Science et comportement
Volume 18, nos 1 et 2, printemps - été 1988, p. 69 - 97.

# Réflexions sur le statut de la plainte et du problème. I. Les approches traditionnelles[1]

JEAN BÉLANGER[2]

*Université du Québec à Montréal.*

La pratique du clinicien qui se dit behavioral est-elle en accord avec les postulats de son approche ou plutôt avec ceux d'autres approches plus traditionnelles dans notre culture comme les conceptions morales, légales, médicales, etc.? La réponse à cette question s'articule autour d'un concept central dans toutes les approches, celui du statut assignée à la plainte et au problème. Il nous semble que la pratique de ce clinicien obéit souvent à des postulats d'autres approches. Deux raisons peuvent expliquer cet état de fait: la dominance culturelle et professionnelle de ces autres approches et le sous-développement conceptuel, du moins en clinique, d'une conception behaviorale. Ce premier article fait ressortir les postulats implicites de ces autres approches tandis qu'un prochain texte présentera et défendera une conception qui nous apparaît plus conforme à l'approche behaviorale.

Il existe diverses approches des problèmes que l'on qualifie souvent aujourd'hui de «psychologiques» et, pour certains de ces problèmes, de «psychopathologiques». Ces approches sont généralement liées à des conceptions différentes de l'être humain et de ses problèmes. Ainsi on peut mentionner, entre autres, des approches apparues dès l'origine de notre civilisation (approches surnaturalistes, approches morales, approches cosmiques, approches légales), celle issues de la médecine (approches psychiatriques et psychanalytiques), celles issues de la psychologie disciplinaire (approches psychométriques, approches phénoménologiques, approches behaviorales) et celles d'inspiration sociologique (théories du «labeling», de la désorganisation sociale, de l'anomie, etc.). Il est important de

1 Cet article constitue la première partie d'un texte dont la suite sera publiée dans un prochain numéro de *Science et comportement*.

2 Les demandes de tirés-à-part doivent être adressées à Jean Bélanger, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Case postale 8888, Succursale A, Montréal, Québec, H3C 3P8.

suppose cependant son existence. Un des efforts de la recherche médicale est orienté vers la découverte de ces causes internes. C'est pourquoi la «démonstration» d'une cause génétique à la maladie est perçue par plusieurs comme une preuve de l'existence d'une maladie.

L'environnement peut avoir un rôle causal important dans la maladie mais il n'en est pas un élément intrinsèque. Ainsi, certains individus peuvent être exposés au virus ou à la bactérie précipitant une maladie. Dans une mine d'amiante, l'individu peut développer une amiantose. L'enfant élevé dans des conditions inadéquates peut devenir pervers, schizophrène, etc. Mais ce rôle de l'environnement n'est que celui d'un déclencheur initial, d'un mainteneur ou d'un propagateur de la maladie (Spitzer et Endicott, 1978, pages 22, 26-28). Une fois l'individu malade, corriger ou purifier l'environnement ou encore sortir l'individu de cet environnement ne guérit pas l'individu malade. C'est là de la prévention, non de la guérison. De plus l'individu n'est pas malade à cause de son type d'interaction avec son environnement. La nature de la maladie ne réside pas dans une interaction insatisfaisante; cette dernière n'est qu'un signe, un effet de la maladie.

La norme biologique ou psychologique interne définit un ou des critères objectifs, non culturels ou sociaux, de l'existence d'une maladie. Cette norme entraîne quatre conséquences théoriques importantes. La première conséquence est le postulat qu'il existe une différence entre les processus ou les structures présents dans la maladie et ceux présents dans la santé, donc une différence entre la maladie et la santé. Cette différence permet supposément au médecin de distinguer ce qui relève de la maladie et ce qui relève de la santé. Il est important de noter que, pour Spitzer et Endicott (1978, p. 36), la notion de santé ne correspond pas à la présence d'un état optimal ou idéal. La deuxième conséquence est le postulat que les maladies mentales, du moins les plus importantes, comme la schizophrénie ou la dépression, sont universelles et se retrouvent dans toutes les cultures humaines (Murphy, 1982). Trois types de variations interculturelles sont compatibles avec le modèle. D'abord l'expression concrète de la maladie peut varier selon la culture: ainsi, au lieu de se prendre pour Jésus ou Napoléon, le malade délirant pourra se prendre pour Bouddha ou Mahomet selon sa culture ou son époque. Deuxièmement, il peut exister, entre groupes culturels différents, des variations génétiques qui vont influencer la distribution de la maladie. Troisièmement, chaque culture peut, pour des raisons de modes de vie, favoriser tel ou tel autre type de maladies mentales. La troisième conséquence du postulat d'une causalité interne est que les changements appris de comportements correspondant aux phénomènes cliniques pathologiques ne peuvent signifier la guérison de la maladie (Spitzer et Endicott, 1978, p. 27). Enfin, comme quatrième conséquence, puisque la maladie est interne à l'individu plutôt que contextuelle, le diagnostic et le traitement peuvent, théoriquement, être faits n'importe où (par exemple, dans le bureau du médecin). Et ils seront valables et se généraliseront automatiquement dans tout autre contexte ou situation que peut rencontrer le malade.





*Relation des phénomènes cliniques à ces causes internes*

Le symptôme, signe, problème, difficulté ou malaise apparent n'est qu'un indice plus ou moins indirect et équivoque d'une maladie. L'absence de symptôme ou de signe apparent ne signifie nullement l'absence de maladie. L'individu peut être malade sans que des signes ou symptômes de la maladie soient manifestes. C'est typiquement le cas de maladies naissantes dans un individu. Les signes et symptômes n'apparaîtront souvent clairement que quand la maladie sera bien établie. C'est pourquoi il faut idéalement détecter la maladie le plus tôt possible, avant qu'elle ne commence à exercer ses ravages sur l'individu, c'est-à-dire avant que n'apparaissent les signes et symptômes les plus graves. De plus, traiter le symptôme ou le signe n'est pas traiter la maladie et la disparition du symptôme ou du signe ne signifie nullement la disparition de la maladie. Un traitement symptomatique (qui fait disparaître les manifestations de la maladie sans s'attaquer à ses causes) est un pis-aller. Sans guérison de la maladie, d'autres symptômes, peut-être bien plus graves, pourront apparaître par la suite.

*Diversité et classification des maladies et caractéristiques du diagnostic idéal*

Il existe plusieurs types de maladies. Il n'y a donc pas une maladie unique qui prend diverses formes. Ces maladies diffèrent par leur étiologie (les causes ou événements précipitant et les changements physiologiques ou anatomiques que ces causes ou événements produisent dans l'organisme), leur symptomatologie (sémiologie, signes, symptômes et syndrome), leur pronostic (cours ou évolution temporelle) et leur réponse au traitement (le traitement adéquat d'une maladie est inefficace pour une autre). Elles sont regroupées dans une classification (taxonomie) qui constitue la liste officielle des maladies reconnues par la médecine.

Le diagnostic idéal doit préciser l'étiologie, quand elle est connue, et ne pas s'en tenir à la seule description des symptômes ou signes qui ne sont que l'apparence externe et trompeuse de la maladie. Sa nature interne réelle doit donc idéalement être précisée dans un diagnostic étiologique. D'où l'opposition de certains psychiatres au DSM III, à cause de ses définitions «opérationnelles», c'est-à-dire symptomatiques des étiquettes diagnostiques.

La maladie a un cours naturel, déterminé, que doit indiquer le pronostic, selon qu'elle est ou non traitée. Ce cours naturel est commun à tous ceux qui souffrent de cette maladie, quelle que soit la culture des malades.

*Variétés du modèle*

Il existe deux variétés du modèle internaliste en santé mentale et en psychiatrie. La variété originelle du modèle est organique. Elle est une extension de la notion de maladie physique au domaine psychologique. Plutôt que physiques, les signes sont maintenant psychologiques. Elle considère que la maladie mentale est un phénomène biologique, biochimique ou biophysique, consistant dans une inadéquation anatomique ou physiologique, structurelle ou fonctionnelle.

noter que des éléments de ces diverses approches peuvent co-exister simultanément dans une même culture, une même époque ou dans un même individu.

E. Locke (1971) demandait, il y a quelques années, «*Is "behavior therapy" behavioristic?*». Certaines caractéristiques de la pratique actuelle de cliniciens qui disent avoir une approche behaviorale amènent à se poser la question «Ont-ils vraiment une approche behaviorale ou ne font-ils qu'employer, dans le cadre d'une autre approche, des techniques d'intervention issues d'une approche behaviorale?» Le recours fréquent au D.S.M. III, par exemple, et l'absence d'une évaluation behaviorale portent à répondre «non» à la première question et «oui» à la deuxième. Il semble que, sans s'en apercevoir peut-être, des cliniciens qui se disent behavioristes ont adopté souvent des pratiques qui reposent en fait sur des postulats relevant d'autres approches. Ces postulats imprègnent tellement notre culture sociale et la pratique professionnelle, du moins en clinique, que le praticien souvent ne peut envisager de fonctionner autrement qu'en les respectant même s'il ne sont pas exigés par une approche behaviorale, même s'ils sont parfois incompatibles avec elle ou s'ils ne sont peut-être pas les meilleurs dans certaines situations de pratique. En quoi les postulats d'une approche behaviorale diffèrent-ils de ceux de ces autres approches. Un aspect essentiel de la réponse à cette question concerne le statut que l'approche assigne à la plainte et au problème. Cet aspect est bien plus important que le recours à telle ou telle technique d'intervention. Car il définit quand un praticien est justifié d'intervenir, sur quoi il doit intervenir et comment on doit juger la valeur des effets de l'intervention.

