

Séance 1

But:

D'une part, apporter des éléments et définitions de base de psychopatho, mais surtout montrer le rôle primordial du côté humain dans cette discipline. Et de façon plus large, sensibiliser au développement de l'esprit critique.

Thèmes principaux:

Humanité:

- Nécessité de se connaître, afin d'avoir un psychisme sain et de pouvoir comprendre l'autre.
- Seul un réel intérêt porté à l'autre permet d'établir un véritable échange. Dans la cadre thérapeutique, permet les trois premiers points.
- Le langage est le lien entre les individus, qui permet de construire les relations sociales. Etre humain, c'est être social.
- Les relations sociales permettent de canaliser les émotions par la parole, et ainsi d'aider au fonctionnement normal du psychisme.

Fonctionnement du psychisme:

Le psychisme "normal" oscille entre des limites hautes et basses. Ces oscillations sont provoquées par l'inconscient (angoisses, ...). Des événements peuvent perturber ce fonctionnement normal (hypo-, hyper-fonctionnement) et amplifier l'effet d'un trauma.

Méthode thérapeutique:

- Etablir la confiance
- Construire un dialogue
- Recueillir des signes
- Dédurre un diagnostic
- Guider le patient vers "sa" solution

Définitions:

Psychotraumatisme, trauma: choc violent, physique ou psychique, entraînant des séquelles et à l'origine de la plupart des maladies mentales. Se caractérise par trois conditions:

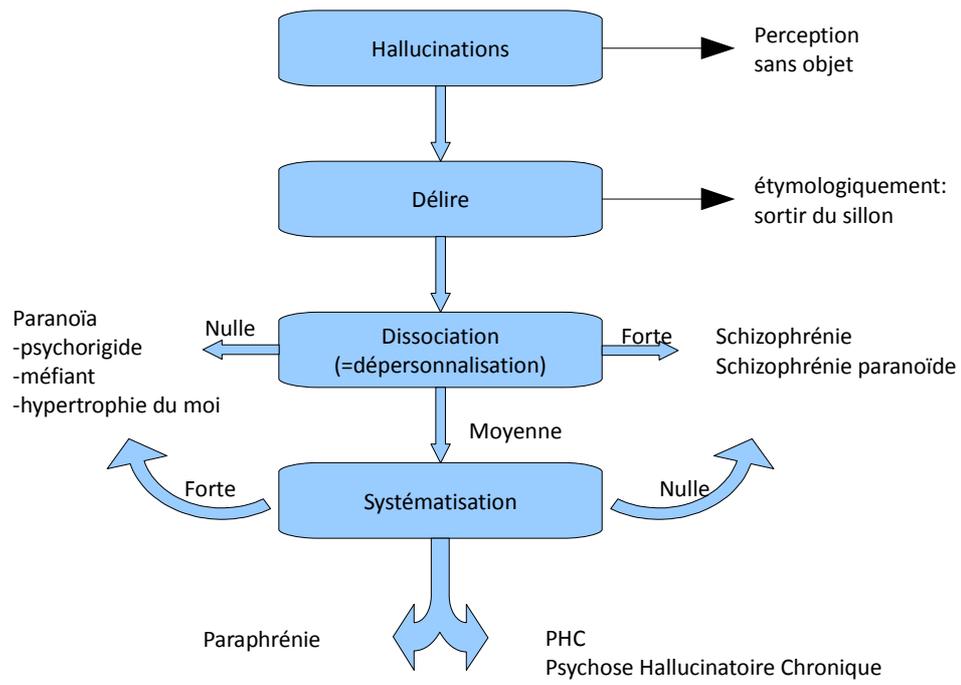
- événement violent,
- faisant intrusion dans le psychisme de l'individu,
- et qu'il ne parvient pas à gérer.

Peur: réfère à un "objet", c'est à dire quelque chose de concret. Lorsque l'objet disparaît, la peur disparaît également.

Angoisse: contrairement à la peur, celle-ci a pour origine quelque chose d'inconscient, diffus et persiste même en l'absence de stimuli. Quatre angoisses fondamentales: mort, morcellement, abandon, séparation.

