

PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE

Maryne Mutis
Psychologue clinicienne
Docteure associée au laboratoire INTERPSY



DANS LE COURS
PRÉCÉDENT...

Une base commune

- **Langage commun** entre professionnels pour décrire les symptômes observés (DSM-5 & CIM10)
- **Collaboration pluridisciplinaire** (particulièrement ergothérapeute/psychologue en service de psychiatrie) :
 - Co-crédation de dispositifs
 - Continuité entre productions en atelier et sance de psychothérapie



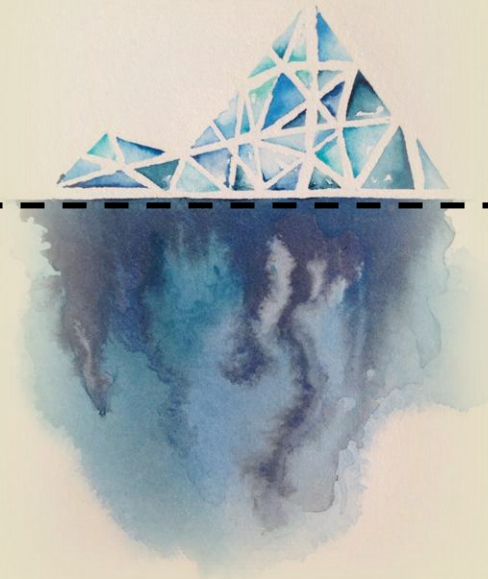
De la surface vers les profondeurs

Psychopathologie
psychiatrique

Eléments
observables de
manière objective
et manifeste

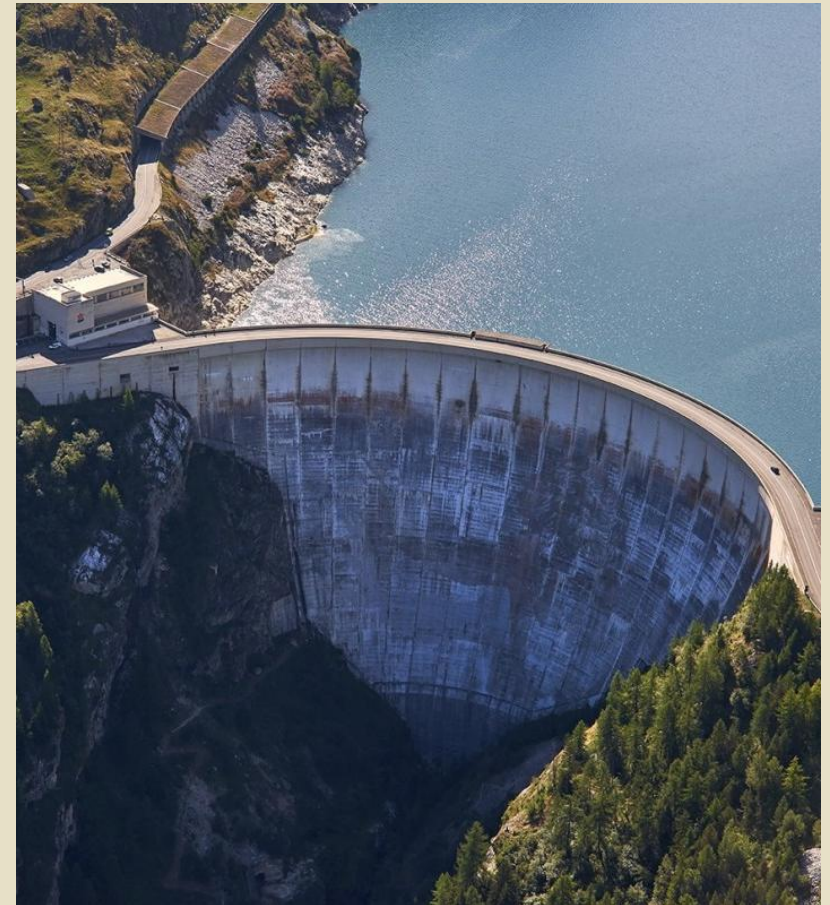
Psychopathologie
analytique

Processus
psychiques
intérieurs
difficilement
objectivables



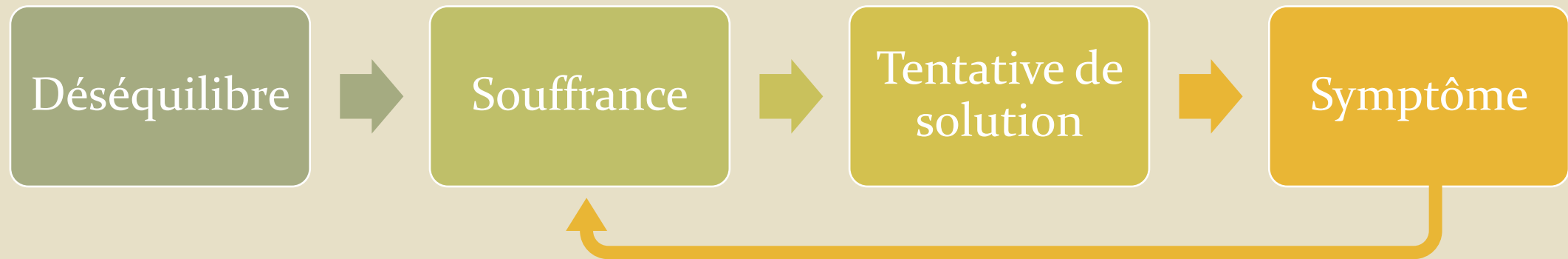