En effet, chaque approche attribue une signification particulière à ce qu'on peut appeler la demande de services psychologiques. Cette demande de services recouvre divers aspects importants qui, trop souvent, ne sont pas distingués. Pour comprendre une demande de services, il faut l'envisager sous ses divers aspects. Un aspect important est celui de la plainte. Les diverses approches ont généralement chacune leur conception de la plainte. Pour l'instant, définissons brièvement la plainte comme l'expression d'une insatisfaction, par le plaignant, face à un état de chose. Cette plainte s'accompagne généralement de la formulation d'un problème qui, selon le plaignant, serait la cause de cette insatisfaction. Elle implique un but à atteindre (un état de chose satisfaisant). Et elle suppose, au moins implicitement, l'existence d'un moyen adéquat pour atteindre ce but: le plaignant consulte le praticien parce qu'il croit que ce dernier peut résoudre le problème en employant ce moyen. Cette plainte et la formulation du problème par le plaignant mettent souvent en cause un individu-cible qui est présenté comme un élément central ou causal du problème et qui devrait, selon le plaignant, être l'objet de l'intervention du praticien. L'approche détermine aussi le type de services rendu par le praticien et les critères d'évaluation de ses services. Malheureusement, parce qu'on parle d'une même approche, on suppose souvent que le plaignant et le praticien auquel il recourt ont une même vision des choses. C'est rarement le cas: face à un problème, il existe plusieurs visions différentes, selon les rôles occupés par les individus (praticien, plaignant, familiers, requérant, etc.)[3]. Dans la plupart des cas, la vision dominante de la plainte et de la demande de services est celle du praticien plutôt que celle du plaignant ou de l'individu-cible. Cependant, si un plaignant est insatisfait des services offerts par un praticien, il peut aller en consulter un autre dans l'espoir d'obtenir des services plus satisfaisants; c'est ce que font d'ailleurs beaucoup de plaignants.

3 Nous approfondirons plus tard ces distinctions de rôles.





L'approche behaviorale permet de formuler une conception particulière de la demande de services, de la plainte et du problème. Malheureusement, cette conception a été assez peu souvent développée et, quand elle l'a été, ce fut dans un contexte limité (par exemple par Bergan, 1977, en consultation behaviorale scolaire). Notre but est de présenter, développer et justifier cette conception particulière. Toutefois, pour comprendre cette conception behaviorale de la plainte et pour juger quelle conception guide la pratique des cliniciens dits behavioraux, il faut d'abord montrer comment la plupart des approches mentionnées plus haut envisagent la demande de services et la plainte.

Aussi, dans ce premier article, nous verrons comment la demande de services est traditionnellement abordée par diverses autres approches qui sont «en compétition» avec l'approche behaviorale. Nous verrons que, du point de vue de ces approches, la formulation du plaignant n'a qu'un rôle de déclencheur initial du service mais, théoriquement, ne peut guère influencer les objectifs de l'intervention. Ensuite, dans un autre article, nous verrons comment on peut aborder la demande de services d'un point de vue radicalement différent et bien plus en accord avec une approche behaviorale, tout en respectant certaines contraintes situationnelles réelles qui peuvent pousser le praticien à adopter des éléments d'autres approches. Ce point de vue est fondamentalement celui du client consommateur, «the customer», pour reprendre l'expression de Lazare et al. (1972, 1975, 1979). Nous examinerons de plus quelle crédibilité doit être accordée à telle conception de la plainte et du problème, conception qui semble reposer sur ce qu'on pourrait appeler la subjectivité du demandeur de services plutôt que sur l'expertise du praticien. Enfin l'adoption de cette conception entraîne des conséquences éthiques, psychométriques et pratiques que nous devrons aussi discuter.

## DIVERSES APPROCHES TRADITIONNELLES DE LA DEMANDE DE SERVICES.

La présentation des premières approches (surnaturalistes, légale et médicale) couvrira normalement trois grandes classes de caractéristiques. D'abord une première partie exposera les caractéristiques théoriques de l'approche, c'est-à-dire comment, a priori, elle définit la nature et le statut de la plainte et les causes des problèmes qui suscitent la demande de services. Une deuxième partie présentera ses caractéristiques pratiques, c'est-à-dire comment le praticien d'une approche doit décider de la nature d'un problème concret et comment il doit le corriger. De plus, une troisième partie présentera les caractéristiques socio-psycho-institutionnelles du praticien. Un aspect concerne le recrutement du praticien, c'est-à-dire à quelles conditions un individu peut devenir ou être reconnu comme praticien. Ces conditions d'expertise définissent, selon le cas, ce qu'il doit

être personnellement (quand elles exigent une transformation personnelle du praticien) ou ce qu'il doit connaître (quand elles exigent une acquisition de connaissances secrètes ou publiques). Cette troisième partie précisera aussi quel rôle et quel pouvoir social sont assignés au praticien et à celui qui recourt à ses services.

Cette organisation ne sera pas suivie dans la présentation des approches sociologiques et psychologiques. Dans les premières approches, qui sont très vieilles, les statuts sociaux et les rôles réciproques ainsi que les théories se sont cristallisés depuis longtemps. Ils sont donc bien établis. Au 20e siècle, les statuts et les rôles de leurs praticiens et plaignants constituent d'ailleurs le coeur de ce qu'on appelle le «professionnalisme libéral». Par contre, dans les approches sociologiques et psychologiques, plus récentes, les rôles de praticien et de plaignant ne sont pas aussi nettement institutionnalisés. Ces approches sont aussi beaucoup plus divisées par des oppositions théoriques et pratiques fondamentales. Les approches psychologiques donnent des interprétations différentes de la plainte et du problème. Et elles préconisent des rôles différents soit pour le praticien, soit pour le plaignant. De plus, dans les approches sociologiques, il n'existe pas un rôle de praticien qui soit interne à l'approche. Le sociologue est socialement un «théoricien». Il peut certes fournir son analyse de la plainte et du problème, proposer des solutions, mais son avis sera généralement ignoré par la société ou par les plaignants. Le sociologue est, dans un sens, externe au systême qu'il examine: il n'y a pas de praticien d'origine sociologique qui soit socialement reconnu. Le cas des travailleurs sociaux, fonctionnaires de la charité privée ou publique, en est une illustration puisque très peu de ceux-ci ont une pratique privée.

## Les approches surnaturalistes

Il existe au moins deux types d'approches surnaturalistes[4]: celles qu'on peut qualifier de magiques et celles qu'on peut qualifier de morales.

### *Caractéristiques théoriques*

#### *Le monde magique*

Les notions de magie, de pensée magique, d'univers magique sont ambiguës. Le mot «magie» est peut-être un fourre-tout où l'Occidental rationaliste moderne range commodément des modes de pensées qu'il ne comprend pas ou n'approuve pas et qui semblent obéir à des règles ou supporter des croyances qu'il considère comme illogiques, primitives ou superstitieuses par rapport à ses

4 Il est important de rappeler que, dans une même société, à côté d'une explication surnaturaliste, on peut aussi offrir des explications naturalistes de phénomènes similaires. Même dans les sociétés dites primitives ou magiques, tout n'est pas pour autant magique ou surnaturel.





propres croyances. Les anthropologues, historiens et psychologues ont attribué une série variable de traits, souvent disparates, à la pensée dite magique. Pour comprendre certains aspects des conceptions surnaturalistes, il faut donc indiquer diverses caractéristiques de cette pensée magique et de l'univers qu'elle crée. La pensée magique est une pensée animiste, anthropomorphique. L'univers magique est un univers vivant: comme les animaux, les choses (les roches, les arbres, le feu, le vent, l'eau, etc.) sont animés. Les animaux et les choses sont habités par des esprits ou mûs par des forces spirituelles. La pensée magique attribue une téléologie, une finalité au cours des événements. Ce qui arrive est voulu. Dans l'univers magique, le hasard, statistique et impersonnel, n'existe pas: il est remplacé par la Destinée, personnelle et immuable et par la Chance, personnelle encore mais manipulable. La magie a, entre autres, comme rôle d'assujettir cette Chance capricieuse aux désirs des humains. Cet univers est de plus enchanté, parcouru de significations symboliques qui ont un pouvoir causal. Il existe des relations d'influence entre les phénomènes, les objets ou les personnes qui sont associés conceptuellement, analogiquement, symboliquement, temporellement, physiquement, etc. Ainsi, le nom est un équivalent de la chose qu'il désigne. Connaître le nom de quelqu'un, c'est déjà le connaître, en connaître une ou des caractéristiques essentielles. C'est aussi avoir un pouvoir sur lui, comme celui de l'appeller, de le faire venir à nous, de le forcer à nous écouter, si ce n'est à nous obéir. Avoir une effigie, une représentation de quelqu'un (une poupée, par exemple), c'est déjà comme si cette personne était là réellement. La partie est un substitut au tout auquel elle appartient: la mèche coupée de vos cheveux, vos coupures d'ongles conservent un lien avec votre corps. Ce que vous avez touché est imprégné de vous. L'action implique le résultat: brûler votre effigie, c'est vous bruler. La percer, c'est percer votre corps. Dans l'univers magique, la direction temporelle, la causalité physique, les «lois de la nature» sont réversibles, annulables. On peut ressusciter les morts, annuler les événements antérieurs et leurs conséquences. La pensée et le désir ont un pouvoir causal direct sur les choses et les êtres. Dans l'univers magique, vouloir c'est vraiment pouvoir, désirer c'est déjà obtenir.

#### *Les conceptions magiques de l'anormalité*

Dans la conception magique, l'anormalité et la souffrance psychologiques sont le produit d'un événement surnaturel. Ainsi, l'individu qui souffre d'une maladie peut être la victime d'un ennemi qui lui veut du mal et lui a donc fait un sortilège, l'a ensorcelé, lui a jeté un sort, par sorcellerie ou magie noire. Il peut aussi être la victime d'esprits mauvais, de démons, de dieux qui cherchent à lui nuire, à se venger de lui, à le punir ou à en prendre le contrôle (dans les cas de possession). Ou un objet étranger peut avoir été placé dans son corps. Ou encore, il peut avoir perdu un élément important de son être (son âme, un esprit ou fluide vital). L'anormalité et la souffrance psychologiques ne sont pas l'effet d'un simple hasard, d'un accident. L'individu souffrant ou malade est personnellement visé.

*La pensée morale surnaturaliste*

Les conceptions morales reposent sur l'existence de normes morales de comportement, normes indiquant ce qui est bien ou mal et exprimant les valeurs, religieuses et philosophiques, officielles et publiques de la société. Ces normes ont comme caractéristique principale de prescrire un mode de vie que les individus doivent suivre et en fonction duquel ils sont évalués par les autres membres de leur société.

