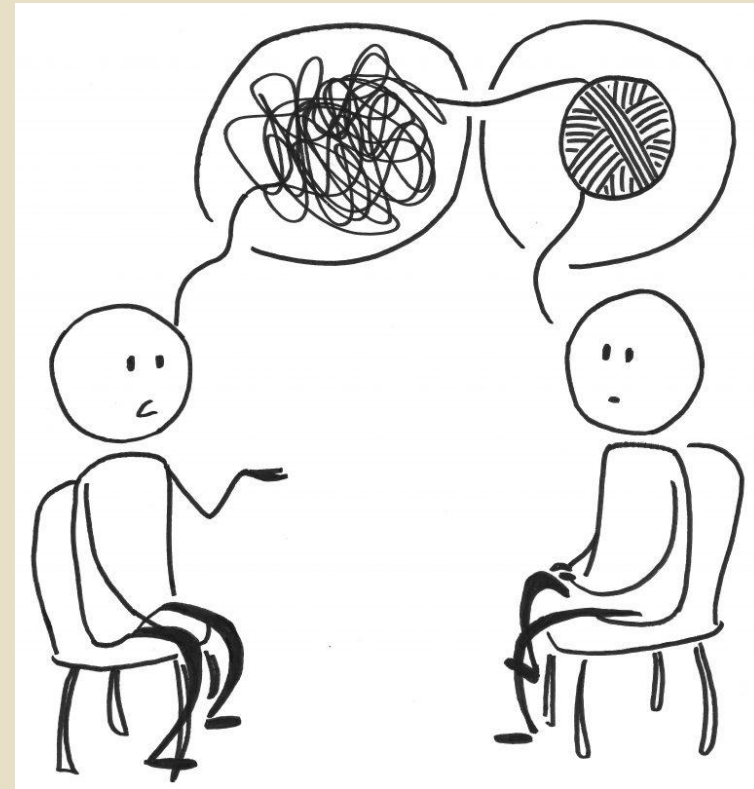


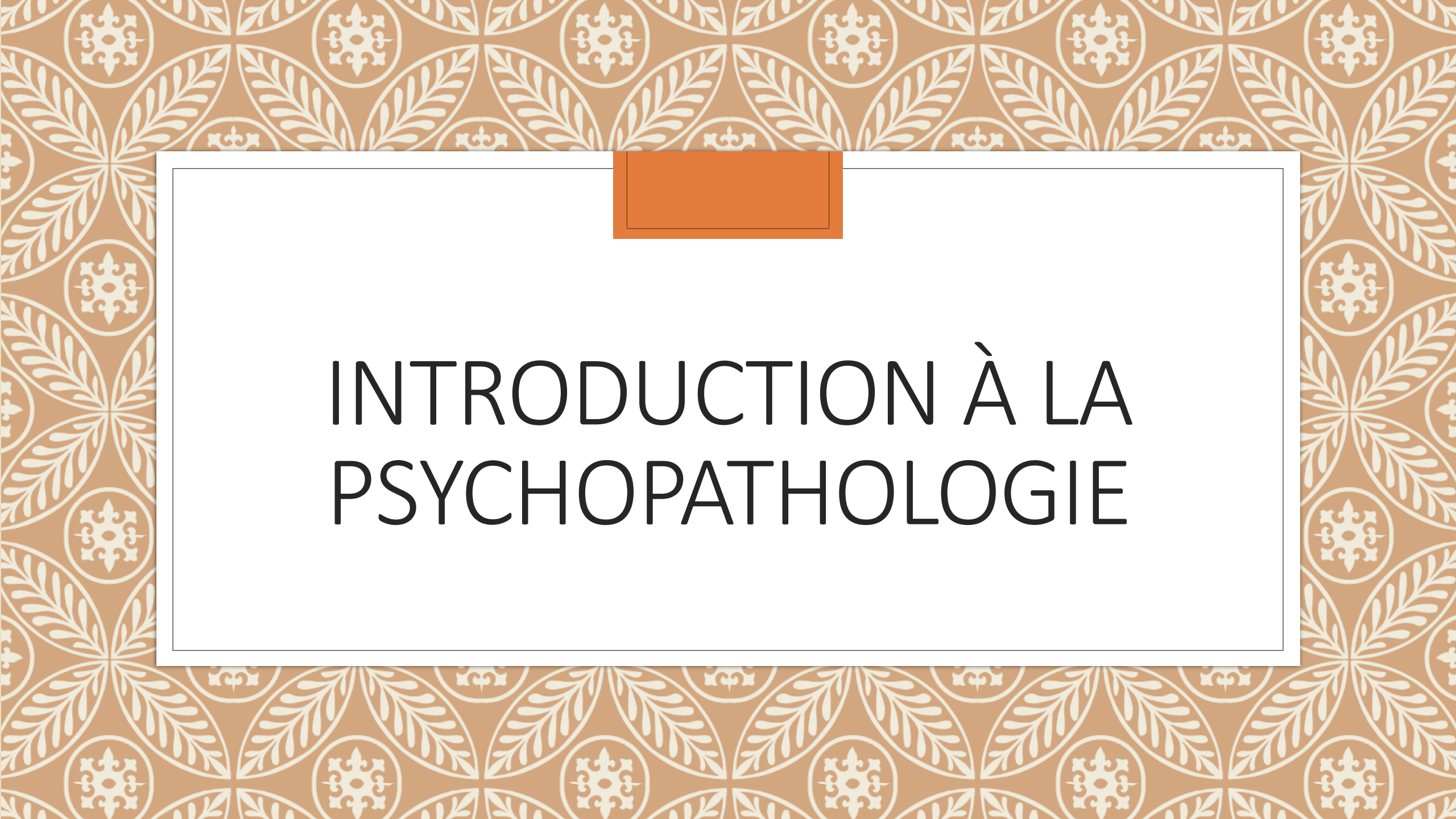
PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE

Maryne Mutis
Psychologue clinicienne
Docteure associée au laboratoire INTERPSY

Pourquoi une psy ?

- Psychologie comme discipline concernant **l'ensemble des humains**
- **Pluridisciplinarité** dans les établissements de soin
- Importance de pouvoir **comprendre la souffrance** évoquée par les patients

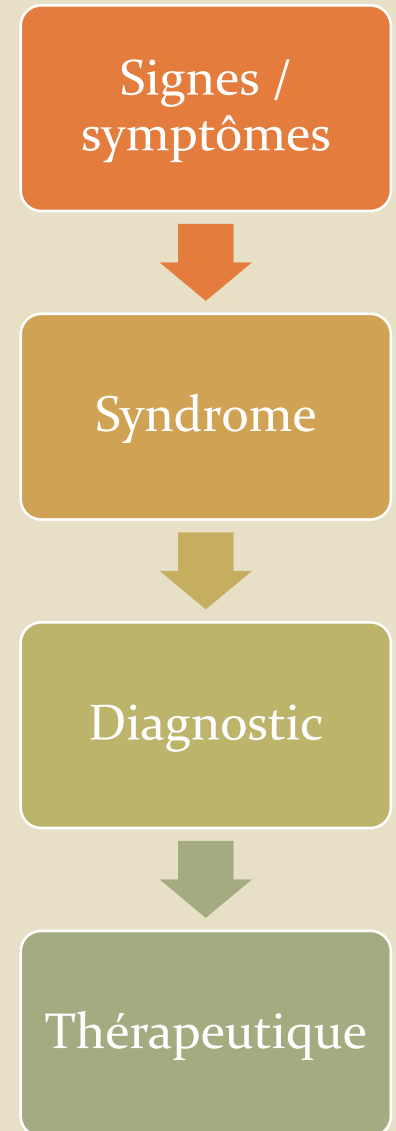




INTRODUCTION À LA PSYCHOPATHOLOGIE

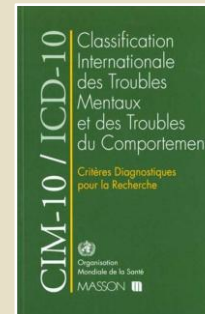
La psychopathologie

- « **Psyché** » (l'âme, le psychisme) & « **Pathos** » (la souffrance)
- Etude des **pathologies mentales** :
 - Origines (souvent multifactorielles)
 - Processus et mécanismes impliqués
 - Evolution et développement
- Description, compréhension et explication des troubles
- Organisation en **classifications** (nosographies)

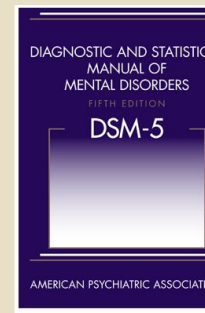


Les classifications psychiatriques

- Classification des maladies mentales en fonction des **symptômes observables**
- **Forte variabilité** (culture & époque) et difficultés d'identification des facteurs sous-jacents
- **Deux classifications psychiatriques** principales régulièrement mises à jour :
 - La Classification Internationale des Maladies (CIM)
 - Le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM)



