Licence 1   
EC2 Psychologie clinique et pathologique

Plan du cours :

1. Introduction à la psychologie clinique

2. Psychopathologie et psychologie clinique : un problème de positionnement

2.1. Histoire de la psychologie clinique strico sensu.

2.2. Fondation de la discipline

2.3. Psychologie clinique et/ou psychopathologie

2.4. Du lien entre psychanalyse et psychologie clinique

3. Le normal et le pathologique !

3.1. Le normal?

3.2. Le pathologique?

4 Méthodes utilisées en psychologie clinique

4.1. L’entretien

4.2. Les tests et les échelles d’évaluation

4.3. L’observation

4.4. L’étude de cas

5. Objets de la psychologie clinique

3.1. La pathologie mentale

3.2. Les objets actuels.

6. Symptôme, Sémiologie, diagnostic et psychogénèse en psychopathologie de l'adulte

6.1. Positionnement

* Symptôme
* Sémiologie
* Diagnostic
* Psychogénèse

6.2. Sémiologie, psychopathologie et démarche clinique

- la description sémiologique

- éléments sur l’analyse psychopathologique

7. Métapsychologie

7.1. La métapsychologie: essai de définition

7.2. Théorie de l’appareil psychique

* + - * Inconscient, préconscient et conscient
      * Surmoi, ça, moi
      * Principe de constance
      * Principe de plaisir
      * Principe de réalité

10. La notion de structure

11. La névrose

11.1. Définitions

11.2. Les signes cliniques

11.3. Le diagnostic

12. La psychose

12.1 Définition

12.2. Les principaux mécanismes de défense

12.3. Les différentes psychoses

12A. La psychopathologie comportementale

12B. La psychopathologie cognitive

12C. La psychopathologie biologique

12D. La psychopathologie a-théorique et quantitative

12E. La psychopathologie comportementale

13. L’angoisse, névroses, troubles anxieux et formes cliniques

* + - 13.1a. Introduction
    - 13.1b. Sémiologie générale des névroses
    - 13.2. Données épidémiologiques
    - 13.3. Précisions
    - 13.4. L’angoisse est-elle pathologique?
      * - Formes cliniques
    - 13.5 Les modèles
    - 13.6 Troubles anxieux: caractéristiques générales
    - 13.7. Trouble panique
    - 13.8. Trouble d’anxiété généralisée
    - 13.9. Troubles phobiques
    - 13.10. Phobies sociales et phobies simple
    - 13.11. Interprétations cognitives
    - 13.12. La névrose hystérique

14. Trouble obsessionnel compulsif

* + - 14.1 Clinique et données épidémiologiques
    - 14.2. Evolution et complications
    - 14.3. Modèles et thérapeutique

15. Etat de stress post-traumatique (développé en L3)

* + - 15.1. Clinique
    - 15.2. Stratégies thérapeutiques

16. Le syndrome dépressif

* + - 16.1. Point sur le syndrome dépressif
    - 16.2. Epidémiologie de la dépression
    - 16.3. Symptômes devant faire rechercher une dépression
    - 16.4. Diagnostic d’un épisode dépressif
    - 16.5. Différentes formes cliniques
    - 16.6. Prise en charge du patient déprimé

17. Les états maniaques

* + - 17.1. Sémiologie
    - 17.2 Formes cliniques
    - 17.4 Evolution

18. Les troubles du comportement

* + - 18.1. Les troubles du comportement sexuel
    - 18.2 Les troubles classiques

1. Introduction à la psychologie clinique

« Psychologie clinique » évoque autant une méthode qu'un domaine qui se confond pour une part avec celui de la psychopathologie (= tous ce qui relève du trouble).

Nous maintiendrons ici que la psychologie clinique inclut la psychopathologie, lorsqu'elle s'appuie sur des problématiques psychologiques, sans pour autant s'y réduire.

La psychologie clinique s’oppose à la psychologie sociale.

Comment chacun d’entre nous fonctionne ? Comment notre vie détermine ce que l’on est ? Travail sur dimension affective.

* Le terme psychopathologie est ancien. Il est apparu en Allemagne à la fin du XVIIIe siècle(1783)

Ribot jour rôle important : milite séparation entre philosophie et psychologie.

* La théorie psychanalytique va avoir une importance considérable pour la psychopathologie même si on ne saurait confondre la psychopathologie avec la psychanalyse.

Psychanalyse= théorie de la psychopathologie.

* L’adjectif « clinique » signifie littéralement « au lit du malade ». Il s’agit d’un terme d’abord employé en médecine, et renvoyait à la notion d’observation du patient et d’examen clinique premier (palpation, écoute des symptômes, attention pour les odeurs, comme l’haleine aux senteurs « pomme » chez un diabétique, etc.).

Phase d’observation, attitude comportement. Examen clinique.

* Le terme « clinique », passé en psychologie, renvoie en partie aux mêmes notions. Il s’agit d’un acte qui s’inscrit dans un relationnel (on est avec un patient), où les seuls sens vont être utilisés auprès d’un patient qui est atteint (ou possiblement atteint) d’un certain nombre de troubles. Comme en médecine, le travail clinique va obéir à une certaine méthode et analyse, en fonction d’un savoir donné.