Ces conceptions morales se divisent en deux types: les conceptions surnaturalistes et les conceptions «laïques». Dans les conceptions morales surnaturalistes, la norme morale est généralement absolue et d'origine surnaturelle, par exemple, divine. Et l'immoralité est inéluctablement punie par les Etres surnaturels qui, initialement, ont formulé la norme. Par contre, dans les conceptions morales laïques, la norme morale est plus souvent perçue comme relative et d'origine sociale et culturelle. De plus, la transgression de la norme est punie, de façon faillible, par la société qui l'a édictée. Dans cette section nous ne regarderons que la formulation surnaturaliste ou religieuse de la conception morale.

Elle affirme que certains états de chose sont en eux-mêmes insatisfaisants, c'est-à-dire moralement mauvais, et cela même si les individus impliqués dans ces états de chose en sont satisfaits. Cela implique, par exemple, que certains comportements peuvent être mauvais même si ceux qui les font aiment les faire et veulent continuer de les faire. De plus, elle définit un ou des buts vers lesquels doivent tendre tous les individus. Elle affirme que certains états de chose sont en eux-mêmes satisfaisants, c'est-à-dire moralement bons, même si les personnes impliquées ne sont pas satisfaites de cet état de chose ou ne les veulent pas. Elle affirme enfin que la valeur de ces états est a priori constante pour tous les individus, même s'ils ne sont pas d'accord. Elle offre donc une conception idéale de la normalité (le normal ou l'acceptable est ce que doivent être ou ce que doivent faire les individus et non ce qu'ils sont ou font) plutôt qu'une conception statistique (le normal ou l'acceptable est ce que sont ou font la moyenne des individus) ou une conception individualiste (ce qui est normal pour chaque individu est ce qu'il veut être ou faire personnellement, peu importe ce que les autres sont ou pensent qu'il doit être).

Et comme elle est surnaturaliste, cette conception morale suppose d'abord que les esprits ou les dieux peuvent connaître les pensées et les intentions des individus. Le péché par pensée, par désir est donc aussi condamnable que celui par action. La conception morale surnaturaliste postule de plus que la transgression des normes provoque des conséquences graves à la fois pour l'individu transgresseur et pour sa société. Pensons à Sodome et Gomorrhe (Genèse, XIX, 24) ou au Déluge (Genèse, VI-IX). Par contre, le respect de ces normes implique aussi des conséquences bénéfiques pour l'individu, comme son salut personnel, et parfois pour sa société, la présence de quelques Justes auraient pu sauver leurs concitoyens du châtiment divin.





*Les conceptions morales de l'anormalité*

Dans les conceptions morales religieuses du comportement humain, l'anormalité physique, psychologique ou comportementale et la souffrance peuvent être comprises de diverses façons.

L'anormalité peut consister dans la violation même d'un tabou ou d'une norme morale. En termes religieux modernes, elle peut être un péché. Ainsi, l'homosexuel, le masturbateur sont anormaux parce qu'ils violent des règles morales considérées comme surnaturelles ou divines. S'ils ne commettaient pas le péché d'homosexualité ou de masturbation, ils ne seraient pas anormaux. L'anormalité existe alors dans l'acte ou la pensée volontaire et consciente même.

De plus, l'anormalité peut être causée par la violation antérieure d'un tabou. Elle peut être ainsi la punition d'une faute ou transgression morale antérieure, d'un péché passé. Dans ce cas aussi, l'individu est responsable de ce qui lui arrive: il l'a bien mérité, comme le dit l'expression courante. Pensons à la réaction populaire aux maladies vénériennes ou au S.I.D.A. Cet élément de punition est fondamental dans le modèle moral. Mais l'anormalité ou la souffrance peuvent aussi constituer le moyen d'expiation d'une faute morale.

Ou l'individu anormal peut, comme dans certaines conceptions magiques, ne pas mériter moralement son anormalité, ne pas en être responsable directement. Mais quelqu'un d'autre en est responsable: Dieu l'éprouve, lui ou les siens. Ainsi, dans la Bible, la foi de Job est éprouvée par Dieu. Dans ce cas, la réaction de l'individu à son anormalité, sa maladie, sa souffrance est un test moral, une épreuve de sa foi et de sa vertu. La conception morale implique donc une vision personnalisante du monde où un hasard impersonnel n'a pas ou très peu de rôle. Elle suppose aussi une liberté de choix et d'action de l'individu responsable qui peut, s'il le veut, agir autrement.

Selon les approches surnaturalistes, il y a donc un élément de responsabilité personnelle dans l'anormalité. Elle n'est pas l'effet de forces ou d'événements impersonnels qui se produisent obligatoirement et indépendamment de la volonté des individus. Sans cet aspect volontaire, conscient, l'anormalité n'aurait pas existé. Dans certains cas, le Mal même est personnalisé: il devient, par exemple, le Diable qui fait le mal pour le mal.

*Caractéristiques pratiques*

Dans la conception magique, l'individu victime ou ses proches vont recourir aux services de guérisseurs, sorciers, chamans ou prêtres pour détecter la cause du problème et la corriger. Le sorcier peut utiliser la magie, employant par exemple des incantations, des sacrifices d'animaux, de la divination. Le chaman va entrer en transe pour communiquer avec les esprits et servir d'intermédiaire ou d'intercesseur auprès des forces surnaturelles. Le guérisseur, le sorcier et le chaman peuvent aussi employer des potions, drogues, charmes ou philtres. Le prêtre peut utiliser la prière, le sacrifice et l'exorcisme. Si l'individu qui souffre n'a pas péché et n'est donc pas directement responsable de son anormalité, quelqu'un

autre en étant responsable, il doit alors s'attirer les bonnes grâces du responsable (Dieu, diable ou sorcier) ou trouver quelqu'un (un saint, un autre sorcier) qui pourra convaincre le responsable d'annuler son acte ou qui pourra s'opposer directement (contre-sort, exorcisme, prière à un saint, sacrifice, etc.) à son pouvoir.

Dans la conception morale surnaturaliste, la conduite des individus est comparée aux règles fournies par les croyances religieuses. Si elle est en accord avec ces règles, l'individu est jugé normal. Mais si la conduite dévie systématiquement de ces règles, elle est perçue comme anormale. Ce jugement peut être formulé par l'individu déviant lui-même: l'anormalité, comme péché ou punition du péché, entraîne ou devrait entraîner un sentiment de culpabilité chez l'individu responsable, sentiment causé par la conscience morale de mal faire. Plus souvent peut-être, le jugement est porté par les autres membres de la société, plus particulièrement par les sorciers, chamans ou prêtres. Un moyen de corriger l'anormalité causée par le péché est la prière, l'expiation et le repentir de sa faute. Une fois expiée et si le pécheur manifeste du repentir et la volonté de ne plus recommencer, sa faute est pardonnée. Ce repentir et le pardon peuvent, comme dans la religion catholique, être officialisés dans le rite de la confession.

On pourrait penser que ces approches surnaturalistes de la détection et de la correction d'un problème psychologique sont relativement rares dans les sociétés occidentales modernes. Pourtant, le succès de films comme *L'exorciste* montre qu'il existe encore une croyance dans ces phénomènes surnaturels ou magiques. De plus, les religions chrétiennes, par les télé-évangélistes et leur succès de foule, attribuent encore une fonction surnaturelle à la maladie, à la souffrance et à la guérison.

## *Caractéristiques socio-psycho-institutionnelles*

### *Le statut du praticien*

Il existe divers modes ou voies de recrutement du praticien des approches surnaturalistes, comme le montre Landy (1977). Certaines voies sont relativement normales du point de vue profane: comme dans la plupart des occupations profanes, le candidat à la sorcellerie peut parfois suivre une formation pratique, comme apprenti, auprès de praticiens déjà expérimentés. Ou il peut encore acheter la pratique, la clientèle d'un autre praticien.

Par contre, souvent le candidat doit présenter des caractéristiques personnelles autres qu'intellectuelles ou cognitives et qui constituent un élément crucial de l'acquisition de son statut. Par exemple, il doit avoir déjà souffert des problèmes qu'il traite et en être guéri; toutefois, cette maladie et sa guérison peuvent n'avoir été qu'initiatiques (un peu comme la thérapie personnelle dans certaines approches psychologiques modernes). Ou il peut avoir été choisi directement par des esprits ou des dieux. Ou encore il peut avoir hérité son pouvoir de ses parents ou se l'être fait transmettre par un autre praticien dans une cérémonie d'initiation. Ou certains traits physiques (par exemple, un stigmate, une difformité) ou psychologiques peuvent susciter l'attribution de ce statut par les membres de sa so-





ciété. De plus, la vie du praticien diffère souvent de celle de l'individu ordinaire de sa culture. Ses pouvoirs, son contact avec le surnaturel lui donnent une aura particulière. Il a de ce fait des droits et des devoirs spéciaux. Le pouvoir du praticien peut être considéré comme spécial, charismatique. Il ne repose pas d'abord sur la raison mais sur la foi du demandeur de services, foi s'appuyant sur un accord, un engagement, une émotion provoqués par le praticien charismatique.

Dans le cas de l'approche morale surnaturaliste, la transgression des normes morales par le praticien peut entraîner des conséquences sociales graves pour ce praticien pécheur. On va le juger différemment et le blâmer plus sévèrement qu'un autre individu: un prêtre qui pèche est un mauvais prêtre, à condamner et dont les services sont normalement évités ou rejetés. Par contre, un médecin malade, selon l'approche médicale, n'est pas pour autant un mauvais médecin, à éviter.

### *Le statut de plaignant*

Généralement, la caractéristique première de l'individu souffrant ou anormal est son impuissance. Il fait face à des forces qui le dépassent complètement. Il peut même être rejeté par son groupe ou tué par lui si son état est grave et ne semble pas s'améliorer. Aussi sa dépendance face au praticien s'avère très grande.

Dans la version magique de l'approche surnaturaliste, le plaignant n'est pas nécessairement l'individu souffrant. Il peut aussi être celui qui veut infliger une souffrance à un autre individu en ayant, par exemple, recours aux services d'un sorcier[5]. La nature et le contenu de la plainte sont alors différents de ce que peut formuler l'individu souffrant. Ici, les rôles de plaignant et d'individu qui souffre ou qui est anormal peuvent différer. Ou il peut exister simultanément ou successivement plusieurs plaignants formulant chacun des plaintes différentes.