Signe: indice objectif d'un processus pathologique déterminé (Wikipédia). La science des signes est la sémiologie.

Syndrome: ensemble de signes, dont le recueil et l'analyse permettent d'établir un diagnostic.



Séance 2

Entretien clinique

1 - L'entretien clinique et ses objectifs

Au cours des premiers entretiens cliniques, le clinicien est d'abord confronté à la nécessité d'une **évaluation diagnostique globale**.

Cette évaluation prend en compte des **données** issues de la qualité de la relation entre le clinicien et le patient, mais aussi de la **dynamique** de cette **relation** à travers les quelques entretiens initiaux.

Elle prend également en compte les **hypothèses psychopathologiques** sur le fonctionnement intrapsychique, tel qu'il peut être appréhendé à travers les **conduites manifestes** et la **dynamique relationnelle**.

Il faut enfin tenir compte de l'analyse des **interactions** familiales et sociales.

A partir de ces données, le clinicien évalue dans l'après-coup, ce qui reste de ses préoccupations, diagnostiques, pronostique et thérapeutique.

Un **patient** qui consulte est **par définition** un sujet en **état de souffrance**, en **état de demande** (démarche a priori plus constructive). Parfois, la demande ne vient pas directement ou spontanément de lui (dans le cas des enfants. **Enfant-symptôme**: les **troubles** de l'enfant sont **réactionnels** à une **situation familiale pathogène**).

L'entretien se déroule toujours en **face à face** (ni trop loin, ni trop près). Le clinicien doit rassurer le patient, l'inviter à parler aussi librement que possible en le dirigeant s'il le faut par des questions précises. Il s'agit d'un **entretien** dit **semi-directif**. Le psychologue peut prendre des notes mais doit éviter de tout retranscrire devant le patient, il doit en revanche compléter ses notes de mémoire après le départ du patient (essentiellement pour pouvoir observer le patient et ses réactions).

Le **but** de l'entretien clinique est **double**:

- d'abord l'**évaluation** dans les divers domaines de la clinique psychiatrique (sémiologie, nosographie, psychopathologie,...) et ensuite
- un **objectif thérapeutique**.

En effet, du fait du dévoilement, de l'énonciation et des tentatives de clarification des diverses difficultés et symptômes, les entretiens cliniques peuvent avoir un effet thérapeutique certain. L'interaction qui se déploie pendant l'entretien constitue l'instrument de cette double démarche.

2 - L'entretien d'évaluation

L'évaluation doit être individuelle, familiale et environnementale. Le **repérage** des **conduites symptomatiques** constitue un premier temps de l'entretien. Il faut, par exemple, apprécier la place qu'occupe l'angoisse, les conditions de sa survenue, son caractère diffus ou au contraire focalisé, sur une partie du corps ou une conduite.

A noter que l'**absence** de toute angoisse constitue un critère d'évaluation diagnostique et thérapeutique important et souvent péjoratif. Il faut également évaluer la **tolérance** à l'excitation interne, c'est à dire le degré d'impulsivité ou l'existence de conduites pouvant mener à des ruptures, telles que les fugues, tentatives de suicide, alcoolisation aiguë, crises boulimiques aiguës, ...

Ce paramètre permet d'évaluer la qualité du lien de dépendance. On évalue également la qualité de l'humeur et ses fluctuations, c'est à dire les états dépressifs, la souffrance morale, les conduites de retrait, le désinvestissement, ainsi que les colères brusques qui peuvent masquer une problématique dépressive sous-jacente.

Évaluer aussi le **rapport du sujet à son corps**, par exemple la pudeur ou une certaine honte peut conduire le patient à ne pas parler de conduites impliquant le corps et ses représentations, surtout chez les adolescents.

Le rapport au corps sexué nous informe sur des conduites impliquant le corps par rapport à la sexualité (fantaisie sexuelle, activité sexuelle chaotique, sadique, masochiste, ...).

Relever le cas échéant la présence de **troubles alimentaires** (boulimie, anorexie), troubles du sommeil.