Un seuil de débordement

- Question du **seuil d'intolérance** de la souffrance :
 - Environnement
 - Fragilités
 - Ressources
- Pathologie concerne le **débordement de la souffrance** et ses manifestations
- Angoisse comme manifestation de la **tension psychique**
- **Différentes angoisses** en fonction de la construction du psychisme (environnement et biologie)



Le sens du symptôme

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



- Symptôme comme tentative de **solution signifiante et spécifique** à chaque sujet
- Importance d'**explorer le sens du symptôme** pour comprendre la souffrance du patient

Comprendre le fonctionnement psychique

- Objectif de **compréhension** du **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

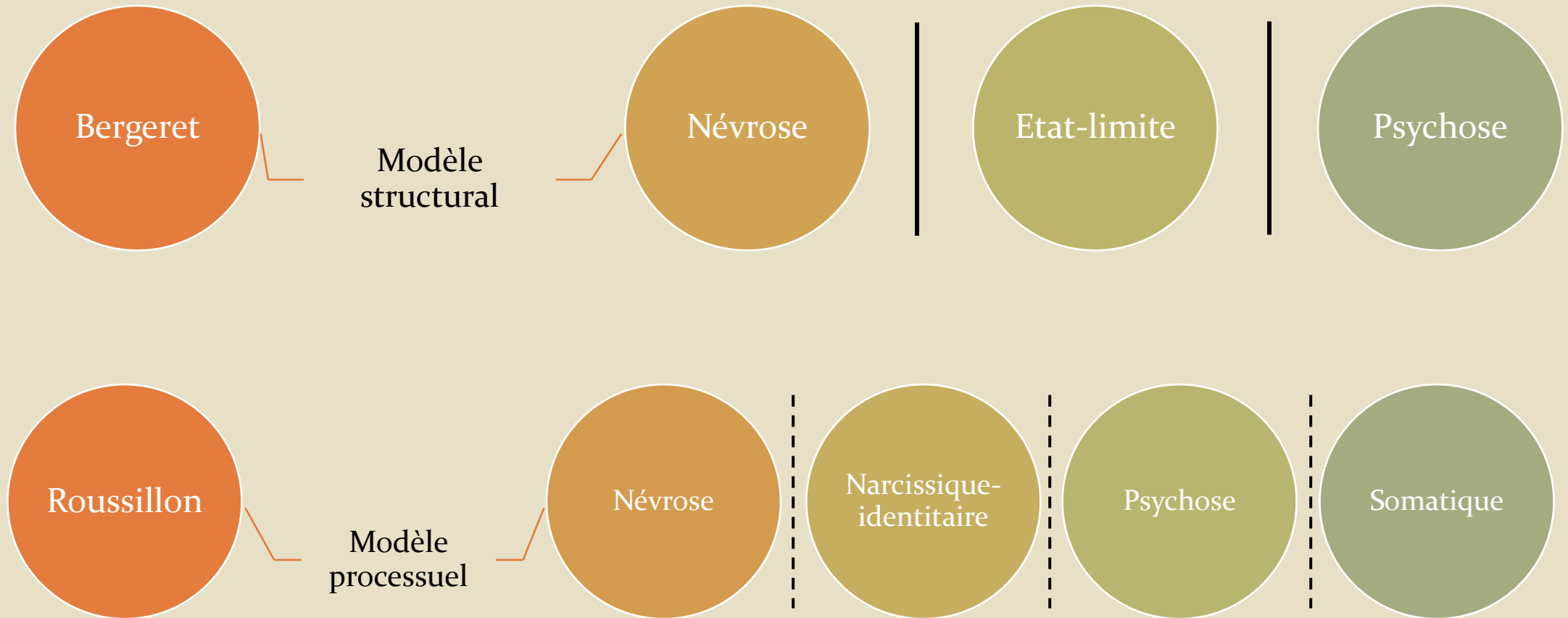
Et en ergothérapie ?