La version morale de l'approche surnaturaliste entraîne une conception spéciale de la plainte et du problème. En effet, elle affirme enfin que tout individu qui voit un état de chose moralement insatisfaisant est moralement justifié et obligé de se plaindre de cet état de chose et de tenter de le corriger puisqu'il constitue un problème même si cet individu n'est pas personnellement impliqué ou touché par cet état de chose. La plainte morale est donc une plainte qui a un statut très particulier parce qu'elle est totalement contraignante pour tous les individus. On doit donc condamner ces comportements et on doit chercher à empêcher les individus qui les font de continuer de les faire.

5 La langue française ne semble pas distinguer entre «sorcery» et «witchcraft». Pour plusieurs anthropologues cette distinction est importante puisqu'elle définit le rôle social du praticien et son mode de recrutement. Voir Marwick (1982).

*Les influences sociales du modèle surnaturaliste*

Il est maintenant facile de comprendre pourquoi des phénomènes auxquels on donne une valeur morale peuvent susciter des débats passionnés, comme c'est le cas, par exemple, pour l'avortement, l'inceste, la peine de mort, etc.

Les caractéristiques de l'approche surnaturaliste ont influencé les autres approches. En effet, elle nous offre la plus vieille conception de l'anormalité dans notre civilisation. Et sous sa forme morale, elle influence la conception que la plupart des membres de notre société actuelle ont de l'anormalité psychologique.

L'approche morale a marqué les approches légale et médicale. Pourquoi l'homosexualité et la masturbation ont-elles été considérées si longtemps par la loi comme des crimes et par la médecine comme des maladies si ce n'est à cause de l'adoption de normes morales? Pourquoi certaines positions ou pratiques sexuelles sont-elles considérées comme criminelles alors que pratiquées par une grande partie de la population?[6] Et, dans le D.S.M. III, quelles autres «maladies mentales» ne sont-elles que des jugements moraux cachés sous une apparence médicale?

La psychologie aussi est influencée par la tradition morale d'évaluation. D'abord, comme la médecine, elle a accepté et accepte encore des jugements moraux comme faits objectifs, scientifiques. Pensons à ces enfants qui étaient «mal éduqués» par leurs parents parce qu'ils étaient placés en garderie plutôt que de rester à la maison avec leur mère.

Certains psychologues, de diverses approches, ont ouvertement défendu ou proposé des positions morales, pour des raisons ouvertement morales. Il s'agit, par exemple, du behavioriste O.H. Mowrer (1960, 1961, 1967), des humanistes Carl Rogers et Abraham Maslow, des psychanalystes Karl Menninger (1973) et Bruno Bettleheim. Plus récemment, Bergin (1980), Kilpatrick, (1983), Saint-Germain, (1979), Vitz, (1977), Wallach et Wallach, (1983) ont présenté et défendu une approche morale de la pratique psychologique, critiquant sévèrement la psychologie universitaire et professionnelle moderne.

Le psychologue est plus souvent jugé socialement comme on juge le prêtre que comme on juge un médecin. Pour beaucoup de gens, un mauvais psychologue n'est pas seulement ou nécessairement un psychologue inefficace ou incompétent, c'est aussi et au moins autant un psychologue qui n'est pas personnellement «bien équilibré». Ceci parce que, comme le prêtre, le psychologue est perçu comme un moraliste proposant une philosophie de la vie, un mode de vie particulier qui affirme en fait une morale de vie (celle de la santé mentale, de l'épanouissement, de l'actualisation de soi, etc.). Et le moraliste qui ne pratique pas ce qu'il prêche est objet de ridicule et perd toute crédibilité. La réaction sociale aux errements «récents» des télé-évangélistes américains, Jim Bakker et Jimmy Swaggart, en sont une démonstration. Si le psychologue propose un idéal de vie, une morale, on s'attend à ce que lui, plus que tout autre, atteigne cet idéal, respecte cette morale. C'est pourquoi on exige que la vie privée du psychologue, son

6 Voir Rozovsky et Rozovsky (1982), Devlin (1965).





mariage, ses enfants correspondent à son sermon laïque. Ils sont les signes de sa valeur comme psychologue comme de la valeur de sa théorie psychologique.

Evidemment, les prêtres et les pasteurs, dont le métier est centré sur la morale, ont développé une psychologie théorique et appliquée tenant compte de ces normes morales. Aussi, il existe, entre autres, un counseling pastoral, une thérapie «biblique» et des mouvements comme le «Marriage Encounter», qui attirent probablement plus de «clients» que ne le font les professionnels de la «santé mentale». Et ces religieux, psychologues ou non, ont parfois adopté les positions de la psychologie humaniste américaine ou, plus souvent, les ont critiquées sévèrement (Voir, par exemple, Adams, 1976; Collins, 1980; Kelsey, 1973; McNeill, 1965; Meyer, 1980; Wilson, 1980).

## L'approche légale

Nos sociétés occidentales modernes reposent, au moins théoriquement, sur le droit et la loi. Peu de nos activités quotidiennes, même dans nos chambres à coucher, pour reprendre une expression maintenant connue, échappent au regard de la loi. Or le droit et la loi sont imprégnés de présupposés psychologiques et d'une conception particulière de l'être humain qui, pour le psychologue moderne, posent souvent problème.

*Caractéristiques théoriques*

L'approche légale repose sur le postulat que l'individu est sain d'esprit, rationnel, conscient de la loi, conscient de la nature de ses actes et de leurs conséquences et libre d'agir comme il le fait. Un tel individu est considéré comme responsable et compétent et, de ce fait, il a certains droits et certaines obligations sociales et légales. Si, par contre, l'individu n'est pas reconnu sain d'esprit, s'il n'est pas rationnel ou pas conscient de la nature de ses actes et de leurs conséquences ou s'il ne peut s'empêcher de les poser, cet individu présente alors une aliénation mentale.

Comme la morale religieuse, la loi prescrit des règles de conduite aux individus. Toutefois, à la différence de la morale religieuse, la loi n'implique pas un engagement personnel de toute la vie de l'individu. Le champ d'application de la loi est restreint à certains aspects de nos activités. Et ses prescriptions sont souvent reconnues comme moralement arbitraires sans pour autant être invalides socialement. Ainsi, la loi, en Amérique du Nord, exige que les automobilistes roulent sur le côté droit de la route. En Angleterre, ils doivent légalement rouler sur le côté gauche.

L'obligation légale, pour contraignante qu'elle puisse souvent être, n'est pas une obligation morale: les choses pourraient être faites autrement sans difficulté morale. La morale religieuse considère certains actes comme intrinsèquement mauvais ou bons. Elle affirme le caractère absolu des valeurs. La loi ne pose pas nécessairement ce postulat. Et quand elle le fait, c'est souvent parce qu'elle a

adopté une position morale religieuse antérieure. Le fondement de ce qui est un droit (par exemple, naturel), une obligation ou une interdiction apparaît parfois ambigu. Le droit et la loi reprennent souvent la morale et les moeurs de l'époque pour les officialiser et les défendre. Pourquoi certaines positions sexuelles (autres que celle du missionnaire) sont-elles illégales dans certains états? Pourquoi le divorce, l'avortement, la pornographie et l'adultère ont-ils été si longtemps illégaux? Pourquoi doit-on censurer les films et les livres? Ces interdits reposent eux aussi sur une conception particulière de l'être humain.

### *Caractéristiques pratiques*

Au départ, il est postulé qu'un adulte est sain d'esprit. Comme tel, il jouit automatiquement de certains droits et est soumis à l'obligation de respecter la loi. Seule une décision judiciaire ou légale peut annuler ce postulat. De plus, dans le système légal anglo-saxon, l'individu est présumé innocent de toute violation de la loi[7]. Là encore, seule une décision judiciaire peut établir qu'un individu a transgressé une loi.

Le processus judiciaire est normalement mis en branle par une plainte. Le plaignant peut être une victime, un citoyen qui s'estime lésé personnellement par les actes d'un autre individu. Il peut être aussi un policier ou un fonctionnaire du gouvernement qui, sans être lésé personnellement par les actes d'un autre individu, estime que ceux-ci sont contraires à la loi. Il existe ainsi ce qu'on appelle des *crimes sans victime*, c'est-à-dire des crimes où les victimes présumées consentent ou même demandent la commission du crime; il s'agit par exemple de la prostitution, de la pornographie, de certaines toxicomanies, des jeux illégaux. Le plaignant peut aussi être un individu qui agit pour protéger un autre qu'il pense être incapable de se défendre ou de vivre une vie adéquate sans protection spéciale de la cour.

La décision de la cour, suite à une plainte, peut donner une force très grande à cette plainte et entraîner l'obligation de corriger ce que le plaignant perçoit comme un problème. Elle peut aussi consister en un rejet de cette plainte, parce qu'injustifiée dans les faits (le problème n'existe pas) ou injustifiée en droit (ce qui constitue le problème pour le plaignant, et dont la cour reconnaît l'existence, est légalement permis). De même, elle peut interdire qu'on tente de corriger un problème mentionné dans une plainte.

### *Caractéristiques socio-psycho-institutionnelles*

Malheureusement, les concepts légaux de rationalité, de compétence, de liberté psychologique et de connaissance de ses actes et de leurs conséquences ne sont pas toujours très clairs en pratique. Ils reposent sur des notions philosophiques et psychologiques ambiguës. La notion médicale de maladie mentale et celle, légale, d'aliénation mentale ne sont pas équivalentes. Vous pouvez être

7 Il existe cependant quelques exceptions à la présomption d'innocence.





«malade mental» selon les critères psychiatriques sans être aliéné mental selon les critères juridiques et vice versa.

Aussi, depuis la fin du siècle dernier, on recourt à des psychiatres ou, plus récemment, à des psychologues pour, théoriquement(!), éclairer la cour sur l'état mental d'un individu. Malheureusement, comme nous l'apprend souvent la lecture des reportages de journaux sur des causes célèbres, les experts, psychiatres et psychologues, ne s'entendent pas toujours sur l'état psychologique de l'accusé.

Ces décisions judiciaires sont importantes pour les individus. L'aliéné mental perd certains des pouvoirs, obligations et droits légaux dont jouit tout citoyen adulte. Par exemple, une personne reconnue incompétente ou irresponsable par raison de maladie mentale ou de sénilité ne peut plus faire un testament légalement valide ou administrer ses biens, qui passent sous la responsabilité légale d'un curateur. Elle ne peut pas non plus être appelée à témoigner ou à se défendre devant la cour. De même, l'enfant n'a pas tous les droits et obligations de l'adulte, parce qu'il n'est pas responsable ou compétent comme l'adulte. Ou encore, devant la loi, un individu ne peut être reconnu coupable d'un acte criminel qu'il a commis s'il ne possède pas ces caractéristiques de la personne responsable: il ne sera pas condamné à une peine d'emprisonnement mais pourra, selon le cas, être interné sous les soins de psychiatres jusqu'à ce que ceux-ci le trouvent sain d'esprit. Une personne reconnue dangereuse pour elle-même (v.g., suicidaire) ou les autres, à cause de son état psychologique, peut être internée et le demeurer tant que cet état de danger existera. De plus, dans le cas des libérations conditionnelles, l'état psychologique du prisonnier entre en ligne de compte dans la décision sur sa libération. Et, dans certains états américains ou provinces canadiennes, on pouvait ou peut encore stériliser les arriérés mentaux ou les fous.

Et ce ne sont pas là les seules occasions où une évaluation psychologique est utilisée dans le système judiciaire. Au moment d'une demande d'adoption d'un enfant ou du retrait de la garde d'un enfant, on tient compte de l'état psychologique des parents adoptifs ou naturels.

Enfin la loi et la cour interviennent d'une autre façon dans les activités professionnelles du psychiatre ou du psychologue, d'abord au niveau général du droit professionnel, par exemple, pour protéger la confidentialité relative du dossier du patient ou client, pour définir les obligations du professionnel ou pour établir la négligence professionnelle. Ensuite, depuis quelques années, elles interviennent pour protéger les droits du client ou patient. Par exemple, divers états américains reconnaissent certains droits au patient. D'abord, le droit de recevoir un traitement: il ne peut être gardé hospitalisé ou interné sans recevoir un traitement adéquat à son état. De plus, il peut avoir le droit et l'obligation de donner son consentement, libre et informé, au traitement qu'il recevra. Ainsi, il peut refuser un traitement. Enfin, il ne peut être interné ou hospitalisé sans son consentement s'il n'a pas été représenté par un avocat devant la cour qui, seule, peut imposer cette hospitalisation non voulue par le malade. Par ailleurs, la loi et la cour réglementent certaines activités du psychologue comme l'utilisation des tests et les normes auxquelles ces tests doivent répondre pour être utilisés.

## L'approche médicale

La médecine offre plusieurs modèles théoriques des problèmes humains, de leur évaluation et de l'intervention appropriée à leur solution. Ces modèles ont été formulés à différentes époques de l'histoire de la médecine et en fonction de diverses théories médicales.

Toutefois parmi ceux-ci, il en existe un qui, aujourd'hui, est généralement qualifié de modèle médical (disease model) dans les littératures psychiatrique, psychologique et sociologique. C'est le modèle de la «maladie mentale». Il dérive directement du modèle de la maladie physique. C'est ce modèle qui nous intéresse ici, parce qu'il est le plus répandu en médecine et dans le grand public et parce qu'il justifie certains comportements professionnels. Entre autres, les textes de Siegler et Osmond (1974), de Spitzer et Endicott (1978) et de Klein (1978) présentent plusieurs des caractéristiques de ce modèle, caractéristiques que ne partagent pas nécessairement d'autres modèles de la médecine. Le texte de Spitzer et Endicott est particulièrement pertinent puisque Spitzer est le principal responsable de la révision qui a mené au *Diagnostic and Statistical Manual (D.S.M.) III* de l'American Psychiatric Association. A plusieurs reprises, il a défendu ce modèle contre des attaques et des critiques. Le texte de Siegler et Osmond a été rédigé comme une réponse aux critiques du modèle médical par les psychologues et surtout par les tenants du mouvement d'antipsychiatrie. Ce sont donc, dans un sens, des textes quasi-officiels.

Siegler et Osmond distinguent entre trois types de modèle médical. Un premier type est celui de la santé publique; il vise la prévention des maladies et, plus particulièrement, des épidémies et leur disparition dans la société plutôt que la guérison d'un malade. Un deuxième type est celui de la recherche médicale où le médecin cherche d'abord à découvrir les causes des maladies et leur traitement efficace. Le dernier modèle, et le plus important parce qu'il justifie socialement les deux autres, est le modèle clinique. C'est celui où le médecin cherche à guérir le malade. Chacun de ces trois modèles vise des buts différents et attribue des rôles parfois contradictoires au médecin et au malade. Le type qui nous intéresse ici est surtout le modèle médical clinique. Voici donc les principales caractéristiques du modèle de la maladie mentale.

### *Caractéristiques théoriques*

#### *Phénomènes cliniques à expliquer et à traiter*

Le modèle offre une formulation théorique particulière de ces problèmes psychologiques qu'on regroupe sous l'étiquette de maladie mentale[8]. Il cherche à expliquer l'origine et la nature de certains phénomènes «négatifs» chez un individu. Ces phénomènes, dits pathologiques, sont catégorisés en signes et en symptômes. Un symptôme est un phénomène ressenti subjectivement par le patient et que lui seul peut normalement rapporter. Un signe est un phénomène observable directement par le médecin, soit à l'*oeil nu*, soit par des instruments ou des tests de laboratoire.

8 Spitzer et Endicott (1978) vont parler de désordres médicaux plutôt que de maladies. Mais cette nuance terminologique ne change guère la formulation théorique.





La liste et la nature de ces phénomènes négatifs ou pathologiques sont controversées. Voici quelques exemples de ces phénomènes. Un individu présente des états affectifs extrêmes et socialement injustifiés, par exemple une grande souffrance ou une grande euphorie, qui ne disparaissent pas, passant parfois brusquement d'un état à l'autre. Ou l'individu est agressif, il attaque les membres de sa famille ou des étrangers. Ou l'individu pose des actes ou tient des discours irrationnels ou incompréhensibles. Ou encore ses comportements sont imprévisibles, semblent involontaires ou inflexibles, persistant malgré des conséquences aversives pour lui-même ou les autres. Ou l'individu n'émet pas des comportements normalement présents chez autrui malgré l'existence de conséquences en apparence appétitives pour cet individu. Ou l'individu présente des comportements extravagants, déviants, socialement choquants pour l'observateur ou qui transgressent les normes morales ou sociales de la bonne conduite. La liste des phénomènes pertinents peut être plus ou moins longue. La sémiologie psychiatrique en fournit une foule d'autres exemples (Fish, 1974; Kaplan et Sadock, 1985b). C'est la présence de tels phénomènes que l'examen psychiatrique, le «mental status examination», tente de vérifier. (Ginsberg, 1985, Kaplan et Sadock, 1985a).

Pour Spitzer et Endicott (1978), ces phénomènes doivent nécessairement impliquer des conséquences négatives, selon le cas, soit une souffrance, une détresse personnelles, soit une incapacité de fonctionnement adéquat, incapacité généralisée à plusieurs tâches ou situations, soit un handicap (un «disadvantage» selon Spitzer et Endicott) psychologique, sexuel, interpersonnel ou social. La présence d'au moins l'une de ces trois conséquences ou caractéristiques définit opérationnellement la nature empirique des problèmes que la psychiatrie cherche à corriger et indique la présence plausible d'une maladie ou d'un désordre mental médical.

#### *Causalité interne et rôle de l'environnement*

L'origine et la cause immédiates de ces phénomènes sont dans l'individu même, dans l'organisme[9]. Cette localisation repose sur le postulat de structures ou de processus internes inadéquats (la pathologie ou «disease entity») par rapport à une norme organique biologique ou psychologique et qui constituent, au sens strict, la maladie (Klein, 1978, p. 50-53). Ce modèle est donc un modèle internaliste. Spitzer et Williams (1982, p. 23) précisent qu'il n'est pas nécessaire de supposer que la cause interne soit biologique. Elle peut être psychique. Par ailleurs, il n'est pas nécessaire que cette cause interne soit connue. Le modèle pré-

9 «...something has gone wrong with the human organism which has led to negative consequences.» Spitzer et Endicott (1978), page 18. «Criterion B. The controlling variables tend to be attributed to being largely within the organism with regard to either initiating or maintaining the condition.» Idem, page 26.

Le traitement adéquat est donc biologique: chirurgical, pharmacologique, etc. Plus tard, parce qu'on ne trouve que rarement des causes organiques et sous l'influence, entre autres, de la psychanalyse, les structures ou processus internes inadéquats deviennent, par extension, psychiques et le traitement, psychothérapeutique. Mais la maladie est toujours un désordre interne au malade.

### *Caractéristiques pratiques*

Les causes internes de la maladie mentale ne sont pas toujours connues et les symptômes ou signes sont des indicateurs imprécis de la présence d'une maladie. Comment le médecin doit-il procéder alors pour décider d'abord de l'existence d'un type de maladie et, ensuite, de la présence ou de l'absence de cette maladie chez un patient?

#### *Validation scientifique de l'existence d'un syndrome*

Normalement, cette décision repose sur le postulat que les symptômes et signes se regroupent en syndromes qui permettent de distinguer entre les divers types de maladies. Mais un même symptôme ou signe peut appartenir à plusieurs syndromes et un symptôme ou signe appartenant à un syndrome peut ne pas être présent chez certains malades ayant la maladie définie par le syndrome. Comment alors établir l'existence d'un syndrome? La validité scientifique et clinique d'un syndrome est reconnue s'il regroupe de façon stable un ensemble de signes et symptômes qui reviennent assez régulièrement à travers divers patients, si l'état de ces patients montre une évolution temporelle à peu près similaire et si les médecins peuvent, de manière fidèle, discriminer ce syndrome d'autres syndromes ou d'une absence de maladie. La constitution d'un syndrome dépend donc de la somme historique de l'expérience clinique qualitative de la profession psychiatrique.

Exceptionnellement (!), le consensus des médecins est suffisant pour établir l'existence d'une maladie en l'absence de critères scientifiques et cliniques adéquats (Siegler et Osmond, 1974, p. 221; Spitzer et Endicott, 1978, p. 37; Klein, 1978, p. 41). Dans ce cas, ce que les médecins traitent ou disent être une maladie est automatiquement une maladie.