Il faut évaluer aussi la **qualité des relations** à la **famille**, aux **pairs**, et aux **relations sociales**. Cette évaluation doit être prise en compte pour apprécier le degré d'entente ou de conflit, les intérêts partagés ou l'absence d'intérêts communs, quant aux relations aux pairs et aux relations sociales, elles peuvent être évaluée par la capacité d'être seul, mais aussi l'aisance à être dans un groupe et la dépendance ou non à être dans un groupe.

Lien entre mécanisme de défense et angoisse

Pour Freud, "le processus défensif qui va se spécifier en mécanisme désigne la révolte du moi contre des représentations et des affects pénibles ou insupportables".

Pour Anna Freud, "la défense est une activité du moi destinée à protéger le sujet contre une trop grande excitation pulsionnelle".

Laplanche et Pontalis précisent, "la défense porte d'une façon générale sur l'excitation interne (pulsion) et sur telle ou telle représentation (souvenir, fantasme) ou sur tel des affects auquel la pulsion est liée".

1 caractéristiques des mécanismes de défense

- ils sont automatiques,
- ils sont inconscients,
- ils sont sous la dépendance des processus primaires.

2 but des mécanismes de défense

Leur but est de réduire la tension pulsionnelle et l'angoisse qui en résulte, angoisse qui est susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance psychique de l'individu. L'utilisation des mécanismes de défense est normale chez tout individu, en revanche leur utilisation peut devenir pathologique:

- lorsqu'ils sont inefficaces à juguler l'angoisse,
- quand ils sont trop rigides,
- quand ils sont inadaptés,
- quand ils sont exclusivement du même type.

Mécanismes de défenses des psychonévroses: refoulement.

Mécanismes de défense du paranoïaque: projection. Il projette sur les autres ce qu'il refuse d'être.

3 les mécanismes de défense typiques des psychonévroses

Dans les névroses, les mécanismes de défense luttent contre l'angoisse de castration. Le principal mécanisme de défense dans les psychonévroses (=névrose) est le refoulement. Les représentations refoulées peuvent avoir plusieurs devenir possibles:

- soit elles sont refoulées pour toujours,
- soit elles reviennent à la conscience par le biais du rêve ou à travers les lapsus, les actes manqués, l'oubli ou le mot d'esprit,
- soit elles reviennent à la conscience sur un mode logique par le biais du retour du refoulé à ce niveau. Celui-ci correspond à la façon dont les représentations signent l'échec du refoulement sur un mode pathologique par la création de symptômes. La formation de symptômes est considérée comme un mécanisme de défense.

Dans les névroses, l'échec du refoulement se manifeste selon quatre possibilités:

- dans la névrose phobique, le retour du refoulé se fait par déplacement sur un objet extérieur.
- dans la névrose hystérique, il y a déplacement de la représentation refoulée sur une représentation du corps, ce que l'on appelle une conversion hystérique.
- dans la névrose obsessionnelle, la représentation refoulée sera déplacée sur la sphère intellectuelle, d'où les doutes et les idées obsédantes.
- dans la névrose d'angoisse, la représentation ne se déplace pas, elle laisse place à l'affect brut.

Dans la névrose obsessionnelle, le premier mécanisme est la formation réactionnelle, c'est à dire que la représentation d'origine est transformée en une représentation contraire. Par exemple, le rituel de lavage des mains est lié à un fantasme sadique anal qui est de souiller l'autre.

Un deuxième mécanisme est l'annulation rétroactive, c'est à dire que la représentation qui arrive à la conscience est annulée. Les représentations gênantes évoquées dans les actes, les pensées ou les comportement du sujet sont considérés par le malade comme n'ayant pas existés.

Troisième mécanisme, l'isolation. Elle consiste à séparer la représentation gênante de son affect. En règle générale, l'isolation empêche la relation angoissante entre l'objet et les pensées. Enfin les rituels ont un caractère conjuratoire qui permet au sujet de se protéger de l'angoisse de castration, liée à la représentation œdipienne originelle.

Dans la névrose phobique, le mécanisme de défense majeur est l'évitement. Il s'agit pour le sujet d'éviter de rencontrer la représentation gênante et donc de l'objet phobique.