- Compréhension de l'**impact de la pathologie psychique** sur la vie quotidienne, les occupations et la participation sociale
 - Répercussions différentes en fonction des symptômes et du fonctionnement psychique

- Compréhension du **fonctionnement psychique** comme source d'ajustement pour :
 - L'adaptation du cadre thérapeutique (contenance, sécurité)
 - Le choix de l'activités et des consignes
 - La gestion des situations difficiles
 - La mise en sens des réactions, comportements ou paroles du patient
 - La facilitation de l'alliance thérapeutique

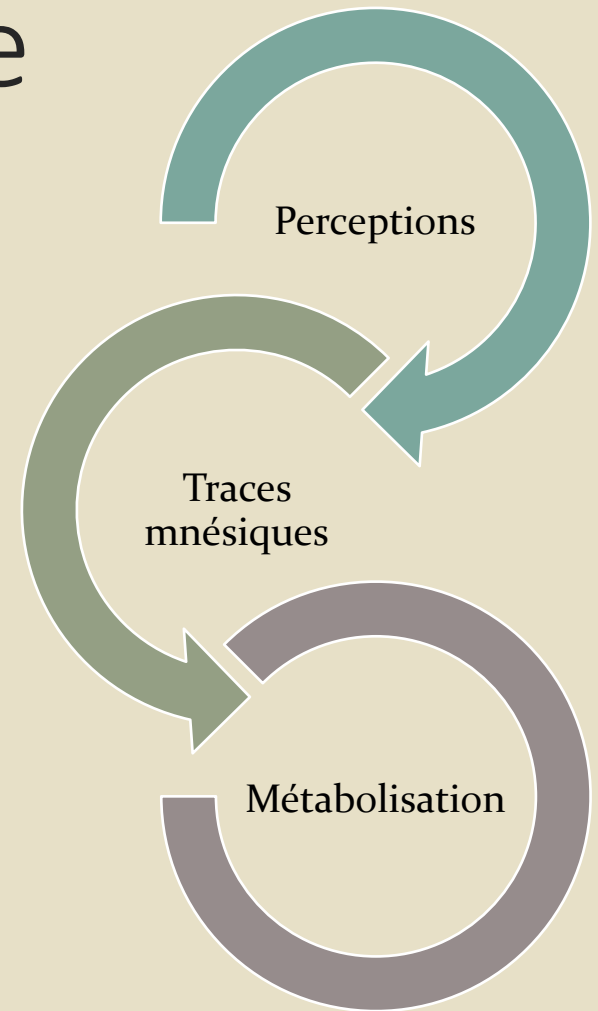
- Prise en compte de l'**individu dans sa singularité** au-delà de sa pathologie

Deux grilles de lecture



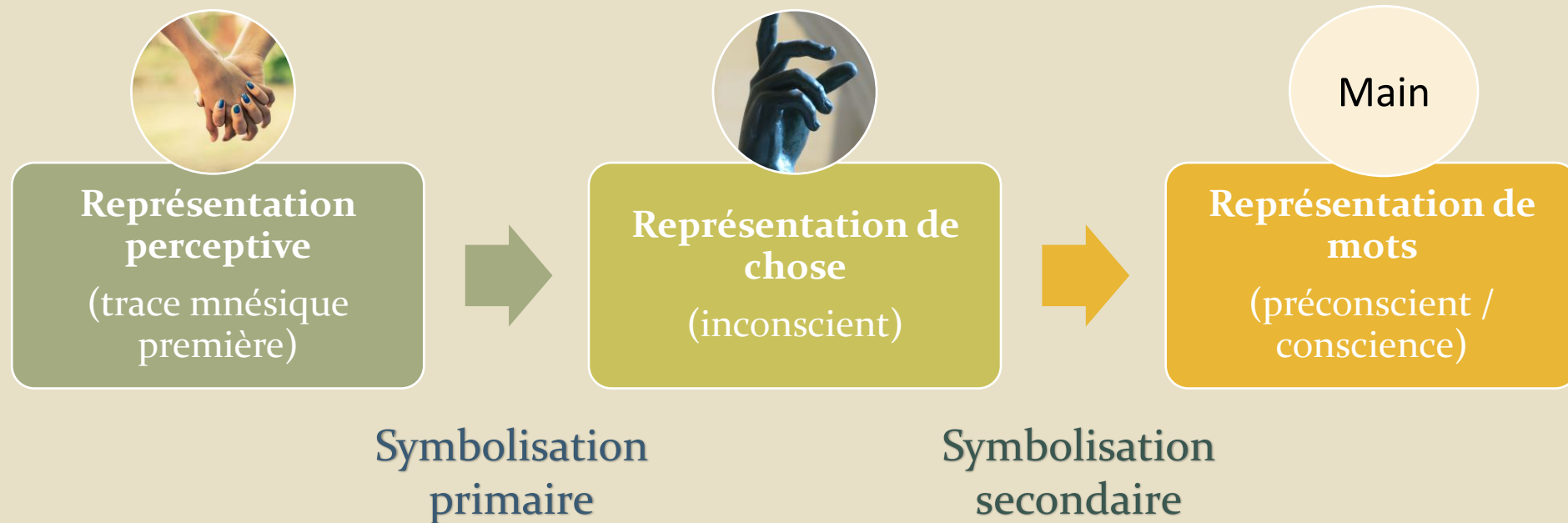
La réalité psychique

- Travail de la psyché uniquement sur des **représentations**
 - Se représenter soi-même en train d'agir avant d'agir
- 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** :



- Mise en images et en mots des représentations



LA PSYCHOSOMATIQUE



L'intrication psyché et soma

- Relation entre **le corps et l'esprit** longtemps en question
- **La psychosomatique** : étude des processus psychiques en jeu dans les désorganisations somatiques
- Discipline **millénaire** et **interculturelle**
- **Dualisme** dans la culture occidentale
- Inspiration **moniste** du modèle de la psychosomatique (Marty)

Le trouble de conversion

- Présentation clinique de **symptômes neurologiques sans dommage organique** du système nerveux
- Historique du trouble chez **Charcot et Freud**
- Expression d'une **souffrance psychique** qui se transpose sur le corps
- Aspect **symbolique** des symptômes corporels qui font atteintes aux **fonctions** du corps (et non aux structures)



Le trouble somatoforme

- **Fréquence élevée** des troubles somatoformes ou fonctionnels (1 à 4 % en neurologie)
- Diagnostic posé après exclusion des **maladies organiques potentielles** par de nombreux examens (inconfortable et pouvant accentuer la souffrance)
- **Exclusion complète difficile** avec chevauchement des diagnostics :
 - 20 à 50 % des troubles fonctionnels sont révisés en maladies neurologiques
 - 10 % des pathologies neurologiques révisées en troubles fonctionnels