Manière de faire, méthodes : travail structuré en psychologie clinique.

* Comme en médecine également, l’acte clinique pourra aboutir à une proposition de bilan (psychologie : tests, échelles...) ou d’examens complémentaires plus techniques (médecine : IRM, radiographie, bilan sanguin...)
* « La psychopathologie peut être définie au sein de la psychologie, comme la branche de la psychologie qui est l’étude des phénomènes pathologiques par opposition à une psychologie sociale, de l’enfant (normal), animale ou générale » (Beauchesne, 1986).
* « La psychopathologie peut englober l’étude psychologique de la maladie mentale, et des dysfonctionnements de sujets réputés normaux ». (Beauchesne, 1986).

Attention examen !!!

2. Psychopathologie et psychologie clinique : un problème de positionnement.

2.1. Histoire de la psychologie clinique strico sensu

Trois sources :

Lightner Witmer (1867-1956) : 1990, APA réf mondiale tous psy/Création officielle de la psychologie clinique (reconnaissance).

Pierre Janet (1851-1947) : Contemporain de Freud/intérêt étude cas singulier-individuel/ opposition procédures des tests, des statistiques…

Sigmund Freud (1856-1939) : 1899, terme « psychologie clinique », application connaissances psychologiques aux données de l’expérience clinique.

Référence au cas individuel.

Compréhension des phénomènes psychiques en référence à l’histoire du sujet. -} non envisagé, donc des mécanismes psychopathologique sans faire référence à l’histoire de l’individu.

Difficultés, angoisses, différents troubles viennent d’une cause, on ne peut comprendre les troubles sans analyser le passé de l’individu.

2.2Fondation de la discipline

Daniel Lagache, principal artisan fondateur de la psychologie clinique, en donne en fait la première définition en 1949. Selon lui, il s'agit d'une science de la conduite humaine, fondée principalement sur l'observation et l'analyse approfondie des cas individuels, aussi bien normaux que pathologiques, et pouvant s'étendre à celle des groupes.

La psychologie clinique est basée sur l’étude approfondie des cas individuels.

Objet : étude cas individuel + ses conditions.

En termes plus précis, la psychologie clinique a pour objet l'étude de la conduite humaine individuelle et de ses conditions (hérédité, maturation, conditions psychologiques et pathologiques, histoire de la vie), en un mot, l'étude de la personne « en situation».

Attention examen !!!!

Conduite : recouvre spectre plus large.

Comportement : « Je vais au magasin acheter des pommes ».

Attitude : « Je me sent bien ».

Il n’y a pas de lien en comportement et attitude.

Anzieu en 1983, parle de la psychologie clinique de la manière suivante: «Elle est une psychologie individuelle et sociale, normale et pathologique ; elle concerne le nouveau-né, l'enfant, l’adolescent, l'homme mûr et enfin le mourant. Le psychologue clinicien remplit 3 grandes fonctions : de diagnostic, de formation, d'expert, apportant le point de vue du psychologue auprès d'autres spécialistes.»

On ne peut sortir l’individu de son milieu.

Chaque domaine est trop vaste, il faut se spécialiser : « cibler ». Fonction importante.

Juliette Favez-Boutonier et Didier Anzieu, contribueront à donner à la psychologie clinique française son originalité.

Françoise Dolto, Colette Chiland, Roger Perron…Pour tous ces auteurs, la psychologie clinique s’intéresse à tous les secteurs de la conduite humaine, normale et/ou pathologique, selon tous les âges de la vie.

|  |  |
| --- | --- |
| Psychologue | Psychanalyse |
| -Travail dans la réalité.  -Fait une étude du sujet : clinique armée, tests.  -Utilise différents types de thérapies.  -Neutre mais engagé, proche du patient.  -Empathie, solidarité. | -phantasmes suffisants.  -Clinique de la parole : ce qui est dit compte.  -S’appuie sur des processus transférentiels (du transfert).  -Attitude neutre. |

Jean Louis Pedinielli (1994) propose une définition opératoire de la psychologie clinique. Il conteste les conceptions précédentes qui restreignent la psychologie clinique à des conceptions non objectivantes, très proche du modèle psychanalytique.

La psychologie : Objet d’étude, « L’étude, l’évaluation, le diagnostic, l’aide et le traitement de la souffrance psychique quel que soit son origine : qu’il s’agisse de maladies mentales, de disfonctionnements ou de traumatismes ».

Ces différences témoignent de l’existence du clivage épistémologique en deux tendances qui caractérise la psychologie clinique contemporaine.

- une tendance humaniste subjectivante proche de la psychanalyse qui vise à la compréhension synchronique et diachronique de la personne et qui préfère une clinique de la parole ;

- une tendance naturaliste objectivante qui privilégie une clinique instrumentée et tend à se rapprocher du modèle des sciences de la nature.

2.3. Psychologie clinique et/ou psychopathologie.

« La psychopathologie peut englober l’étude psychologique de la maladie mentale, et des dysfonctionnements de sujets réputés normaux ».

(Beauchesne, 1986).

