



# Psychiatrie et environnement

**Laurent Chneiweiss**

L. Chneiweiss : 5, rue Kepler, 75116 Paris, France.

► L'environnement est, pour la plupart des psychiatres, comme l'Arlésienne de Bizet : il en est beaucoup question mais on ne le voit jamais. Contrairement au rhumatologue qui peut visualiser sur une radiographie l'arthrose de son patient ou l'endocrinologue qui objective le dysfonctionnement thyroïdien, le psychiatre ne peut se fonder que sur ses propres concepts pour apprécier l'importance de l'environnement dans l'organisation de la maladie qu'il doit traiter. Plutôt qu'un fait, l'environnement apparaît donc comme un concept. Dans le cadre de l'évaluation des processus pathologiques en psychiatrie, l'environnement peut être considéré sous l'angle des événements de vie ou sous celui plus vaste du contexte social. Au cours de ces dernières années, des études sont venues suggérer de resituer le poids de l'environnement dans le développement et le maintien de l'affection. Pour ne pas trop disperser le lecteur, les maladies anxieuses et dépressives seront, arbitrairement, privilégiées. ◀

**A**vec le passage d'une psychiatrie asilaire, centrée sur la psychose, à une psychiatrie ouverte sur la vie quotidienne, centrée sur la prise en charge des états anxieux et dépressifs, l'environnement a pris au fil du xx<sup>e</sup> siècle une place grandissante dans la conception de la maladie mentale. Curieusement, dans la plupart des études, une évaluation précise de l'impact de l'environnement sur l'individu fait toutefois le plus souvent défaut.

## **Une classification qui mériterait d'être appliquée plus rigoureusement**

En 1980, la parution de la classification américaine des maladies mentales, le DSM-III (*diagnostic and statistical manual of mental disorders*), consacre l'importance de l'événement et de l'environnement dans l'organisation des troubles psychiques. Désormais la psychiatrie entre dans l'ère du bio-psycho-social. On entend par cette expression une tentative globalisante d'explication des troubles mentaux. Le bio (pour biologique) résume les facteurs de vulnérabilité, le psycho (pour psychologique) tente de cerner les facteurs personnels (historiques, cognitifs) qui concourent à l'organisation de la personnalité et à celle de la maladie mentale, et le social évalue les facteurs environnementaux.

Dans les éditions successives du DSM [1], cette organisation n'a pas été remise en cause. L'axe 1 répertorie les troubles psychiatriques. Il s'agit des regroupements syndromiques dont les points communs sont d'entraîner une souffrance (quantifiable par un nombre déterminé de symptômes), une durée d'évolution suffisamment importante pour les distinguer clairement des émotions communes et un handicap plus ou moins marqué dans le fonctionnement quotidien, qu'il soit professionnel ou personnel. Nous retrouvons ainsi dans le cadre de l'axe 1 les maladies de l'anxiété, les états dépressifs, les troubles psychotiques, etc. L'axe 2 classe les troubles de la personnalité. Le handicap et la souffrance sont toujours présents mais c'est ici le début des troubles (tôt dans l'existence) et leur évolution qui signent la cohérence. Nous retrouvons ici les personnalités pathologiques comme la personnalité narcissique\*, obsessionnelle\*\*, etc.

\* Il serait vain de vouloir définir précisément en quelques mots chacune des personnalités pathologiques. La personnalité narcissique s'articule autour de schémas de pensée comme « je suis spécial », « j'ai droit à l'admiration d'autrui », ou « les règles peuvent être contournées si j'en ai besoin ».

\*\* La personnalité obsessionnelle reprend les éléments de la personnalité sadique-anale des psychanalystes : méticulosité, souci de l'ordre, parcimonie, souci de la propreté, etc.

L'axe 3 classe les affections physiques, l'axe 4 note la sévérité des facteurs psychosociaux et l'axe 5 évalue le meilleur niveau de fonctionnement au cours de l'année écoulée.

En principe, chaque publication en psychiatrie devrait comporter des indications sur ces 5 axes. Cependant, force est de constater que la grande majorité des publications se bornent à vérifier les critères des troubles de l'axe 1. Un nombre bien plus faible cite l'axe 2 et très rares sont celles qui s'intéressent aux autres axes. Ainsi, par exemple, Baldwin *et al.* [2] ont récemment démontré l'intérêt de la paroxétine dans le traitement des phobies sociales. Les critères de sélection sont ceux de l'axe 1 du DSM-IV et une batterie d'échelles évalue l'importance du trouble avant et après traitement. En aucun cas, les axes 3, 4 et 5 ne sont mentionnés.

Si une réponse existe à cette désaffection, il faut probablement la chercher dans la caractérisation de l'événement comme un phénomène extérieur à l'individu, l'archétype de l'expérience acquise. L'évaluation des événements de vie dans le cadre des essais thérapeutiques revêtirait un intérêt secondaire car la rencontre avec l'environnement serait indépendante de l'organisation interne du sujet.

Bien au contraire, la génétique des événements de vie nous montre que nos rencontres avec l'environnement ne sont peut-être pas totalement fortuites.

### **Un lien entre événements de vie et personnalité ?**

Récemment, plusieurs critiques ont été émises par les psychiatres généticiens sur cette séparation entre événements de vie et personnalité. En fonction de notre tempérament, nous irions à la rencontre de certains événements de vie pouvant se révéler pathogènes.

Manfro *et al.* [3] retrouvent dans les antécédents immédiats de 233 sujets présentant un trouble panique une fréquence importante (environ 80 %) d'événements de vie stressants. Cependant, cette équipe montre également que la présence d'antécédents familiaux de troubles anxieux accroît la probabilité de trouver des événements de vie stressants déclarés à l'origine du trouble.

Dès 1993, Lyons et son équipe [4] montrent que l'hérédité influence la

tendance à se retrouver en position dangereuse. Étudiant les vétérans de la guerre du Viêt Nam, Lyons centre son travail sur 5 000 paires de jumeaux. La concordance atteint 50 % chez les monozygotes contre 20 % chez les hétérozygotes en ce qui concerne l'exposition à des situations à fort risque vital. True *et al.* [5] apportent des données allant dans le même sens. Les auteurs ont évalué la fréquence des états de stress post-traumatiques (ESPT) chez 400 paires de jumeaux homozygotes et hétérozygotes vétérans du Viêt Nam. Les ESPT, appelés également névroses traumatiques, désignent les états marqués avant tout par la reviviscence de l'exposition à un traumatisme majeur (mettant sa vie en jeu ou celle des autres). Un critère fondamental pour réaliser le diagnostic du trouble est bien entendu l'exposition à un événement ou à un environnement traumatique. Or True retrouve un excès de concordance pour ce trouble chez les monozygotes. Pour l'auteur, l'explication passe par une transmission génétique du tempérament. Se mettre dans des situations à risque vital serait sous dépendance génétique. Dans la lignée des travaux de Zuckerman [6], il plaide en faveur de tempéraments poussant l'individu à rechercher certaines sensations. Saudino *et al.* [7] ont montré que les facteurs génétiques permettent d'expliquer une relation entre événements de vie contrôlables et tendances névrotiques (le terme consacré est celui de « névrosisme », concept regroupant la tendance à l'introversion et à l'anxiété). Désormais, il est nécessaire de mettre en perspective l'événement avec la structure psychique de l'individu.

### **Une biologie des passions**

La confrontation entre l'individu et le stress de son environnement n'est donc pas que le fruit du hasard.

Par ailleurs, il semble que la pathologie immédiate (ou légèrement différée) ne soit pas la seule conséquence de cette rencontre: une fragilité pourrait bien se créer, faisant d'emblée le lit de difficultés futures. La théorie du *kindling* (l'embrasement) de Robert Post explique pourquoi les événements de vie semblent de moins en moins importants au fil du temps pour enclencher un processus dépressif

chez un patient donné. La psychiatrie a pendant longtemps opposé les dépressions « névrotico-réactionnelles » (secondaires à un ou plusieurs événements fragilisants comme un deuil, des difficultés de couple ou un chômage) et les dépressions « endogènes », frappant l'individu comme « un coup de tonnerre dans un ciel serein ». Aujourd'hui, la psychiatrie ne distingue plus ces deux types de dépression car ils ne possèdent pas de différences marquées dans leur expression sémiologique. Pour Post [8], les facteurs de stress et l'expérience dépressive elle-même vont entraîner des modifications neurobiologiques dans le sens d'une fragilisation. Ces expériences vont modifier l'expression génique et la structure neuronale elle-même. En particulier, les stressseurs et les concomitants biologiques d'un épisode dépressif peuvent induire le proto-oncogène *c-fos* et les facteurs de transcription qui lui sont liés. Ainsi, l'embrasement se fera progressivement pour des événements ou des stress de moindre importance, voire sans stress évident du tout. Cette séduisante théorie reste actuellement en cours de validation. Si elle se vérifiait, elle accorderait une place déterminante à l'environnement et à l'histoire du sujet pour les premiers épisodes et une importance très secondaire pour les suivants. Pour Post, le *kindling* serait responsable d'une sélection dans l'engrammement\* des expériences. Sur le plan thérapeutique, le système limbique pourrait être mobilisé lors des premiers épisodes par une thérapie analytique. Par la suite, le conditionnement dominerait les conduites et les pensées du sujet (avec un rôle dominant des structures striées), rendant plus efficaces les thérapies centrées sur « l'ici et le maintenant » comme les thérapies comportementales, cognitives ou les thérapies interpersonnelles.

### **Les relations entre maladies psychiatriques et environnement social**

L'apparition d'outils diagnostiques fiables dans les suites du système DSM a permis le développement d'une épidémiologie psychiatrique de qualité. Nous constatons une aug-

\* Trace laissée en mémoire.

mentation régulière des troubles mentaux et notamment des troubles affectifs (anxiété et dépression). Est-il possible d'établir un lien entre l'évolution de la société et l'accroissement du nombre de cas détectés ? Le facteur de rechute et de chronicisation de l'état dépressif le plus évident est le lien social. La dépression est une affection fréquente (voir *Tableau I*), dont la prévalence croît avec le faible soutien social et le bas niveau socio-économique.

Dans l'étude ECA [9], les rechutes dépressives et/ou le passage à une chronicité sont plus importants chez les patients à faible soutien social, c'est-à-dire ceux dont on peut supposer qu'ils vivent seuls : les veufs et les veuves, les séparés ou divorcés. Les femmes sont plus sensibles à ces facteurs de risque.

Inversement, le soutien social apparaît comme un facteur protecteur (pour revue, voir [10]). Ainsi Brown et Harris [11] montrent que les femmes souffrent moins souvent de dépression lorsqu'elles sont confrontées à un événement de vie stressant si elles disposent d'un confident marital. Pour Surtees [12], l'effet protecteur du support social est non seulement lié à la relation de confiance mais aussi, et peut-être surtout, aux contraintes liées à sa réciprocité.

Le bas niveau socio-économique est considéré dans la plupart des enquêtes comme un facteur de risque important. Ainsi, quatre facteurs de vulnérabilité ont été dégagés de l'étude effectuée dans la population

générale féminine d'un quartier de Londres (le quartier de Camberwell) par Brown et Harris. Il s'agissait d'appartenir à la classe ouvrière, d'avoir trois enfants ou plus – âgés de moins de 14 ans –, vivant à la maison, d'avoir peu ou pas d'intimité avec quelqu'un (mari ou ami), d'avoir perdu sa mère avant l'âge de 7 ans.

C'est ce que nous avons retrouvé dans une enquête de dépistage systématique chez le fabricant d'automobiles Renault. Le dépistage s'effectuait à l'aide d'une échelle validée : l'HAD [13]. Cette échelle possède une très bonne corrélation avec les diagnostics de dépression ou de troubles anxieux dès lors que la note à chacune de ces entités dépasse 11. Nous retrouvons après analyse de plus de 6 000 dépistages une prévalence probable à 1 mois de 7,3% chez les ouvriers contre 3,4% chez les cadres.

**En guise de conclusion :  
accepter de ne pas  
appliquer un modèle  
pasteurien  
à la psychiatrie**

En médecine, nos études nous ont constamment confrontés au modèle pasteurien : un virus ou une bactérie attaque l'organisme et ce dernier met en place des moyens de défense. Si le sujet est vulnérable, si les moyens de défense échouent, l'individu devient malade et des médicaments vont devoir être utilisés pour neutraliser ou détruire l'agent agressant.

Appliqué à la psychiatrie, le modèle

pasteurien implique que le virus ou la bactérie soient remplacés par l'événement de vie ou l'environnement dans lequel évolue le patient. Ainsi un individu fragilisé est bousculé par son environnement et entre dans le cercle des malades. Si nous suivons cette logique, le meilleur remède serait un agent capable de détruire l'événement de vie ou l'environnement.

C'est bien sûr impossible et les travaux que nous venons d'explorer montrent bien le caractère illusoire de cette démarche. L'importance de l'événement doit être mis en relation avec la personnalité et la structure du sujet. Comme le souligne Amiel-Lebigre [14], la vulnérabilité, la fragilité d'un sujet donné dépendent à la fois de sa personnalité (constituée au fur et à mesure depuis sa plus tendre enfance) et de sa situation (personnelle, professionnelle, familiale, sociale) à un instant donné. Cet ensemble va interagir avec l'environnement et le résultat net de ces interactions va déterminer la capacité d'adaptation. Dans le cadre du traitement des états dépressifs, l'une des caractéristiques communes des psychothérapies et des médicaments est de permettre au patient de se mettre en recul par rapport à son environnement. Le traitement lui permet d'évaluer les meilleures manières de lire cet environnement et, du coup, de trouver les stratégies les plus efficaces pour y faire face.