Publiée par l'Organisation
Mondiale de la Santé
Cotation dans les hôpitaux



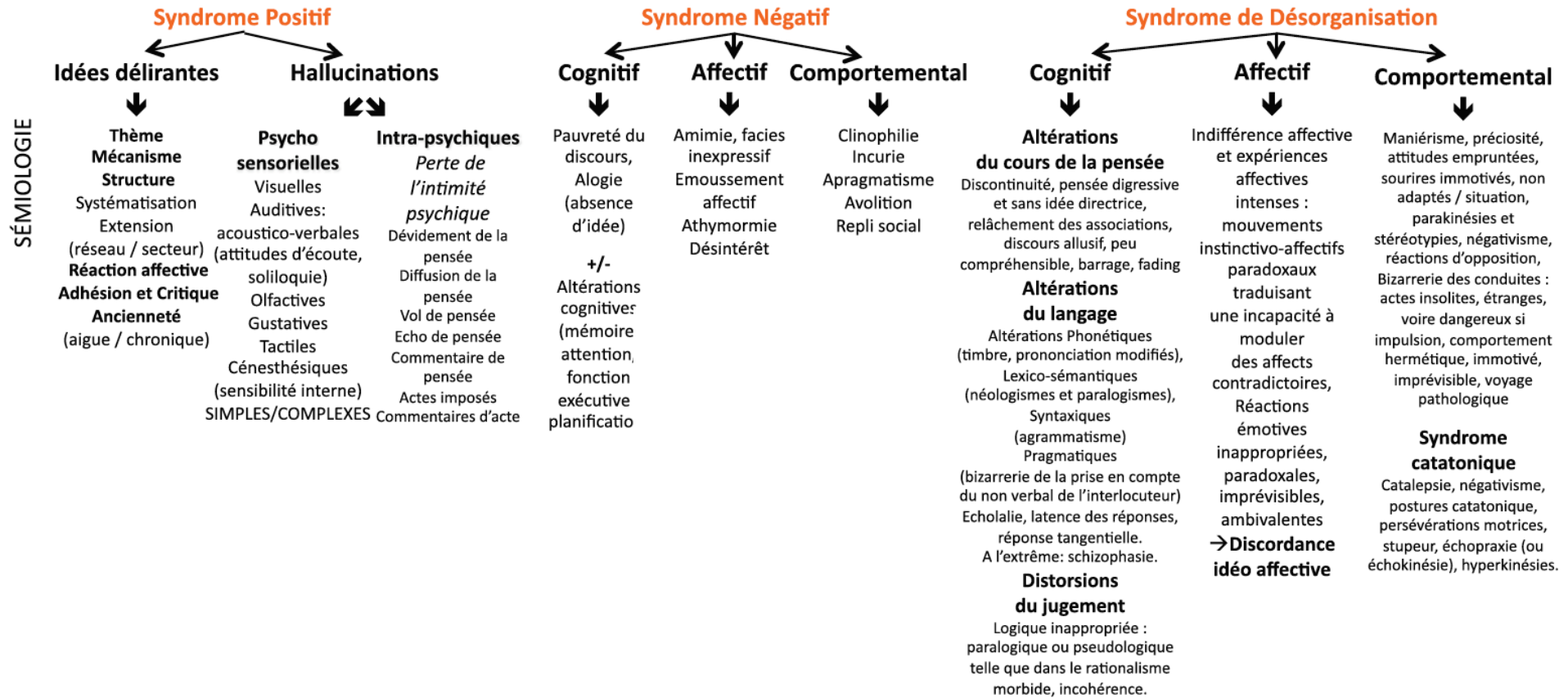
Publiée par l'Association
Américaine de Psychologie
Utilisation dans la recherche

Intérêts du DSM-5

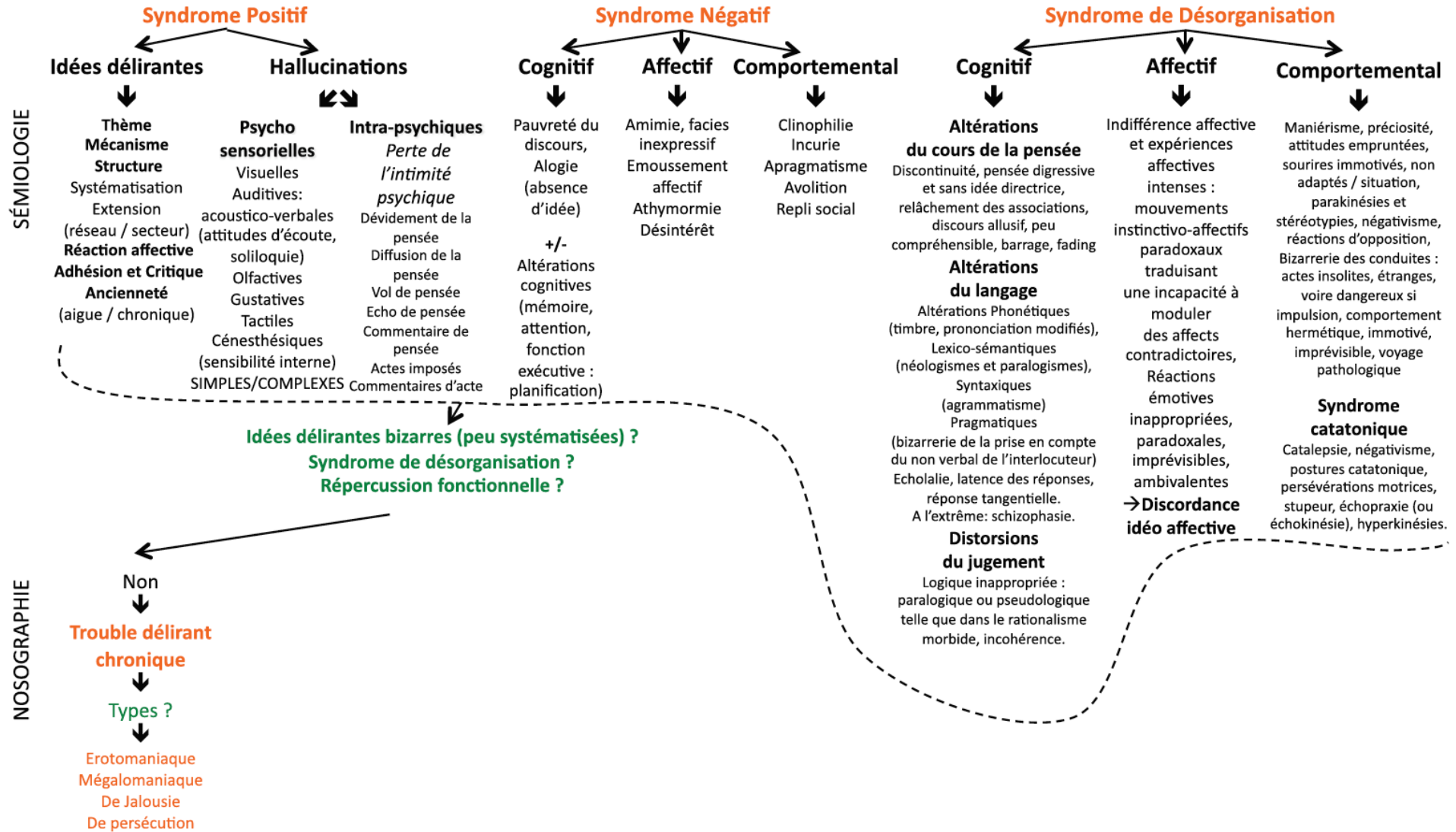
- Classification en dehors d'un référentiel théorique
- **Langage commun** et indépendant de l'obédience
- Un **diagnostic psychopathologique** selon le DSM-V :
 - Liste de symptômes
 - Caractère obligatoire ou non
 - Nombre nécessaire
 - Durée nécessaire



Trouble schizophrénique Et autres troubles psychotiques



Trouble schizophrénique Et autres troubles psychotiques



Trouble délirant

Critères diagnostiques

297.1 (F22)

- A. Présence d'une (ou de plusieurs) idées délirantes pendant une durée de 1 mois ou plus.
- B. Le critère A de la schizophrénie n'a jamais été rempli.
N.B. : Si des hallucinations sont présentes, elles ne sont pas prééminentes et elles sont en rapport avec le thème du délire (p. ex. la sensation d'être infesté par des insectes associée à des idées délirantes d'infestation).
- C. En dehors de l'impact de l'idée (des idées) délirante(s) ou de ses (leurs) ramifications, il n'y a pas d'altération marquée du fonctionnement ni de singularités ou de bizarreries manifestes du comportement.
- D. Si des épisodes maniaques ou dépressifs caractérisés sont survenus concomitamment, ils ont été de durée brève comparativement à la durée globale de la période délirante.
- E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale et elle n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental comme l'obsession d'une dysmorphie corporelle ou un trouble obsessionnel-compulsif.

Spécifier le type :

Type érotomaniaque : Ce sous-type s'applique quand le thème central des idées délirantes est qu'une personne est amoureuse du sujet.

Type mégalomaniaque : Ce sous-type s'applique quand le thème central des idées délirantes est la conviction d'avoir un grand talent (mais non reconnu), ou une compréhension profonde des choses ou d'avoir fait des découvertes importantes.

Type de jalousie : Ce sous-type s'applique quand le thème central des idées délirantes de la personne est que le conjoint ou l'être aimé est infidèle.

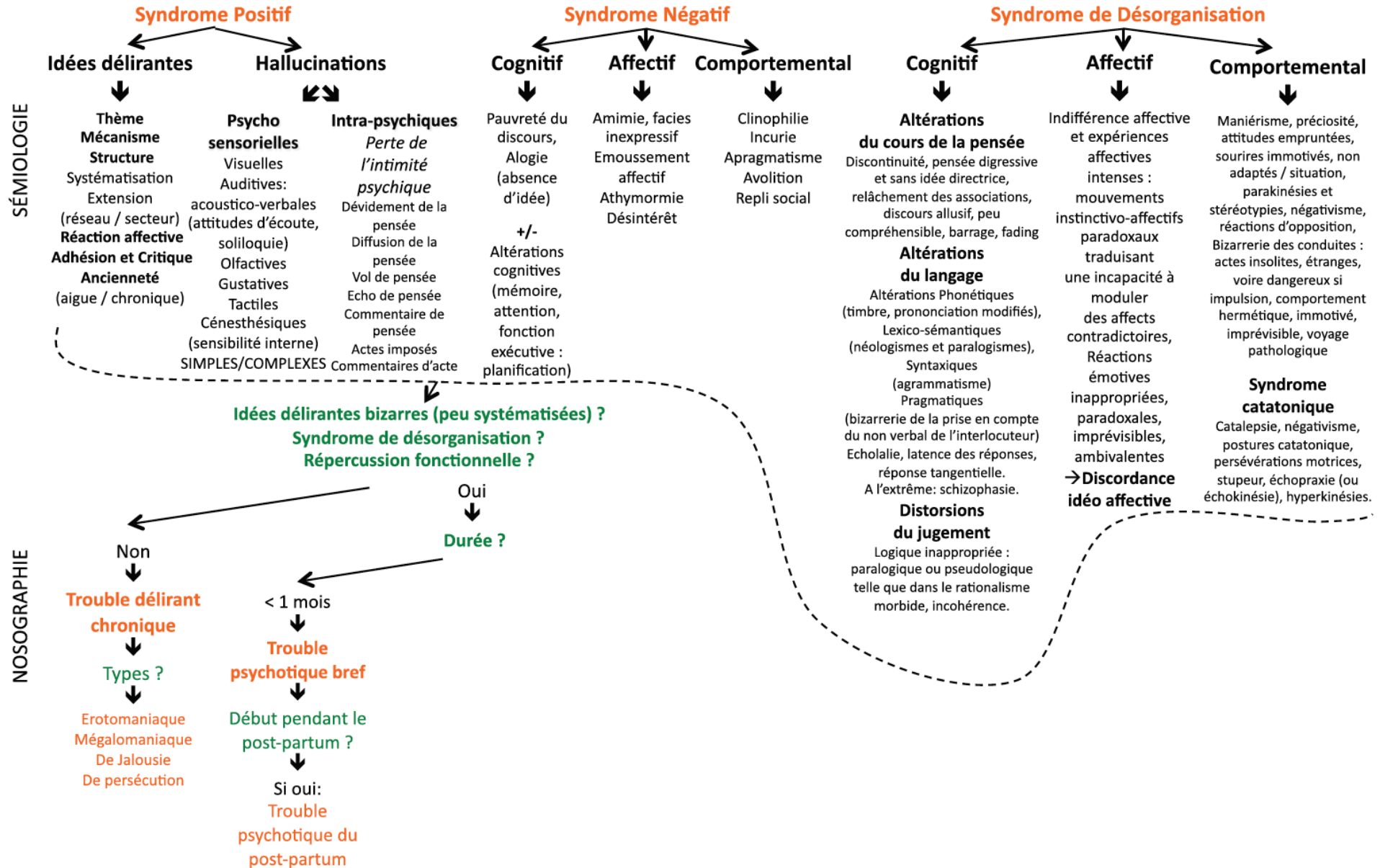
Type de persécution : Ce sous-type s'applique quand le thème central des idées délirantes consiste en la croyance d'être la cible d'un complot, d'une escroquerie, d'espionnage, d'une filature, d'un empoisonnement, de harcèlement, de calomnies ou d'une obstruction à la poursuite de ses projets à long terme.