Dans la névrose hystérique, le mécanisme de défense majeur est la conversion, mais aussi une dramatisation de la souffrance qui est mise en scène pour la mettre à distance.

Dans la psychose les mécanismes de défense luttent contre l'angoisse de morcellement et l'angoisse de mort. Les principaux mécanismes sont, selon Jacques Lacan, la forclusion du nom du père, le clivage du moi (au sens du morcellement), la projection pathologique (par exemple dans la paranoïa), le déni (porte sur la perception, différent de la dénégation qui porte sur le langage symbolisé).

Ce qui signe la psychose pour Freud, c'est la projection, pour Lacan, c'est la forclusion du nom du père, pour Klein, c'est l'identification projective.

Conclusion:

La défense a pour finalité de faire en sorte que l'excitation d'origine interne ne trouble pas l'équilibre du moi. La défense s'adresse au retour du refoulé qu'elle transforme pour le rendre accessible à la conscience. Elle peut aussi viser toute situation susceptible de déclencher l'excitation ou tout affect désagréable. Donc la défense se manifeste en déployant certains mécanismes qui opèrent de manière inconsciente, donc à l'insu du sujet.

Définition de l'angoisse:

Définition psychosomatique: il s'agit d'un malaise physique et psychique né du sentiment de l'imminence d'un danger et caractérisé par une crainte diffuse, pouvant aller de l'inquiétude à la panique et par des sensations pénibles de constrictions épigastriques ou laryngiques.

Définition philosophique: inquiétude métaphysique née de la réflexion sur l'existence, c'est à dire l'angoisse existentielle.

Anxiété: trait de personnalité lié à l'angoisse, considéré surtout par rapport à son aspect psychique.

Peur: lié à un objet concret, réel ou fantasme.

Ce qui génère l'angoisse, c'est la confrontation du sujet au manque, c'est à dire aux limites de l'individu, ce qui induit un sentiment d'impuissance. L'angoisse est à la fois anticipation d'un danger et réaction à ce danger, donc à la fois signal, symptôme et défense. Chaque fois qu'un événement perçu comme menaçant se produit ou pourrait se produire, l'angoisse apparaît alors. Elle a pour fonction d'éviter l'apparition du déplaisir.

Pour Klein, l'angoisse est une réaction directe de l'organisme à la coexistence dans sa structure même de la pulsion de vie et de la pulsion de mort.

L'angoisse libre se manifeste n'importe quand, et non l'angoisse latente. Finalement l'angoisse fait partie de la condition humaine, mais c'est ce qui permet de la gérer, l'intégrer, la résoudre le plus économiquement possible et avec le plus de cohérence possible qui va marquer sa normalité ou sa pathologie.

Les régressions

La régression correspond à une défense précoce par retour inconscient à une étape antérieure du développement libidinal.

La régression temporelle consiste en un retour en arrière devant une situation actuelle anxiogène. La régression est dite instinctuelle lorsque la libido se restructure selon les modalités d'un stade normalement dépassé. Ainsi certains traumatismes psychiques importants peuvent provoquer et un retour vers des stades antérieurs de développement, notamment le stade narcissique.

La régression est dite objectale lorsque les objets réels et surtout fantasmatiques sur lesquels la libido s'est investie à été abandonnée. Les premiers objets sur lesquels la libido s'investit sont le sein et le pénis. Troubles en rapport: boulimie, anorexie.

Tout être normalement constitué doit traverser des phases psychotiques et des phases névrotiques au cours de son enfance. C'est grâce à la traversée de ces différentes phases que la vie peut se construire normalement.

La régression est dite massive dans la psychose, lorsqu'elle conduit la totalité du moi à une organisation primitive.

La régression est dite partielle lorsqu'elle n'entraîne qu'un secteur du champ psychique. Ainsi, tel enfant considéré comme normal se mettra à faire pipi au lit (enuresie) ou à sucer son pouce ("hallucinant" ainsi le sein maternel). Il s'agit dans ce cas de figure d'une régression objectale sur un mode oral. Il faut noter que la régression est normale dans le cadre du rêve. Cette notion de régression est très importante en psychopathologie parce que le refoulement est à l'origine de la séparation entre le conscient et l'inconscient puisqu'il s'agit de maintenir hors du champ de la conscience le conflit, les fantasmes, les idées, les représentations, c'est-à-dire tout ce qui est inacceptable pour la conscience.

