

Argument

Les enjeux de la psychiatrie actuelle et son avenir

Willy Apollon, Danielle Bergeron and Lucie Cantin

Volume 30, Number 1, Spring 2005

Les psychoses réfractaires : modèles de traitement québécois et canadiens

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/011266ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/011266ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Apollon, W., Bergeron, D. & Cantin, L. (2005). Argument : les enjeux de la psychiatrie actuelle et son avenir. *Santé mentale au Québec*, 30(1), 17–27. <https://doi.org/10.7202/011266ar>



Argument

Les enjeux de la psychiatrie actuelle et son avenir

Willy Apollon*

Danielle Bergeron**

Lucie Cantin***

Nous sommes actuellement devant un constat : les limites de la psychiatrie biologique et des découvertes des neurosciences quant au traitement des troubles mentaux graves. Aujourd'hui, en Amérique du Nord, cette limite de la psychiatrie est en fait interne et inhérente à la méthode scientifique appliquée aux phénomènes de l'esprit. En effet, concernant l'approche thérapeutique des troubles mentaux, la psychiatrie devra choisir entre la science et la clinique. Il s'agit là d'un problème que rencontre aujourd'hui l'ensemble du champ médical, mais qui devient particulièrement critique dans le domaine de ce que la médecine en question désigne sous le vocable des maladies mentales, dites les maladies du cerveau par une certaine psychiatrie. D'une façon générale, la nécessité de ce choix est ignorée par les intéressés, car elle soulève des problèmes d'épistémologies scientifiques considérées comme des problèmes philosophiques donc sans intérêt. En fait, elle ne convient ni aux chercheurs scientifiques ni aux compagnies dont le profit est assuré par la commercialisation de la santé des citoyens, dans des démocraties où, de fait, seul l'État peut assurer certains coûts de santé, à même les impôts de l'ensemble des votants.

Ces problèmes d'épistémologie scientifique, se révèlent de plus en plus pour ce qu'ils sont, soit des problèmes d'éthique clinique, compte tenu de l'entrée massive de la question du sujet du droit dans la considération des pratiques médicales. De plus en plus la question du droit des patients, payeurs des taxes avec lesquels les professionnels sont payés pour donner des services dans des institutions publiques,

* Philosophe et psychanalyste.

** Psychiatre et psychanalyste.

*** Psychologue, psychiatre, professeur de clinique.

oblige professionnels et administrateurs à prendre en compte des considérations d'éthique qui jusque-là étaient rejetées avec les questions d'épistémologie qui en faisaient une des dimensions d'une approche scientifique véritable. Ce n'est pas qu'aujourd'hui ces mêmes professionnels et administrateurs ont une conscience claire de la nature de ces questions éthiques qui relèvent de l'épistémologie des sciences, mais ils commencent à se douter qu'elles vont devenir un obstacle majeur aux pratiques actuelles.

De quoi s'agit-il en fait ? Les limites que rencontre la psychiatrie actuelle, malgré les immenses progrès dont elle se glorifie, sont peut-être de la même nature que celles que la physique quantique rencontre dans les années 1924-1926, et les mathématiques modernes dans les années 1932-1936. Il s'agit du rapport de l'esprit humain à la réalité dans la question de la connaissance. Il aura fallu quelques soixante-dix ans, pour que les chercheurs en philosophie et épistémologie des sciences déblayent de façon un peu satisfaisante ce champ de mines rempli de surprises, sans pour autant arriver à un consensus qui conforte les incertitudes qui demeurent incontournables. Dans le même temps nous voyons la psychiatrie d'aujourd'hui, armée des neurosciences et de la génétique d'une part, de la biochimie et des sciences cognitives et comportementales d'autre part, s'avancer avec certitude et hauteur sur ces terrains des rapports de l'esprit à la réalité, où l'enjeu pour la matière étudiée, l'être humain, est le plus souvent sinon toujours une question de vie ou de mort. Si le mathématicien et le physicien d'aujourd'hui cheminent en compagnons d'incertitude dans ce champ des rapports de l'esprit à la réalité, avec le sentiment d'une prudence épistémologique nécessaire à leurs avancées scientifiques les plus pointues et les plus utiles à l'humanité, c'est qu'ils ont pris la mesure de l'écart incommensurable qui sépare les représentations qu'ils construisent de la réalité ou de l'objet que ces représentations prétendent cerner. Surtout l'expérience de la critique de leurs activités et du montage de la machinerie de leurs expérimentations leur a appris à prendre leur distance par rapport à toute visée de l'objet ou à toute prétention au contrôle de la réalité en jeu dans leurs expérimentations. Ils prennent de plus en plus conscience qu'ils connaissent davantage la réaction de l'objet à leur intervention, en tant que cette intervention fait partie des accidents possibles dans l'environnement de l'objet, qu'ils n'appréhendent l'être même de l'objet comme tel.