La psychologie clinique cherche à comprendre et expliquer le fonctionnement psychique humain et ses troubles, elle étudie de façon approfondie les cas individuels aussi bien dans le normal que le pathologique.

De nos jours, la psychopathologie est l’objet de définitions multiples, dont le dénominateur commun est le suivant : « il s’agit de l’étude des troubles mentaux, des maladies mentales, du fonctionnement mental anormal, soit encore de la psychologie des conduites pathologiques ».

Parmi les auteurs contemporains Pedinielli (1994) considère que la psychopathologie fait partie de la psychologie clinique qu’il définit comme « la sous-discipline de la psychologie qui a pour objet l’étude, l’évaluation, le diagnostic, l’aide et le traitement de la souffrance psychique, quelle que soit son origine ».

Ménéchal (1997) affirme pour sa part que la psychopathologie doit être définie comme « la science de la souffrance psychique » et « l’épistémologie de la psychologie clinique et de la psychiatrie ».

Psychopathologie : objet de définitions multiples.

Dans tous les cas, tous lui confère le même objet : la souffrance psychique.

La psychologie clinique est capable d’intégrer des modèles, des éléments. / Psychologie individuelle + de groupe (de tout âge).

S’intéresse aux personnes avec troubles, maladies au niveau psychique mais aussi somatique (=qui relève au corps).

Psycho-sanatique.

La psychopathologie « fait appel à l’ensemble des cadres de références et des disciplines (psychiatrie, psychologie, psychanalyse, sociologie, anthropologie, linguistique, psychopharmacologie, neurobiologie, …) susceptible d’apporter des éléments de connaissance sur la maladie mentale et les dysfonctionnements psychiques sous tous leurs aspects » (Capdevielle, Doucet, 1999)

Pour Schmidt (1984) « la psychologie clinique est l'application et le développement autonomes de théories, de méthodes et de techniques de la psychologie et de ses disciplines voisines, à des personnes ou groupes d'individus de tous âges qui souffrent de troubles ou de maladies (quelle qu'en soit la cause primaire) qui se manifestent au niveau psychique (comportement et expérience vécue) et/ou au niveau somatique, ou qui semblent menacés par des pareils troubles et maladies. Ce faisant on utilise dans la pratique des méthodes de prévention, de diagnostic, de conseil, de réhabilitation et de thérapie. Les activités pratiques de psychologie clinique s'exercent surtout dans des centres de consultation de toutes sortes, des *homes*, des institutions médicales hospitalières et ambulatoires, dans la « communauté » et la pratique privée. La recherche et l'enseignement doivent être explicitement considérés comme des parties essentielles de la psychologie clinique parce que sans eux une discipline peut rapidement dégénérer en praxéologie ».

2.4. Du lien entre psychanalyse et psychologie clinique.

Contexte nationaux différents : exemple de la France où la psychanalyse à une trop grande pace / socle important lors de la diffusion des savoirs.

* *La psychologie clinique en France est liée à la psychanalyse. Elle lui a fourni à la fois son support théorique et certaines de ces modalités méthodologiques ;*
* *Parmi les concepts fondamentaux de la psychanalyse exportés dans la psychologie clinique, on trouve l’inconscient, la notion de conflits, le transfert et le contre-transfert. Pour d’autres, notamment tous ceux souhaitant ramener la psychologie clinique dans les débats scientifiques et sur la scène internationale, cette alliance est rédhibitoire car elle pose des problèmes.*

La psychanalyse a apportée des notions fondamentales : conscient, inconscient, conflit, transfert…

*On assiste à une extension de la méthode clinique à différents objets (psychologie sociale clinique par exemple), autres problématiques (du côté de l'institution). La polysémie du terme clinique et des méthodes cliniques permet d’apercevoir des usages divers et de montrer qu’il y a bien une réorganisation d’un savoir en sciences humaines qui ne se réfère pas seulement à la psychanalyse.*

*La psychologie clinique recouvre un spectre large tant du point de vue des théories que des objets.*

Bibliographie :

*Fraisse, P. (1981). L’évolution de la psychologie expérimentale. In P. Fraisse & J. Piaget (sous la direction de), Traité de psychologie expérimentale, tome 1 : histoire et méthode (5e édition) Paris PUF.*

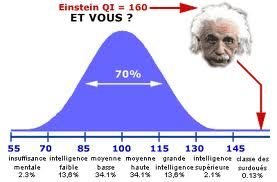
*Beauchesne, H. (1986). Histoire de la psychopathologie. Paris : PUF.*

*Roudinesko Elisabeth (2001) Histoire de la psychanalyse en France. Paris. Broché*

3. Le normal et le pathologique

3.1. Le normal?

* Le normal comme concept statistique
* La normalité comme norme sociale
* La normalité comme idéal
* La normalité comme absence de maladie
* La normalité fonctionnelle
* La normativité



-Le normal comme concept statistique :

L‘exemple de la courbe de Gauss,

distribution normale.

Normalité=moyenne, statistiques ? Peut être mesurée ?

Etre dans la moyenne, être comme « tout le monde » est-il être normal ?

-La normalité comme norme sociale :

Il convient d’avoir des conformités dans un groupe social : processus de normativité.

A-t-on le choix ?

Règles, certaines conduites acceptées, d’autres non.