#### *Validation clinique de la présence d'une maladie chez un individu*

Face à un patient, le praticien décide de la présence chez lui d'une maladie si le portrait clinique présenté par ce patient correspond à un syndrome particulier.

#### *Statut de la plainte*

Une caractéristique fondamentale de ces phénomènes pathologiques que sont les symptômes et les signes est qu'ils indisposent des gens et les poussent à formuler une plainte et à demander les services d'un praticien. De plus, ces plaintes et, par dérivation, la seule présence de ces phénomènes constituent une justification sociale de l'intervention de ce praticien.





Comment peut réagir le médecin face à l'individu qui exprime une plainte? Suite à la plainte, après examen, le médecin peut formuler un diagnostic et découvrir une maladie à partir du portrait clinique du patient. Si la maladie répond au traitement *ad hoc*, le diagnostic est appuyé par la guérison. Si la maladie ne répond pas à un traitement pertinent, le médecin pourra réviser ce diagnostic jusqu'à l'obtention d'une guérison, procédant ainsi par essais et erreurs.

Mais le problème se complique si aucune maladie n'est découverte ou aucune guérison n'est obtenue. Plusieurs possibilités s'ouvrent alors. Ces possibilités vont varier d'abord selon que la plainte exprime un symptôme (le plaignant est souffrant) ou prétend indiquer un signe (le plaignant suppose la présence d'une maladie chez lui-même, sans qu'il souffre, ou chez un autre, par exemple son enfant).

Si la plainte concerne une autre personne que le plaignant, le médecin peut supposer que ce dernier, faute de formation médicale, a fait une erreur quant à la présence d'une maladie.

Si la plainte exprime un symptôme, le patient et le médecin peuvent d'abord supposer la présence d'une maladie au diagnostic inconnu, le médecin n'ayant pu la découvrir (cette situation correspond, par exemple, à la cote 300.90 du D.S.M. III). Ou le médecin peut considérer la plainte et les symptômes comme appartenant à l'un ou l'autre des quatre cas suivants. Dans un premier cas, le patient est hypocondriaque et amplifie des sensations normales, les interprétant de façon erronée comme des symptômes de maladie. Dans un deuxième cas, le patient peut être placé dans un catégorie frontière, par exemple, les états limites ou «borderline». Dans un troisième cas, le patient est un simulateur qui, pour des raisons ponctuelles (obtenir un congé de maladie, échapper à la prison, etc.), feint d'éprouver des symptômes en fait inexistants. Ou dans un quatrième cas, le patient est encore un simulateur, mais d'un type particulier, qui présente un syndrome spécifique, par exemple, celui de Munchausen (Ford, 1982; Sussman et Hyler, 1985). Dans ce dernier cas, le médecin fait face à un syndrome curieux. Les patients se plaignent de plusieurs symptômes physiques, ils simulent très intelligemment divers signes biologiques. Ils se font hospitaliser et traiter. Ils sont souvent opérés. Ils vont de médecins en médecins, d'hôpital en hôpital, sans tirer de gains financiers ou sociaux de leur «maladie».

Il est remarquable que ces quatre cas correspondent chacun à une ou des catégories spécifiques du D.S.M. III. L'hypochondrie, considérée comme une névrose, a la cote 300.70. Les catégories frontières sont diversement traitées: parfois, le D.S.M. III crée une sous-catégorie spéciale qui échappe aux critères diagnostiques réguliers, par exemple, Trouble atypique de conduite (cote 312.90), ou Trouble d'attention, type résiduel (cote 314.80). Pour les psychoses ou les troubles dits de personnalité, des catégories spéciales, les «borderline» maintenant si populaires en certains milieux, peuvent être employées, par exemple les cotes 301.20, 301.22 ou 301.83. Le simulateur reçoit la cote V65.20; c'est le

seul de ces quatre cas où le médecin indique clairement l'absence d'une maladie. Le syndrome de Munchausen correspond à la cote 301.51 (si les symptômes ou signes sont psychologiques, la cote est alors 300.16).

*Caractéristiques socio-psycho-institutionnelles*

*Statut du praticien*

Siegler et Osmond (1974) attribuent une autorité sociale spéciale au médecin, l'autorité esculapienne. Cette autorité repose sur trois types classiques d'autorité: cognitive, morale et charismatique.

*Autorité sapientielle ou cognitive de l'expert*

La détection et la guérison de la maladie supposent et nécessitent l'intervention d'un expert[10] qui connaît ce qui est santé et maladie, qui sait les diagnostiquer et qui peut traiter de façon adéquate la maladie puisqu'il n'y a pas de relation simple, claire ou évidente pour le profane entre le symptôme et la maladie, entre la maladie et le traitement. De plus, il n'existe pas toujours un diagnostic ou un traitement clair et adéquat de la maladie. Alors, c'est cet expert seul qui peut décider de ce qui tient ou non de la maladie et de ce qui est curatif ou non, donc de ce qui est un problème et un traitement médical. Et lui seul peut appliquer efficacement ce traitement.

Cette autorité cognitive s'acquiert par des études formelles. Le contenu de l'apprentissage est public et impersonnel. Cette autorité ne repose pas sur des caractéristiques de personnalité du candidat et n'exige pas une expérience personnelle de la maladie.

*Autorité morale*

Cette autorité morale est postulée a priori par la profession dans son code d'éthique. Comme l'indique le Serment d'Hippocrate, le médecin exerce d'abord pour le bien de son patient. De ce fait, il peut lui imposer des traitements qui, en d'autres contextes, seraient illégaux parce que douloureux ou dangereux pour le patient.

*Autorité charismatique*

La relation entre le médecin et le patient est normalement une relation de dépendance extrême du patient (ignorant, impuissant et en danger) au médecin. Et le prestige du médecin est tel que ce médecin peut souvent exiger sans contestation une coopération aveugle du patient à son traitement.

10 Voir aussi Spitzer et Endicott (1978), pages 27-29.





Le traitement doit se faire dans un cadre hospitalier ou médical, puisque c'est là que, normalement, le médecin exerce sa science et son autorité et y dispose des ressources techniques nécessaires à sa pratique. Et, si le traitement est administré par des non médecins, il doit l'être seulement sous supervision et autorité médicales. D'où la tentative de certains psychiatres de réserver l'acte psychothérapeutique aux seuls médecins.

*Statut du malade*

Le patient se voit assigner le rôle social de malade (*sick role*). Ce rôle est conféré par le médecin seul et est reconnu socialement et légalement.

Le malade n'est pas responsable consciemment, moralement ou légalement de sa maladie et des actions ou inactions qui en découlent. Il ne peut, sauf exception, être blâmé pour sa maladie puisqu'elle ne dépend pas de caractéristiques morales personnelles. Pour la médecine scientifique, les causes directes de la maladie consistent en des phénomènes ou processus impersonnels, qui ne visent pas intentionnellement ou personnellement un individu plutôt qu'un autre.

Dans son rôle de malade, le patient n'a plus à tenir compte de ses responsabilités sociales normales. Et il peut jouir de certains privilèges refusés aux individus en santé. Par exemple, il peut obtenir des congés payés de maladie, le coût de ses traitements médicaux est remboursé par des assurances, etc. L'existence de sa maladie, si elle est officiellement reconnue par un médecin, peut lui enlever la responsabilité de certains actes qui, en d'autres circonstances, entraîneraient une condamnation criminelle. Mais elle peut aussi le rendre incapable d'exercer certains droits légaux ou certaines libertés reconnus au citoyen en santé.

Toutefois le malade doit chercher l'aide professionnelle de l'expert, le médecin. Il doit vouloir guérir et, pour cela, il doit collaborer aux traitements et demandes du médecin.

En l'absence de traitement adéquat ou de guérison, le malade, s'il est dangereux (par exemple, porteur d'un virus mortel et très contagieux), peut être enfermé et isolé, afin de protéger la société. Le médecin passe alors du modèle de la médecine clinique à celui de la santé publique.

## Les approches sociologiques

Les approches sociologiques de la réponse professionnelle à une demande de services ne proposent pas comme tel un modèle prescriptif de cette pratique. Elles en donnent (ou prétendent en donner) plutôt un ou des modèles descriptifs. Elles indiquent des facteurs sociologiques, culturels et institutionnels qui influencent la réception de la plainte et son évaluation par les praticiens, facteurs que les conceptions professionnelles ignorent en général. En ce sens au moins, les approches sociologiques offrent souvent une critique des autres conceptions de la pratique et de la théorie professionnelles. La sociologie a beaucoup étudié la pratique médicale puisque cette dernière est aujourd'hui, après la pratique légale

et judiciaire, la forme de pratique professionnelle la plus influente et la plus prestigieuse socialement.

Ces approches sociologiques recouvrent des travaux théoriques et empiriques divers. Elles étudient souvent la maladie mentale et les problèmes psychologiques comme des formes de déviance sociale. Au plan théorique, ces approches tentent d'expliquer pourquoi apparaissent les comportements ou phénomènes qui font l'objet d'une plainte, comment la société réagit à ces problèmes et quel est le rôle social du professionnel. Ces approches sont très variées et souvent s'opposent entre elles (Davis, 1980; Pfohl, 1985). Mais leurs implications théoriques, professionnelles et sociales sont souvent importantes. Ainsi, la théorie du «labeling» offre une analyse de la plainte comme consolidant souvent l'état même qui fait l'objet de la plainte. Elle affirme que la majorité des individus manifestent à un moment ou l'autre les phénomènes qu'on considère comme déviants ou pathologiques. Mais tous ces individus ne sont pas objet de plainte. Au contraire, seulement certains d'entre eux feront l'objet d'une plainte formelle. La plainte attire donc sélectivement l'attention sur certains individus et peut enclencher un mécanisme de stigmatisation sociale de ces individus. De sorte que l'acceptation officielle de la plainte pourra confirmer l'individu dans l'état qu'on lui reproche. Cette acceptation de la plainte aurait donc ainsi un effet pervers, contraire à celui recherché. D'autres théories considèrent que l'individu faisant l'objet de la plainte est la victime du plaignant plutôt que le contraire, le plaignant étant la victime de l'individu visé par sa plainte.

De plus, certains sociologues (Conrad et Schneider, 1980) considèrent que la médicalisation des plaintes et des problèmes dits psychologiques est le moyen que notre société moderne emploie pour expliquer et «corriger» certaines formes de déviance. Notre société est rationaliste et laïque; aussi elle ne peut recourir à une explication surnaturaliste pour expliquer ou corriger des comportements en apparence irrationnels ou choquants. Cette explication est discréditée par la science. Par ailleurs, comme la société moderne se veut ou se prétend tolérante des différences individuelles et culturelles et respectueuse des droits individuels, elle ne peut interdire officiellement ou punir légalement certains comportements déviants mais sans danger pour autrui, même s'ils sont choquants. Elle doit donc rechercher une explication naturaliste de ces comportements déviants et de la nécessité de les interdire. Elle doit trouver aussi un moyen autre que strictement légal et punitif de contrôler ou de faire disparaître ces comportements déviants. Or il existe une explication naturaliste de ces problèmes et un groupe d'individus qui travaillent dans ce cadre naturaliste et non punitif. Il s'agit de l'approche et de la profession médicales. Aussi cette profession se voit maintenant confier l'explication et le traitement des déviances dites psychopathologiques. La médecine ne s'oppose pas à cette nouvelle responsabilité puisque, d'une part, cette forme de pratique la définit et constitue sa justification et que, d'autre part, son pouvoir et son influence social en sont d'autant accrus.

Au plan empirique, les approches sociologiques ont offert, entre autres, des analyses de l'hôpital comme institution et organisation, des analyses comparatives interculturelles du concept et des formes de maladies mentales, des analyses





des rôles de patient et de thérapeute, des analyses de la carrière de malade mental, etc. (Gallagher, 1980; Mechanic, 1980).

## Les conceptions psychologiques

Il existe plusieurs approches psychologiques. Nous allons en distinguer quatre. Ce sont les approches psychodiagnostiques (psychodynamique ou phénoménologique), psychométrique et behaviorale.

### *Les approches psychodiagnostiques*

L'approche psychodiagnostique peut être soit d'orientation psychodynamique, soit d'orientation phénoménologique. Dans les deux cas, elle vise une étude holiste, globale et intuitive de la totalité d'un individu. Faite généralement dans un cadre clinique, cette étude est basée sur l'expérience du praticien guidé par les postulats de sa théorie plutôt que sur l'emploi d'instruments, de procédures et de techniques standardisés. Comme on l'a répété si souvent, le psychodiagnosticien est son propre instrument. Aussi, contrairement au praticien des deux autres approches psychologiques, le psychodiagnosticien doit présenter certaines caractéristiques personnelles en plus de connaissances théoriques ou techniques et d'habiletés intellectuelles. L'acquisition de ces caractéristiques personnelles exige souvent que le praticien se soumette à une thérapie personnelle. Cette thérapie n'est pas d'abord un lieu, une circonstance où le praticien débutant, l'apprenti thérapeute, apprend par observation et imitation comment le praticien expérimenté procède. Au contraire, elle vise d'abord le changement du mode de fonctionnement de la personnalité du débutant. Ces deux approches exigent donc de leurs praticiens des caractéristiques spéciales de personnalité. De plus, à cause peut-être de leur identification au mythe du professionnalisme libéral, tel que vu dans la pratique psychothérapeutique en cabinet privé, les deux approches psychodiagnostiques partagent une autre caractéristique: le plaignant est généralement l'objet de sa plainte, il se plaint de son propre état psychologique. Le problème est alors perçu comme interne à un individu.

#### *L'approche psychanalytique ou psychodynamique*

L'approche psychodynamique postule l'existence d'une dynamique motivationnelle inconsciente derrière les actes, pensées et sentiments des individus. Cette dynamique est inconsciente parce que la nature des motivations réelles de l'individu est refoulée par ce dernier. Le contenu ou la signification apparente de ses actes, pensées et sentiments cache un contenu latent qui est, en fait, leur signification réelle. Cette signification transparaît dans une symbolique que l'analyste seul peut interpréter. Cette interprétation est difficile non seulement à cause de la déformation créée par le refoulement et du surdéterminisme des ac-

tes, pensées et sentiments de l'individu mais aussi et surtout à cause du fait que non seulement le malade mais aussi les autres individus ne peuvent admettre l'existence de cette dynamique motivationnelle inconsciente. Si les autres admettaient son existence chez le malade, ils devraient aussi l'admettre chez eux-mêmes. Or leurs propres mécanismes de défense les en empêchent.

Même si elle est psychologique, l'approche psychodynamique présente plusieurs caractéristiques de l'approche internaliste médicale, peut-être à cause de son identification sociale et historique à la médecine. Elle cherche à expliquer et corriger les mêmes phénomènes que l'approche médicale. Elle postule aussi une causalité interne et suppose une différence entre les signes et symptômes, d'une part, et leurs causes internes, d'autre part. Elle rejette aussi les traitements symptomatiques comme insuffisants et pouvant mener à la substitution de symptômes. Elle attribue au praticien et au malade le même statut que celui qui leur est attribué dans l'approche médicale. Elle diffère toutefois du modèle médical sur deux points capitaux. D'abord, l'approche psychodynamique ne fait pas de distinction pratique entre santé et maladie. Ensuite, pour plusieurs raisons, elle rejette l'usage diagnostique de la notion de syndrome et la classification des maladies à partir de syndromes. Une première raison est qu'un syndrome suppose une relation plus ou moins constante entre les signes et symptômes, d'une part, et la nature du problème d'autre part; or, en psychanalyse, les mêmes signes et symptômes peuvent avoir des significations totalement différentes ou opposées chez un même individu. Il ne peut donc exister de règles précises de diagnostic ou d'interprétation des signes ou symptômes. Une deuxième raison tient au fait que, dans le modèle médical, le traitement varie selon le syndrome; or le traitement psychanalytique ne varie pas selon l'ensemble de signes et de symptômes que présente le patient. Le diagnostic et le traitement ne peuvent donc être basés sur l'analyse des syndromes.

Le contenu apparent de la plainte est trompeur. Il n'est souvent que l'expression indirecte d'un problème interne autre que celui qui est formulé par le plaignant (Messer, 1986). En psychanalyse, la plainte ne peut donc que servir d'amorce, de prétexte à une analyse qui va généralement l'ignorer par la suite. Le plaignant ne sait pas quel est son problème et sa plainte n'a donc guère de crédibilité pour l'analyste. Le psychodiagnosticien psychodynamique doit regarder plutôt la totalité de la personnalité du patient et de son histoire de développement. C'est seulement grâce à cette analyse que le psychanalyste peut trouver et comprendre le problème dont souffre réellement le patient.

### *L'approche phénoménologique*

L'autre approche psychodiagnostique repose sur des postulats et des buts bien différents. Au sens strict, les psychologues d'orientation phénoménologique (par exemple, rogériens, existentialistes, etc.) se refusent à faire une évaluation ou un diagnostic puisqu'ils associent souvent ces mots à la mesure, aux tests ou à la classification psychiatrique, procédures qu'ils rejettent et condamnent souvent. Pourtant, ils font une évaluation, au sens large, du problème et de l'état de leur





client. Dans l'approche phénoménologique, les praticiens cherchent à connaître ce que l'individu vit subjectivement, quelle est sa perception du monde, ce qu'il ressent, etc., Ils considèrent que l'individu agit en fonction de ce monde intérieur généralement conscient plutôt qu'en fonction d'un monde extérieur supposé objectif. Pour comprendre l'individu, il faut donc pénétrer dans son monde intérieur, le partager avec lui. A première vue, les praticiens phénoménologiques devraient donc accorder une grande importance au contenu de la plainte. Pourtant, dans beaucoup de cas, si la plainte réfère à des événements extérieurs ou à d'autres personnes, le praticien phénoménologique sera souvent tenté d'en rester au seul vécu subjectif du plaignant.

En effet, la plainte s'accompagne généralement de la description d'un problème que le plaignant, à tort ou à raison, considère comme la cause de son insatisfaction. Or, le praticien phénoménologique s'arrête souvent avant de passer à l'analyse objective du problème que le plaignant a formulé. Le praticien reste à l'intérieur du monde subjectif de la plainte et du plaignant, relativement indifférent à son monde extérieur. A cause peut-être de postulats philosophiques, comme ceux d'authenticité et de liberté, il interprète la plainte comme le résultat de conditions internes au fonctionnement du plaignant. Pour faire disparaître la plainte, il n'est pas nécessaire d'aborder ou de résoudre, de l'extérieur, le problème; il suffit d'amener le plaignant à assumer authentiquement, librement et intérieurement sa condition. A cet égard, l'approche phénoménologique diffère peu de l'approche psychodynamique. Dans les deux cas, le problème tel que formulé par le plaignant n'est pas important. Et le praticien envisage rarement d'analyser ou de changer les conditions externes qui pourraient peut-être susciter la formulation de la plainte. Ainsi, paradoxalement, en restant au niveau subjectif de la plainte, le praticien phénoménologique peut ne pas lui accorder plus d'importance que ne le fait le praticien psychodynamique.

### *L'approche psychométrique*

Pour des raisons historiques, l'approche psychométrique est associée à une conception de la personnalité formulée en termes de traits. Ces traits fourniraient à la fois la synthèse descriptive et prédictive des comportements de l'individu et l'explication causale de ces comportements. Ces traits décrivent et expliquent autant la personnalité normale que la personnalité anormale, c'est-à-dire, la psychopathologie ou les déviances.

Pour le psychométricien, les traits de personnalité sont quantifiables et mesurables. Ces traits varient de façon continue le long d'un continuum ou d'une dimension allant de l'absence du trait (valeur zéro) à un niveau très élevé de ce trait. Les traits doivent être mesurés un à un, c'est-à-dire qu'il doit exister une échelle spécifique à chaque trait mesuré. De plus, ces traits sont communs à plusieurs individus. Les individus diffèrent entre eux selon leur position sur le continuum que forme chaque trait. La valeur quantitative d'un trait chez un individu est définie en fonction de la position de cet individu sur le continuum de trait par rapport à la position, sur ce même continuum, d'une population d'autres

individus à laquelle il appartient ou est comparé. Le trait d'un individu prend donc une valeur par comparaison à la valeur moyenne de cette population pour ce trait. Cette valeur moyenne de la population, et sa distribution, fournissent ainsi la norme d'interprétation des scores obtenus par l'individu sur l'échelle de trait. Enfin, la position relative d'un individu sur un ensemble de traits fournit un profil de sa personnalité. La tâche du psychométricien est de trouver un moyen adéquat ou valable, selon les critères psychométriques, de mesurer chaque trait pertinent.