En se coulant dans une approche scientifique qui ne repose pas sur une épistémologie de ses conditions de possibilité, la psychiatrie d'aujourd'hui laisse peut-être de côté des dimensions essentielles de son objet de recherche. Elle se développe avec la prétention sinon la certitude d'une adéquation entre les représentations qu'elle se construit pour

agir sur l'humain avec l'humain lui-même. Et dès lors elle ne peut que confondre la réaction de l'être à son action avec la structure même de l'être. Cette illusion n'est pas séparable de la projection sur l'homme de l'expérimentation sur l'animal qui sert trop souvent de base à une connaissance prétendue de l'humain. Tout cela présenterait un intérêt intellectuel d'une importance certaine pour l'avancement des connaissances si les conclusions de tels procédés n'étaient pas utilisées « expérimentalement » sur le mode du traitement des troubles mentaux chez l'être humain. Dans une telle problématique tout ce qui de l'humain est accessible à l'appareillage technique de l'observation et de la recherche, principalement sa réaction à une telle situation, devient l'objet d'une psychiatrie scientifique. Bien sûr les résultats d'une telle enquête se proposent au service de la clinique, mais cela suppose que le champ de cette clinique ne se réduit pas à celui d'une telle enquête.

Mais ce qui de l'humain n'est pas accessible à l'appareillage et au montage technique de la recherche, soit le sujet lui-même qui dans sa détresse s'adresse au clinicien et dont la position en regard du lien social fondait hier l'utilité sociale de la psychiatrie, ce sujet risque de rester en plan. Le sujet n'est pas simplement inaccessible, mais l'imprévisibilité de sa réaction, l'incertitude qui marque sa position éthique en regard du mal dont il se plaint, voire son impossibilité de se repérer et de s'identifier comme sujet, le rendent comparable à l'objet de la quête du physicien dans le domaine quantique. Plus encore, l'expérience même du trouble mental quand elle est prise en compte, vérifie la position de Freud qui consiste à soutenir que non seulement une part importante de l'être du sujet est inconsciente et échappe à toute investigation, mais surtout à soutenir que cette part inaccessible semble bien être le lieu dans la structure où se décident l'essentiel de la manifestation des troubles tout autant que les actes les plus personnels de l'être. Les forces en jeu dans un tel lieu ne semblent pas jusqu'à présent de l'ordre de ce que la science peut nous permettre de contrôler voire même de calculer. Nous sommes bien là face à quelque chose qui dépasse les moyens de la raison, tout autant que les possibilités de la pensée, puisqu'il s'agit bien de ce qui trouble cette raison au point de la faire basculer, ou qui laisse cette pensée sans moyen, quand il ne l'anime ou ne l'alimente en surdéterminant son cours. Dans le génie, comme dans l'art ou la folie, nous reconnaissons bien là quelque chose d'analogue à ce que le mathématicien rencontre avec les nombres transcendants ou l'incomplétude des systèmes, ou encore selon une autre interprétation, ce que des communautés traditionnelles ont saisi comme le sacré, bref cette dimension de l'expérience humaine où l'être est confronté à ce qui le transcende et le mène au-delà du code (génétique) ou des mémoires (collectives).

Cette dimension de l'esprit est niée dans sa spécificité par tout un courant, actuellement dominant dans la psychiatrie nord-américaine, dans la mesure où elle est réduite ou confondue avec le psychisme, voire ramenée simplement à une production du cerveau, sous des arguments qui sont présentés comme scientifiques, mais qui pourraient être jugés idéologiques. Elle est pourtant essentielle, non seulement pour la distinction de l'humain de l'animal, mais surtout dans la clinique des troubles mentaux graves. Au niveau de la différence entre l'homme et l'animal, cette dimension de l'esprit conçu dans le freudisme comme une effraction du psychisme (que nous avons de commun avec l'animal) et dont l'inconscient porterait les traces, introduit des considérations d'une grande importance clinique concernant la nature du groupe social humain, dans sa différence radicale de la société animale. Ce n'est pas sans conséquences non plus sur la nature et la fonction de cette société de base, la famille, dans la détermination des stades et conditions de la manifestation du sujet humain, non seulement comme parent et enfant, ou comme adolescent et adulte, mais plus encore comme femme ou comme homme dans des fonctions spécifiques dans le lien social. Si l'on tient compte de telles distinctions beaucoup de troubles psychiques, en particulier des troubles de nature non psychotiques (états limites, dépression, états anxieux, troubles de l'humeur) semblent plus liés à des conditions de développement ou à des contraintes contextuelles de la manifestation du sujet, qu'ils ne seraient les produits des dysfonctionnements neurologiques ou biochimiques qui les accompagnent nécessairement.

Contrairement aux organisations des sociétés animales fort dépendantes d'un site géographique muni de ressources de survie et de l'exterritorialité du prédateur en regard de la survie des couvains dans ce site, les sociétés humaines se caractérisent par la liberté du groupe par rapport au territoire et à ses ressources, par le caractère interne du prédateur, (proprement la pulsion de mort), et surtout par une organisation de l'ensemble social autour de la gestion de la transcendance à travers le contrôle de l'hallucination dans la création de l'univers symbolique du langage. Ce contrôle symbolique de l'hallucination garantit le « rituel » et le « visible » comme des déterminants historiques conditionnant le collectif humain, et réglant tout le champ de la perception et de la conscience, les rendant étrangers à tout ce qui se présenterait dans le monde animal comme un comparable ou un équivalent. Les psychoses mettent en question précisément le mode symbolique sous lequel une société donnée à un moment historique entend gérer l'hallucination, en tant qu'elle est un certain rapport à ce qui est au-delà de la raison, à un au-delà de la pensée. Encore une fois, tout cela suppose une prise en compte du sujet dans son expérience, en ce qu'elle a de foncièrement

incommunicable et non répétable, échappant par là à l'observation, à la vérification par les pairs et au contrôle scientifique. Paradoxalement, cela rend d'autant plus importante la promotion de la recherche scientifique qui offre à une telle perspective clinique la balise des limites de la raison et de la pensée, comme contrainte de réalité nécessaire dans l'établissement des conditions de manifestation du sujet.

La psychiatrie doit donc choisir entre science et clinique et élargir ses perspectives au-delà des limites de la science. Le traitement des troubles mentaux ne peut pas vraiment être un simple objet scientifique, même s'il doit pouvoir compter sur les balises rationnelles de l'enquête scientifique. Les phénomènes mentaux, par leur nature même, ne rencontrent pas et ne rencontreront jamais les conditions exigibles pour en faire un champ ou un domaine simplement scientifique dans le sens où l'entend le courant dominant en psychiatrie. Ils relèvent du champ de l'éthique et ne peuvent être traités que cliniquement c'est-à-dire au cas par cas, en tenant compte de la dimension fondamentale de la responsabilité du sujet dans son trouble mental et de la position éthique qu'une telle responsabilité suppose du clinicien. En effet, le trouble mental ne peut pas se corriger de l'extérieur quelles que soient sa dimension ou sa gravité. Le traitement dépend fondamentalement de la position subjective du patient en regard du statut de sa souffrance et de la nature de ce qui la cause. La réduction du trouble mental par un traitement jusqu'à sa disparition reste fondamentalement un phénomène d'éthique qui engage aussi bien la position éthique du clinicien.

Il faudrait en fait distinguer le trouble neurologique, le trouble psychique de nature foncièrement biochimique, et le trouble mental proprement dit. Le trouble neurologique est de nature organique, il répond au concept de maladie et doit être traité comme tel avec les compétences médicales qui s'imposent. Le trouble psychique accompagne comme conséquences les troubles neurologiques ou un trouble mental ; son traitement relève d'un autre ordre que le traitement strictement médical et mobilise d'autres formes de connaissances scientifiques et techniques dans le champ des réadaptations, des apprentissages et acquisitions de nouvelles aptitudes. Autrement dit, dans ce cas, le traitement psychologique ne suffit pas en lui-même, puisque le trouble qu'il vise est une des conséquences d'un autre trouble ou d'une maladie plus importants. En fait il concerne toujours le contrôle et l'efficacité du rapport de l'être à son environnement significatif. Quant au trouble mental, il est d'une toute autre nature, quelles qu'en soient la gravité ou les conséquences psychologiques ou neurologiques. Le trouble mental met toujours en jeu le rapport conflictuel du sujet en ses manifestations

concrètes avec le lien social ou le compagnonnage historique, dans sa quête d'une réalisation de soi originale en regard des idéaux, impératifs et contraintes de sa société.

Le trouble mental comme tel n'est pas traitable à la manière d'une maladie physique, il est la manifestation d'un échec ou d'un blocage qui met en cause l'éthique du sujet dans un contexte où ce vers quoi il tend, qu'il en soit conscient ou non, est antinomique par rapport à ce qui lui est objectivement possible dans le lien social. Le traitement du trouble passe nécessairement par le changement de position éthique du sujet par rapport au conflit qui crée le trouble. Le sujet doit être amené par le clinicien à un changement de sa position éthique en regard de son mal. En ce qui concerne les troubles mentaux, le traitement vise donc directement le sujet lui-même dans sa position éthique en regard de son trouble, en tant que cette position est déterminée par la conscience et le savoir auxquels prétend le sujet concernant la situation ou le contexte qui déterminent son impasse mentale. Cette prise en compte de la position subjective est déterminante dans toute approche clinique du trouble mental. Ce dernier ne peut jamais être considéré comme un objet sur lequel une intervention du scientifique pourrait être efficace.

Ce qui est en jeu dans le trouble mental confronte le sujet à ce qui dépasse le pouvoir de la science, ou de la pensée, ou de la raison dans le champ de l'humain. La science sert, dans le champ de la pensée, à définir le possible en reculant les limites de l'impossible. Mais elle ne peut définir le déraisonnable dans le champ du possible qu'elle contribue à établir. Le passionnel, l'hallucinatoire et le transcendant échappent à son pouvoir. Seule la société, en regard de son projet historique, détermine en fait le souhaitable, délimitant l'obscène, en gérant avec ses idéaux, exigences et contraintes, le passionnel, l'hallucinatoire et le transcendant. Ainsi, à moins de croire en l'existence d'un grand Autre, il faut bien admettre que la religion n'est qu'un mode historique de gestion collective de la transcendance, du passionnel et de l'hallucination. Le trouble mental résulte toujours de la confrontation directe ou indirecte (dans le cas de l'enfant par exemple) du sujet à ces modes de gestion collective qui surdéterminent son rapport au passionnel, à l'hallucinatoire et à la transcendance. Il requiert donc fondamentalement une prise de position éthique du sujet, même enfant, en regard à ce qui s'impose ainsi définissant une réalité avec laquelle il va devoir composer, en dépit de sa quête subjective.

Ainsi, le trouble mental ne peut être considéré comme équivalent ou comparable à un handicap physique traitable par l'intervention et la réadaptation. En effet, la réadaptation suppose la perte de l'usage ou du

fonctionnement d'une faculté ou d'un organe qui serait susceptible d'être compensée par un ensemble d'acquisitions nouvelles que garantiraient les processus d'une réadaptation appropriée. La confusion actuelle du trouble mental sévère avec un handicap physique et le rabattement de son approche thérapeutique sur une théorie physique du trouble sont une négation de la dimension subjective de la personne souffrant de troubles mentaux, négation qui est contraire au principe même d'une démocratie dont le fondement réside dans la liberté et le droit de la personne. De telles questions, posées aujourd'hui par le retour en force de la considération du sujet du droit dans la clinique des troubles mentaux, confrontent à des enjeux de société qu'on ne peut plus continuer à refouler au profit d'une commercialisation de la maladie et de la santé des citoyens.

De tout temps, les communautés ont géré cette effraction du culturel par le transcendant, le passionnel et l'hallucinatoire à travers les contraintes du langage, les idéaux collectifs, les pratiques sociales, les mœurs, les règles de solidarité et de compagnonnage qui sont substitués à cet autre champ qui transcende la raison et la pensée. Mais aussi, à chaque époque l'histoire fait état d'individus qui ont privilégié leur vie durant cette autre dimension qui fragilise le tissu social humain — anachorètes, mystiques, artistes, shaman, fou, savant, etc !...

Le psychotique représente en quelque sorte l'exemple par excellence du trouble mental et la justification même de la psychiatrie dans le champ de la médecine contemporaine. L'expérience initiale du psychotique semble être à l'effet d'une insuffisance radicale d'une telle gestion communautaire de l'effraction du psychisme par ce qu'il interprète comme venant d'un autre lieu — les voix, les injonctions, les idées psychotiques, les impulsions à agir, les visions, les expériences corporelles, et autres. Le projet constitutif des psychoses comme rupture du lien social et obstacle fondamental au compagnonnage humain est la volonté arrêtée du psychotique de remanier la solution de la communauté au point parfois de vouloir en créer une autre. Au cœur de ce projet est l'objectif d'une conciliation adéquate de la structure du lien social à cette dimension qui transcende la réalité commune, la pensée et les entreprises de la raison. La logique de son délire rend compte de cette articulation souhaitée comme harmonieuse des deux dimensions, ce qui nous semble inconciliable. Toutefois l'harmonie que souhaite le sujet psychotique va toujours dans le sens de la soumission du lien social au projet issu de son expérience traumatique.

À titre d'exemple pour la discussion on pourrait terminer en proposant les principes d'un traitement véritable dans le cas particulier de la psychose :

A. L'approche courante, traditionnelle

Par la pharmacothérapie d'abord et la réadaptation ensuite, cette approche vise à ignorer ou à supprimer si possible le rapport du sujet à cette dimension de l'être qui transcende la pensée. L'administration du médicament prévaut sur l'histoire et l'expérience subjectives qui sont occultées et rendues inutiles par la recherche des molécules idéales pour résoudre chimiquement tel ou tel symptôme ou cible organisé en syndromes : troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles psychotiques... Ce qui pour le psychanalyste réside dans un défaut dans le rapport du sujet à l'objet du désir avec ses manifestations maniaques ou dépressives reçoit le diagnostic de bipolarité auquel est attribué un fondement biologique voire génétique que le psychiatre visera à réduire par l'administration calculée d'une variété de médicaments à visée symptomatique. Quant au psychotique, une fois sa crise désorganisatrice pour lui et son entourage étouffée et contrainte par la médication, ce qui constitue le premier temps du traitement, un second temps s'amorce où l'objectif est de lui inculquer des moyens éducatifs et cognitifs pour rectifier son rapport à la pensée commune, son rapport aux autres, faire en sorte qu'il s'adapte à la société environnante, qu'il en intègre les exigences, et chasse de son imaginaire sa construction de sens, son délire, pour se ranger sous les idéaux de la majorité.

B. L'approche développée au 388

Au Centre psychanalytique de traitement pour jeunes adultes psychotiques à Québec -le 388-, le rapport au psychotique est guidé par l'accueil du sujet et l'acceptation de sa parole comme manifestation d'une expérience singulière et originale qui transcende la réalité, la pensée et la conscience communes. La prise au sérieux de son expérience de sujet, dès la première rencontre d'admission, caractérise l'approche. Cette expérience est reçue avec toutes ses caractéristiques. Son unicité et sa singularité sont acceptées comme telles. L'étrangeté tout comme l'imprévisibilité de son occurrence ne sont pas confrontées à des normes socioculturelles de manifestation de la conscience de la réalité, mais acceptées pour ce qu'elles se présentent dans le discours du patient, une vérité plus réelle que la réalité elle-même.

L'accueil et l'interrogation de son projet dans sa dimension dite communément délirante, feront l'objet de toute l'attention de l'analyste, dès la première rencontre au comité d'admission. Plus tard, au cours du processus analytique, cet intérêt de l'analyste pour son projet, le portera progressivement à en examiner la logique interne, pour répondre au besoin de savoir et de compréhension dont fera état l'analyste. Il ne pourra

pas échapper tôt ou tard aux contradictions insolubles qui minent cette logique interne de son projet et alimentent ses crises de décompensation psychotique, sans que l'analyste pas plus que n'importe quel intervenant clinique au Centre ait à contester quelque aspect que ce soit de ce projet.

L'effet de contrainte de l'adresse qui lui est offerte en toute bonne foi le portera donc à un travail en profondeur sur l'entreprise qui semble régler toute sa vie : reconsidérer radicalement la solution de la communauté dans la gestion de la transcendance. Dans ce travail en profondeur que seule la psychanalyse appliquée par le Gifric au 388 a permis à ce jour, la logique du délire, confrontée à son propre défaut interne découverte dans l'expérience de la cure, confronte le sujet psychotique à une impasse éthique. Une telle situation relance la crise et aggrave le symptôme, sollicitant toute la compétence médicale du psychiatre, mais c'est en dévoilant la structure de la crise et le défaut qui la déclenche en soutenant le symptôme. Un traitement de la crise est alors possible qui mène le sujet au point de pouvoir en contrôler les manifestations jusqu'à leur disparition.

Une modification progressive du discours du sujet en résulte, ce que les experts évaluateurs du 388 ont très bien repéré, à leur étonnement. La disparition des symptômes spécifiques de troubles de la pensée et du comportement habituellement rapportés comme spécifiques des psychoses, n'est ici que la surface facilement repérable des changements profonds auxquels la psychanalyse au 388 conduit le patient psychotique. En effet les enjeux de la levée de l'impasse éthique à laquelle l'expérience de la cure analytique conduit le délirant dans son projet de réforme ou de refus radical du lien social et du compagnonnage qu'il supporte, sont d'une autre portée.

D'entrée de jeu, la cure analytique, le traitement de la crise, le support clinique psychiatrique et les interventions cliniques de soutien du sujet dans le lien social, ne visent nullement l'effacement ni la suppression de la dimension radicale d'accès à un autre espace qui est au cœur de l'expérience psychotique. Cette effraction du psychisme par la transcendance de ce qui dépasse les pouvoirs de la pensée et les stratégies de la raison, est commune à tout humain, et le situe hors de l'univers que nous partageons avec les animaux. Le respect de cette dimension dans le sujet psychotique est un des plus importants défis de la clinique psychanalytique au 388. Mais c'est aussi la base d'une éthique qui rend le psychotique beaucoup plus fiable que le commun des névrosés qui prétendent le « soigner » ou le prendre en charge.

D'autre part, la constitution d'une nouvelle logique, à partir des acquis de l'expérience psychanalytique du sujet s'impose pour exprimer

son rapport à cet autre espace qu'il partage, il le sait, avec d'autres, artistes, religieux, philosophes, mathématiciens, physiciens, etc. mais contre quoi d'autres se défendent, y compris éventuellement ses « soignants », et cela aussi il le sait désormais. Le maintien de l'espace de son expérience subjective si singulière n'est garanti que dans son expression selon une logique négociable dans le lien social où comme chacun, il est un prisonnier historique. La négociation de son espace subjectif d'expérience dans les limites des solutions communautaires de gestion de la transcendance devient le nouveau défi personnel auquel sont suspendus le succès et la fin de sa cure analytique, comme son autonomie et sa responsabilité de citoyen dans la société historique où il est engagé dans un compagnonnage qu'il ne choisit pas nécessairement. Ce défi nouveau, pour un certain nombre de psychotiques remplace avantagusement le précédent projet grevé par les impasses de la logique du délire.

À travers ces modifications, la transformation du discours du psychotique jusqu'à la disparition du délire et des crises, permet au sujet d'articuler progressivement sa singularité au lien social, où il tentera avec d'autres de servir, de produire, de faire sa part. Il fait face désormais à une éthique de la responsabilité de son rapport à la transcendance dans le lien social.

Toutes les procédures, les activités d'intervention clinique, les entrevues et interventions psychiatriques, les ateliers d'art ou de retour au travail, les activités culturelles ou sociales, etc. sont orientés et gérés en fonction de ce seul objectif d'accompagner le patient dans ce parcours, tant qu'il le veut bien. Sa position éthique, requise par la logique de l'expérience analytique telle que pratiquée par le Gifric au 388, est le seul répondant d'une telle approche en dernier recours. L'expérience de la psychose pose en effet des enjeux éthiques d'articulation subjective d'un accès singulier à la transcendance aux impératifs et contraintes historiques du lien social, qui échappent à toute approche scientifique.

Conclusion

Il semblerait qu'une approche trop globale ramenant tous les phénomènes des troubles mentaux aux racines neurobiologiques et génétiques du comportement aboutirait finalement à une division des troubles en fonction des interventions possibles alors que ce qui est souhaitable est de partir non pas des interventions possibles mais de l'expérience effective des sujets. L'idée d'un traitement par symptômes cibles et comportements touche seulement aux conséquences du trouble

mental, laissant les sujets démunis quant à la source de leurs troubles. Peut-être qu'il ne s'agirait pas tant de corriger les bases scientifiques du comportement que de permettre à un sujet de s'articuler dans son éthique personnelle à l'histoire de la société à laquelle il participe. Ce qui prime resterait l'éthique personnelle qui règle le comportement quelles que soient les bases scientifiques de ces comportements.