Type somatique : Ce sous-type s'applique quand le thème central des idées délirantes concerne des fonctions ou des sensations corporelles.

Type mixte : Ce sous-type s'applique quand aucun thème délirant ne prédomine.

Type non spécifié : Ce sous-type s'applique quand la croyance délirante dominante ne peut pas être clairement identifiée ou quand elle n'est pas décrite dans un des sous-types spécifiques (p. ex. idées délirantes de référence sans persécution prédominante ni idée mégalomaniaque).

Trouble schizophrénique Et autres troubles psychotiques



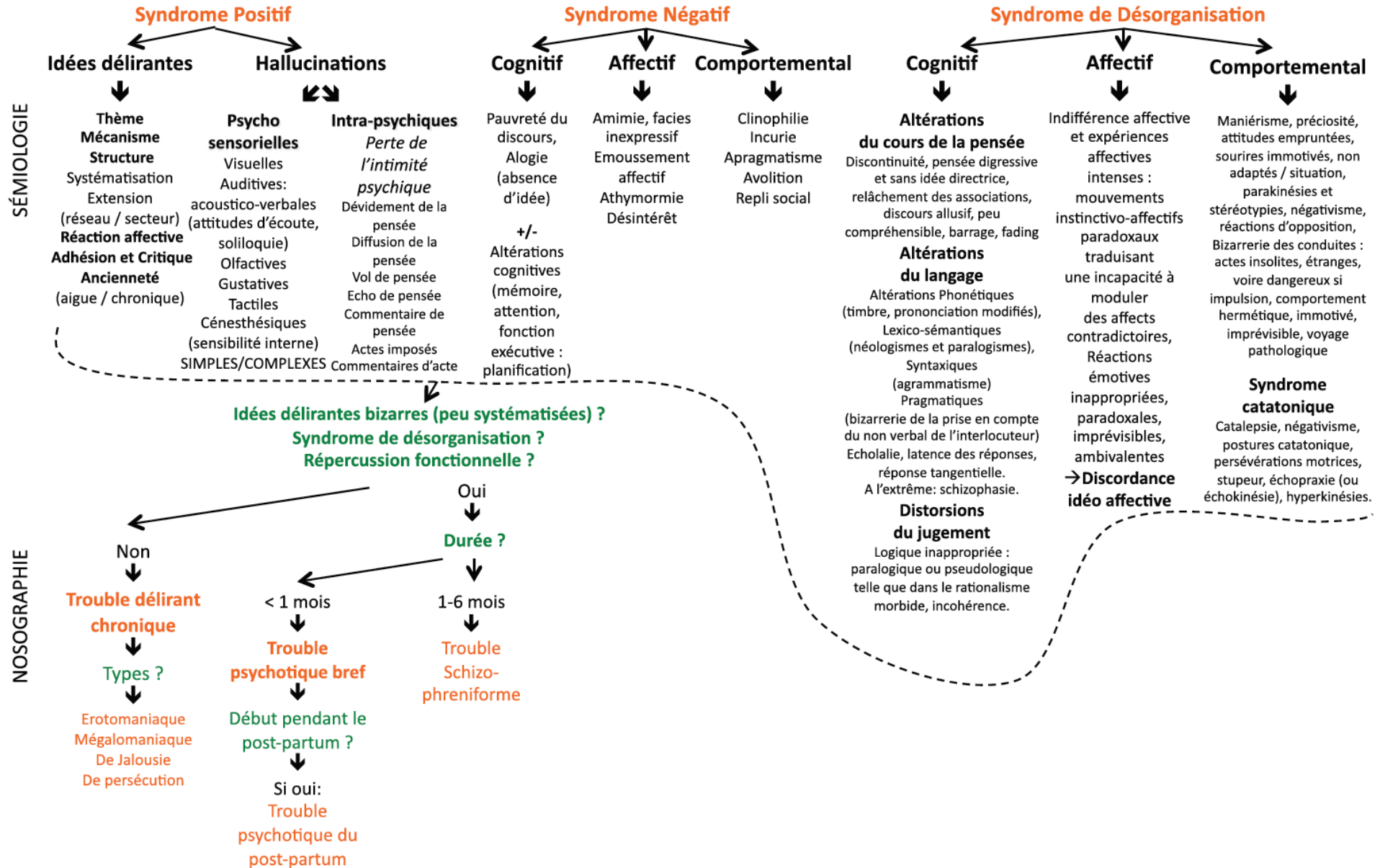
Trouble psychotique bref

Critères diagnostiques

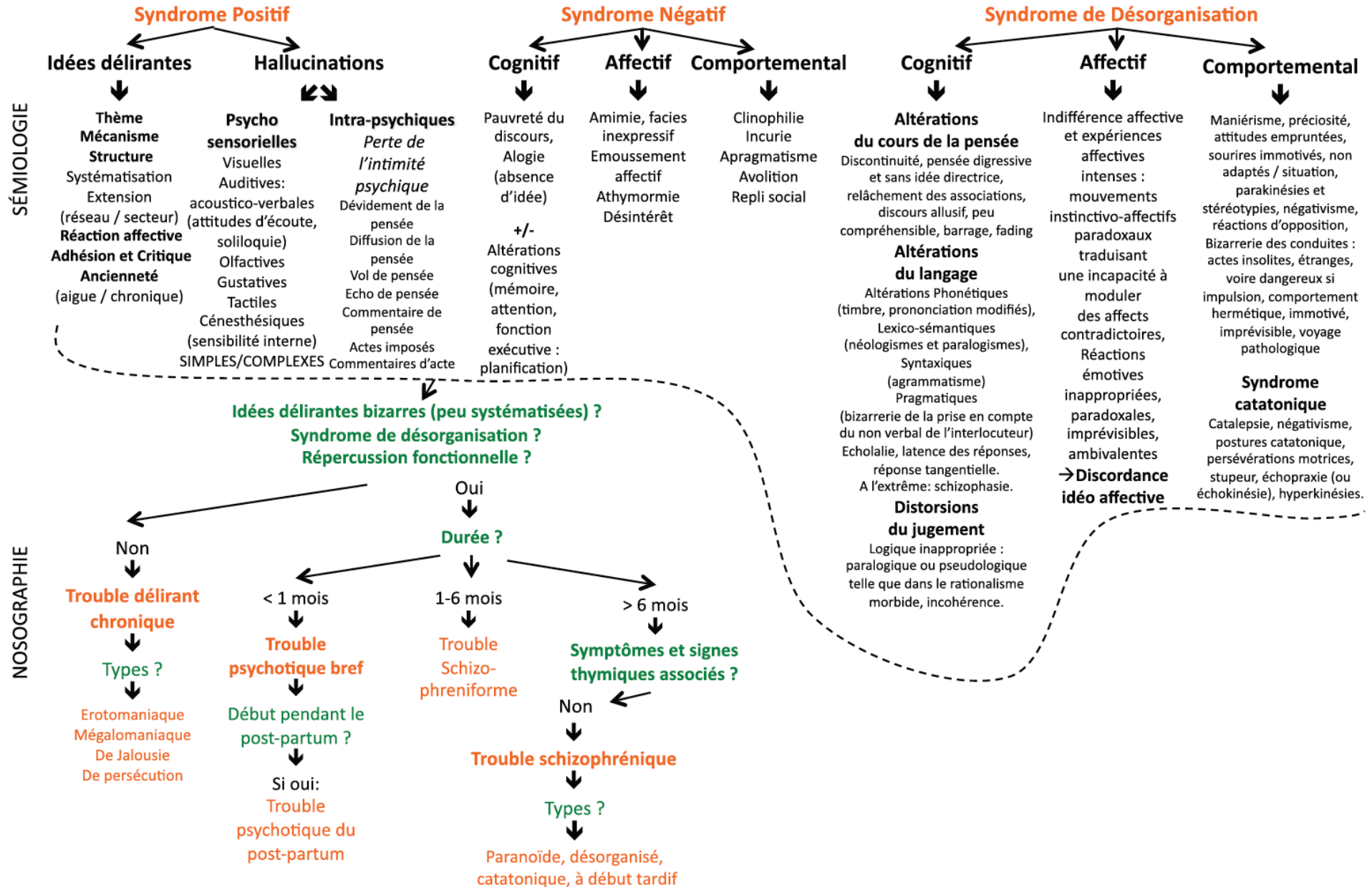
298.8 (F23)

- A. Présence d'un (ou plus) des symptômes suivants. Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :
1. Idées délirantes.
 2. Hallucinations.
 3. Discours désorganisé (p. ex. déraillements fréquents ou incohérence).
 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
- N.B. :** Ne pas inclure un symptôme s'il s'agit d'une modalité de réaction culturellement admise.
- B. Au cours d'un épisode, la perturbation persiste au moins un jour mais moins d'un mois, avec retour complet au niveau de fonctionnement prémorbide.
- C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble dépressif caractérisé ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques, ou un autre trouble psychotique comme une schizophrénie ou une catatonie, et n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou à une autre affection médicale.