La réaction

La réaction a une définition physique et une définition psychologique. Dans le sens physique, il s'agit d'une action opposée à une autre. Par exemple un organisme se trouve dans une situation de déséquilibre interne ou externe, il fait appel à des mécanismes de défense pour lutter afin de retrouver son équilibre. Par exemple face à une infection, la réaction de l'organisme sera immunitaire. Cette réaction de défense de l'organisme est bien connue depuis Hippocrate, il s'agit d'un processus curatif spontané, mais il peut exister des dérèglements importants, ce qui conduit à des pathologies surtout lorsqu'un certain seuil de tolérance est dépassé. En d'autres termes lorsque les systèmes défensifs sont eux-mêmes touchés et perturbés, ils ne peuvent plus remplir leur rôle défensif.

Sur le plan psychologique la réaction peut se définir comme une réponse face à un stimulus dans le but de maintenir un équilibre. Le problème ici est plus complexe, car différents niveaux d'organisation interviennent en même temps: un niveau conscient et un niveau inconscient. On parle de réaction pathologique lorsqu'elle ne va plus dans le sens de l'équilibre et de l'autonomie.

En principe lorsque la cause disparaît, la réaction cesse aussi. L'intérêt pratique de cette notion de réaction est particulièrement utile face à un enfant. Par exemple un enfant qui devient enurétique face à la naissance d'un petit frère/sœur. Il rentre donc en régression afin d'attirer l'attention des parents et répondre ainsi à la sensation de délaissement voire l'angoisse d'abandon.

Les troubles du sommeil

Cela concerne un tiers de la vie de l'être humain. Le sommeil est une interruption temporaire, périodique et réversible de la conscience éveillée. Il n'est pas considéré comme un stade passif de suspension de la vigilance, mais comme une phase psychophysiologique active, comme le montre d'une part les enregistrements poly graphiques (eeg, électroencéphalogramme, électromyographie, électro) et l'activité onirique d'autre part. Le rêve dit "gardien du sommeil" est aussi le garant de la modulation de la vie inconsciente. Le sommeil comporte plusieurs phases: sommeil léger ou court, sommeil profond ou long, sommeil paradoxal (2 heures avant le réveil). En général, la durée du sommeil est évaluée au tiers de la vie de l'être humain, cependant les variations interindividuelles sont grandes. Par exemple, l'âge, les dispositions et les activités individuelles, les préoccupations actuelles (soucis de la vie quotidienne) et certains agents pharmacologiques peuvent faire varier les besoins de sommeil et sa qualité.

- fonctions du sommeil:

Il est "réparateur", il a pour fonction la restauration biologique de l'organisme. Par exemple, pendant les phases de sommeil long et profond l'organisme dépense moins d'énergie, qui sera mise au service de la réparation ou de la croissance. Ceci est particulièrement important chez l'enfant car la sécrétion de l'hormone de croissance serait pendant le sommeil. On sait aussi qu'en ce qui concerne les fonctions cognitives il existe une étroite corrélation entre le sommeil et les possibilités d'apprentissage. La privation de sommeil profond altère donc l'apprentissage et la mémoire.

- troubles du sommeil:

L'insomnie est un trouble du sommeil et il est d'une très grande fréquence dans les pathologies mentales. Il peut concerner l'endormissement, interrompre plusieurs fois le sommeil, entraîner des rêves précoces. Elle sera parfois un signal et un symptôme. Elle est très fréquentes chez les sujets anxieux, les neurasthéniques et les hypochondriaques chez qui s'observe une véritable angoisse du coucher. En effet, s'abandonner au sommeil représente chez ces sujets une réactivation de l'angoisse de mort.

On observe chez ces patients de véritables rites au coucher, en particulier certaines consommations abusives de médicaments hypnotiques.

- signification de l'insomnie: