría haber dirigido mis preguntas hacia el aspecto puramente mental, su apariencia, su comportamiento, su proceso de pensamiento, sus estados de ánimo y sus afectos, todo lo que parezca intelectual etc..., después de todo, esa es la esencia de una consulta para un psicólogo. Pero muy pronto me di cuenta de que podría ser una pista falsa para una experiencia de recopilación de datos. Al dejar que Pascal se expresara sobre otro tema, había observado que su problema no era como para provocar un trastorno de conducta. Debe haber sido mucho más grave de lo que podíamos imaginar. Me tomó algunas preguntas específicas en el diálogo exploratorio para dirigir mis preguntas a otro aspecto de un trastorno psicopatológico.

A diferencia de muchos pacientes, Pascal no consultó primero a su médico tratante, pero estaba preocupado por su matrimonio y se preguntaba si su comportamiento podría influir en la relación con su futura esposa. Rápidamente me di cuenta de que podía haber una patología particular distinta a un trastorno psicológico. Veremos más adelante, cuando me acerque al capítulo "*diagnóstico*" que no estaba muy lejos de la realidad.

Mi avistamiento fue un avistamiento ACC (*antecedentes – conducta – consecuencias*) durante la recopilación de datos. Este es el método que elegí.

Diagnóstico

No necesitaba hacer pruebas proyectivas para Pascal, inmediatamente pensé en otro tipo de prueba que sería más apropiada, pruebas neuropsicológicas que solo un neurólogo podría recetar. Pero, ¿cómo lograr esto y sobre qué bases?

Había que recoger datos psicofisiológicos. La palabra crisis nunca se mencionó durante nuestras entrevistas, pero tenía una sospecha y me preguntaba si Pascal no estaba sujeto a crisis recurrentes durante secuencias muy específicas y en relación con sus ojos rojos.

Durante una entrevista posterior, Pascal me explicó que una noche sus padres lo sorprendieron en medio de una crisis. (*contracciones musculares incontroladas*). Pascal explica que sus padres trajeron el SAMU (*servicio de ayuda de emergencia*) y el SAMU llamó a los bomberos que lo trasladaron a urgencias.

El médico de guardia sugiere que Pascal acuda a un neurólogo para que le realice más exámenes. (*EEG, electroencefalograma*). Lo que hizo los días siguientes. La recopilación de datos psicofisiológicos mostró que Pascal padecía epilepsia. El diagnóstico se basa en la descripción de las convulsiones y en el electroencefalograma (*EEG*) que da testimonio de la actividad eléctrica del cerebro gracias a electrodos de superficie. El EEG determinó que se trataba de epilepsia parcial sintomática.

Conclusión

Pascal se casó bien, maneja sus crisis de dos maneras: 1. Por los medicamentos recetados por el neurólogo y 2. Por un estilo de vida más equilibrado. Es padre de 6 hijos.

Según las últimas noticias, vive en Alemania, trabaja para una gran empresa, acaba de comprar una casa y su esposa lo vigila para recordarle ciertas reglas a respetar con respecto a su discapacidad. Pero hasta la fecha, no ha habido ninguna recaída.

El neurólogo descubrió que Pascal no puede superar un determinado umbral de tolerancia en cuanto a su capacidad para trasnochar demasiado. Tan pronto como supera este umbral, desencadena una reacción por un déficit neuronal y molecular.

Aquí vemos todos los problemas para que el psicólogo haga un diagnóstico fiable y comprobable. Pero ciertas pistas pueden guiar al clínico. Hay que admitir que la experiencia también juega un papel importante, pero aun con experiencia se necesita algo más, este será el caso de Guy de quien hablaré durante los trastornos de ansiedad.

Pascal toma Fycompa, (*perampantel*) que está indicado en combinación en el tratamiento de las crisis de inicio parcial con o sin generalización secundaria, una tableta de 6 mg cada noche antes de dormir. Hasta el día de hoy, Pascal no ha tenido más convulsiones.

2) ¿DSM o DSM?

Paso por alto la historia del DSM y su evolución, me centro en la necesidad de tener un soporte de referencias en lo que respecta a los trastornos psicológicos. Y era necesario encontrar este apoyo. Sabemos que la recopilación de datos clínicos es importante para todos los profesionales. Si un diagnóstico consiste en determinar ciertas variables que deben satisfacer los criterios que luego determinarán un trastorno psicológico, ¿no veo, en este momento, qué tipo de soporte o herramienta para estos datos podríamos utilizar!

Las evaluaciones del comportamiento han dado lugar a todo tipo de métodos más o menos fiables y algunos están realmente fuera del marco aceptable. Incluso las pruebas, los inventarios, etc... son legión en la panoplia del especialista, pero aún es necesario poder usarlos bien y decodificarlos y es ahí, me parece, que muchos practicantes encuentran dificultades. Si yo

tomar las pruebas neuropsicológicas, muchos practicantes comienzan a ahogarse en la gran piscina de la incertidumbre.

Por lo tanto, fue necesario clasificar todos los trastornos conocidos hasta la fecha con la preocupación de un enfoque multifacético. Como soy de una generación que conoció la CIM (*clasificación internacional de enfermedades*) pero que dio a la clasificación estadística no exclusivamente médica la codificación en enfermedades particulares, signos, síntomas, circunstancias sociales y causas externas de enfermedades o lesiones, publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya en ese momento era muy difícil entenderlo y usarlo bien.

Como explican los autores del libro que estoy estudiando, no es perfecto y la búsqueda de su mejora continua. En cualquier caso, si logramos entenderlo bien, es sin duda la herramienta más poderosa conocida hasta la fecha. Sé que hay una fuerte oposición, especialmente por parte de los psicoanalistas. Pero esta es otra historia.

Capítulo 4

Métodos de búsqueda

1) Examen del comportamiento anormal

Donde la necesidad de ser un buen usuario de investigación. Porque surge la primera pregunta: *“¿Qué es normal y qué no lo es?”* Entonces, es cierto, obtener la información a través de una metodología experimental se vuelve crucial para poder diferenciar entre lo que realmente es, lo que fue y lo que será.

2) Conceptos

La naturaleza del problema, las causas. (*etiología*), la solución. Tres conceptos con varios enfoques.

3) Componentes elementales de la investigación experimental

La hipótesis clásica y su verificación, junto con su validez. La hipótesis, con sus variables enfrentadas. Uno que es independiente y el otro dependiente. La primera se refiere a su manipulación por la investigación y la segunda es la inestabilidad ya que cambia bajo el efecto de la manipulación de la primera.

4) El estudio de casos individuales

Por observación intensiva y minuciosa. Recuerdo que este tipo de estudio no utiliza el método científico. Pero tiene toda su importancia en un trastorno que sigue siendo desconocido.

5) Investigación de correlación

Esto es lo que yo llamo el *“variable de ajuste” (correlación)*. El dicho convencional que *“La correlación no implica causa”* significa que la correlación no puede usarse por sí sola para inferir una relación causal entre las variables. Es por tanto una dificultad que el clínico deberá afrontar en la interpretación de sus resultados en el marco de su estudio por correlación.

6) Investigación epidemiológica

Dónde buscar pistas sobre sus causas. También es una forma de correlación. Sin embargo, reconozco que esto sigue siendo dominio de quienes se hacen llamar epidemiólogos. Dicho esto, existen diferentes métodos de investigación comparativa, pero el practicante probablemente se basará en los resultados de esta investigación realizada por especialistas.

7) Investigación experimental basada en el caso único

Tienen mis preferencias. Me interesa estudiar un caso único en el marco de un protocolo experimental ya que la psicopatología se interesa por el sufrimiento del individuo.

8) Resumen

Ignoro los métodos de investigación, la genética y el comportamiento a través del tiempo y las culturas. Creo que cada uno encontrará su cuenta y su forma de proceder dependiendo de la situación.

Capítulo 5

Trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con traumas o factores estresantes, TOC y relacionado

1) estudio de caso de Guy(AG) "ansiedad generalizada "

Anamnesia

Guy es un hombre de setenta años, deportista y su actividad favorita es el ciclismo. Puede hacer muchos kilómetros después de sus actividades diarias y eso lo alivia. Tiene una vida social ocupada con muchos amigos. Es seis años menor que su esposa. Originario del norte de Francia, está muy involucrado en la comunidad y se ha dedicado a una actividad de servicio durante un período de más de tres años en Suiza. La pareja tiene tres hijos. Para llevar a cabo su proyecto de servicio, la pareja vendió su casa en Francia y se instaló en una vivienda en Suiza reservada para los que sirven a largo plazo. Guy y su esposa son muy religiosos y es en este contexto (*Comunidad Religiosa*) que ambos servirán. Esta no es la primera vez que Guy y su esposa sirven en su comunidad y en Suiza. Su mobiliario está en un "guarda muebles" y la pareja se llevó sólo lo estrictamente necesario. Esta nueva forma de vida ha durado más de tres años. De vez en cuando, la pareja debe abandonar su casa de huéspedes en Suiza debido a la legislación federal que impone a los no miembros de la UE (*Unión Europea*) salir del país por al menos tres meses.

Cada vez que la pareja pone sus pertenencias en un sótano y libera su apartamento. Se va a vivir con sus hijos y cambia de lugar ya que un hijo está en una región y los otros en otra región. Esta forma de vida era soportable hasta que Guy y su esposa se enteraron de que uno de sus hijos se iba a divorciar después de diez años de matrimonio. Hasta ahora, todo parecía ir bien para todos. El dinero de la venta de su casa había sido depositado en un banco. Su hijo, que se va a divorciar, corre el riesgo de terminar en la calle y tener él mismo tres hijos pequeños. La esposa de Guy toma una decisión radical que sorprenderá a Guy, decide comprar una nueva casa y ponerla a disposición de su hijo. "...para que, dice, que no duerma en la calle". Guy se resigna y lo sigue.

Ahí es cuando Guy rocea. La ansiedad de no saber qué será el resto de su vida en estas condiciones, el shock psicológico de ver a uno de sus hijos divorciado, el estrés constante de no saber dónde vivirá después de su servicio, el miedo de no poder utilizar su nuevo hogar, teniendo que "empaquetar-desempacar" cada seis meses ha durado demasiado, más la incertidumbre sobre su futuro como persona de cierta edad. Guy se siente impotente y vulnerable. Pierde el equilibrio y se pone ansioso. Aparecen dolores musculares, siente cansancio extremo, se irrita pero no puede expresar sus emociones. Ya no duerme por la noche y, a pesar de algunas pastillas para dormir, no pasa nada. Está exhausto cuando viene a consultarme. Ha perdido más de 10 Kg y parece que ya no sabe qué hacer.

Guy tuvo una infancia caótica, abandonado y colocado en una familia de acogida, no recibió el amor que esperaba. Sacudido de familia en familia, con una inestabilidad emocional muy fuerte reprimida durante demasiado tiempo. mantuvo muchos "secreto" que nunca compartió ni con su cónyuge

ni con sus hijos, como si todo fuera tabú para él. Quería mostrar lo mejor de él. Desea estar en un monasterio y retirado del mundo.

Discusión

Guy va a consultar a su médico general durante esta fase de tres meses de ausencia fuera de Suiza. Lo llevan para exámenes adicionales, cuyos resultados no revelan nada anormal y el médico no encuentra ninguna patología específica. El médico prescribe un ansiolítico bastante potente. (*Escitalopram 5 mg. 1 tableta por día durante un mes, luego 2 tabletas por día. Alprazolam 0.25mg. 1a2 tabletas al acostarse por 2 semanas. Zopiclona 7,5 mg si Alprazolam es ineficaz*). Con la esperanza de que las benzodiazepinas modulen la efervescencia excesiva de su amígdala y los bucles de su preocupación durante las respuestas de miedo. La prescripción se hace por al menos un mes renovable.

chico viene a nosotros (*asociación*) en un segundo estado. Habla con dificultad, sus comentarios se vuelven incoherentes, encuentra dificultades en el habla. A veces está ausente durante nuestras entrevistas, está dormitando. Cuando puede expresarse se queja de dolor físico en los músculos, ha perdido peso (*diez kilos*), ya no come normalmente, pierde interés en su servicio y su bicicleta y dice que ya no puede caminar normalmente. Tienes que ayudarlo a llegar a su coche. Expresa su cansancio extremo por todo y le cuesta recoger sus ideas.

El cuadro clínico muestra una forma de ansiedad excesiva pero justificada. El punto focal también es sorprendente porque Guy habla de "*pensamientos suicidas*". Cuando le pregunto si había pensado en pasar a la acción me responde que la idea se le ocurrió dos veces, una vez mientras se bañaba, quería dejarse llevar pero en cuanto vio a su mujer en la playa se echó atrás. La segunda vez fue cuando se topó con su navaja de explorador que había encontrado mientras buscaba algo más entre sus pertenencias y que había tenido la idea de acabar con su vida pero ahí también dice que el pensamiento de sus hijos y su esposa quien lo ama lo hace retroceder.

Asociado a su ansiedad, también observo un estado depresivo que difiere de la depresión. Acompañado de evidente estrés y preocupación por todo lo que le sucede y que es incapaz de gestionar. Él se siente "*perdió*". A esto se suma una forma de ansiedad social. Si bien Guy era un orador experimentado, dice que ya no puede hacerlo, ni hablar en su comunidad, ni asumir la responsabilidad, ya no tiene la fuerza para pensar en organizar un discurso o una lección. Se aísla para evitar reuniones, especialmente con personas o amigos que lo conocen bien.

Durante nuestras entrevistas, no observo en esta etapa ningún signo de fobia específica o de trastorno de pánico.

Me enteré durante una de nuestras reuniones que Guy tenía cáncer de próstata pero que no hay seguimiento.

También observo que existe la sospecha de otros trastornos que podrían estar relacionados con su shock psicológico. (*trauma*) y estresores que son evidentes. El primer shock fue el anuncio del divorcio de su hijo, el segundo shock fue el anuncio de que su hijo había comprado una casa nueva demasiado rápido pero que debería haber sido para los padres, el tercer shock fue la finalmente es la vida que ha llevado la pareja. liderando durante algunos años sin poder verdaderamente "*para posar*" en alguna parte. Todos estos eventos de la vida son extremadamente estresantes y traumáticos. Descarto TEPT (*trastorno de estrés postraumático*) lo que me parece que no corresponde a los criterios de diagnóstico establecidos para los problemas de Guy.

No observo TOC (*trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados*) en casa de Guy. Sin embargo, postulo que aunque su ansiedad generalizada parece enfocarse en eventos de su vida,

estos mismos eventos no se consideran "menores ». Sus inquietudes sacan a relucir lo que había ocultado durante mucho tiempo, su juventud y las alteraciones afectivas sufridas.

En este punto, estoy tratando de guiar a Guy para que se concentre más en las cosas que podrían amenazar su existencia. No debemos olvidar que con su ansiedad, hay una forma de miedo por lo que pueda pasar hoy y mañana.

Conclusión

Guy ha estado viviendo con sus dificultades durante más de seis meses. Su médico tratante no deseaba renovar la receta, estaba prevista que durara solo un mes. Los exámenes clínicos no dan ningún resultado concluyente. Su cáncer de próstata parece haber remitido.

Opto por la terapia tipo CC, (*cognitivo-conductual*).

Explicación de mi análisis.

Planté mi cuadro clínico tras varias entrevistas que describo como "semiestructurado ». Los síntomas característicos descubiertos son: a) cansancio muy grande (*fatiga*), b) dificultad para concentrarse en cosas simples (*historia de vida actual*), pérdida de recuerdos (*apagones*), c) dolor muscular que no tenía antes (*tension muscular*) sin explicación, d) insomnio persistente (*alteración del sueño con dificultad para conciliar el sueño y noches de insomnio*), e) sus preocupaciones acompañadas de síntomas físicos que le causen angustia y que alteren sus actividades sociales y compromisos de servicio pero no atribuibles a efectos de naturaleza fisiológica o a una condición médica (*cáncer de próstata resuelto*).

Como durante el examen (*entrevistas*), Guy compartió conmigo una forma de ansiedad cuando era niño y adolescente. Pero con el tiempo y su edad (setenta años), esta angustia resurge en forma superior y desencadenada por los últimos sobresaltos emocionales vividos.

También observé una forma de ansiedad social. Guy se enfoca en su próxima vida social. Además, quienes lo conocen ven un cambio drástico y su imagen ya no refleja al Chico de hace unos meses. A él también le preocupa (*evaluación de su imagen de marca*).

Clasifico a Guy en los criterios diagnósticos del DSM-V 300.02 (*ansiedad generalizada*) con alguna forma de comorbilidad (*otros probables trastornos de ansiedad, estado depresivo unipolar*).

No utilicé cuestionarios específicos para la ansiedad porque las preguntas elaboradas sistemáticamente y formuladas en un orden siempre idéntico a los temas para mi evaluación y mi evaluación tienen solo un interés relativo. Prefiero utilizar escalas de heteroevaluación como la escala de Hamilton. Me ha parecido que las escalas de autoevaluación son demasiado sensibles y poco discriminantes con resultados poco correlacionados con los de las escalas de heteroevaluación que me parecen más seguras y objetivas.

En cuanto al tratamiento con benzodiazepinas, me alegró mucho que el médico de Guy no renovara la receta. Sin prejuzgar la satisfacción a corto plazo que esto produjo en el comportamiento de Guy. Todos los problemas funcionales motores y cognitivos de Guy reaparecieron a partir de ese momento, por lo que era un hombre irreconocible en su primera entrevista y para su familia. (*efectos secundarios*).

A largo plazo, creo que tendrá más sentido continuar con el tratamiento psicológico. Por lo tanto, opto por un tratamiento tipo TCC. (*tratamiento cognitivo-conductual*) al menos una vez por semana.

Capítulo 6

Trastornos con síntomas somáticos y relacionados y trastornos disociativos

1) Notas

Recuerdo que el término "*hipocondría* »ya no se usa hoy en día, reemplazado por "*miedo excesivo a tener una enfermedad*. Que hay una categoría de trastornos para "*sintomatología somática* » y los "*trastornos disociativos o disociaciones*". que el término "*histérico*"ya no está en uso y que, finalmente, el término "*neurosis* »fue excluido del sistema de diagnóstico en 1980 porque era demasiado vago. También observo que todos estos trastornos con sintomatología somática y disociativa aún no se comprenden bien hoy y son objeto de investigaciones más profundas. Probablemente tendremos que esperar algunas décadas para saber más.

2) Trastorno con sintomatología vs asociaciones

El ejemplo común que el médico puede encontrar es el de un trastorno de síntomas somáticos, el dolor, que podría ser causado por factores psicológicos que desempeñan un papel importante. Recordemos el caso de Guy, en su trastorno de ansiedad generalizada, Guy se quejaba de fuertes dolores musculares pero finalmente optó por dolores óseos. Dado que su examen no reveló ningún problema físico, creo que los factores psicológicos y conductuales de su ansiedad y algún malestar, al estar asociados con alguna exacerbación, podrían considerarse como un trastorno con sintomatología somática.

En esta etapa, ¿se podría diagnosticar a Guy según otros criterios? Propongo incluir otro trastorno con sintomatología somática relacionada con la inclusión.

3) Algunas palabras sobre el trastorno de conversión

En sus cuatro mecanismos básicos que intervienen en el desarrollo de la "*desorden de conversión* "Freud explica que un "*individuo sufre un evento traumático que toma la forma de un conflicto inconsciente e inaceptable.*", continúa y menciona que este conflicto y ansiedad son "*reprimida y dejada inconsciente*". los autores de "*Psicopatología, un enfoque integrador* » Obsérvese que Freud tenía razón en al menos tres de estos mecanismos.

Postulo otra hipótesis: Ningún mecanismo mental puede ser inconsciente. Me explico. Si la cognición engloba diferentes procesos cognitivos como el aprendizaje, la atención, la memoria, el lenguaje, el razonamiento, la toma de decisiones, etc., que forman parte del desarrollo intelectual y de la experiencia, ¿cómo un individuo que ha sufrido un evento traumático puede dejarlo inconsciente? (*No puedo desarrollar aquí mi hipótesis sobre el inconsciente pero creo que el camino de Freud no es seguro*). Además, si admitimos que existen pocos estudios sobre el tratamiento de los trastornos de conversión, por el momento, los clínicos se apegan a la identificación de eventos traumáticos. Tengo dudas sobre la memoria implícita.

4) Trastornos disociativos

Hay demasiadas incertidumbres en estos temas de trastornos disociativos e incluso sintomatología somática y trastornos relacionados. Aunque sólo sea en determinados tratamientos y en particular el que consiste en permitir que el paciente reviva el hecho traumático aunque terapéuticamente pueda haber un control.