Une société a ses normes. Evolue d’une société à une autre (exemple de la sexualité, l’homosexualité).

Fixe critères de normalité, arbitraire.

-La normalité comme idéal :

Suppose un continuum entre la normalité et l’anormalité.

Perfection à laquelle l’idéal collectif aspire.

Devient pathologique tout ce qui n’est pas conforme.

- La normalité comme absence de maladie :

Taux de prévalence.

-La normalité fonctionnelle :

Chaque individu devient la norme.

Normaux-malades mentaux non opposés aujourd’hui, continuum.

Individu n’est ni l’individu qui se proclame ni le malade qui s’ignore, le bien portant est un individu qui n’a pas rencontré de difficultés supérieurs à ses adaptative, affectives et défensives, qui va trouver un équilibre

Normalité=équilibre entre contraintes confrontés et ressources alors, l’anormalité = processus de déséquilibre, effets pathogènes auquel il est confrontés. Individus ne trouvent pas de réponse.

Crée symptômes.

Normativité : 1 individu sain est celui qui peut tomber malade et se rétablir, c’est un individu capable d’instaurer de nouvelles normes de fonctionnements dans des contextes différents.

3.2. Le pathologique ?

Qu’est-ce que le pathologique ?

Distinction pathologique (état de maladie) et l’anormal (processus vers le supranormal, déchéance).

Définitions différentes.

* Mc Mahon (1976) décrit 5 types de définitions :
  + Définitions statistiques (Positionnement pathologique selon normes).
  + Définition professionnelle (anormal si psy le dis).
  + Définitions sociales (anormalité relative à une culture).
  + Définitions existentielles (contexte environnant=repère où pathologie est positionnée). Offrir individus moyens adaptés.
  + Définition de Buss (1966) basée sur la présence de trois indicateurs de pathologie : l’inconfort ; la bizarrerie, l’inefficacité.
  + Continuité ou discontinuité entre le normal et le pathologique?

Bibliographie :

* *Bergeret, J. (1985). La personnalité normale et pathologique. Paris : Masson.*
* *Besançon, G. (1993). Manuel de psychopathologie. Paris : Dunod.*
* *Ionescu, S. (1995). Quatorze approches de psychopathologie. Paris : Nathan Université.*
* *Ionescu, S. (1992). Normal et pathologique (chapitre 3). In Ghiglione, R. et Richard, J.F. Cours*
* *de psychologie : I. Origines et bases. Paris : Dunod, 50-66.*
* *Ménéchal, J. (1997). Introduction à la psychopathologie. Paris : Dunod.*
* *Pedinielli, J.L. (1994). Introduction à la psychologie clinique. Paris : Nathan Université.*

4. Méthodes utilisées en psychologie clinique

Pour Lagache  la démarche clinique a pour modalités « d'envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ». Elle répond donc aux exigences de référence à la singularité des individus, de prise en compte de la totalité des situations (l'observateur est partie intégrante de l'observation), à la dimension concrète des situations, la dynamique, la genèse.

La démarche clinique a pour ambition de saisir individus dans leurs singularités.

Monde dans le rapport à la discipline, à nous même. Ex : étudiants, existent-ils vraiment ? Saisir spécificité du sujet, parcours.

Chacun d’entre nous est le théâtre d’un conflit psychique, qu’on le veuille ou non.

On ne dit jamais tout, à nos parents, à nos psychologues… Partie cachée dans chacun d’entre nous.

Problème : génère ou pas de la souffrance ? Non intérêt pour la moralité.

Morale= faire payer à l’autre ce que je ne suis pas capable d’assumer.

Rentrer en contact avec le sujet.

4.1. L’entretien

L'entretien clinique est proche des situations communes de conversation, mais il s'en distingue par son projet (laisser le sujet parler librement et construire son univers), par la méthode et les buts : diagnostic (activité de consultation nécessitant la production, la sélection et le traitement d'informations et visant une évaluation et une action) ou thérapeutique (procédure d'influence et de transformation).

Il existe plusieurs formes d'entretien

Technique d’entretien différent de la discussion. Ecoute ce qu’il dit+ ce qu’il ne dit pas (surtout). Ce qui est important ce sont les sous-entendus, les sens cachés, expressions non verbales, le mensonge, le non-dit…

Vrai méthode : info traité, relance. Discours « moi, en ce qui me concerne… »

En fonction de ce que j’attrape de la conversation, relance différentes.

« Les chats, qui aiment les souris, sont affectueux. »

« Les chats qui aiment les souris, sont affectueux. »

2 sens distincts tout dépend virgule. Fonction ponctuation change tout le sens. Subtilité.

Travers langage saisir / repérer signes pathologiques.

4.2. Les tests et échelles d’évaluation

Situer ce qui est produit par le test dans une compréhension plus globale de l'individu, de son fonctionnement et de ses possibilités.

* + les méthodes projectives (Rorschach, *thematic apperception test* ou TAT, *children apperception test* ou CAT). Ex : Tests taches.
  + autres formes de tests (cognitifs, compétences, inventaires de personnalité) sont aussi employées en clinique de même que les échelles.

Psychologie clinique dit « armée ». Aide à poser diagnostic.