mentalisation et psychosomatique

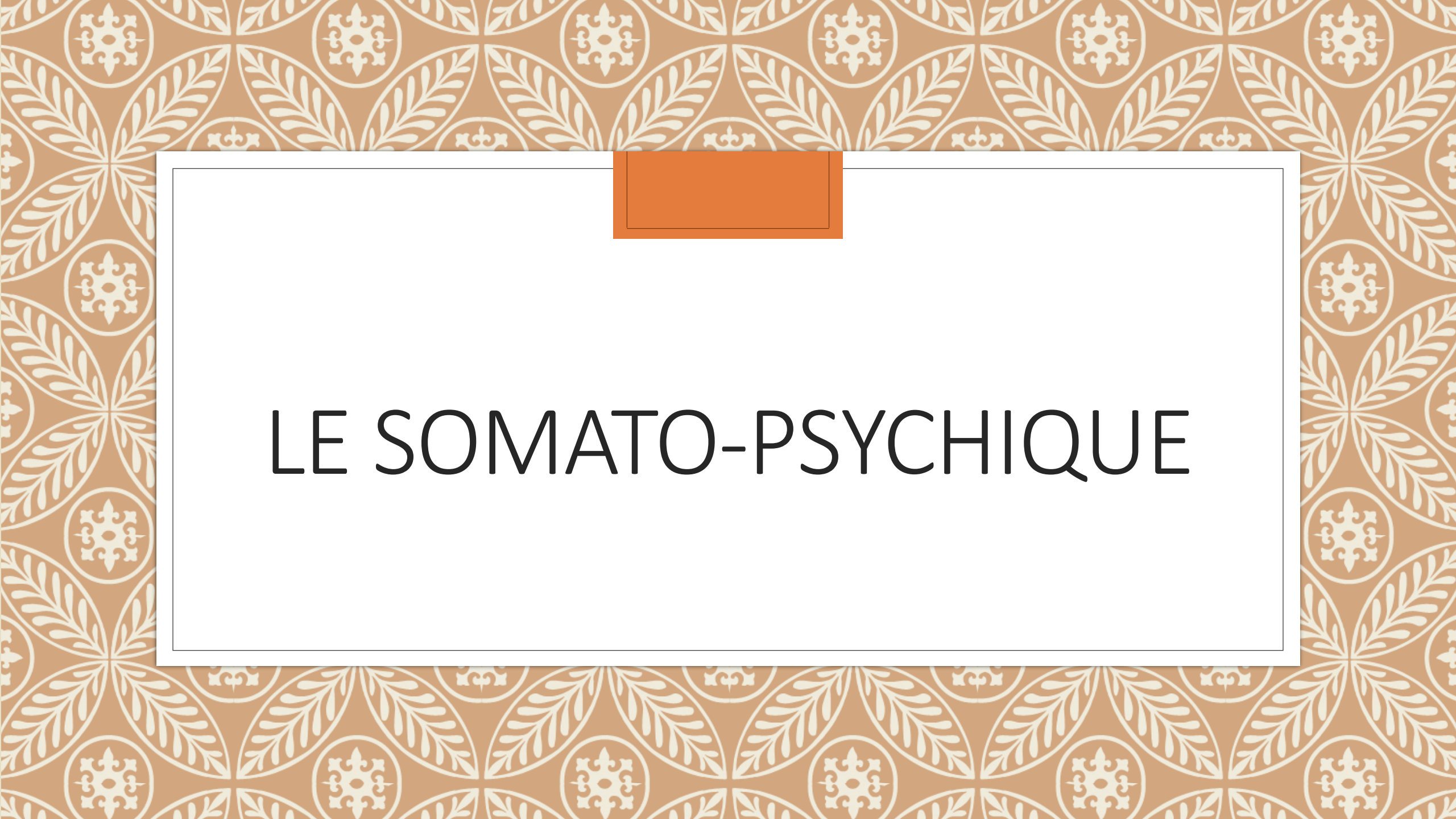
Pierre Marty

Déjà classique !

Collection Les empêchements de penser en rend

Le trouble somatique

- Atteinte somatique avérée associée à des **déficits psychiques**
- **Difficulté à élaborer** mentalement les tensions externes et internes
- Désorganisation somatique jusqu'à des **pathologies léthales**
- **Capacités d'élaboration / symbolisation** comme protection
- Décompensation somatique comme **possibilité chez tout un chacun** par débordement des capacités



LE SOMATO-PSYCHIQUE

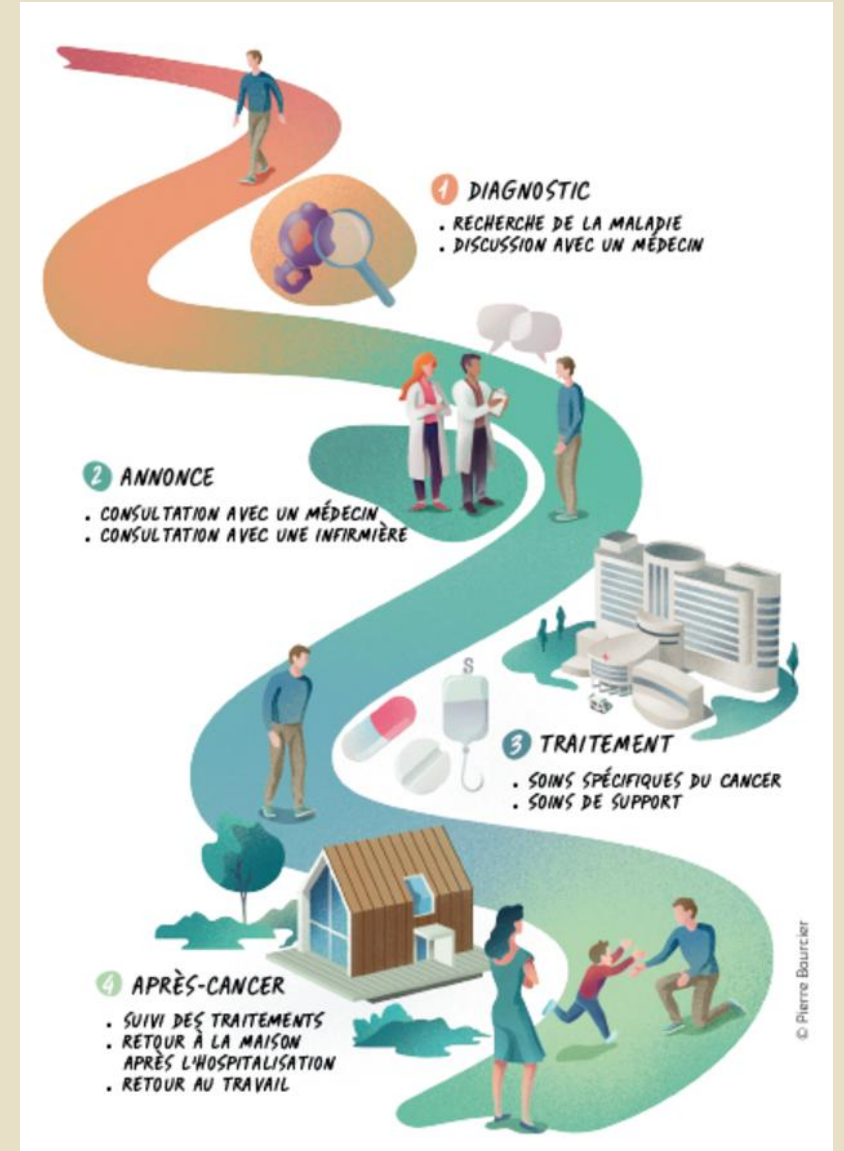
Psychisme et maladie

- Maladie comme **atteinte de l'intégrité** de la personne et rupture de l'équilibre
- **Réactions variables** liées notamment :
 - Aux remaniements
 - A la nature de la maladie
 - Au contexte social
 - Au contexte culturel
- Expérience de la maladie **source de détresse**, des difficultés aux troubles psychiatriques



Le temps de la maladie

- Être malade comme un **ressenti** / un **statut** / une **expérience** / une **dynamique psychique**
- Pathologie comme occasion d'un **questionnement sur le sens** par le **patient** et par le **soignant**
- Distinction en anglais entre **disease** (regard médical) / **illness** (vécu personnel) / **sickness** (entité sociale)
- Être attentif à la **souffrance** et à la **personne elle-même** derrière la maladie tout au long du parcours





L'HOSPITALISATION ET LES SOINS

Le temps de l'hospitalisation

- Hospitalisation comme source de **sidération** et de **régression** (perte d'autonomie)
- **Cadre hospitalier parfois difficile** à tenir (horaires de visite, rythme de vie spécifique, perte de l'identité propre)
- Patients **réfractaires** comme **affirmation** du maintien de leur identité ?
- Contexte **anxiogène** et source de stress accru par le **manque d'information** et le **manque de soutien social**