En nuestro equipo terapéutico de nuestra asociación hemos tenido tres personas en los últimos años con "*trastornos disociativos* ", una de las cuales había sido violada por su tío cuando tenía dieciséis años. Tenía cuarenta y siete años cuando vino a consultar a nuestro equipo. Esta persona sufría de "*síndrome postraumático* ». Se quejó de tener la sensación de estar "*poseído*" y perder todo control sobre sí misma en ciertas situaciones.

Su percepción en estos precisos momentos se alteró como si en sus palabras: *"alguien estaba tratando de meterse en mi cuerpo para castigarme por aceptar ser violada"*.

La pregunta para el terapeuta era si revivir el evento traumático. *(Admito humildemente que nadie en nuestro equipo ha encontrado la respuesta hasta la fecha)*. A esta persona todavía se le sigue la terapia convencional.

Capítulo 7

Trastornos del estado de ánimo y suicidio

1) ¿Estado depresivo o depresión?

Siempre existe esta confusión en el público entre un estado depresivo y depresión. Pero aquí estamos hablando de *"depresiones"* en plural. Sin embargo, en el ámbito de la psicopatología, es bastante seguro que los trastornos del estado de ánimo ocupan un lugar privilegiado. Existe un grupo formado por los trastornos depresivos y bipolares. Añadimos episodios maníaco-depresivos y melancólicos (*estado de tristeza*).

2) Estudio de caso

Histórico

Georgette es una joven de treinta y nueve años, divorciada. Su exmarido la maltrataba físicamente. Ella compró con su madre (*también se divorció dos veces*), una casa en un pequeño pueblo no lejos de la frontera suiza (*Ginebra*). Su trabajo en el servicio social de la ciudad de Ginebra le lleva a cuidar de familias en apuros. También hace turnos de noche varias veces al mes. Georgette acaba de aprobar los exámenes para su trabajo y se le han asignado responsabilidades como *"Jefe de servicio"* en un equipo multidisciplinar formado por siete empleados, todos ellos hombres. Muy asertiva, exigente, a Georgette le gusta que las cosas sean precisas y no soporta la mediocridad. Deja poco margen a la improvisación, riguroso en todos los aspectos de su vida (*el césped de su parque debe ser cortado con una línea*) es así en su casa. Su madre vive en el sótano. Ambos tienen una colección de animales (*la madre tres perros, la hija cinco gatos y tres caballos*).

Georgette no busca el contacto con los vecinos. Su vida gira en torno a su casa, su trabajo donde invierte mucho y más de lo que le exigen a sus superiores. Georgette tiene una vida regulada al milímetro. Con su madre, ambos acaban de sacar un gran préstamo para reparar su casa. La deuda es sustancial.

Hace unos meses, Georgette conoció a un joven de su edad y se vino a vivir con ella. Joven amable y serio, buena profesión. (*policía en Ginebra*). La pareja así formada aporta a Georgette un período de plenitud y de cierta felicidad. Los dos se comprometen y planean continuar el viaje de su vida juntos.

Desde que a Georgette se le dieron responsabilidades en su trabajo, ha observado reacciones negativas en su contra por parte de sus colegas y su superior en su departamento. Es citada varias veces para explicaciones y durante las evaluaciones internas, se sorprende por los comentarios que se hacen en su contra y que califica de injustos. Ella va a casa y hace una cita con su médico para obtener una receta para unos días libres. Los comentarios dentro de su equipo son cada vez más frecuentes. Georgette no apoya las valoraciones en su contra que califica como *"tonto"*. Como represalia, Georgette le dijo a su médico que estaba siendo *"persecuciones"* de sus superiores y de sus compañeros. Ella afirma: *"Estoy pasando por un Burn-out"* y va al 50%. Cuando se presenta a su trabajo, su equipo y jefe de departamento parecen ignorarla. Ella quiere explicaciones y es

convocado varias veces por sus superiores. Le explican que su forma de liderar a su equipo es demasiado rigurosa y que deja poco espacio para que las personas actúen en sus responsabilidades.

Georgette impugna y extiende su paro laboral. ella empieza a "*deprimir* ", se queja de la injusticia y el sistema y las persecuciones en su contra. Su superior la cita periódicamente para valoraciones que cada vez tolera menos. Sus responsabilidades se descuidan debido a su incapacidad para asistir a su puesto de forma regular. Las relaciones se agrían, pero Georgette se mantiene firme y rechaza las evaluaciones de sus superiores, a quienes describe como "*grueso* ». Su depresión da paso a una forma de depresión. Consulta a varios psiquiatras pero sin resultados. El último profesional le dice que no puede hacer frente a sus problemas. Se va a casa molesta, llorando y cada vez más irritada con su madre. La relación madre/hija es complicada. La madre se ofrece a vender la casa y buscar otro trabajo pero Georgette se niega y quiere ponerse de pie, cito: "*...a toda esta banda que no entiende nada*" (*fin de la cita*). Georgette llora a menudo, adelgaza, come mal. Deja de cuidar su césped y ciertos trabajos, pierde el deseo de compartir sus experiencias, deja de comunicarse con sus amigos y se queda en la cama más tiempo del esperado. Se enoja por nada y le grita a la injusticia. No toma medicación. Busca todas las excusas para obtener una compensación pero sin éxito. Ella dice que no puede renunciar a su trabajo porque tiene obligaciones financieras y plazos que cumplir.

Ella decide llamar a nuestra asociación para encontrar ayuda.

Discusión

Durante nuestras entrevistas, encontramos las características de un "*episodio depresivo mayor* ». Un trastorno del estado de ánimo que se convierte con los acontecimientos en una forma de depresión. Observamos que estuvo mucho tiempo después de su primer divorcio en una "*estado maníaco*" (*hiperactividad, planes grandiosos al elegir comprar una casa, grandes planes y cambio radical de estilo de vida, compra de dos vehículos grandes, carreras de caballos, etc.*). Toda su energía está enfocada en lograr sus objetivos y quiere lograrlos a toda costa. De hecho observamos que Georgette corre más rápido de lo que tiene sus fuerzas. Su carácter fortísimo no deja lugar a otras ideas que le cuesta aceptar si no proviene de ella misma. Parece que todos los demás están equivocados excepto ella. Muy segura de sí misma.

Encontramos en los criterios diagnósticos del DSM-V al menos 5 síntomas presentes.

Primero, la duración de su condición, que ha durado varios meses, y 2 criterios importantes, a) su estado de ánimo deprimido (*más que su estado anterior*) y b) su pérdida de interés y placer en todo lo relacionado con sus planes originales.

Notamos de pasada que su nuevo amigo es "*espectador*" de la condición de Georgette y está algo perdido en cuanto a las soluciones a proporcionar.

Georgette se siente incomprendida, lo que le provoca cierta tristeza acompañada de una irritabilidad constante, esto casi todos los días y que se amplifica cuando va a trabajar. Su falta de apetito, ha perdido varios kilos en los últimos meses. Duerme la mayor parte del día cuando no está trabajando, experimenta un gran cansancio y fatiga y ya no tiene fuerzas para cuidar de sus gatos y caballos.

Su sentimiento es de desvalorización por parte de todo su equipo y de falta de reconocimiento por su parte cuando ha invertido tanta energía en cumplir con sus responsabilidades. La situación en el trabajo se deteriora, su relación con sus superiores se ve alterada.

La atención terapéutica por parte de uno de nuestros especialistas también muestra durante la entrevista no estructurada una forma de ansiedad instalada desde la falta de reconocimiento de su compromiso con su trabajo. La duda comienza a aparecer con respecto a ella y se pregunta qué pudo haber hecho mal. Excluimos cualquier forma de bipolaridad. También observamos una forma de impotencia en Georgette para manejar sus dificultades no solo profesionalmente sino también en sus relaciones con las personas cercanas a ella.

Descubrimos cierta vulnerabilidad en cuanto Georgette pierde el control de la situación. Hasta entonces podía controlarlo todo y tomar decisiones sin consultar a quienes la rodeaban. Sus interpretaciones negativas en sus actividades diarias demuestran la incapacidad de Georgette para superar sus fracasos que le cuesta admitir y esto transforma su forma de pensar y amplifica su sentido de ser. *"inútil"*, una forma de tríada cognitiva depresiva. Todas estas cogniciones negativas llevan a Georgette a cometer otros errores. Como ella rechaza cualquier forma de tratamiento de drogas, elegimos el método cognitivo-conductual como un enfoque para ayudar a Georgette, que ella acepta con gusto.

Nuestro especialista le enseña a profundizar en su mecanismo de razonamiento que acompaña a los períodos de su estado depresivo. Le explicamos cómo sus errores de pensamiento o sus convicciones pueden estar en el origen de su estado actual. Introducimos en esta forma de terapia lo que llamamos *"creencias contrarias"* (*corrección de pensamientos negativos*).

Integramos estrategias cognitivas, conductuales e interpersonales (TIP) para la resolución de problemas (*relaciones con compañeros y superiores*).

Conclusión

Georgette se siente mejor desde el comienzo de su atención por parte de nuestro equipo. Continuamos con un tratamiento de mantenimiento para evitar recaídas que puedan tener consecuencias en su situación personal, social y profesional. Hasta el día de hoy, su prometido actúa como catalizador o desahogo en tiempos de crisis. La elección de esta forma de terapia cognitiva parece dar efectos más espectaculares pero un poco más largos que si hubiéramos derivado a Georgette a un programa de tratamiento de drogas.

Como se explicó, no hay trastorno bipolar ni pensamientos suicidas tal como están. El seguimiento continúa hasta el día de hoy.

Capítulo 8

Trastornos de la alimentación: ingestión de alimentos y trastornos del sueño

1) Caso de estudio–Anorexia nerviosa

Histórico

Brigitte tenía 14 años cuando empezó a perder peso. Sus padres no se preocupan al principio, piensan que en su escuela la moda es ser delgada (*estamos en la década de 1990*). Brigitte no se deja influenciar por sus padres que no muestran actitudes perfeccionistas. Al contrario, familia modesta, muy religiosa. (*iglesia todos los domingos*). Vive según principios estrictos. Brigitte es la segunda de una familia de tres hijos. (*dos niñas y un niño*). La familia no tiene *"normas sociales"* especial. Hay buena cohesión social entre los hermanos. Brigitte sigue con normalidad sus estudios, conoce a un chico, se hace amiga y esta asistencia sigue siendo positiva. Cuatro años después, la salud de Brigitte se deteriora y es hospitalizada. No soporta sus tratamientos y pide salir para reunirse con sus padres. A lo largo de su hospitalización (*siete meses*), Brigitte está ganando un poco de peso pero

la supervisión no es la más eficiente y el método terapéutico no da satisfacción, de ahí su petición de salir del hospital para buscar a sus padres.

Poco antes de cumplir catorce años, Brigitte presenció escenas de discusiones entre su padre y su madre. El padre ha conocido a una mujer joven que parece encajar con él y abandona a su familia al no cumplir más con sus responsabilidades familiares adecuadamente. Los niños se ponen ansiosos cada vez que el padre sale de la casa para pasar tiempo con esta nueva mujer. La madre hace lo que puede para tranquilizar a sus hijos. Este enlace dura varios meses. La salud física de Brigitte se deteriora y se niega a comer. Lo que parecía una forma de protesta se convierte en un hábito y Brigitte muestra signos de profunda angustia. Brigitte estaba muy unida a su padre. Esta negativa a comer, por lo tanto, se convierte en la norma para Brigitte y rápidamente se convierte en una pérdida nerviosa del apetito. Brigitte comienza a sentirse cómoda con esta forma de verse y agradece su pérdida de peso. Se enorgullece de poder dominar sus apetitos, deseos y pasiones. Mientras tanto, el padre regresa a su hogar luego de romper su relación con su nueva conquista. El foco parece volverse estable y más normal de nuevo. Pero Brigitte opera un traslado y ahora que su familia está "fundar" y todo parece estar bien, sigue sin querer alimentarse normalmente. En su plato algunas verduras. Siente náuseas por demasiada comida en la mesa. Rechaza cualquier ayuda psicológica de un profesional de la salud mental. A pesar de su frecuentación con su amiga que la anima a comer, persiste en sus convicciones. Ella piensa que es más bonita si se mantiene delgada y piensa que está complaciendo a su amiga.

En 1994, durante su decimotavo cumpleaños, Brigitte necesita ayuda para moverse. Sus angustias se reanudan, su ansiedad aumenta y la noticia cae como una cuchilla: "su padre a una nueva relación" y habla de separaciones y divorcios. Brigitte detiene toda actividad y sigue adelgazando, convencida de que esa es la única manera de que su padre se preocupe más por ella. Tiempo después, se pronuncia el divorcio, la familia se deshace, el padre abandona el domicilio conyugal y se muda con su nueva pareja. La madre asume todas las responsabilidades y de alguna manera maneja la situación.

Brigitte permanece en desorden, lo que refuerza su convicción de que probablemente fue por ella que su padre se fue. Se culpa a sí misma y rechaza cualquier ayuda psicoterapéutica de un profesional. Al no poder continuar sus estudios e iniciar una carrera profesional, Brigitte se encuentra en tal estado psíquico y físico que permanece todo el día tirada en un sofá, sin fuerzas para levantarse.

Ella acepta irse a vivir un tiempo con amigos de la familia que podrían cuidarla. Su madre tiene que trabajar para poder sobrevivir. El hermano y la hermana de Brigitte toleran mejor la situación y son cercanos a la madre, mientras que Brigitte se siente más atraída por su padre a nivel emocional.

En 1998, mientras Brigitte aún vivía con esta familia de acogida, una tarde, al acostarse, decidió acabar con su vida. Ella tiene 22 años.

Discusión

Conocí a Brigitte después de su hospitalización, pero se negó a recibir ayuda. Un caso de libro de texto para el clínico.

Pudimos observar que Brigitte no responde a la "criterios de diagnóstico" anorexia nerviosa sugerida por el DSM-V desde el principio. Sin embargo, esto "restricción de la ingesta de energía" es muy real pero no parece ser debido al miedo intenso a perder peso o a una alteración en la autoestima. El cuadro clínico por lo tanto no parece corresponder. Y sin embargo, ¿podemos hablar aquí de anorexia u otros trastornos asociados?

La ansiedad y el estado de ánimo de Brigitte la llevaron a una especie de depresión. Sin el uso de determinadas sustancias podríamos decir que no habría un desenlace fatal. Pero miremos bien la situación de Brigitte: Al principio parecía que podía ser una forma de protesta, luego se fue convirtiendo en una especie de orgullo por poder controlar sus deseos, sus apetitos y sus pasiones. Su preocupación no es la pérdida de peso sino el regreso a una relación más saludable con su padre. No niega que se está poniendo en peligro si persiste de esa manera, pero también reconoce que esta pérdida de peso la beneficia en sus relaciones, en particular con su novio. Además, Brigitte participa en las tareas del hogar al principio, pero muy pronto le fallan las fuerzas.

El trastorno alimentario de Brigitte no parece pertenecer al dominio de los factores biológicos ni al dominio de los factores sociales, como se menciona en el DSM. De hecho, hay un factor psicológico cuyas consecuencias deben explorarse más a fondo. Esta dimensión psicológica, según mi experiencia en este caso, no se tiene suficientemente en cuenta. La idea de ensamblar varios factores causales es fundamental para el tratamiento. De ninguna manera fue aquí para que la presión social o cultural de Brigitte disminuyera. El hecho de dejar de comer normalmente y decidir perder peso no es suficiente para mencionarlo como un elemento del criterio. Las interacciones sociales dentro de su familia eran de una naturaleza completamente diferente. No se centró en absoluto en ninguna apariencia o logro. Observo que no había Brigitte,

También observo que el tratamiento químico, durante su hospitalización, no dio la eficacia esperada.

Conclusión

Aquí es donde comienzan las dificultades. *"Si el aumento de peso inicial de Brigitte es un mal predictor del progreso de la enfermedad a largo plazo"* cabe preguntarse si el clínico no debería, por el contrario, centrar su atención en las actitudes disfuncionales de Brigitte. Estamos hablando aquí de un esquema relacional. Algo falta en los criterios diagnósticos del DSM en esta área. El factor determinante no parece ser la delgadez a toda costa para Brigitte sino su ansiedad y angustias con toda la procesión de trastornos asociados. El punto focal es esta forma de anorexia.

Faltaba mucho incluir a la familia en el proceso de curación o acompañamiento. Al prevenir el trastorno de conducta de Brigitte, ¿podría el equipo de atención del hospital haber pasado por alto este *"segmentación universal"* que apunta a todos en la misma categoría? *(Brigitte estaba en un grupo de jóvenes de su edad con diferentes trastornos. Era una clínica privada)*. No sabemos qué se hizo realmente durante la hospitalización de Brigitte. Solo sabemos que el medicamento propuesto fue objeto de ensayos clínicos.

Una cosa es cierta, la negativa a ser atendida por un equipo médico contribuyó a la decisión de Brigitte de acabar con ella. Agregaría que los padres, y el padre en particular, no expresaron ningún asombro específico ante tal decisión. No se había ofrecido terapia familiar. (Estamos en la década de 1990)

Capítulo 9

Trastornos Físicos – Psicología de la Salud

1) Factores psicológicos y sociales

A diferencia del siglo pasado, los principales factores que contribuyen al aumento de la tasa de enfermedad y mortalidad son de *"psicológico y conductual"*. ¿Significa esto que en décadas anteriores no existía este tipo de problema? Probablemente si pero

en un nivel más bajo que en nuestro tiempo. Los hallazgos actuales demuestran que varios factores están entrelazados (*biológicos, psicológicos, sociales*).

La paradoja sería que en el "*tiempos antiguos*" también se asoció una red social y familiar que proporcionó una buena salud mental. Los datos de investigación en esta área afirman que algunas enfermedades mentales prácticamente no existían o de otra forma. Fuera de hoy, la red social y familiar juega el mismo papel. Entonces, ¿dónde está la diferencia? Podemos darnos el lujo de responder con bastante facilidad; en estos "*tiempos antiguos*" También existía cohesión social y familiar, pero la atención a las diversas enfermedades no era la actual.

2) Estrés

Naturaleza – fisiología

"Estrés" tiene varios significados. Del estresor al estímulo pasando por el estrés sostenido. Creo que cualquiera que sea la causa, como fuentes de agresión y otros factores traumáticos, el estrés puede ser tan favorable como perjudicial.

Lo que plantea interrogantes es su definición. Si el estrés es un estado reaccionario del organismo que se ve sometido a una agresión repentina, ¿cómo puede definirse y compararse con otros estados igualmente reactivos entre sí? ¿Es esta realmente la definición correcta? El estrés implementa factores neurovegetativos, endocrinos y tisulares. Provoca síntomas cuya localización varía según los individuos. Sigo siendo cauteloso incluso si el término estrés fue introducido en 1936 por el fisiólogo canadiense Hans Selye. La palabra "*estrés*" es un término tomado de la física. Así que este término se refiere a la tensión ejercida sobre un material. Normalmente, un material es capaz de soportar una variedad de esfuerzos moderados. Pero, si la tensión es excesiva o si el material está cansado, existe el riesgo de deformación, o incluso de rotura. Es en este caso que hablamos de estrés. Tenga en cuenta que aquí estamos hablando de "*dificultad excesiva*" eso nos lleva de vuelta al factor estresante. Al mismo tiempo también hablamos de "*limitaciones emocionales*". Para mí, la fisiología de todos estos estados emocionales son todos iguales. Podría decirle a una persona que está en este estado: "... ¿estás bajo estrés emocional! » por lo tanto en « estrés », No ?

3) SIDA – trastornos cardiovasculares – hipertensión – fatiga y dolor

La reacción de nuestro cuerpo. (*trastornos físicos*) se debe principalmente a factores emocionales y conductuales, en cualquier caso, existe una relación entre varios factores desencadenantes que podrían influir en nuestro sistema inmunológico. De ahí a decir si esto es obligatorio hay un abismo que no podemos cruzar. Las mismas causas no producen los mismos efectos.

Ejemplo: John se levanta por la mañana, se toma la presión arterial y descubre que tiene 110/70 con un pulso de 66. Luego va a su médico para renovar su receta. Como de costumbre, toma la presión arterial de Jean y nota que tiene 140/80. Su médico le explica que es el efecto "*Blusa blanca*". ¿Es esta diferencia un efecto de estrés? Debe haber un montón de factores psicológicos, ¿verdad?

¿Eso quiere decir dónde está el buen nivel aceptable para una persona?

Sigamos con el ejemplo: Más tarde, el cardiólogo descubre que Jean tiene una malformación congénita, una especie de valvulopatía, sin consecuencias, salvo un leve soplo. El voltaje tomado muestra 110/60. El cardiólogo dice que es "*normal*". ¿Por qué no hubo los mismos efectos que con el médico tratante? Sencillamente porque Jean permaneció en reposo durante varios minutos antes de la consulta mientras que el médico tratante había llevado a Jean inmediatamente después de que subió los dos tramos de escaleras muy rápido. (*Era la secuencia de humor*)

Fatiga y dolor: el caso de Guy (capítulo 5) muestra cómo se establece el dolor crónico. La misma observación para la fatigabilidad extrema.

4) Efectos de relajación/meditación

Todos estos métodos aportan un plus para la persona que padece diferentes trastornos físicos y psíquicos. También sabemos cuáles son los efectos de cambiar el comportamiento de una persona, cuando es posible. Estamos demasiado inclinados a querer cambiar a las personas cuando son las personas mismas las que pueden cambiar. Con demasiada frecuencia, el clínico trabaja de afuera hacia adentro cuando a veces sería mejor ayudar a la persona a trabajar de adentro hacia afuera.

Querer cambiar comportamientos a toda costa me parece que no está a la altura de lo que uno esperaría de un especialista en salud mental. Demasiados psicólogos fallan en esta área o se dan por vencidos después de muchos intentos fallidos.

Capítulo 10

Disfunciones sexuales, parafilias y disforia de género

1) Observaciones preliminares

Estamos entrando en una secuencia delicada que debe abordarse con moderación. Tocamos en lo íntimo y definir lo que es normal o no en una relación o comportamiento sexual sigue siendo muy complicado. Históricamente, esta pregunta ha sido objeto de muchas filosofías y teorías sobre lo que debería ser, debería ser y lo que es realmente aceptable. Que hay disfunciones no hay duda, si esto es normal y por qué, hay tantas respuestas a esta pregunta que el clínico puede equivocarse fácilmente. Como tan bien explicado y mencionado en este libro, el especialista en salud debe tener una inmensa experiencia para hacer un diagnóstico consistente.

2) Comportamientos sexuales

Cada uno es libre de tener su propia conducta sexual.

3) Diferencias de género

Las encuestas o estudios sobre este tema son interesantes pero no plantean la cuestión de lo que es aceptable o no. La práctica de la masturbación existe, es un hecho, tanto en humanos como en animales. *(al menos algunos)*. Que exista un predominio en los hombres frente a las mujeres es, en sí mismo, bastante inteligible. Como me explicó una esposa en uno de nuestros grupos de apoyo sobre el tema: "*¡Mi esposo necesita salir...! ¡Necesito algo más...!*" »

Sobre la homosexualidad, recuerdo que en los años 50 nos decían que todavía era una "*enfermedad*". Hemos visto lo que es hoy.

¿Sobre la cuestión de las relaciones sexuales prematrimoniales? ¿Es bueno o no? Dejo a cada uno a su propio criterio porque caemos en el apartado de las diferencias culturales, es como tener varias esposas (*poligamia*) o solo una esposa (*monogamia*). A menudo repito que lo aceptable aquí puede no serlo 1000 km más al sur.

4) Disfunciones sexuales

¿Cómo quieres hacer un buen diagnóstico sobre esta cuestión? El DSM-V presenta una categoría bastante corta de disfunciones, lo que muestra claramente la dificultad para el

clínico para navegar pero yo juego el juego y tomo el caso de una pareja que tenemos en nuestro grupo de apoyo para parejas.

Caso de estudio

Michel y Evelyne, casados desde hace tres años, siguen terapia de pareja en un grupo de apoyo con varias parejas que tienen las mismas dificultades aparentes. Michel se queja de que su esposa Evelyne no está *"atraído por el sexo o las relaciones sexuales"*. Michel tuvo sus primeras relaciones sexuales con chicas a los catorce años, Evelyne se crió en una familia *"piadoso"* con principios rigurosos donde se hablaba muy poco de la sexualidad. Se casaron por la Iglesia y su noviazgo duró siete meses. Michel está bastante concentrado en este tema y tiene necesidades frecuentes. Evelyne acepta las relaciones pero sus preocupaciones son sobre la apariencia *"ingenioso"* de su relación sobre todo. Michel que de la misma fe que su esposa comprende y comparte las mismas convicciones. Se unen al grupo de apoyo para ver si hay otras parejas en su situación y compartir sus experiencias. En este grupo hay reglas y límites que las parejas no pueden traspasar. (*respeto por los demás, expresiones y actitudes correctas, lenguaje soez no aceptable, etc.*). La pareja aún no tiene hijos.

Discusión

Vemos toda la complejidad que esta pareja encuentra. El marido tenía relaciones sexuales tempranas (14 años) y la mujer vivía en una especie de *"burbuja"* protector en el tema de la sexualidad. Los padres de Evelyne enseñaron que estaba mal practicar *"felación"* por ejemplo. La educación religiosa que recibió Evelyne influye en su comportamiento y por ello, en su mente predomina el pensamiento de que el sexo está reservado sólo para la procreación. Michel, a través de sus experiencias pasadas y muy dinámicas, busca estimular a su esposa exponiéndola a ciertas imágenes pornográficas que, según él, podrían excitarla.

No es tan. La pareja se encuentra con dificultades de otra naturaleza ya que esta incompreensión de uno y otro genera conflictos.

El desinterés de Evelyne por la actividad sexual es evidente, pero aun así, cuando hay una relación, la encuentra *"Placer"* y eso tranquiliza a su marido. El hecho es que la frecuencia de las relaciones íntimas sigue siendo muy espaciada, según su marido. Evelyne comprende las expectativas de su esposo, pero se encuentra con una dualidad entre lo que experimentó antes y lo que experimentó su esposo. Confiesa resignarse y satisfacer las demandas de su marido. Este último nunca fuerza a su mujer sino que adopta una actitud de frustración cada vez que su mujer se niega, de ahí el inicio de ciertos conflictos.

Conclusión

Observo aquí, en este caso preciso, que en realidad no hay estrictamente hablando ninguna *"trastorno de interés en la actividad sexual"* de Evelyne y sin embargo, si no tenemos cuidado, un psicólogo inexperto podría creer lo contrario. Evelyne está muy satisfecha cuando hay una relación íntima lograda, pero no busca la relación. Michel, que tiene alguna experiencia prematrimonial en este ámbito con chicas antes de conocer a su futura esposa, es más maduro en el tema. Le parecía que su mujer debía tener un problema grave, de ahí el deseo de la pareja de participar en un grupo de apoyo con otras parejas que se encuentran con dificultades similares. Incluso conociendo la forma de vida de su esposa, Michel estaba convencido de que su esposa debía tener un problema.

Después de 7 sesiones en este grupo, fue Michel quien reconoció que tenía que *"adaptar"* y cambió su forma de ver las cosas. Para él, su esposa tenía prioridad sobre sus propios deseos personales. Los conflictos y las frustraciones han cesado sobre esta cuestión en cualquier caso.

5) Otros trastornos (excitación – orgasmo – dolor)

El DSM-V establece criterios diagnósticos sobre estas cuestiones. Sigo siendo muy cauteloso porque este capítulo plantea muchas preguntas. Ejemplo: ¿Cuántos minutos después de la penetración eyacula el hombre? Creo que la pareja o socios pueden pasar por una curva de aprendizaje. Al fin y al cabo, la relación sexual también se aprende, ¿no?

6) La entrevista clínica

Es cierto que el clínico deberá mostrar un tacto y una flexibilidad notables, especialmente en su dialéctica y en su narración. Es cierto que es mejor llamar a las cosas por su nombre que decirle al paciente: "*Sepa señor que el mamífero carnívoro (félido), salvaje o doméstico, de hocico corto y redondeado... etc...*"

7) Causas de mal funcionamiento

Como ocurre con otros trastornos, el aspecto biológico, psicológico y social jugará un papel importante y habrá que tenerlo en cuenta.

8) Parafilias

Ya sea atracción por los animales, frotteurismo, fetichismo, voyeurismo, exhibicionismo, sado-maso, pedofilia e incesto, etc...

¿Cuándo deberíamos hablar de desviación o perversión sexual? En cualquier caso, existe toda una gama de trastornos asociados. Tuve un caso que describo aquí:

Caso de estudio(cambio el nombre)

Histórico

Raphaël, un hombre casado desde hace cuarenta años y padre de cuatro hijos. Su esposa, originaria de Sudamérica, ambos viven en un departamento en Ginebra. El marido trabaja en un hospital como limpiador. La pareja tiene tres hijos pequeños.

Una tarde, durante la siesta, Raphaël se sienta en el sofá del salón con su pequeña y se tapa con una manta. La pareja tuvo que cuidar niños todo el día. El pequeño se queda dormido y Raphaël tiene una erección repentina. Su esposa, no muy lejos nota algo que le parece extraño, de repente levanta la manta y nota la erección y posición de su marido. A "*escena domestica*" sobreviene y las amenazas son expresadas por su esposa. Estas amenazas violentas se convierten en una ira espectacular. Este último informa a los padres del pequeño que está llegando. Estalla un escándalo entre el padre del pequeño y Raphaël(*el padre del niño es el yerno*).

Pasan las semanas, la esposa de Raphaël presenta una denuncia(*sin resultados*), se utiliza la palabra separación y luego se inician los trámites de divorcio. Raphaël intenta justificarse pero nada funciona. Se produce el divorcio, la esposa de Raphaël se va de Europa a los Estados Unidos, se vuelve a casar. Raphaël conoce a otra mujer con la que se casa. Pero Raphaël está afectado en su salud.(*cirrosis hepática*)y muere unos años después de su nuevo matrimonio.

Discusión

Observo que esta fue la única vez que una experiencia de esta naturaleza apareció en esta pareja. ¿Debe hacerse un diagnóstico de un trastorno parafilico? ¿Fue un accidente natural? una reacción incontrolada o involuntaria, un reflejo espontáneo y natural? ¿o fue una premeditación deliberada, un deseo, una búsqueda, un pensamiento irreflexivo?

La esposa de Raphaël, durante una de nuestras reuniones, observó que durante varios años su marido se había comportado "extraño" cuando estaba en presencia de niñas pequeñas. Ella dice que no había hecho la conexión en ese momento con lo que pasó con su propia niña y ahora sus sospechas se estaban convirtiendo en certeza. Su marido tenía algunos problemas.

Desafortunadamente, Raphaël no recibió tratamiento psicológico. La historia fue un desastre para toda la familia y decisiones demasiado rápidas. Las emociones descontroladas, los juicios y la deslumbrante condena de la familia con una incomprensión general fueron catastróficos para todos.

¿Podríamos haber establecido un tratamiento psicológico? probablemente sí, especialmente desde que "conciencia implícita" de Rafael podría ser "neutralizado". La cirrosis del hígado de Raphael que se produjo a raíz de este trauma no está relacionada con la absorción de ninguna sustancia. (*alcohol o drogas*). Rafael fue "asceta».

Conclusión

Pasamos por algo. ¿Cómo es todo esto posible? Personalmente me alegro de que hoy en día la evolución de la etiología en este campo traiga soluciones.

9) Disforia de género

¿Problemas o no problemas? Ahí está la pregunta.

La génesis: Al nacer, a menos que haya una anomalía congénita, el niño es hombre o mujer. Los primeros años de su vida el niño no es consciente del concepto de identidad de género. La experiencia psicológica de un niño se siente más tarde. su anatomía (*tipo de nacimiento*) es aceptable o inaceptable para él mucho después de su nacimiento. Entonces, la capacidad de aceptar o rechazar el género de uno se manifiesta en un cierto nivel de madurez de conciencia.

El interés de la investigación aquí sería poder definir las causas. Si realmente existe una predisposición biológica, podemos considerar y partir de un postulado de que podría haber variaciones en los niveles hormonales, pero nuevamente la madre embarazada tendría que tomar medicación especial. El efecto dice "natural" parece cuestionable. Un accidente natural es más plausible. Los factores que identifican este "inconformidad de género" no puede ser una certeza tal como está. Los factores biológicos aún se encuentran en la etapa de investigación y experimentación.

Estudio de un caso de incumplimiento (sin análisis)

Isabelle, una niña bonita, siempre se ha comportado como un niño. Toda su juventud fue para rodearse de chicos, incluso se afilió a un club de fútbol y quería jugar con los chicos en un equipo. Sus padres la criaron como una niña normal pero ella, incluso en la escuela, siempre jugaba con juegos de niños. Tenía más novios que novias de los que podías contar con los dedos. Durante toda su adolescencia estuvo orientada a cometer errores con los chicos e incluso llegó a ser una "líder de la banda". Llevaba ropa de niño durante la semana pero los domingos tenía que llevar vestido para ir a misa, lo que la frustraba mucho.

Los años han pasado y me he encontrado con Isabelle varias veces en los últimos años. Estaba casada y tenía dos hermosos hijos (niña y niño). Ella había mantenido sus modales "chica poco femenina"; incluso su corte de pelo era, dijo, "como niños" pero le sentaba bien a su marido. Cumplió con todos sus deberes de "buena madre".

Se hubiera pensado que con todo el curso de su vida podría algún día afirmar su pertenencia a otro sexo. Pero no ha sucedido. Sus padres me explicaron que habían tenido dudas sobre el verdadero sexo de su hija y que esperaban que Isabelle les dijera que en realidad se sentía más como un cuerpo de niño que de niña.

Mi apreciación

Observo que la educación de Isabelle estuvo fuertemente influenciada por su pertenencia a un grupo religioso. Postulo que este tipo de situaciones también influye en el comportamiento del niño. Mi pregunta es: *"¿Qué hubiera pasado si la religión no hubiera intervenido en la educación de Isabelle?"* Además, dado que el comportamiento no conforme de las niñas está muy poco estudiado, concluyo que mi pregunta puede quedar abierta.

10) Conclusión y resumen de este tema sobre trastornos y disfunciones sexuales

En cuanto a los trastornos del comportamiento sexual, solo podemos estar de acuerdo en que existen y que pueden ser tratados, incluidas las perversiones y otros trastornos asociados.

Cuando se trata de la disforia de género o la atracción por personas del mismo sexo, sinceramente creo que es demasiado pronto para definir las posibles causas. En esta etapa de la investigación, hay demasiadas incertidumbres, demasiadas confusiones y cierta falta de habilidades. Sería arriesgado centrarse en múltiples causas sin poder verificarlas durante varias décadas.

Será necesario incluir otros conceptos que la ciencia no está preparada para aceptar.

Capítulo 11

Sustancias, Trastornos Disruptivos, Adictivos, Control De Impulsos Y Conducta

1) Dependencias/adicciones

Podría resumir este capítulo en una sola línea: el alcohol, el tabaco, el té, el café y todas las drogas, los opiáceos, los tranquilizantes, los estimulantes e incluso la pornografía, la adicción al sexo y muchas otras pueden en cierta medida conducir a la dependencia o adicción. *(Hago la diferencia entre dependencia y adicción).*

A veces facilito grupos para el tratamiento de adicciones. Veo gente con todo tipo de adicciones/dependencias allí. Observo que la gran pregunta que surge es: *"¿Por qué esta o aquella persona se vuelve dependiente y la otra no?"* Si el DSM-V puede definir el abuso de sustancias en términos de niveles de interferencia con la vida cotidiana de una persona, entonces es seguro decir que en el momento en que una actividad debilita o desestabiliza a una persona en cualquier área de la vida de la persona, el criterio objetivo sería que la persona que comete un abuso o, dicho de otro modo, utiliza la causa de forma extrema, corre el riesgo de volverse dependiente o adicta.

Sea cualquier sustancia u otra, se debe evitar todo lo que altere el comportamiento y provoque un trastorno o perturbe el organismo y sus funciones naturales. Conocemos las causas, los efectos y toda la procesión de trastornos asociados al uso de estas sustancias, ya sean orgánicas o psicológicas. La pornografía no causa cáncer, pero es igual de dañina para el cerebro y afecta el comportamiento y causa problemas de comportamiento.

El LSD de los años 60, hablamos más de él pero en su momento también estaba muy de moda. Lo que me parece esencial en este capítulo es la parte *"tratamiento"*. Sin embargo, una nota; observar los efectos y trastornos relacionados con los ansiolíticos. Recuerde el caso de Guy que presenté en el Capítulo 5, que tenía un trastorno de ansiedad generalizada con síntomas asociados.

Su médico que no evaluó las dosis adecuadas de este barbitúrico y cuyo objetivo era darle una sensación de bienestar, reducir su ansiedad y dolor y ayudarlo a obtener el ansiado sueño reparador. Llegó a nuestra casa tambaleándose con dificultad para hablar y problemas de concentración con ausencias temporales.*(eso es para el cuadro clínico).*

Con respecto a ciertos trastornos disruptivos – control de impulsos y conducta, tuvimos el ejemplo este verano cuando incendios en Francia fueron encendidos por ex pirómanos o bomberos en activo, que luego corrieron a salvar a sus víctimas. .

En resumen, la pregunta a hacerse es: *"alguien que bebe café, que fuma, que a veces toma cocaína o de vez en cuando ve películas pornográficas, ¿puede esta persona volverse dependiente y adicta?"*». Una posible respuesta sería que es mejor no empezar porque nadie sabe realmente su vulnerabilidad en esta área. Parece que el DSM-V tiene un futuro brillante por delante.

Capítulo 12

Desorden de personalidad

1) Tres categorías de trastornos y más

Uno puede entender por qué el DSM-V suscita tantas reacciones no siempre agradables y conduce a la controversia. La clasificación de estos trastornos plantea dudas, pero se necesitaba un punto de referencia y el DSM ofrece una visión general porque es necesario tener en cuenta todas las superposiciones de diagnóstico que puedan existir. Observo que todos los aspectos subyacentes de un trastorno pueden estar influenciados por ciertos genes, así que veamos la dificultad de hacer un diagnóstico consistente para el médico.

Capítulo 13

Espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

1) **Caso de estudio**(gilberto)([ver página 33](#))

capitulo 14

Trastornos del neurodesarrollo

1) **Caso de estudio**(ryan)([ver página 36](#))

Capítulo 15

Trastornos neurocognitivos

1) **Caso de estudio**(Kalifa)([ver página 37](#))

capitulo 16

Salud mental: cuestiones legales y éticas

1) **Resumen de derechos en Europa vs EE. UU.**

En una sesión ordinaria de 2013-2014, se elaboró un informe informativo en nombre de la Comisión de Asuntos Europeos sobre la consideración de cuestiones éticas a nivel europeo. Lo propongo porque en USA es muy diferente.

(Este informe está disponible para consulta Informe Informativo N° 67 (2013-2014) de los Sres. Simon SUTOUR y Jean-Louis LORRAIN, realizado en nombre del Comité de Asuntos Europeos, presentado el 10 de octubre de 2013 - Disponible en formato PDF 465 Kbytes).

- La ética es un proceso de origen filosófico, basado en la reflexión, que procede a través de un cuestionamiento constantemente renovado en busca de la justificación de nuestras acciones o decisiones. De carácter crítico e interrogativo, utiliza el intercambio y el debate para razonar sobre valores y juicios morales y para definir las bases del "hacer bien" o del "buen vivir".

- La ética es un enfoque que muchas veces se percibe de manera restrictiva o errónea. Así, desde el final de la Segunda Guerra Mundial, para muchos, la ética se ha confundido con cuestiones sobre la práctica médica. (*relación médico/paciente*) y las consecuencias del progreso científico y médico sobre el hombre y la sociedad. Sin embargo, la ética es un enfoque que se puede aplicar a muchas otras áreas o temas de la actividad humana. Además, no puede reducirse a la ética o a las buenas prácticas.

- El Consejo de Europa y la Unión Europea se fundamentan en una serie de valores que configuran la identidad común de sus miembros: el respeto de la dignidad humana, la libertad, la democracia, la igualdad, la solidaridad, el estado de derecho. Estos valores dan una dimensión ética al proyecto europeo. El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea aseguran la protección de estos valores y constituyen derechos humanos, basados en particular en la noción de dignidad humana, "brújula" ética de Europa.

- El Consejo de Europa y la Unión Europea se preocupan por la ética. Integran este requisito en sus respectivos marcos institucionales, esencialmente para tener en cuenta las cuestiones relacionadas con la biomedicina. Sin embargo, las instituciones del Consejo de Europa y la Unión Europea mantienen un enfoque muy cauteloso en cuestiones que tocan cuestiones éticas. De hecho, el nivel europeo no promueve el consenso sobre temas que dan lugar a divisiones a veces pronunciadas entre países debido a sus historias y culturas. Por lo tanto, los tribunales europeos son particularmente cuidadosos en respetar el principio de subsidiariedad en estos asuntos.

- A pesar de que la ética no es una competencia europea y de que se pretende aplicar el principio de subsidiariedad, ha surgido pragmáticamente un marco ético europeo en determinadas áreas (*biomedicina, investigación, responsabilidad social corporativa, bienestar animal, etc.*) a través de los medios tradicionales de regulación en el marco del funcionamiento del mercado único de la Unión Europea y de la negociación intergubernamental en el seno del Consejo de Europa.

- Sin estar totalmente desatendido a nivel europeo o nacional, el enfoque ético no ocupa un lugar determinante en la definición de las políticas públicas ni dentro de la iniciativa privada. Sin embargo, puede convertirse en un activo importante en el desarrollo de nuestras sociedades europeas. Para hacer esto, necesitamos revisar nuestro modo de gobierno. En primer lugar, impulsando un debate democrático más participativo, basado en la información y formación de la ciudadanía. La escuela y la universidad, los comités de ética tienen así un papel que desempeñar en la adquisición del sentido crítico y la difusión de una cultura del debate y de la ética de la discusión. Luego, revalorizando la noción de largo plazo en la acción política y desarrollando medios de previsión.

función de vigilancia y anticipación, podría surgir con el objetivo de definir el "*futuro bien común*".

- La ética es un enfoque mal entendido que adolece de la idea de que puede practicarse instintivamente, fuera de todo aprendizaje, apelando a la "*sentido común*". Para salir de este callejón sin salida y evitar el desarrollo de una ética barata, es necesario ofrecer cursos de formación en ética de calidad, basados en la docencia y la investigación universitaria dignas de ese nombre. Pero, a partir de la interdisciplinariedad, la ética se enfrenta a la dificultad de existir como sujeto autónomo dentro de la universidad. Este es el caso de Francia, donde la ética está adscrita a diferentes secciones del Consejo Nacional de Universidades (CNU), lo que tiene el efecto de frustrar su surgimiento como una disciplina importante. Por lo tanto, parece necesario reconocer la ética por sí misma. *(por ejemplo, mediante la constitución en Francia de una sección interdisciplinar de la CNU)*, con el fin de organizar una corriente docente coherente, garantía de calidad para la investigación y los diplomados en el campo de la ética.

2) Informe sobre la salud mental en Europa

(16 de septiembre de 2022 – Organización Mundial de la Salud)

Escritos por expertos independientes y revisados por pares externos, los informes cubren los siguientes temas:

- Resumen del mercado de nuevos medicamentos en la Región Europea de la OMS
- Enfoques políticos basados en los principios de solidaridad, transparencia y sostenibilidad
- Nuevos modelos de negocio para la investigación y el desarrollo farmacéutico como bien público mundial
- Políticas de pago para apoyar la innovación y el acceso a los medicamentos
- Políticas de innovación médica
- Acceso a información sobre mercados de drogas
- Acceso a medicamentos de alto costo en países de bajos ingresos
- El contrato social y las bases de los derechos humanos para promover el acceso a medicamentos efectivos, nuevos y costosos

El 12 de septiembre de 2022, ministros de salud, delegados de alto nivel y representantes de organizaciones asociadas y la sociedad civil de los 53 Estados Miembros de la Región Europea de la OMS se reunieron en la 72.ª sesión del Comité Regional de la OMS para Europa, donde se presentó el trabajo de también se presentó la OMI.

"El Comité Regional marca la culminación de la Iniciativa de Medicamentos de Oslo. Pero ese no es el final del trabajo. Se han sentado las bases para la evaluación de una serie de posibles soluciones políticas"; dijo la Dra. Natasha Azzopardi-Muscat, Directora de Políticas y Sistemas Nacionales de Salud de la OMS/Europa.



Caso de estudio

Espectro de la esquizofrenia: trastornos psicóticos

Anamnesia

Conocí a Gilbert en 1973, era soltero y había llegado a Ginebra como estudiante de fotografía. Después de sus estudios se mudó a otro cantón y conoció a su futura esposa. Ambos se casaron y tuvieron 4 hijas. Tenía varios trabajos, no podía vivir con su título en fotografía. En 1984 vino a verme para informarme que le parecía que la gente lo espiaba en todo lo que hacía. En varias ocasiones me venía a buscar entre semana a cualquier hora del día o de la noche para darme consejos sobre determinadas personas. Una vez entró a casa de un conocido para darle las llaves de su auto y decirle: "...*el Espíritu me dijo que te diera mi carro...*". Gilbert era muy religioso, era miembro de una congregación religiosa y era muy activo. Él, por lo tanto, dejó su automóvil ante el asombro de su conocido. Gilbert tuvo una infancia casi normal, sus padres vivían en el norte de Francia y vivieron la Segunda Guerra Mundial. Es el tercero de una familia de cuatro. Siguió una educación bastante caótica ya que sus padres se mudaban con frecuencia y Gilbert cambiaba de escuela con regularidad. Sucedió que la familia cambió de ubicación dos veces en el mismo mes. Su esposa, de nacionalidad suiza, provenía de una familia bastante burguesa de Ginebra pero también muy rebelde. Sin embargo, la pareja se llevaba bien. Gilbert y su esposa tomaron la decisión de comprar una casa en el campo, lejos de la gran ciudad y la escuela. Ambos compraron una antigua finca en ruinas que hubo que reconstruir por completo. El dinero faltaba, la familia vivía sin agua corriente, solo funcionaba la luz. Pero todos apoyaron esta situación. En el pueblo de donde fueron empadronados, la familia encontró una comunidad de personas de su iglesia. Muy pronto, Gilbert volvió a comprometerse sin contar el tiempo que dedicaba a sus actividades religiosas. Esto ha resultado en un gran retraso en su proyecto de reconstrucción y mejora de su hábitat. Con sus nuevas responsabilidades eclesiásticas, Gilbert a menudo estaba ausente. Su esposa e hijas aceptaron todo lo que hizo Gilbert e incluso lo apoyaron. Ante tantas dificultades, la pareja decide cambiar de lugar una vez más y se instalará en una gran ciudad (Neuchâtel). Abandonando su proyecto inicial, la pareja después de haber vendido su "casa" por casi nada, decide reconstruir un proyecto de compra de una nueva casa. Por un precio irrisorio, la pareja adquiere una vieja casa tan ruinosa como la primera. Todo funciona intermitentemente.

Unos años más tarde, Gilbert se entera de que tengo una empresa de consultoría en Ginebra. Vuelve a ponerse en contacto conmigo y me informa que en su nueva casa están instalados micrófonos y que se siente vigilado por las "autoridades". Durante nuestra entrevista, Gilbert insiste en el hecho de que las cámaras lo espían en su vida cotidiana. Me pide que tenga cuidado porque "*ellos saben*" que está hoy en Ginebra. Cuando le pregunto quiénes son "*ellos*", responde que "*son personas de su comunidad quienes lo espían en las noches y sus conversaciones quedan grabadas*". Le pregunto cómo está su familia y a qué se dedica en este momento, me explica que se registró como desempleado porque su empleador "*era parte de la conspiración*". La pregunta "*¿Cómo está su familia?*" él responde que su esposa ya no habla mucho y que sus hijas trabajan bastante bien en clase pero que ya no lo siguen los domingos para las actividades de su iglesia. Luego vuelve rápidamente a lo que le preocupa, esa insistencia en estar seguro de que todo el mundo lo está mirando y que debe tomar una decisión radical. Dice que se deja guiar por el espíritu que le aconseja tener más cuidado y desconfiar de todos porque se siente en peligro.

Me encuentro varias veces con Gilbert en Ginebra y sostiene el mismo discurso con una amplificación de su delirio. Él cree que su esposa e hijos están involucrados en esta alta traición. Sin embargo, su esposa sigue con él y no planea separarse.

Me entero, después de varios meses, de que toda la familia se muda al norte de Francia y se instala como inquilinos en un apartamento antiguo. Sus hijas ya no se comunican realmente con su padre que sigue sospechando de todos y me dice que se niega a consultar a un especialista porque sería parte de la trama.

Un domingo, después de haber asistido a su servicio religioso en su iglesia, su esposa me llama para informarme que al final del servicio, camino a su auto, Gilbert se desploma frente a la puerta de su auto. Obviamente un infarto.

Discusión

Gilbert nunca estuvo en paz consigo mismo, muy pronto, cuando llegó a Suiza, tenía un temperamento muy tenso, una especie de tensión en forma de ansiedad permanente. Sus ideas y pensamientos eran coherentes al principio, no parecía, aparte de esta tensión, tener un comportamiento psicótico. Sus pensamientos irracionales surgieron después de que tuvo contacto con esta nueva comunidad religiosa y se involucró más en sus llamados y nuevas responsabilidades. Lo preocupante de Gilbert habrán sido los períodos de remisión observados durante toda su estancia en Suiza. Durante estos períodos de remisión, Gilbert ya no mencionó estos "complots". Vivía normalmente y la familia no se preocupaba por lo demás.

Observé en Gilbert que sus problemas surgieron y comenzaron cuando estuvo involucrado en su comunidad durante un largo período de tiempo. Sólo y sólo en estas secuencias donde se vio obligado a tomar decisiones en el marco de su compromiso eclesiástico. A menudo repetía que sus líderes intentaron filmarlo en secreto y que veía personas que acudían de noche a informarle.

Durante todo el tiempo que pude seguir a Gilbert lo mejor que pude, había observado los síntomas de delirios, alucinaciones, inconsistencias en su habla. Pero estamos en la década de 1990 y los criterios diagnósticos no eran los del DSM-V actual. Insistíamos en una forma de psicosis severa y crónica caracterizada por signos de disociación mental, una especie de discordancia afectiva y actividad incoherente que podría haber resultado en una especie de pérdida de contacto con el mundo, una especie de retraimiento autista.

La dificultad del diagnóstico diferencial fue que Gilbert tenía períodos de remisión. ¿Fue una causalidad multifactorial? ¿Tenía una personalidad prepsicótica? Al discutir con otros colegas sobre el tema de Gilbert, no hubo acuerdo sobre el concepto clínico satisfactorio.

El DSM III de la época hablaba de percepción auditiva del pensamiento, alucinaciones auditivas con conversación de voces entre sí o con comentarios de las acciones del paciente, sensaciones corporales impuestas, fuga del pensamiento o percepción delirante. Hubo al menos para un diagnóstico de esquizofrenia, seis capítulos para encontrar los síntomas. Ubiqué a Gilbert en la categoría de sintomatología positiva de tipo 1 ya que había observado períodos de remisión de los síntomas. Desafortunadamente, Gilbert no pudo tener el privilegio de tener pruebas de escáner para verificar su desempeño en sus datos cognitivos.

El tratamiento consistió en una forma de terapia conductual. Fue excluido de obtener coterapia porque Gilbert rechazó sistemáticamente la colaboración de otro médico. Me hubiera gustado contar con la colaboración de la familia para una especie de terapia familiar, pero allí también Gilbert no quiso incluir a su familia. Por lo tanto, recurrí a un tratamiento de inspiración conductual que se situaba en un programa de readquisición de habilidades sociales que me parecían esenciales en el estado para permitirle a Gilbert una cierta reintegración menos dolorosa.

Conclusión

Hoy en día, lo normal sería replantearse el abordaje terapéutico. Como parte del seguimiento en el tratamiento de la esquizofrenia que padecía Gilbert, sería prudente obtener una receta de neurolépticos, aunque, en mi humilde opinión, tampoco es lo que yo hubiera elegido. Por el contrario, optaría por un tratamiento terapéutico que tuviera por objeto un tratamiento bastante

amplios medios para que Gilbert pueda adaptarse a su trastorno sin dejar de vivir en su familia y sociedad. Enseñar a Gilbert a hacerse cargo de sí mismo e identificar los signos que se presentan antes de una recaída. No hay que olvidar que hubo largos periodos de remisiones.

Nunca sabré cómo sucedió todo. La muerte prematura de Gilbert fue un factor de interrogación para su familia. Después de todos estos años, he visto a su esposa varias veces y una de sus hijas no vive muy lejos de donde estoy ahora. Su hija se niega a hablar de su padre y su mujer recuerda los mejores momentos de su vida junto a Gilbert.



Caso de estudio

Trastornos del neurodesarrollo

Anamnesia(TDAH)

Observé a Ryan cuando llegó a Suiza. Ryan fue colocado como paciente ambulatorio por sus padres en la sección de adolescentes de una institución especializada. Ya en la escuela primaria, Ryan comenzó a desbaratar la clase al no seguir las instrucciones y recomendaciones de su maestra. Incapaz de sentarse por más de unos minutos, incluso saliendo al pasillo sin permiso, una vez fue a otra clase. Ryan también estaba inquieto en casa y durante algunas actividades familiares, todos sus hermanos no lo soportaban más. La decisión de los padres en relación con las recomendaciones del psiquiatra infantil fue finalmente colocar a Ryan en un ambulatorio durante el día. El espectro del TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) se había detectado durante los exámenes y para preservar a la familia y traer un poco más de tranquilidad, la colocación siguió siendo la mejor para el niño y su familia. No le quitó nada a las habilidades de Ryan. También era un chico muy educado y cortés con una forma de amabilidad que podía seducir. Guapo y seductor pero extremadamente agotador. Quedan 3 años en esta sección para adolescentes. Al principio de forma ambulatoria, ya que Ryan regresaba a casa todas las noches durante la estancia del padre en Suiza y, a veces, se queda en una institución durante las vacaciones escolares o cuando la familia está fuera durante mucho tiempo. La familia es estadounidense y el padre trabaja en Ginebra para la agencia del PMA (programa mundial de alimentos).

Los niños y los padres hablan inglés y francés. Los otros miembros de los hermanos asisten a la Escuela Internacional de Ginebra. Llega a nuestro grupo formado por 9 adolescentes y 3 educadores especializados. La familia regresa a los EE. UU. después del final del mandato de su padre en el PMA.

Discusión

Su cuadro clínico de Ryan se caracteriza por una incapacidad para concentrarse en cualquier actividad que dure más de unos minutos. Comienza una tarea pero muy rara vez la termina como si lo que estaba haciendo no fuera interesante. El educador le da instrucciones pero muy rápidamente las deja a un lado para seguir adelante, todavía impaciente e incapaz de permanecer sentado. Sobrecostó que sus otros amigos se animan mutuamente a hacer lo mismo. Ryan parece haberse convertido en "el cabecilla". Cuando decide emprender una actividad, no da la impresión de haber pensado bien las consecuencias porque algunas de sus decisiones pueden ser bastante peligrosas, como apoyarse en el borde de la ventana y montarse a horcajadas sobre la barandilla. Durante los juegos de recreación, le gustaría controlar todo, pero una vez que el maestro le da la responsabilidad de liderar, incluso abandona el juego en sí. No se observaron problemas de aprendizaje, sin embargo, Ryan parece ser lo suficientemente inteligente y entiende el

preguntas sobre temas específicos como cálculos. Rápidamente puede explicar o realizar una operación pero inmediatamente deja el resto de operaciones y quiere seguir adelante como si estuviera aburrido. Como se encuentra con otros adolescentes que tienen las mismas dificultades, no duda en hacerles comentarios despectivos sobre su estado de salud. El cuidado solo duró 3 años.

Durante toda su estadía con nuestro equipo de educadores, el niño estuvo bajo Ritalin, prescrito por el psiquiatra infantil. Pero eso no impidió que el equipo avanzara hacia una disminución en los comportamientos sociales y las habilidades sociales de Ryan. Desafortunadamente, los padres habían solicitado medicación antes de la intervención del equipo. Sin embargo, el método integrador utilizado incluyó capacitación en habilidades sociales, aprender a interactuar de manera más adecuada con los demás, e incluimos a los padres y la familia para que también aprendan a responder constructivamente a los comportamientos de su hijo. Antes de que toda la familia se fuera a los EE. UU., Ryan mostró una marcada mejoría y comprensión en la forma en que se comportaba.

Conclusión

Admito que el medicamento propuesto también jugó su papel de regulador, pero todavía no estoy convencido. En otro nivel, el sobrediagnóstico de la enfermedad en los últimos años abalanzarse sobre los especialistas. Denuncian un protocolo de detección a veces demasiado laxo. D Todavía se necesita mucha investigación para determinar los efectos exactos del tratamiento en la salud y el comportamiento de los niños con TDAH.

A partir de hoy y las últimas noticias, Ryan está casado y tiene una niña. Sigue igual de espectacular en su comportamiento pero sin embargo maneja mejor su vida. Su esposa parece haber participado en esta mejora.



Caso de estudio

Trastornos neurocognitivos

Anamnesia

Kalifa es un boxeador registrado en un club de boxeo como participante en peleas de boxeo amateur durante muchos años. Está casado y tiene dos hijos adultos. Un chico que habla varios idiomas y tiene una licenciatura, otra chica que se dedica al ejército como profesional. Kalifa participó en muchas peleas dentro de su club y ahora es instructor/entrenador en el mismo club. Ya no participa en peleas. Luego de una pelea que salió mal, Kalifa cayó y quedó inconsciente por unos segundos. Decidió poner fin a su carrera. Después de exámenes médicos bastante exhaustivos, los médicos descubren síntomas de apatía, algunos rasgos psicóticos, una pérdida de coordinación y un deterioro intelectual global acentuado. Deducimos que estos cambios estaban asociados con microlesiones repetidas en el cerebro, resultado de conmociones cerebrales recibidas durante todos estos largos años de lucha. Pero los especialistas deducen que Kalifa está en una etapa temprana y que debe dejar de practicar su deporte de inmediato. Kalifa fue hospitalizado con dolor cerebral y dado de alta después de más exámenes.

Discusión

Los médicos de Kalifa hablan de los síntomas de la demencia precoz en una forma que se mezcla con otras enfermedades neurodegenerativas. Simplemente porque piensan que puede haber alguna evolución en el deterioro cognitivo de su cerebro. De hecho, hay una especie de apatía, Kalifa, a quien conocí durante varios años después de su accidente (KO), encontró dificultades para comunicarse. Especialmente durante su entrenamiento con los miembros de su club. Parecía ser más agresivo que de costumbre y esto lo impulsó a tomar cada vez más distancia con su entorno. Algunas tareas diarias le causaban problemas, vimos un cierto deterioro en su memoria, ya no estaba tan atento como antes. Los resultados de los jóvenes en su éxito ya no lo emocionaban como antes.

No he visto la conexión de Kalifa con ninguna lesión en particular, pero las fotos de resonancia magnética definitivamente muestran una ligera alteración en su cerebro. Pero la palabra demencia pugilística no se pronuncia abiertamente.

Mi criterio de diagnóstico es un trastorno neurocognitivo leve en este momento. Sus déficits cognitivos no interfieren demasiado con su capacidad para permanecer independiente en sus acciones de la vida cotidiana. Sin embargo, observo una evolución. Por lo tanto, puedo precisar que una pequeña lesión cerebral, a la luz de los resultados de sus exámenes, sería la causa de su trastorno.

Conclusión

El tratamiento ofrecido a Kalifa no es medicación. Kalifa se conecta regularmente a través de zoom y hablamos durante al menos una hora cada semana. Tiene tareas que realizar que yo le encomiendo, son sencillas y están al alcance de su comprensión. Por ejemplo, como vive en el sur cerca del mar, le aconsejo que vaya a nadar con su esposa, que participe en las actividades familiares y que juegue con sus nietos, que participe en el hogar, que cocine con platos que le encantan. Debo agregar que Kalifa no tiene receta médica en este momento y que su médico la ve al menos tres veces al año. Ha recuperado un poco la alegría de vivir, va a su club dos o tres veces por semana a saludar a sus amigos, ya que no sabe leer ni escribir, Le pido que se exprese dibujando lo que quiere expresar. Su mujer le lee las noticias y en cada cumpleaños puede hacer un dibujito en la tarjeta para enviar.

La evolución de su afecto se estabiliza y Kalifa parece haber recuperado el gusto por la vida, que aprehende de otra manera.

Epílogo

Es imposible tratar todos los temas de este libro sobre psicopatología, un enfoque integrador. Habrá sido necesario hacer elecciones en base a las experiencias más comunes encontradas a lo largo de mi carrera como psicólogo, especialista y otros títulos o experiencias que, reconozco, quedan muy por debajo de lo que existe hoy. Sin embargo, este libro es el mejor para un clínico. Lo que retenemos de manera general y global son dos cosas: 1) el enfoque integrador y 2) tener en cuenta factores multidimensionales durante un diagnóstico.

Este enfoque integrador que parece asustar a muchos compañeros que no lo experimentan y se quedan en una especie de precuadrado que les fue inculcado durante su formación. Agradezco a los autores de este libro, fue necesario tener coraje y una visión a más largo plazo de lo que representa la psicopatología.