Forme nuage=projection de soit sur un univers informe, révèle personnalité. Idem pour taches.

Obligation de mettre une signification sur les choses. Démarche projective.

Transfert= ce que je ressens vis-à-vis de mon psychologue.

**L’observation**: Manière d’observer les gens.

4.3. L’étude de cas

-L'étude de cas vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes.

-L'étude de cas suppose que l'on se fixe comme objectif de comprendre une personne et non pas seulement le problème.

5. Objets de la psychologie clinique

5.1. La pathologie mentale

* Les conditions qui provoquent un trouble psychique est, en psychologie clinique, rendue difficile car le champ de la pathologie articule des modèles de causalité parfois systématiques et, finalement, simplistes car confondant les niveaux d'expérience et d'intervention.
* Si la psychologie clinique est l'étude du rapport du sujet à sa situation, des processus psychologiques impliqués et des déterminants psychologiques, il lui est possible de s'intéresser à la pathologie en dehors de toute référence à l'étiologie.

Quelle sont les conditions qui provoquent la pathologie mentale ? Les causalités : l’environnement social, psychique…

Etre né dans environnement pathogène va avoir des effets, ce que l’on est d’un point de vue biologique et génétique aussi.

La psychologie clinique étudie et essaye de comprendre les interactions entre les individus et l’environnement ainsi que les répercussions sur la psychologie/pathologie mentale.

Intérêt pour les handicapés, l’individu aux différents stades de sa vie.

Objets de la psychologie clinique ont évolués. Se limite plus aux souffrances psychiques. Ex : sexualité des personnes âgés, l’éducation, la transmission des connaissances, la souffrance au travail…

Aspects importants où il faut être capable d’intervenir et d’agir.

Psychologie de la santé : Qu’est ce qui se passe dans la tête des gens quand on leurs annonce qu’ils ont un cancer ?...

5.2. Les objets actuels

* L'évolution de la discipline s'est accompagnée de la naissance de nouveaux objets tant théoriques que pratiques : aide aux mourants, handicap, marginalité, souffrance sociale..., institutions non psychiatriques (crèche, hôpital général, prison...), moments du développement normal (nourrisson, adolescent, sujet âgé...). La psychologie clinique participe de manière complémentaire, mais parfois concurrente, à l'analyse de phénomènes définis qu'elle partage avec d'autres disciplines de la psychologie mais aussi des sciences humaines ou des sciences de la vie.

Bibliographie :

* Bénony H, Chahraoui K L'entretien clinique.   Paris : Dunod, 1999
* Blanchet A, Gotman A Les méthodes d'enquête : l'entretien.   Paris : Nathan, 1992
* Favez-Boutonnier J La psychologie clinique : objet, méthode, problèmes.   Paris : PUF, 1959
* Huber W La psychologie clinique aujourd'hui.   Bruxelles : Mardaga, 1987
* Perron R La pratique de la psychologie clinique.   Paris : Dunod, 1997
* Prevost M Janet, Freud et la psychologie clinique.   Paris : Payot, 1973
* Revault d'Allonnes C L'étude de cas : de l'illustration à la conviction. In: C Revault d'Allonnes (Ed.) *La démarche clinique en sciences humaines.* Paris : Dunod: 1989;
* Widlöcher D Traité de psychopathologie.   Paris : PUF, 1994

6. Sémiologie et psychopathologie de l’adulte

L’approche prend en compte 4 dimensions qui s’attachent aux symptômes, à la sémiologie…

**Symptômes**:

Toute manifestation spontanée d’une maladie qu’elle soit perçue subjectivement par l’individu lui-même (douleur, vertige, symptômes subjectifs=perçus) ou qu’elle puisse être constatée par un observateur (symptômes objectifs, signes).

On ne voit pas les douleurs mais les symptômes.

6.1 La sémiologie

* La *sémiologie —* étude des signes - devrait être l'outil permettant de décrire les troubles psychiques qu'étudie la *psychopathologie.* Mais qu'est-ce qu'un trouble psychique ? Comment définir le normal et le pathologique ? Peut-on étudier objectivement ce qui est éminemment subjectif? Quels sont les poids respectifs de l'organique et du mental dans ce qui constitue une entité pathologique ?
* Nous essaierons ici d'articuler sémiologie et psychopathologie en proposant une description des troubles guidée par la logique élémentaire organisant les symptômes.
* Un axiome sous-tendra notre exposition de cette logique : *tout phénomène pathologique a une fonction dans la vie psychique du sujet, c'est-à-dire une valeur de défense.* Autrement dit, nousadopterons un point de vue *psychodynamique* au sens où la vie psychique est animée parune tension susceptible de déterminer angoisse et conflits, dont les symptômes sont lereflet défensif.

Observation signes que le sujet va exprimer.

Disfonctionnement, examen sémiologique : étude comportement individus.

La clinique dépasse toujours la théorie.

Le psychologue clinicien n’est pas un technicien, il met en perspective la sémiologie en comprenant l’histoire du patient.

Faire un catalogue des signes= figer la situation. Cela ne suffit pas.

Diagnostic va évoluer au fur et à mesure de la prise en charge du patient (met du temps à être posé). Patient teste fiabilité du psychologue, ne révèle pas tout, peut le tromper. Le diagnostic peut être erroné, peut aider mais n’ai pas le plus important.

Question sémiologie importante. Dimension modeste qui lui est propre. Intérêt : faciliter échange entre professionnels.

Méfiance à avoir vis-à-vis d’une démarche classificatoire. Il ne s’agit pas de décrire subjectivement les gens. Articuler avec la théorie.

6.2. Sémiologie, psychopathologie et démarche clinique

* La démarche clinique constitue la méthode fondamentale en psychopathologie. Cette méthode est essentiellement empirique car elle se définit par *l’expérience d'une rencontre avec un sujet singulier.* Le plus souvent, cette rencontre donne lieu à un « entretien » via la parole mais il arrive que d'au très modalités d'échange soient fécondes *(e.g.* dessin ou jeu avec le jeune enfant).

* Pour élaborer ce qui se donne dans une rencontre clinique, il est utile en première instance de distinguer deux niveaux d'analyse, l'un correspondant à la description sémiologique, l'autre à la compréhension psychopathologique.

1. La description sémiologique.

* Le point de départ est le repérage de *symptômes*
* Un symptôme isolé n'a pas grande valeur
* Un même syndrome peut s'observer dans des tableaux cliniques distincts, correspondant à différents *diagnostics*
* Un diagnostic n'a de sens que relativement à l'ensemble autre diagnostic, donc en référence à une classification des troubles ou *nosographie*
* Lorsqu'on parvient à un diagnostic, il est important de discuter les autres diagnostics qui pourraient être envisagés, avant de mieux les écarter. Celte démarche est appelée *diagnostic différentiel.*
* Les troubles ont une dimension *diachronique*
* Les troubles ont une dimension *synchronique*
* Le diagnostic permet en principe de proposer une *thérapeutique,* c'est-à-dire une méthode de traitement.

Repérage des symptômes= point de départ. Savoir à quelles troubles on a à faire. Processus non comparable à celui de la médecine.

Le symptôme isolé n’a pas de grande valeur. Un symptôme ne suffit pas (peut être le propre de différents types de pathologies).

Regroupement de symptômes qui est significatif, c’est ce qu’on appelle un syndrome.

Examen : Syndrome= regroupement de symptômes.

Problème : intégration d’un seul autre symptôme, autre syndrome, soit autre diagnostic.

Question de symptôme important. Le diagnostic est toujours dynamique, n’est jamais posé définitivement. Evolution. La clinique dépasse toujours la théorie.

Un diagnostic n’a de sens que relativement à l’ensemble des autres diagnostics, toujours des diagnostics en concurrence : diagnostic différentiel=le fait de discuter les autres diagnostics qui pourraient être envisagé avant de les intégrer.

Les troubles ont 1 dimension diachronique=évolue dans le temps.

Les troubles ont une histoire, il s’agit de faire avec le patient l’anamnèse=histoire du sujet, retrace passé. Permet de voir troubles.

On ne peut connaitre que celui qu’on est et celui qu’on sera qu’à la lumière de l’histoire qui est la nôtre et qui parfois nous surdétermine dans nos choix, nos souffrances…

Les troubles ont également une dimension synchronique : survient dans un contexte familial, social, culturel très important à prendre en compte.

Exemple de la violence conjugale : choqué ou accepté selon la personne atteinte et son histoire.

Le diagnostic permet en principe de proposé une thérapeutique : méthode de traitement.

Thérapeutique différent de psychothérapie.

2. Eléments sur l’analyse psychopathologique

* L'analyse psychopathologique vise à comprendre les processus mentaux sous-jacents aux symptômes. Ceux-ci reflètent en effet un fonctionnement psychique dépendant de la structure de la personnalité et de l'histoire du sujet.

Montre qu’au fond l’individu à une vie psychique (processus psychiques) et comme on ne peut pas les voir ont les soupçonnes d’exister.

Il y a des processus auquel on n’a pas accès.

L‘évidence n’en est pas toujours une.

Mécanismes psychiques (défenses) doivent être mis en liens avec les symptômes.

Au fond, ils sont les reflets des structure psychiques, réfère à la structure de la personne.

* Rappelons l'axiome énoncé en introduction et dont nous admettrons qu'il peut guider la réflexion du clinicien : *tout phénomène pathologique a me fonction dans la vie psychique* *du sujet, c'est-à-dire une valeur de défense dans la dynamique de son rapport à lui-même et au monde.*

Révèle ce qu’est la personnalité de sujet. Freud est le premier à insister sur cette idée. Il protège le « moi » (déni, refoulement).

Peut se retourner contre le sujet et devenir pathogène.

* Admettre qu'un symptôme à une fonction défensive implique qu'on lui reconnaît une certaine valeur positive pour le sujet, ce qui peut paraître parfois étrange au non clinicien : comment un phénomène d'allure pénible ou dommageable pourrait avoir une valeur positive ?

Certains symptômes ont une défense pathologique.

Exemple des troubles de l’alimentation : essaye de combler un manque, ou de la mutilation : se sent vide, présence d’une douleur impossible à cibler.