Traitements et effets secondaires

- Traitements en majorité **intrusifs, lourds et invalidants** qui altèrent la qualité de vie
- Atteinte de l'**image du corps** et de l'**estime de soi** par les modifications corporelles
- **Sentiment d'étrangeté et de dépossession** de son corps avec des **modifications du comportement**
- Risque de **réactivation de traumatismes ou difficultés** antérieures
- Transformation du **rapport à soi** et du **rapport aux autres** également touchés par la maladie

Traitements et effets secondaires

- Traitement régulier comme **rappel de la maladie** qui peut être rejeté dans ce contexte de refus d'être malade
- **Régression et dépendance** de la personne s'accompagnent d'une exacerbation des besoins :

Besoin
d'appartenance

Besoin d'être en
relation

Besoin d'une
relation
conjugale

- Risque de **parentification** dans les relations de couple et de bascule de la relation



LES TYPES DE RÉACTIONS À LA MALADIE



Attitudes de régression et de dépendance

- Réactions d'**appui total** sur les professionnels et proches avec dépendance et centration sur soi
- Processus normal permettant une **adaptation** et la compliance
- Capacité à **accepter la dépendance et la passivité** dans un compromis entre repli et attachement
- Risque d'une **bascule dans la pathologie** avec la difficulté à renoncer aux avantages de la passivité de la maladie

Attitudes de minimisation, négation et refus

- **Attitudes fréquentes** reposant sur des mécanismes de défense (déni et dénégaration)
- Refus des soins, du traitement ou de décisions comme **évitement de la maladie**
- **Réactions d'hyperactivité** comme lutte / compensation contre la passivité imposée





Attitudes agressives et persécutives

- Agressivité verbale ou physique comme reflet de la **perception d'une menace / agression**
- **Réaction à l'impuissance** ressentie face à la maladie ou aux soins
- Tentative de **reprise de contrôle / extériorisation de l'inconfort**
- Agressivité comme expression d'un **sentiment d'injustice** ou de **persécution**

Réactions d'ordre narcissique

- Atteinte narcissique par **mise en défaut de l'intégrité physique** et du fantasme d'invulnérabilité
- Réactions négatives avec **faille narcissique massive** induisant un repli ou des affects dépressifs
- Réactions positives avec utilisation de la maladie pour **renforcer l'intégrité** par les bénéfices de cette dernière
- Possibilité de **favoriser la participation** du patient à la thérapeutique





Réactions anxieuses

- Anxiété très présente dans le cadre de la maladie en **réactions aux différentes altérations**
- Risque de **confondre l'anxiété et la pathologie** somatique elle-même
- Témoin du **processus normal d'adaptation** pouvant cependant devenir **pathologique** et source d'aggravations
- Nécessité d'une **écoute bienveillante** et d'une **réassurance** plutôt que d'une posture de sauveur

Réactions dépressives

- **Forte comorbidité** entre les affections somatiques et la dépression
- Source de **difficultés supplémentaires** en favorisant l'aggravation ou la chronicisation
- Source de **rupture dans le suivi thérapeutique**, de refus de soins ou de suicide
- Expressions des **symptômes dépressifs** par le malade parfois camouflées par les **plaintes somatiques**