Trouble schizophrénique Et autres troubles psychotiques

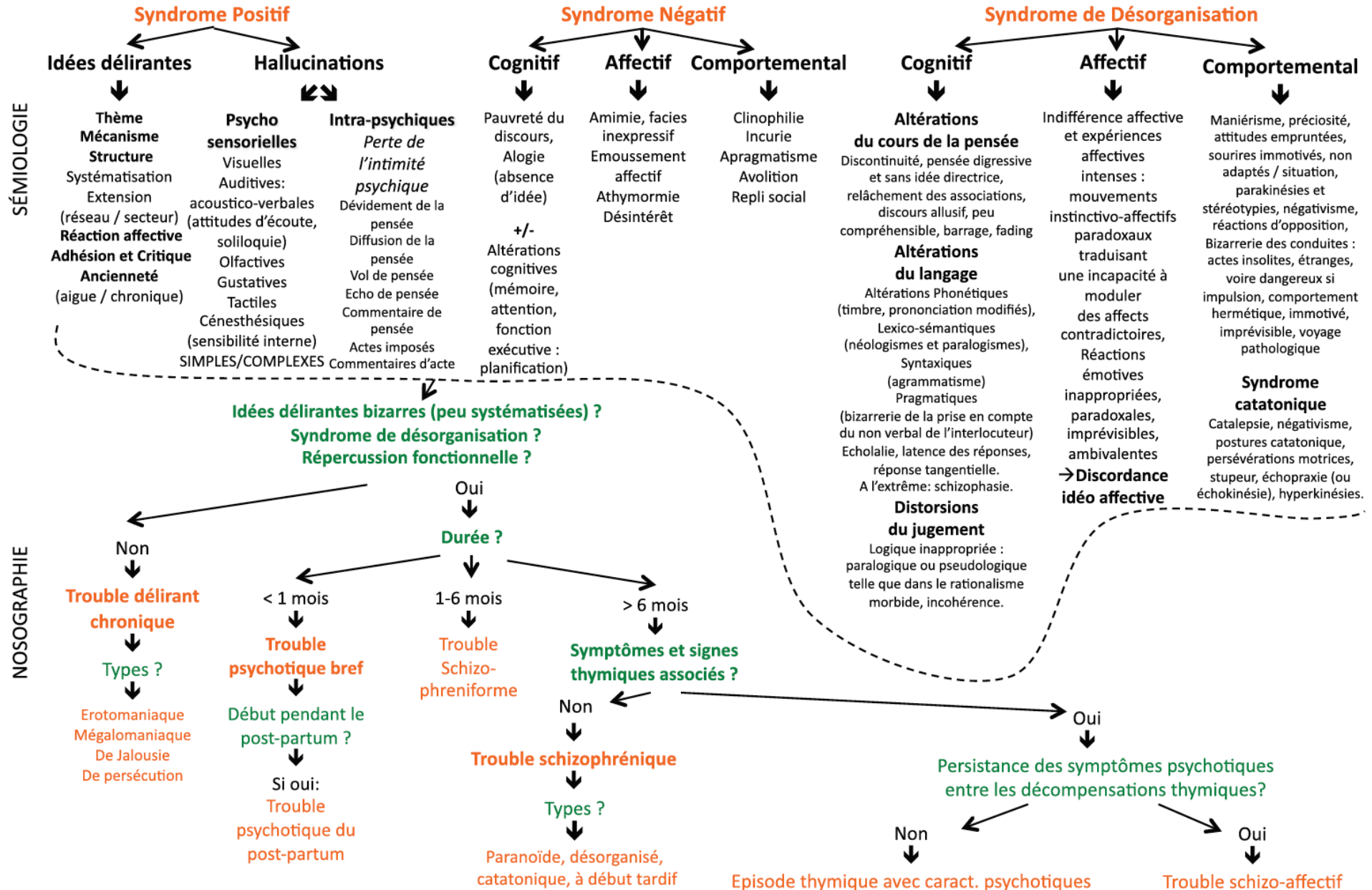


Trouble schizophrénique Et autres troubles psychotiques



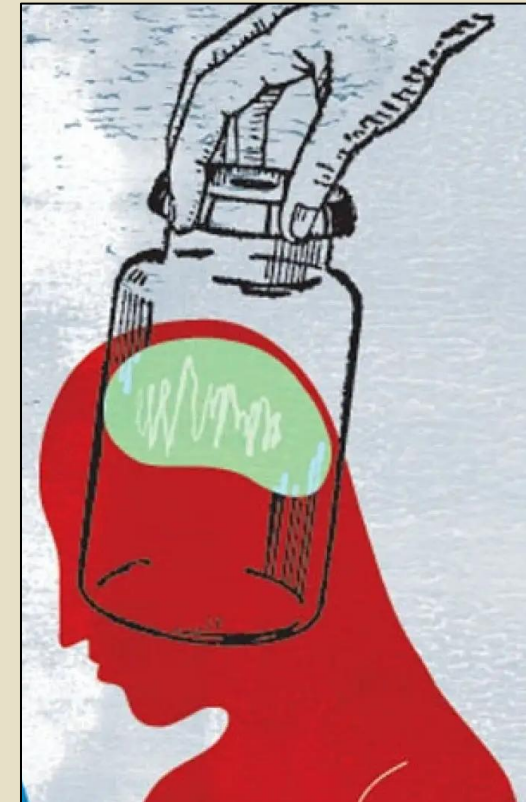
- A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :
 - 1. Idées délirantes.
 - 2. Hallucinations.
 - 3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).
 - 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
 - 5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).
- B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).
- C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).
- D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.
- E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.
- F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

Trouble schizophrénique Et autres troubles psychotiques



Controverses du DSM-5

- Aspects « **psychiatrisant** » de certains événements de vie (deuil)
- Non reconnaissance d'un **ancrage** « **théorique** »
- Difficultés à faire l'**unanimité**
- Ne pas réduire la personne à une **dimension biologique** ou **catégorielle**



Être schizophrène ou souffrir de schizophrénie ?

- **Infinité de manière de souffrir** d'une pathologie mentale identique
- Risque de **réductionnisme** lié au seul diagnostic psychiatrique
- Nécessité de chercher **au-delà de la sémiologie**
- Considération de la **subjectivité en souffrance**
- Intérêt pour la **personne** et sa manière d'être au monde

**JE SUIS ATTEINT DE
SCHIZOPHRÉNIE. LA
SCHIZOPHRÉNIE NE ME
DÉFINIT PAS. JE NE SUIS PAS
MA MALADIE MENTALE. MA
MALADIE FAIT PARTIE DE MOI.**

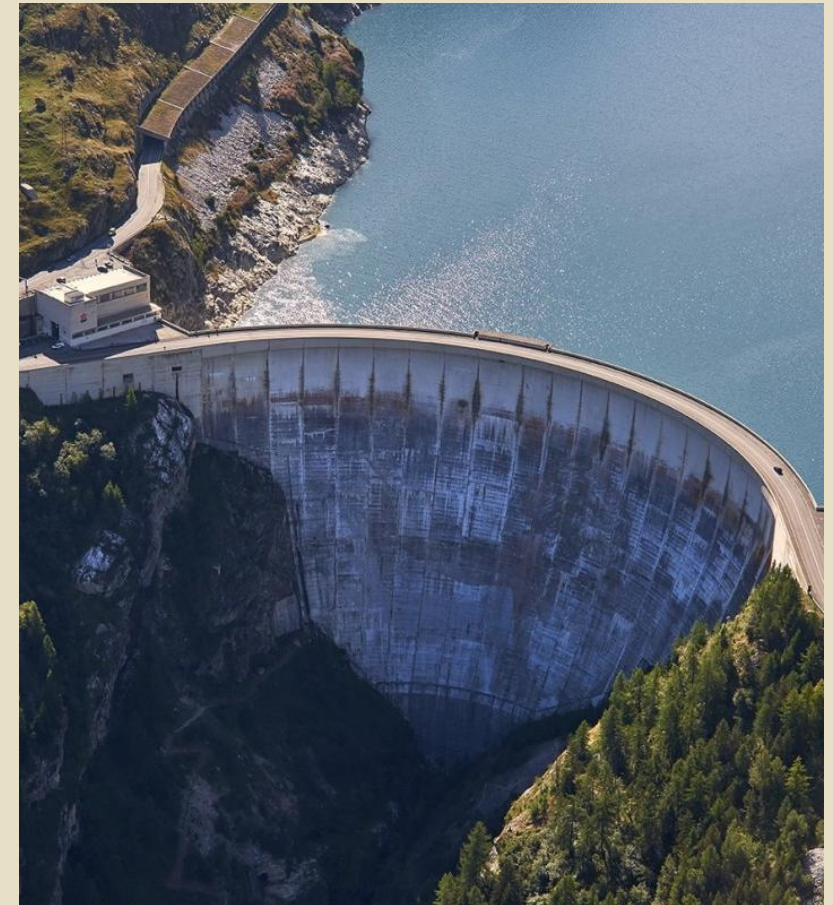
- Jonathan Harnisch



PSYCHOPATHOLOGIE ANALYTIQUE

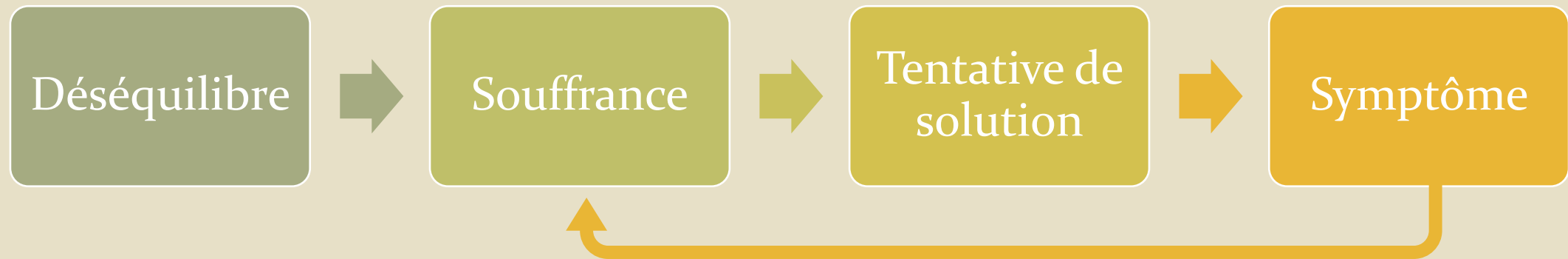
Comprendre la souffrance

- Eclairage différent de la psychopathologie analytique comme **compréhension de la souffrance**
- **Part naturelle** de la condition humaine
- Question du **seuil d'intolérance** de la souffrance :
 - Environnement
 - Fragilités
 - Ressources
- Psychopathologie concerne le **débordement de la souffrance** et ses manifestations



Comprendre les symptômes

- Conception fonctionnelle de la maladie comme un **essai d'ajustement** avec des **fonctionnements plus ou moins adaptatifs**



- Symptôme comme tentative de **solution signifiante et spécifique** à chaque sujet
- Importance d'**explorer le sens du symptôme** porteur de souffrance afin d'apaiser cette dernière

Comprendre le fonctionnement psychique

- Objectif de **compréhension et d'objectivation** des phénomènes et processus psychiques
- Nécessité de comprendre le **fonctionnement psychique** pour comprendre l'origine de la souffrance



- **Pas de différence de nature** entre les processus de la vie courante et ceux impliqués dans les symptômes et les pathologies

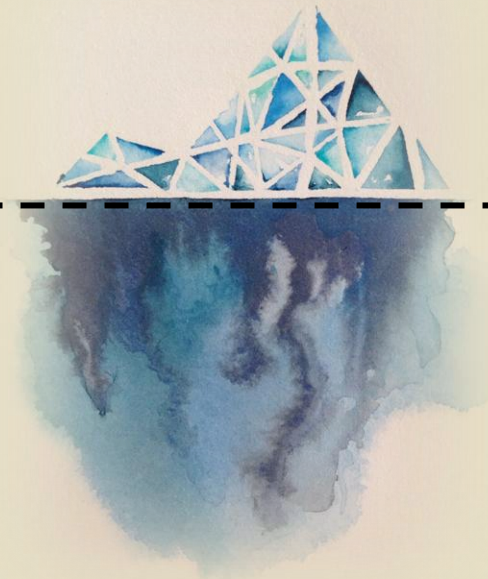
De la surface vers les profondeurs

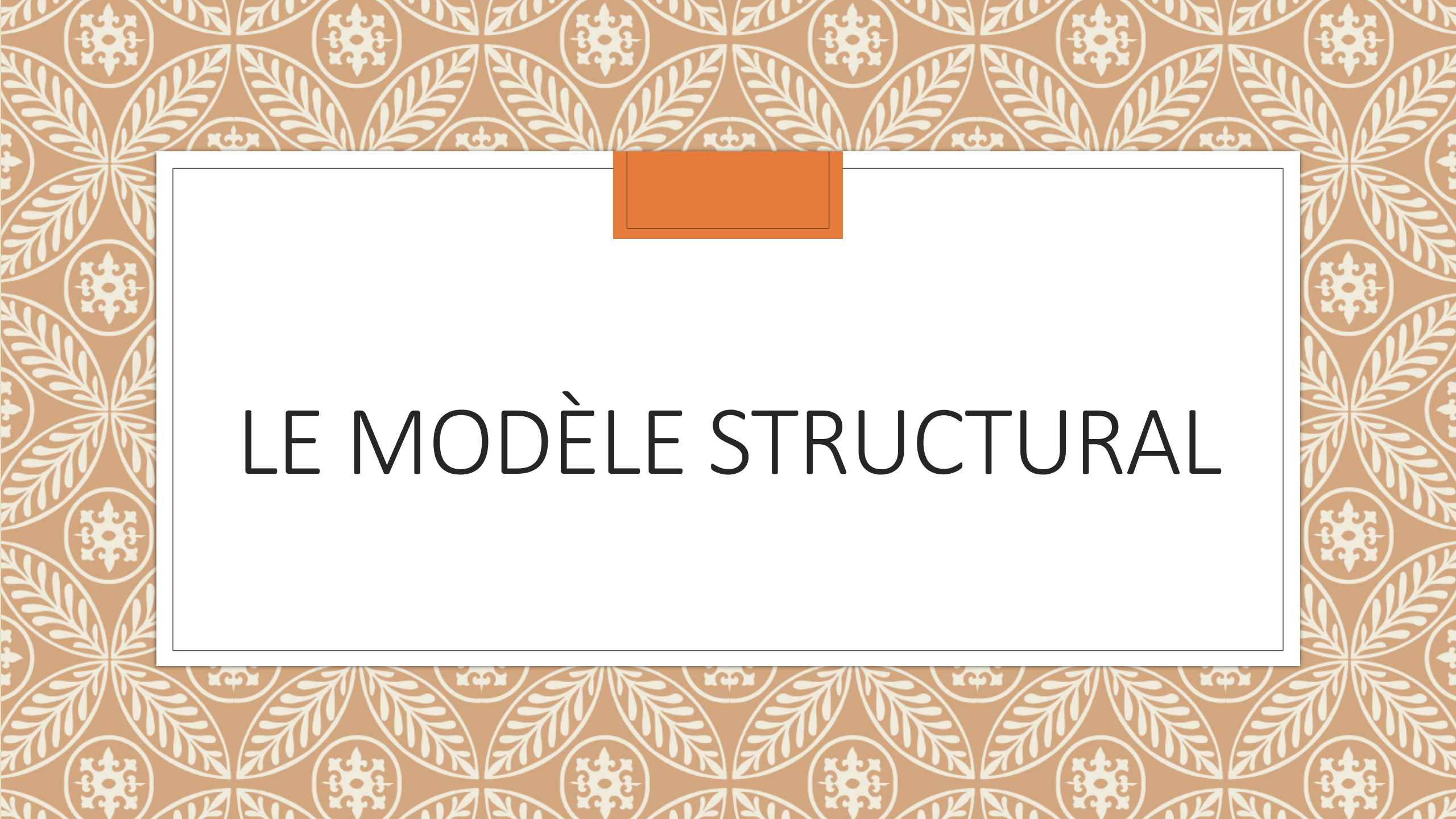
Psychopathologie
psychiatrique

Eléments
observables de
manière objective
et manifeste

Psychopathologie
analytique

Processus
psychiques
intérieurs
difficilement
objectivables





LE MODÈLE STRUCTURAL

Le modèle structural de Bergeret

- Comparaison entre la **psyché** et un **cristal** avec une structure
- Décompensation comme **rupture de l'équilibre psychique**
- Fracture en fonction des **fragilités de la structure**
- **Quatre repères** dans l'analyse structurelle du fonctionnement psychique :



Symptôme

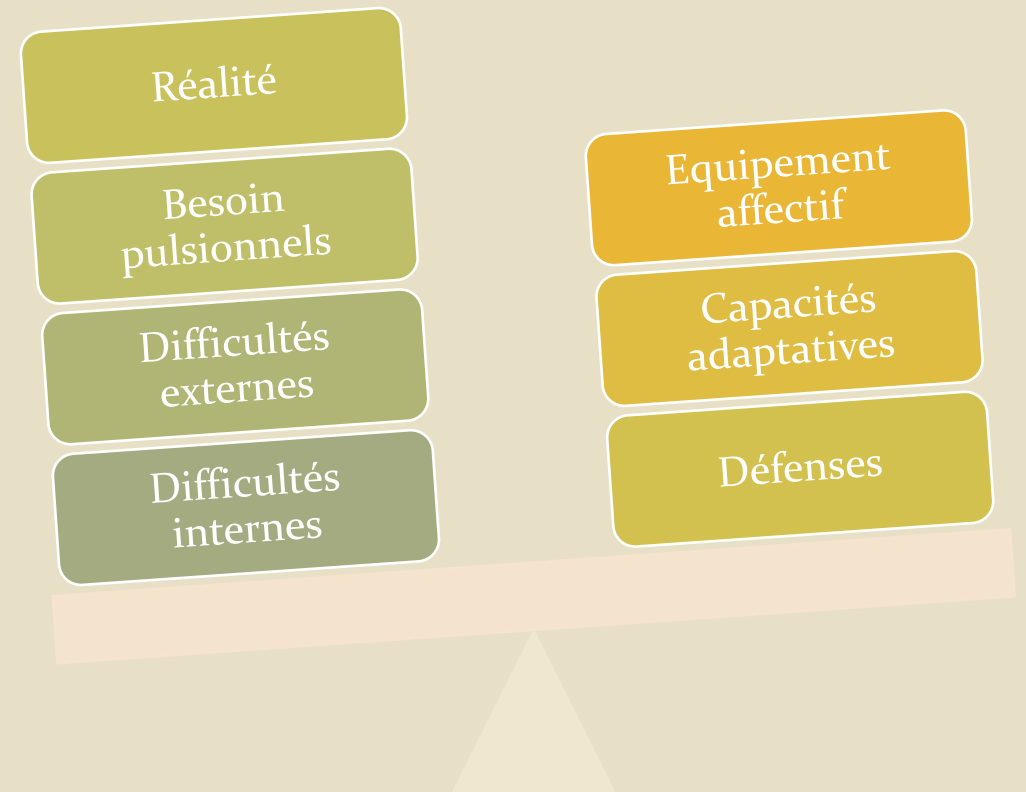
Nature de
l'angoisse

Défenses

Modalité du
lien à l'objet

Un continuum entre normal et pathologique

- Distinction entre **personnalité état-limite** ≠ **trouble de personnalité borderline**
- Pathologie comme **changement d'état** / pas de structure
- « **Normalité** » comme **équilibre** du fonctionnement psychique



L'angoisse

- Angoisse comme **témoin du travail psychique** face à la tension
- Capacité suffisante à **ressentir et supporter l'angoisse**
- **Fonction d'alerte** du psychisme
- Peur ≠ Angoisse
- Une **crainte de la réactivation** d'expériences douloureuses
- Angoisses spécifiques à **chaque étape du développement**
- Différentes pistes pour se **décentrer des sensations d'angoisse**

Les mécanismes de défenses

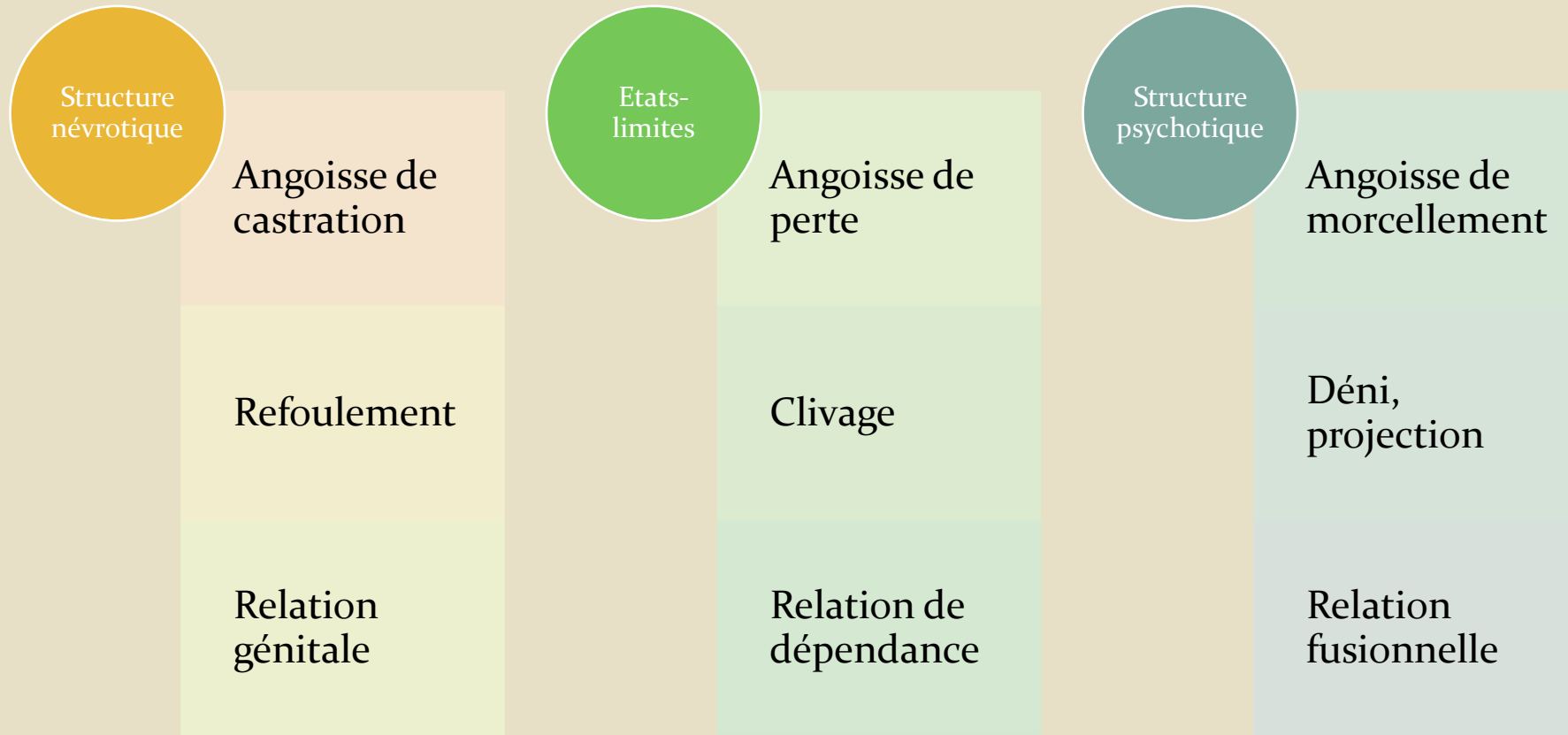
- Mise en place **en réponse à l'angoisse** pour maintenir l'équilibre
- **Défenses du Moi** face aux pressions internes et la réalité
- Outils de **régulation de la vie psychique**



Les modalités de relation à l'objet

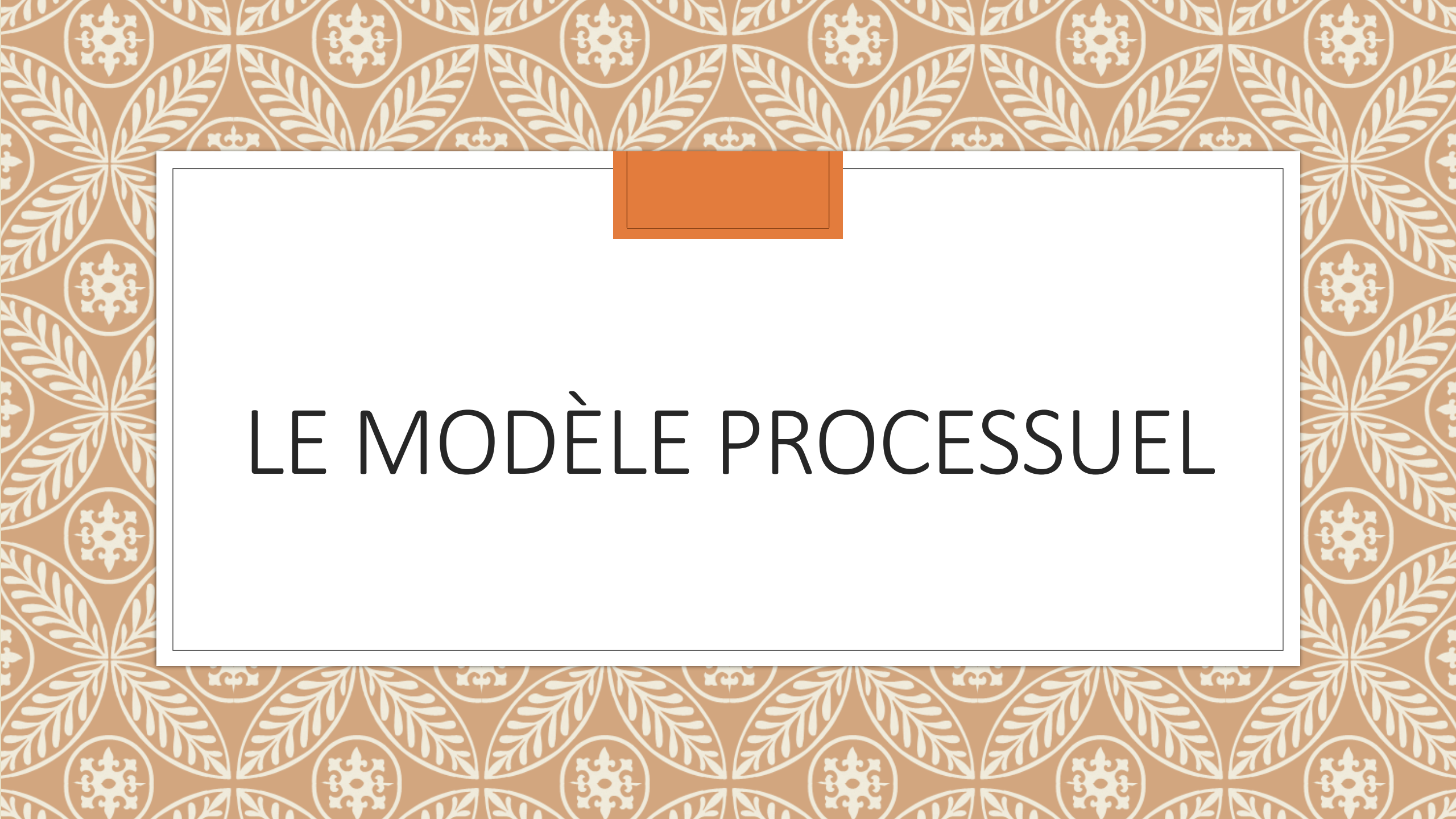
	Relation à l'objet	Différenciation soi/autre	Objet	Mécanismes érogènes
Structure psychotique	Partielle	Indistinction moi/non-moi	Partiel + clivé	Auto-érotismes
A-structure état- limite	Anaclitique	Suffisante	Clivé	En appui sur l'objet
Structure Névrotique	Unifiée	Accès à l'altérité	Total (objet d'amour)	En l'absence de l'objet (intérieurisation)

Les structures de personnalité



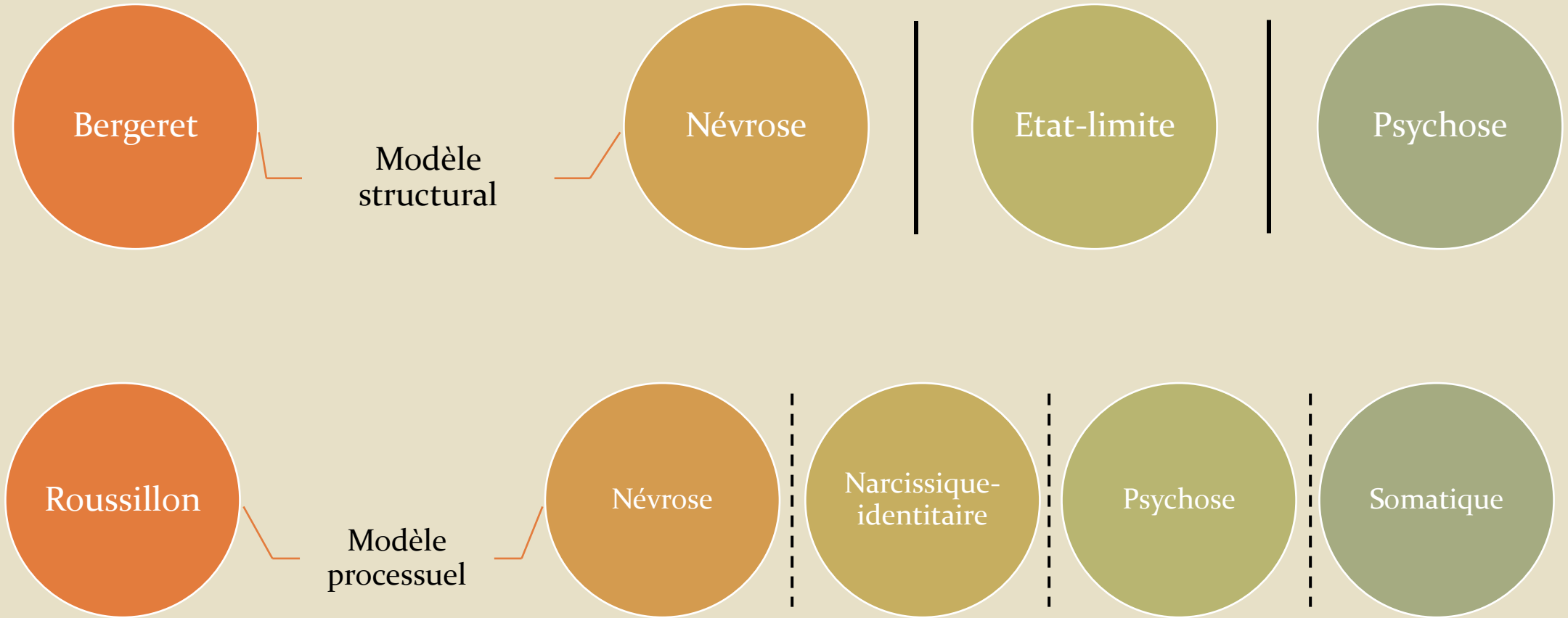
Les limites du modèle structural

- Un **caractère imperméable des structures** psychiques au-delà de l'adolescence
- **Peu de perspectives thérapeutiques** de réaménagements
- Absence de prise en compte du **pouvoir « positif » de l'objet** sur le développement psychique
- **Perspective remaniée** avec possibilités de réorganisation et de transformation
- Le **développement psychique** comme visée indiscutable du clinicien



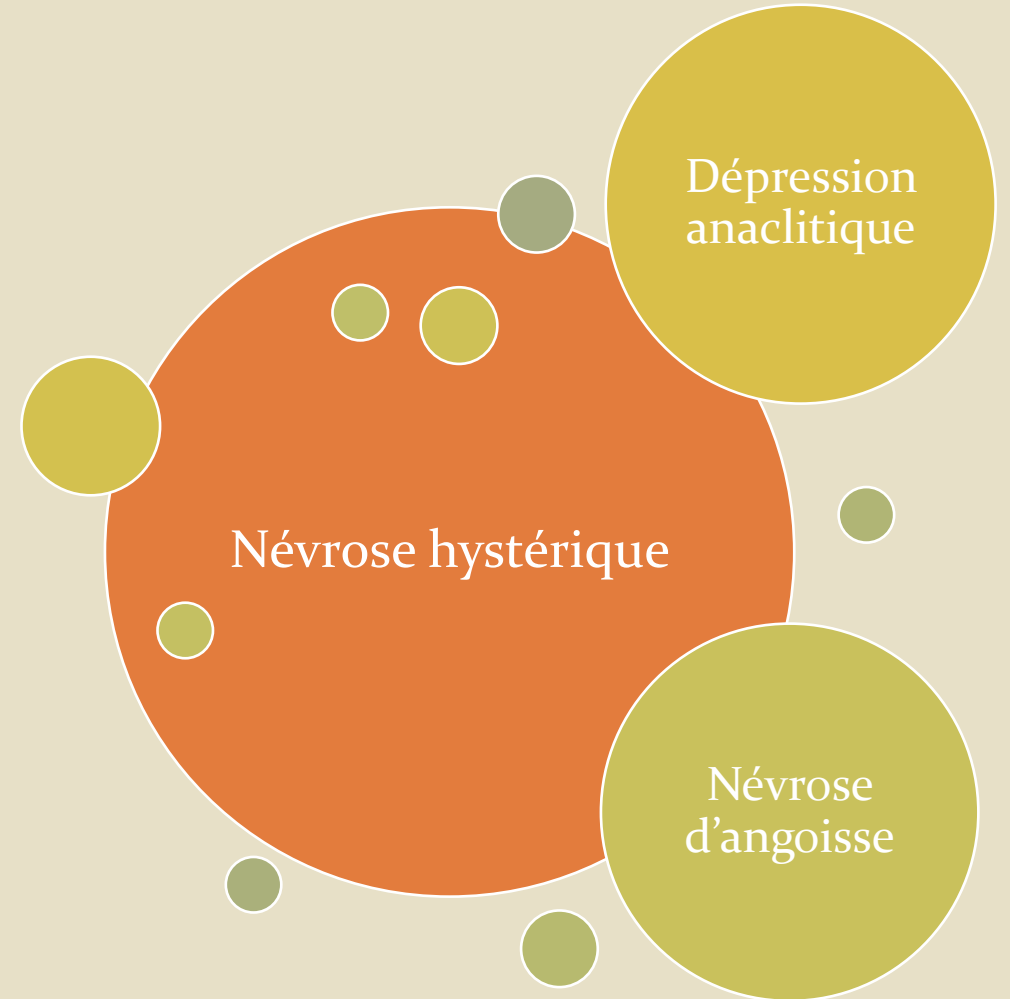
LE MODÈLE PROCESSUEL

Le modèle processuel



Les pôles d'organisation

- **Conception dynamique** du fonctionnement psychique
- **Modèle pluriel** avec un pôle d'organisation principal et d'autres en alternance
- **Pathologie** = blocage d'un mode au détriment des autres



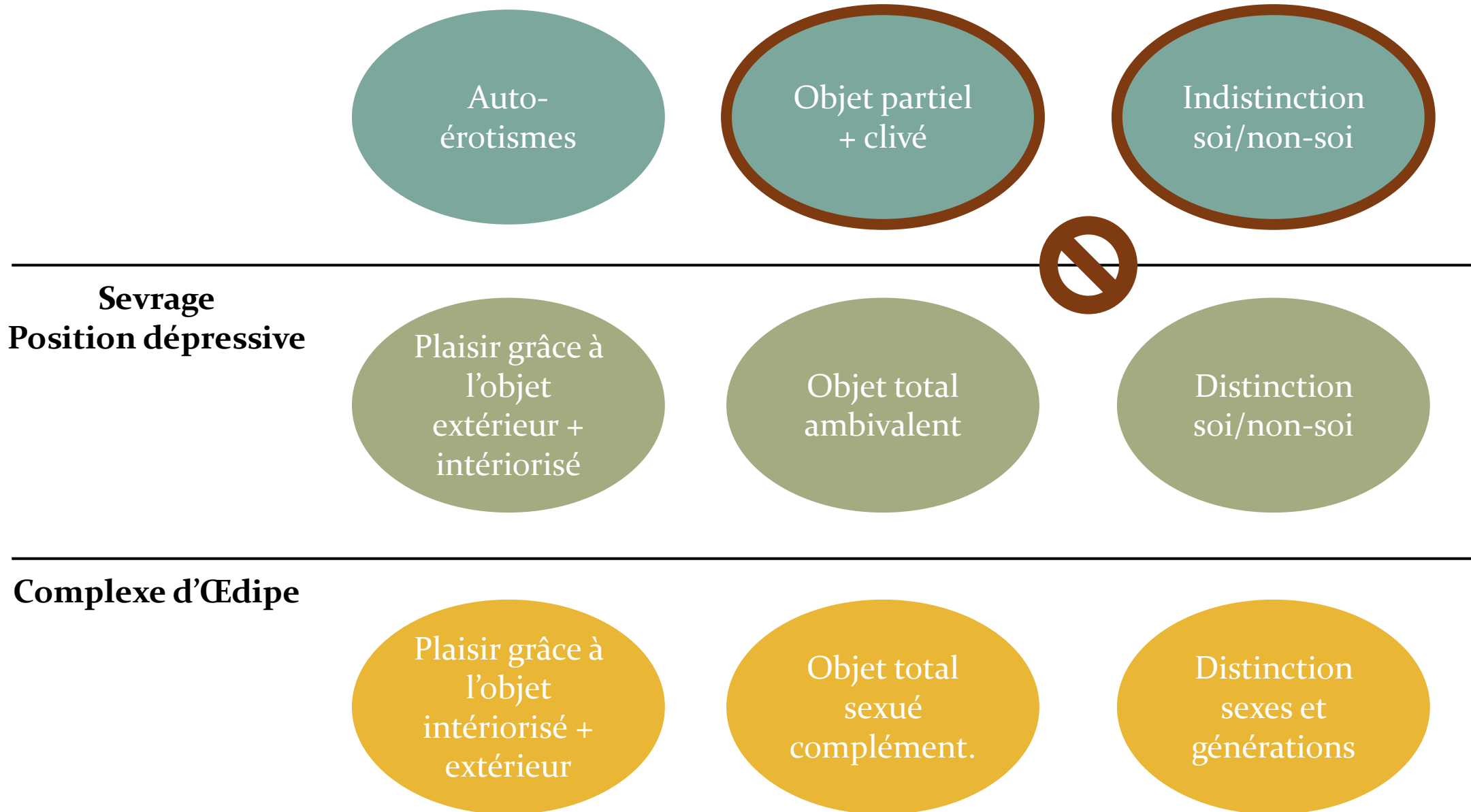
Les deux grands organisateurs psychiques

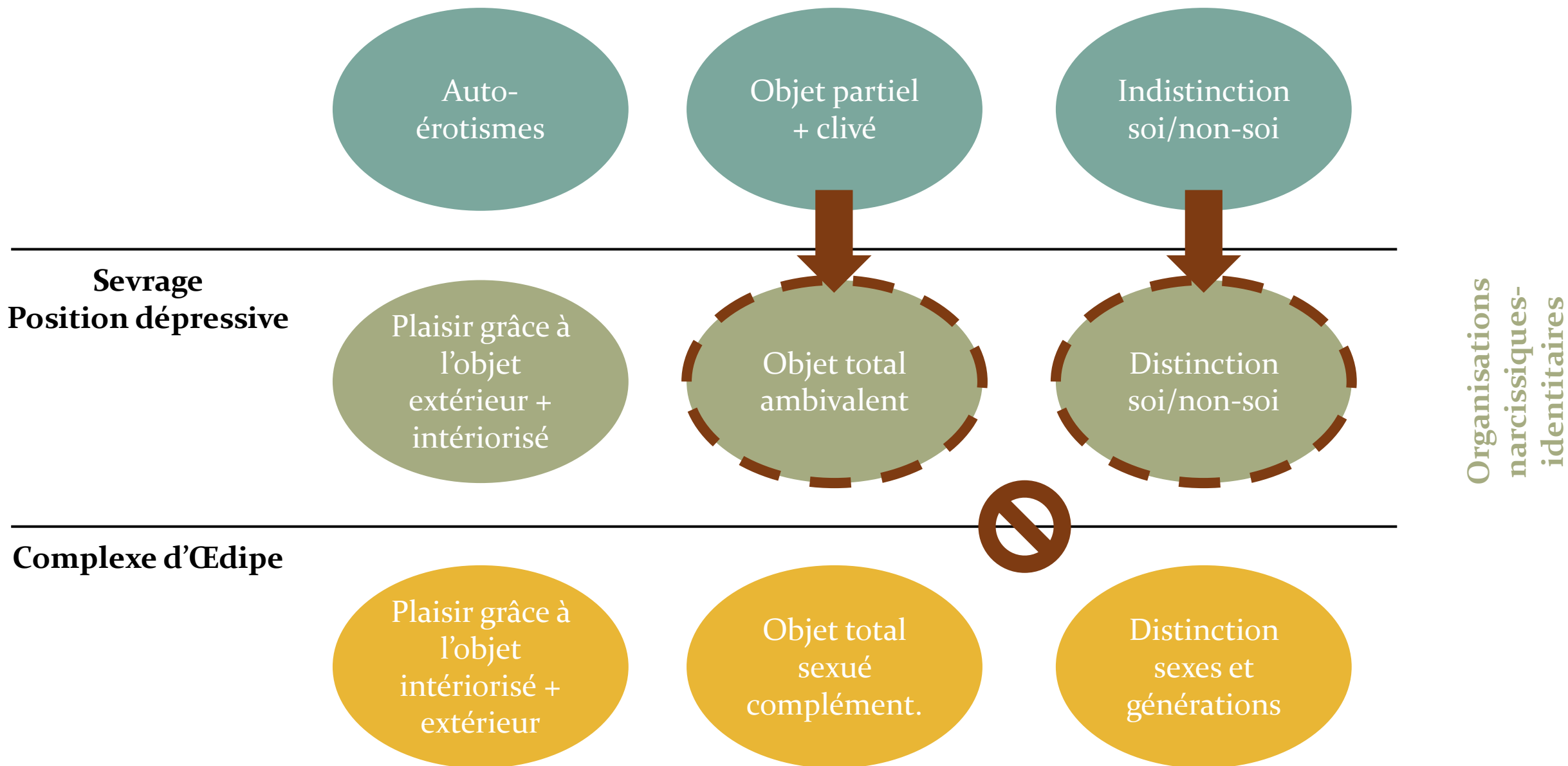
La position dépressive

- Expérience de **l'alternance présence / absence**
- Première **expérience de séparation**
- Nécessité d'une **intérieurisation de l'objet**
- Création d'une **relation sécurisante**

Le complexe d'Œdipe

- Intégration **différence des sexes** ($\neq$ genres) **et des générations**
- **Intériorisation des interdits et limites**
- Renoncement de la **réalisation des désirs** (nécessité de substituts)





Auto-
érotismes

Objet partiel
+ clivé

Indistinction
soi/non-soi

Sevrage
Position dépressive

Plaisir grâce à
l'objet
extérieur +
intérieurisé

Objet total
ambivalent

Distinction
soi/non-soi

Complexe d'Œdipe

Plaisir grâce à
l'objet
intérieurisé +
extérieur

Objet total
sexué
complément.

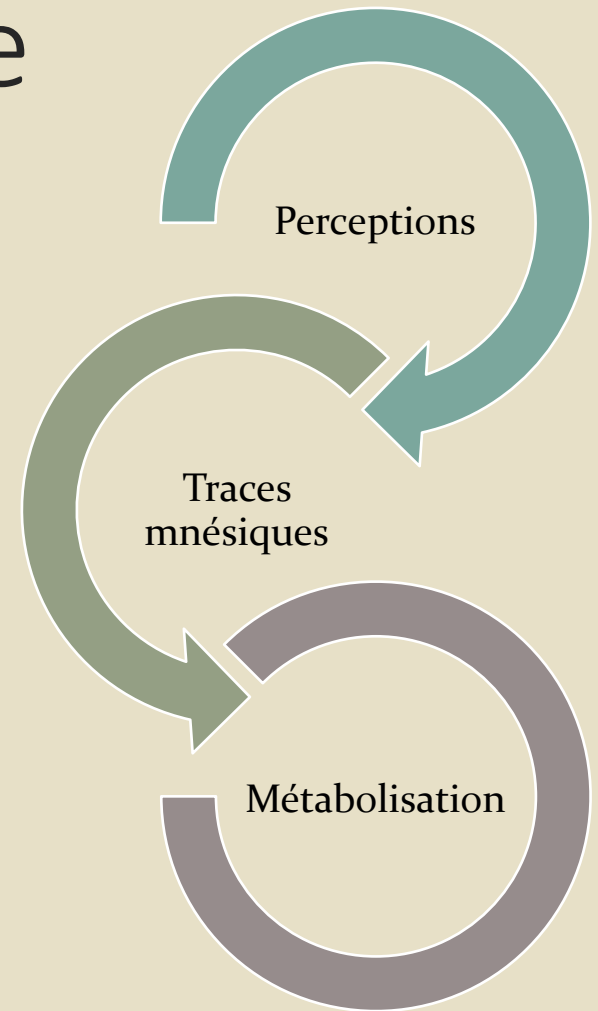
Distinction
sexes et
générations



LA RÉALITÉ PSYCHIQUE

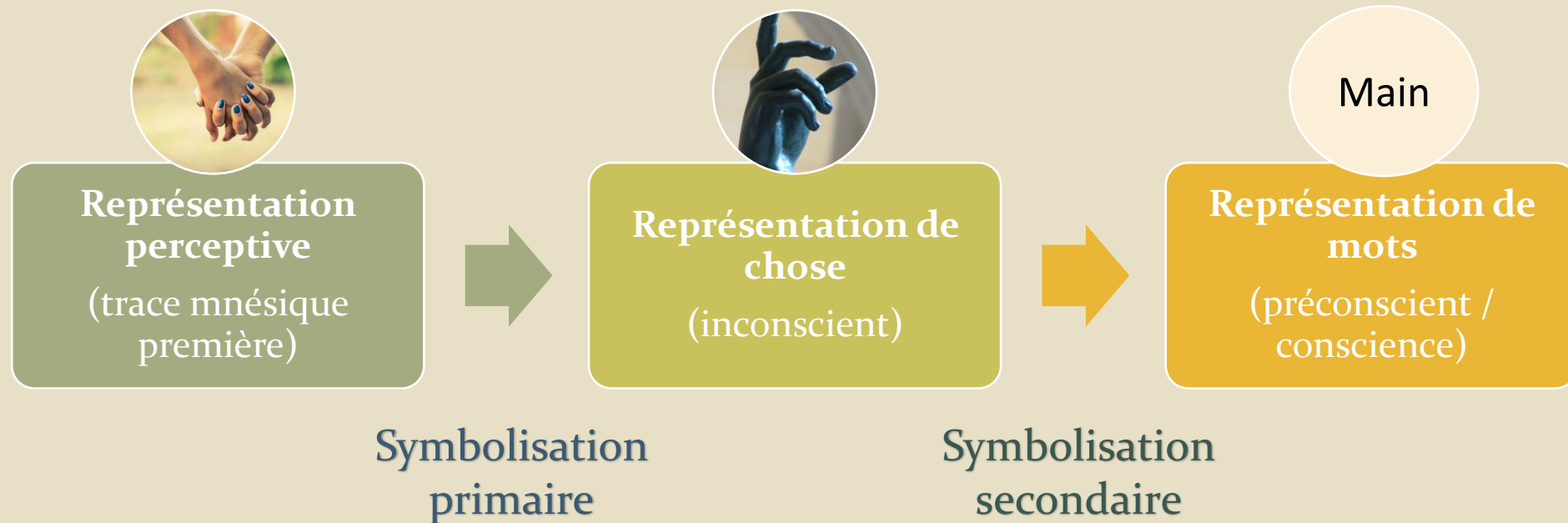
La réalité psychique

- Etude d'une réalité psychique **consciente et inconsciente**
- **Inscription de l'expérience** sous forme de traces mnésiques perceptives
- Travail de la psyché uniquement sur des **représentations**
- Nécessité d'être **transformées et métabolisées** pour atteindre la conscience
- Pathologie comme manifestation de l'**échec de la transformation** de la matière psychique



Le processus de symbolisation

- **Métabolisation** de la matière psychique en **représentations de plus en plus complexes** :



- **Appropriation subjective** de l'expérience qui nécessite de saisir ce qu'il se passe en soi (**réflexivité**)

Dans un atelier à médiation...



*C'est la parfaite
représentation de
mon cerveau en ce
moment*

**Représentation
perceptive**
(trace mnésique
première)



**Représentation de
chose**
(inconscient)

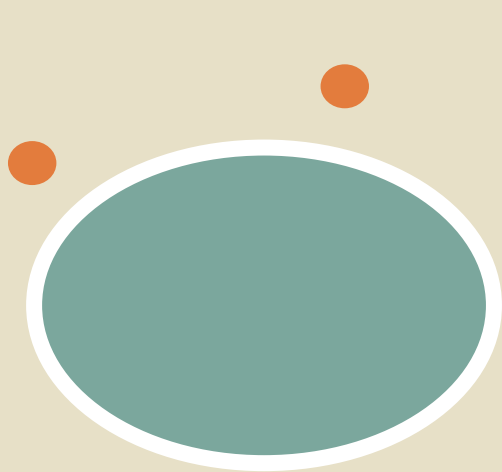


**Représentation de
mots**
(préconscient /
conscience)

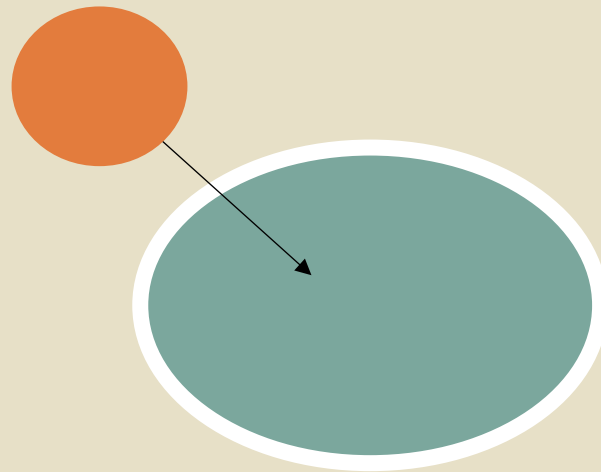
**Symbolisation
primaire**

**Symbolisation
secondaire**

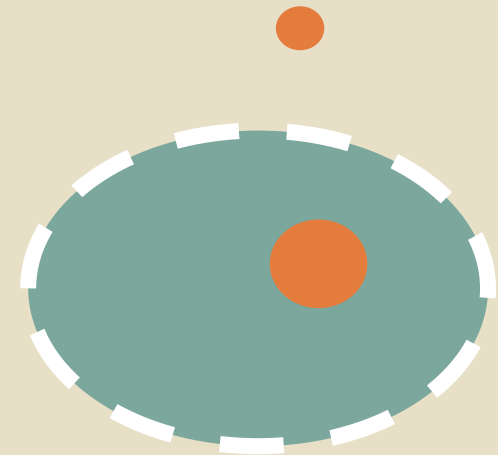
Les traumatismes



Psychisme



Effraction



Double menace

- Traumatisme comme **blocage de la capacité à se représenter** une ou plusieurs expériences vécues

Psychopathologie clinique

4 enseignements :

1. Introduction et concepts de la psychopathologie
2. Le psychosomatique
3. Le cadre et le transfert
4. Perspectives thérapeutiques

Merci de votre attention !

**Si vous avez des questions,
n'hésitez pas à m'écrire :**

maryne.mutis@univ-lorraine.fr