Les symptômes ont toujours une fonction, processus adaptatif. Valeur positive. Bon nombre de processus de défense ne sont pas en soit pathologique.

* Il faut bien comprendre qu'un processus de défense n'est pas en soi pathologique.

🡪 Au contraire

Il existe des défenses qui vont rigidifier…. l’enfermer

Exemple du mécanisme de clivage.

Association d’aide aux victimes : 2 euros. Tel : 03.82.59.20.03.

Conférence entre psychotraumatisme et cardiologie.

7. Métapsychologie

7.1 La métapsychologie: essai de définition

Métapsychologie = super théorie de la psychanalyse. Posture théorique.

3 aspects :

1. idée selon laquelle c’est une théorie des processus psychiques inconscient

2. Méthode de traitement des troubles névrotiques qui se fondent sur ce modèle

3. Une série de conception psychologique qui on fondés la psychanalyse.

Cartographie du fonctionnement psychique qui n’a aucune correspondance avec le cerveau ou neurologique entre ce modèle et le fonctionnement du cerveau tel qu’il existe.

* En 1896, le terme métapsychologie apparaît chez Freud en même temps que le mot psychanalyse. Il désigne la superstructure théorique de la psychanalyse. C’est par la métapsychologie que la psychanalyse affirme son ambition d’être une « science de l’inconscient ».

Théorie spéculative= hypothèse, prédilection, supposition.

On n’est pas capable de mesurer l’inconscient, le « moi »…

* fondation théorique de la psychanalyse. Il s’agit de la clarification et de l’approfondissement des hypothèses théoriques qui sont au fondement de la psychanalyse. Elle est posée par Freud comme une science.

3 points de vue :

-Economique (postule une circulation de l’énergie). Exemple des relations amoureuses, pulsions investit toujours un objet. Investissement psychique. Relève de la dimension de la force. Puis processus de désinvestissement.

-Dynamique.

-Topique.

* mode de représentation de l’appareil psychique. Ce qui est représenté, c’est l’appareil psychique, modèle inspiré d’images optiques, qui doit permettre d’interpréter les rapports avec les différentes instances psychiques.
* mode d’explication des processus psychiques à partir de trois points de vue : topique, dynamique, économique.
* théorie spéculative ou savoir de l’énigme. Elle vient quand on se trouve face à une énigme à résoudre.

7.2. Théorie de l’appareil psychique

* On distingue au sein de la théorie freudienne la première topique où la distinction majeure se fait entre Inconscient (Ics)-Préconscient (Pcs)- Conscient (Cs) et la seconde topique qui différencie trois instances : le Moi, le Ça, le Surmoi.

**- Inconscient (Ics)-Préconscient (Pcs)- Conscient (Cs) : Première topique**

Au sens topique, inconscient désigne un des systèmes définis par Freud dans le cadre de sa première théorie de l’appareil psychique. Il est constitué de contenus refoulés qui se sont vus refuser l’accès au système préconscient-conscient par l’action du refoulement**.**

Le processus du refoulement peut être envisagé selon les trois points de vue topique, économique, dynamique (Clancier, 1998).

- du point de vue topique, le refoulement est défini comme une opération de maintien hors du champ de la conscience, mais l’instance refoulante n’est pas assimilée à la conscience. C’est la notion de censure qui permet d’en rendre compte.

- du point de vue économique, le refoulement s’explique par une combinaison de désinvestissements, réinvestissements et contre-investissements concernant les représentations (images, idées, …) de la pulsion.

- point de vue dynamique, il s’agira de savoir quels sont les motifs du refoulement, c’est à dire d’expliquer pourquoi une pulsion satisfaite qui engendre normalement un certain plaisir en arrive à procurer un déplaisir qui entraîne le processus de refoulement.

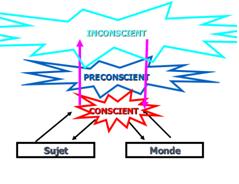
Les caractères essentiels de l’inconscient comme système sont :

* ses contenus sont des représentants des pulsions ;

- ses contenus sont régis par les mécanismes spécifiques du processus primaire, notamment la condensation et le déplacement, modes essentiels des processus inconscients, particulièrement visibles dans l’analyse des rêves (Freud, 1910) mais aussi dans le mot d’esprit (Freud, 1905) qui est un des sources du comique et du rire ;

Qualifie les opérations et les contenus du système Pcs. Ceux-ci ne sont pas présents dans le champ actuel de la conscience et sont donc inconscients au sens descriptif du terme mais ils se différencient des contenus du système Ics en ce qu’ils restent en droit accessibles à la conscience (connaissances et souvenirs non actualisés par exemple).

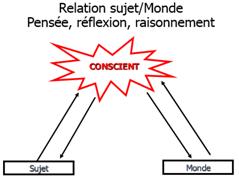
Dans le cade de la deuxième topique freudienne, Pcs est utilisé comme adjectif pour qualifier ce qui échappe à la conscience actuelle sans être inconscient au sens strict. Il qualifie des contenus et des processus rattachés au Moi et au Surmoi (Laplanche, Pontalis, 1994).



* Il se situe entre le Conscient et l'Inconscient et, de cette manière, il partage des propriétés avec les deux. Ses contenus sont inconscients mais accessibles à la connaissance consciente.
* Le Préconscient correspond à une zone intermédiaire, permettant un passage en douceur et progressif des contenus inconscients vers le Conscient.

**Il contient les représentations inconscientes sur le point de devenir conscientes.**

* Il est aussi appelé Perception-Conscience (PC-CS) puisqu'il est tout d'abord ce qui perçoit dans le mental.
* Il a donc pour fonction principale de mettre le sujet en relation avec le monde extérieur, et inversement.
* La somme des représentations mentales (pensées, idées, désirs, angoisses, etc.), accessibles au sujet lui-même, connues et reconnues par le sujet lui-même, sont définies comme conscientes, c'est-à-dire comme appartenant au système conscient.
* Ce qui est conscient correspond à ce qui peut être ouvertement et clairement pensé, extériorisé et surtout dit. La capacité de dire (de verbaliser) est révélatrice de la qualité consciente des contenus mentaux.



**Moi- Ça –Surmoi : Deuxième topique**

A partir de 1920, Freud élabore une nouvelle conception de la personnalité et établit une seconde distinction majeure entre trois instances : le ça, le moi et le surmoi. Ces nouveaux lieux psychiques ne correspondent plus vraiment aux premiers.

L’instance du ça revêt la plupart des caractères du système Ics. Les autres instances, le moi et le surmoi, ont elles aussi une origine et une part inconscientes.

Le surmoi a à la fois une fonction de juge et de censeur. Il correspond à l’intériorisation des exigences parentales et des tabous sociaux. Freud voit dans la conscience morale, l’auto-observation, la formation d’idéaux, des fonctions du surmoi. Il est défini comme l’héritier du complexe d’OEdipe. Il se constitue par intériorisation des exigences et des interdits parentaux

* Quelques années plus tard, Freud (1923, 1933) spécifie cette instance qu’il décrivait parallèlement à la notion de conscience morale, d’auto-observation et de censure et la qualifie de surmoi. Le surmoi puise ses racines dans l’inconscient et peut par conséquent opérer comme censeur de manière inconsciente. Il correspond aussi aux fonctions d’interdiction et d’idéalisation (idéal du moi).
* Le moi ne se laisse pas saisir facilement dans toutes ses dimensions. Il existe des sensations inconscientes qui peuvent chercher à se manifester sans que le moi perçoive la contrainte qu’il subit. Aussi Freud doit-il spécifier une autre instance de la personnalité : le ça.
* Du point de vue économique, le ça est en quelque sorte le réservoir des pulsions, de l’énergie psychique. Ses contenus expression psychique des pulsions, sont inconscients, pour une part héréditaires et innés, pour l’autre refoulés et acquis. Du point de vue dynamique, il entre en conflit avec le moi et le surmoi qui du point de vue génétique en sont des différenciations (Laplanche, Pontalis, 1994).

Le ça correspond à ce qui est refoulé mais n’en constitue qu’une partie. Il se remplit d’énergie à partir des pulsions, mais il n’y a en lui aucune organisation, aucun principe volontaire. Il vise simplement à satisfaire ses pulsions conformément au principe de plaisir. Tous les processus qui s’accomplissent en lui sont illogiques mais sans contradiction.

* Freud attribue au ça une grande partie des propriétés qu’il attribuées dans sa première topique au système Ics.
* Le moi représente les intérêts de la personne toute entière et se trouve fortement investi de libido narcissique
* la partie superficielle de l’appareil psychique
* orienté vers l’extérieur et permet la transmission de toute impression reçue. Pour Freud (1923), le moi superficiel émane du système P comme d’un noyau.
* Il est une partie du ça modifiée par la proximité et l’influence du monde extérieur, organisé pour percevoir les excitations et s’en défendre. Le moi a donc pour fonction de représenter le ça le monde extérieur.
* **Résumé des trois instances psychiques de la deuxième topique définie par Freud**



* Sous ce terme, Freud (1915a) désigne plusieurs choses : la maîtrise des excitations, leur immobilisation psychique, leur décharge progressive
* (Freud (1920) accorde une importance primordiale au principe de plaisir. Pour lui, l’évolution des processus psychiques est fonction de ce principe
* Le principe de réalité a une fonction régulatrice.

8. La théorie des pulsions

8.1. Les contenus des pulsions

* Le terme de pulsion désigne « une poussée interne d’excitation » (Vanier, 1996).

8.2. Les caractéristiques de la pulsion

* POUSSEE
* BUT
* OBJET
* SOURCE
* Libido d’objet et libido du moi : Pour Freud (1914), la libido s’investirait d’abord sur le moi pour se réinvestir à partir du moi sur des objets extérieurs.
* Instinct de vie et instinct de mort: Pour Freud (1920), d’autres instincts que les instincts de conservation libidinaux sont à l’œuvre dans le Moi. Les pulsions sexuelles correspondent à l’Eros, c’est à dire aux pulsions de vie qui agissent comme des forces de liaison, présidant à la création et à la synthèse des unités vitales. Freud oppose les instincts d’agression dont le but est de détruire, Thanatos ou pulsions de mort.