Au-delà de l'indispensable évaluation de la gravité de l'événement, la psychiatrie se tourne aujourd'hui vers l'interaction ■

**Tableau I.** Prévalence des diagnostics (d'après [15]).

Diagnostic DSM-III-R	Hommes		Femmes		Total	
	Toute la vie	1 an	Toute la vie	1 an	Toute la vie	1 an
Épisode dépressif majeur	12,7	7,7	21,3	12,9	17,1	10,3
Épisode maniaque	1,6	1,4	1,7	1,3	1,6	1,3
Dysthymie	4,08	2,1	8	3	6,4	2,5
Total des troubles affectifs	14,7	8,5	23,9	14,1	19,3	11,3
Panique	2	1,3	5	3,2	3,5	2,3
Agoraphobie	3,5	1,7	7	3,8	5,3	2,8
Phobie sociale	11,1	6,6	15,5	9,1	13,3	7,9
Phobie simple	6,7	4,4	15,7	13,2	11,3	8,8
Anxiété générale	3,6	2	6,6	4,3	5,1	3,1
Total des troubles anxieux	19,2	11,8	30,5	22,6	24,9	17,2

**RÉFÉRENCES**

1. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4<sup>th</sup> ed. Washington DC: American Psychiatric association, 1994. Traduction française J.D. Guelfi. Paris: Masson, 1996.

2. Baldwin D, Bobes J, Stein DJ, Scharwachter I, Faure M. Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder. Randomised, double blind, placebo controlled study. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 120-6.

3. Manfro GG, Otto MW, McARDLE ET, Worthington JJ 3rd, Rosenbaum JF, Pollack MH. Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and the course of panic disorder. *J Affect Disord* 1996; 41: 135-9.

4. Lyons MJ, Goldberg J, Eisen SA, et al. Do gene influence exposure to trauma? A twin study of combat. *Am J Med Genet* 1993; 48: 22-7.

5. True WR, Rice J, Eisen SA, et al. Liability for posttraumatic stress symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 257-64.

6. Zuckerman M. *Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum, 1979.

7. Saudino KJ, Pedersen NL, Lichtenstein P, McClearn GE, Plomin R. Can personality explain genetic influences on life events. *J Pers Soc Psychol* 1997; 72: 196-206.

8. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 999-1010.

9. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatr* 1984; 41: 949-58.

10. Hardy-Bayle MC, Olivier V. *Quels critères de guérison pour les états dépressifs ?* Collection Référence en Psychiatrie. Paris: Doin, 1998.

11. Brown GW, Harris TO. *Social origins of depression. A study of psychiatric disorders in women*. London: Tavistock Publications, 1978.

12. Surtees PG, Wainwright NW. Fragile states of minds. Neuroticism, vulnerability and the long term outcome of depression. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 338-47.

13. Zygmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.

14. Amiel-Lebigre R. Événements stressants, évaluation et échelles. In: Chneiweiss L, Albert E, eds. *Stress et anxiété: les faux-semblants*. Château du Loir: Laboratoires Ujphohn, 1994.

15. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12 months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatr* 1994; 51: 8-18.

**TIRÉS À PART**

L. Chneiweiss.

**Summary**

**Psychiatry and patients' surroundings**

For most psychiatrists, a patient's surroundings can be compared to Bizet's « *Woman from Arles* » – often talked about, but never seen. Unlike rheumatologists, who can take a look at an X-ray of their patient's arthritis complaint, or endocrinologists, who can objectify a thyroid dysfunction, psychiatrists can only rely on their own concepts in order to appreciate the importance of surroundings in the complaint displayed by their patient. Surroundings are therefore much more conceptual than factual. This article aims to outline current thoughts on the subject. Via an assessment of the pathological processes involved in psychiatry, surroundings can be considered as being constituted by life events or, in a larger sense, the patient's social context. In recent years, several observations and a number of discoveries have led to a change in our attitude to the relationship between people's life events and their personality. These studies would seem to restore the importance of surroundings in the development and maintenance of the affection. To avoid overdiversification, a greater importance will be granted to anxiety and depression-related diseases.

**JOURNÉES INTERNATIONALES D'ENDOCRINOLOGIE CLINIQUE**

**Henri-Pierre Klotz**  
**Société Française d'Endocrinologie**  
**17-18 mai 2001**

Les 44<sup>es</sup> Journées Internationales d'Endocrinologie Clinique auront lieu à Paris les **17 et 18 mai 2001** et seront consacrées à : « **Obésité : le retour vers l'endocrinologie** »

Date limite de réception des résumés : **15 janvier 2001**

**Renseignements :**  
 Dr G. Copinschi  
 Laboratoire de Médecine Expérimentale  
 Université Libre de Bruxelles – CP 618  
 808, route de Lennik  
 B-1070 Bruxelles – Belgique