L'approche psychométrique est une approche doublement indirecte des traits. Les traits se manifestent dans les comportements de la vie quotidienne. Ce sont ces comportements qui intéressent normalement les psychologues et les plaignants. On ne mesure pas directement ces comportements quotidiens «produits» par les traits (ce qui supposerait une observation de ces comportements dans le milieu de vie de l'individu), mais on mesure plutôt d'autres comportements, généralement verbaux, les réponses au test. Le psychométricien suppose que ces réponses verbales sont en corrélation avec les comportements quotidiens d'intérêt et leurs traits correspondants. Cette corrélation est justifiée théoriquement par le postulat que le même trait qui produit le comportement quotidien d'intérêt produit aussi les réponses au test qui mesure ce trait. A partir de ces réponses au test, on peut remonter au trait correspondant qui nous amène à son tour au comportement d'intérêt que ce trait cause.

Le psychométricien tente ainsi de créer des tests diagnostiques de psychopathologie. A la différence de l'approche médicale traditionnelle, la construction ou la découverte de syndromes se fait par analyses quantitatives des caractéristiques de larges et divers groupes cliniques et normaux tirés de la population. Au lieu de postuler une taxonomie catégorielle, de type oui ou non, comme dans l'approche médicale, le psychométricien favorise plus souvent une taxonomie dimensionnelle, reposant sur des variations quantitatives et multidimensionnelles entre les divers groupes cliniques diagnostiques (Blashfield, 1984).

Il faut cependant noter que l'emploi de méthodes psychométriques n'exige pas le postulat de traits. La caractéristique méthodologique essentielle de l'approche psychométrique est son «appareillage» statistique. Elle consiste dans l'étude psychométrique de certaines caractéristiques du fonctionnement d'un individu, à partir de tests objectifs construits avec des méthodes statistiques d'analyse de corrélations empiriques. A partir de ses tests psychométriques, le psychométricien veut prédire de façon fidèle et valide certains phénomènes ou processus d'intérêt.

Le psychométricien suppose qu'on peut arriver à une évaluation plus valide et fidèle en employant ces méthodes qu'en se basant sur le jugement clinique. Ce postulat et les recherches empiriques qu'il a entraînées ont suscité un grand débat opposant les psychométriciens, qui proposent une approche quantitative et impersonnelle de l'évaluation, approche dite actuarielle, aux psychodiagnosticiens, qui proposent une approche qualitative et intuitive de l'évaluation, approche dite du jugement clinique (Wiggins, 1981).





Malgré cette opposition aux approches psychodiagnostiques, le psychométricien a partagé jusqu'ici leur peu d'intérêt pour la plainte formulée par le plaignant. Cette plainte et la demande de services est encore un prétexte, cette fois à l'administration de tests psychométriques, tests qui décideront de la nature du problème.

## Abstract

Is the behavior therapist acting as a behaviorist or does it follow the principles of other theories of practice (moral, legal, medical, etc.)? This is not a new question. However there is a new way to answer it. If we analyse and compare how different theories explain the complaint, how they respond to it, how they try to solve the problem of the complainant, and how they judge the success or fallures of the intervention, it then seems that important aspects of other theories guide the professional work of the behavior therapist. This first paper show how some other theories view the reception of a complaint. A following paper will offer a new conception of the complaint, one better suited to a behavioral approach.

(À suivre.)

## Références:

Adams, J.E. (1976). The Christian Approach to Schizophrenia. IN: P.A. Magaro (Ed). *The Construction of Madness*. New York; Pergamon.

Bergan, J.R. (1977). *Behavioral Consultation*. Colombus, Ohio; C.E.Merrill.

Bergin, A. E. (1980). Psychotherapy and religious values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 95-105, 642-645.

Blashfield, R.K. (1984). *The classification of psychopathology. Neo-Kraepelinian and quantitative approaches*. New York; Plenum Press

Collins, G.R. (1980). *Christian Counseling*. Waco, Texas; Word Books

Conrad, P., Schneider, J.W. (1980). *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. St. Louis; C.V. Mosby.

Davis, N.J. (1980). *Sociological constructions of deviance. Perspectives and issues in the field*. Dubuque, Iowa; Wm. C. Brown.

Devlin, P. (1965). *The enforcement of morals*. London; Oxford University Press.

Gallagher, B.J. (1980). *The sociology of mental illness*. New York; Prentice Hall.

Ginsberg, G.L. (1985). Psychiatric history and mental status examination. IN: H.I. Kaplan, B.J. Sadock (Eds). *Comprehensive textbook of psychiatry*. 4th ed. (p. 487-495) Baltimore; Williams and Wilkins.

Fish, F. (1974). *Clinical psychopathology. Signs and symptoms in psychiatry*. Edition revised and edited by M. Hamilton. Bristol, England; John Wright.

Ford, C.V. (1982). Munchausen syndrome. IN: C.T.H. Friedman, R.A. Faguet (Eds). *Extraordinary disorders of human behavior*. (p. 15-27) New York; Plenum Press.

Kaplan, H.I. et Sadock, B.J. (1985a). Psychiatric report. IN: H.I. Kaplan, B.J. Sadock (Eds). *Comprehensive textbook of psychiatry*. 4th ed. (p. 495-499) Baltimore; Williams and Wilkins.

Kaplan et Sadock, (1985b). Typical signs and symptoms of psychiatric illness. IN: H.I. Kaplan, B.J. Sadock (Eds). *Comprehensive textbook of psychiatry*. (p. 499-501) 4th ed. Baltimore; Williams and Wilkins.

Kelsey, M.T. (1973). *Healing and Christianity in ancient thought and modern times*. New York; Harper and Row.

Kendell, R.E. (1975). *The role of diagnosis in psychiatry*. Oxford; Blackwell.

Kilpatrick, W.K. (1983). *Psychological Seduction: The Failure of Modern Psychology*. New York; Thomas Nelson Publ.

Klein, D.F. (1978). A proposed definition of mental illness. IN: R.L. Spitzer, D.F. Klein (Eds). *Critical issues in psychiatric diagnoses*. (p. 41-71) New York; Raven Press. p. 41-71

Landy, D. (Ed). (1977). *Culture, disease and healing. Studies in medical anthropology*. New York; Macmillan.

Lazare, A., Cohen, F., Jacobson, A.M., Williams, A.M., Mignone, R.J., Zisook, S. (1972). The walk-in patient as a «customer»: A key dimension in evaluation and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry, 42*, 872-883.

Lazare, A., Eisenthal, S., Wasserman, L. (1975). The customer approach to patienthood: attending to patient request in a walk-in clinic. *Archives of General Psychiatry, 32*, 553-558.

Lazare, A. (Ed.) (1979). *Outpatient psychiatry. Diagnosis and treatment*. Williams and Wilkins.

Locke, E.A. (1971). Is «Behavior therapy» behavioristic? (An analysis of Wolpe's psychotherapeutic methods). *Psychological Bulletin, 76*, 318-327.

Marwick, M. (Ed). (1982). *Witchcraft*. 2nd ed. Middlesex; Penguin Books.

McNeill, J.T. (1965). *A History of the Cure of the Souls*. New York; Harper Torchbooks

Mechanic, D. (1980). *Mental health and social policy*. 2nd ed. New York; Prentice Hall.

Menninger, K. (1973). *Whatever became of sin?* New York; Bantam Book

Messer, S.B. (1986). Behavioral and psychoanalytic perspectives at therapeutic choice points. *American Psychologist, 41*, 1261-1272.

Meyer, D. (1980). *The positive thinkers. Religion as pop psychology from Mary Baker Eddy to Oral Roberts*. 2nd ed. New York; Pantheon Books.

Mowrer, O.H. (1960). Sin, the lesser of two evils. *American Psychologist, 15*, 301304.

Mowrer, O.H. (1961). *The Crisis in Psychiatry and Religion*. Princeton, N.J.; Van Nostrand.

Mowrer, O.H. (Ed). (1967). *Morality and Mental Health*. Chigago; Rand McNally.

Murphy, J.M. (1982). Cultural shaping and mental disorders. IN: W.R. Gove (Ed). *Deviance and mental illness*. (p. 49-82) Beverly Hills; Sage Publications Inc.

Pfohl, S.J. (1985). *Images of deviance and social control*. New York; McGraw-Hill

Saint-Germain, G. (1979). *Psychothérapie et vie spirituelle. Expériences vécues*. Montréal; Fides

Siegler, M., Osmond, H. (1974). *Models of madness, models of medecine*. New York; MacMillan.

Spitzer, R.L., Endicott, J. (1978). Medical and mental disorder: proposed definition and criteria. IN: R.L. Spitzer, D.F. Klein (Eds). *Critical issues in psychiatric diagnoses*. (p. 15-39) New York; Raven Press.

Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. (1982). The definition and diagnosis of mental disorder. IN: W.R. Gove (Ed). *Deviance and mental illness*. (p. 15-32) Beverly Hills; Sage Publications Inc.

Sussman, N., Hyler, S.E. (1985). Factitious disorders. IN: H.I. Kaplan, B.J. Sadock (Eds). *Comprehensive textbook of psychiatry*. 4th ed. (p. 1242-1247) Baltimore; Williams and Wilkins.

Tseng, Wen-Shing, McDermott, J.F. (1981). *Culture, mind and therapy*. New York; Brunner/Mazel.

Vitz, P.C. (1977). *Psychology as Religion: The Cult of Self-Worship*. Grand Rapids, Mich.; William B. Eermans Publ. Co.

Wallach, M.A., Wallach, L. (1983). *Psychology's Sanction for Selfishness. The Error of Egoism in Theory and Therapy*. San Francisco; W.H. Freeman and Co.

Wiggins, J.S. (1981). Clinical and statistical prediction: Where are we and where do we go from here? *Clinical psychology review, 1*, 3-18.





Wilson, W.P. (1980). Christian Psychotherapy. IN: R. Herink (Ed). *The Psychotherapy Handbook*. New York; Meridian Book, New American Library.