LES DÉFENSES ET BÉNÉFICES

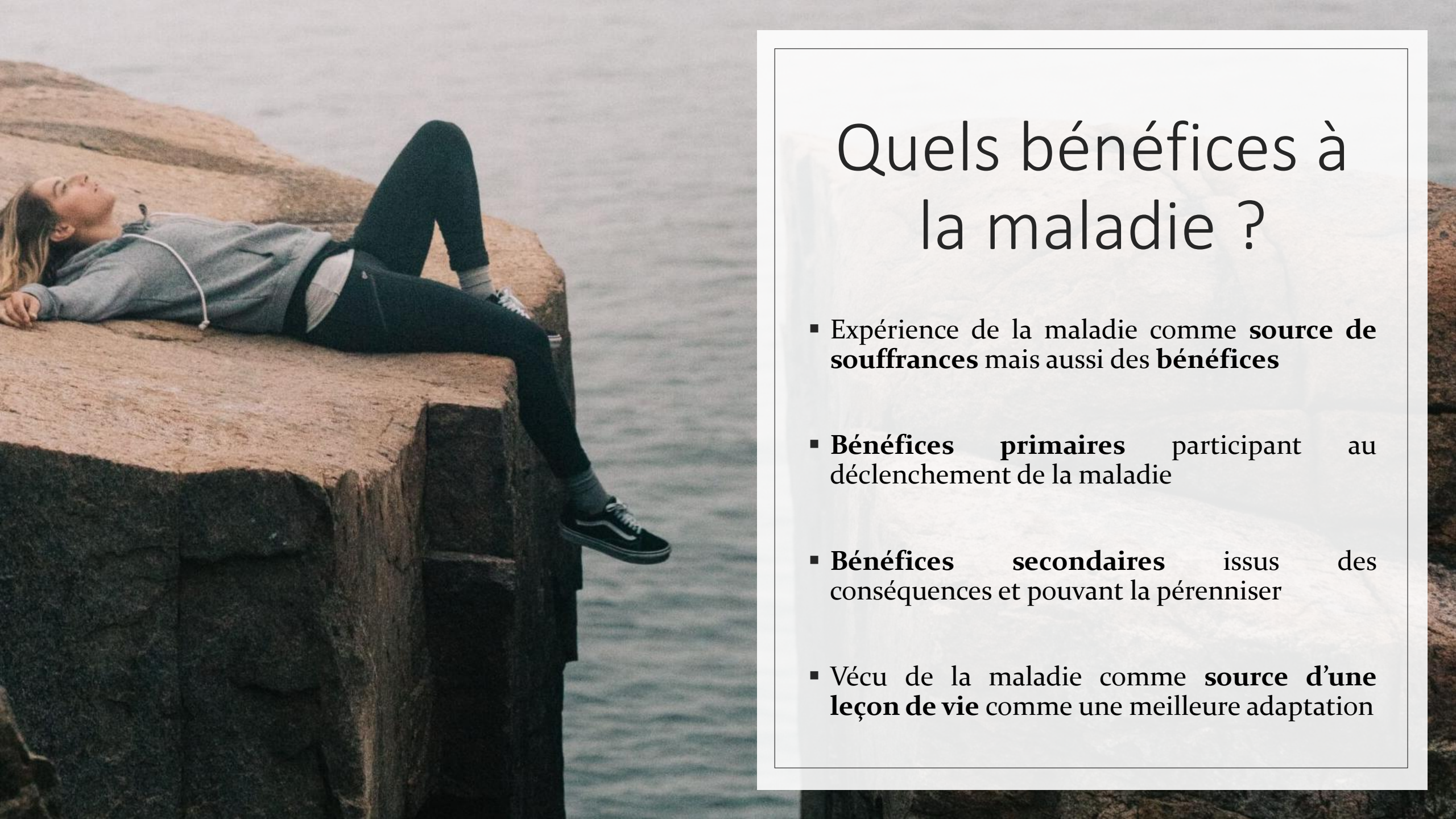
Quelles défenses face à la maladie ?

Mécanismes de défense

- **Mécanismes de protection inconscients** de la personne :
 - Refoulement
 - Dénégation
 - Dénî
 - Isolation
 - Projection
 - Déplacement

Mécanismes de coping

- **Stratégies conscientes d'adaptation** face au stress (efforts cognitifs et comportementaux) :
 - Recherche d'information
 - Acceptation de la confrontation
 - Prise de distance ou minimisation
 - Auto-accusation
 - Recherche d'un soutien social
 - Maîtrise de soi



Quels bénéfices à la maladie ?

- Expérience de la maladie comme **source de souffrances** mais aussi des **bénéfices**
- **Bénéfices primaires** participant au déclenchement de la maladie
- **Bénéfices secondaires** issus des conséquences et pouvant la pérenniser
- Vécu de la maladie comme **source d'une leçon de vie** comme une meilleure adaptation



LA FIN DES TRAITEMENTS ET LA GUÉRISON

Maladie chronique ou fin des traitements

- Période d'arrêt des traitements comme **source de stress** par la valence d'**abandon** et d'**incertitudes**
- **Modifications liées à la maladie** restent longtemps d'actualité dans un environnement **moins rassurant** que celui médical
- Maladie chronique nécessite un **nouvel équilibre** car elles confrontent à des difficultés majeures et quotidiennes
- Nombreuses **implications à long terme** des pathologies chroniques



La guérison

- **Vulnérabilité persistante** avec la crainte d'une rechute et mise à mal du fantasme d'invulnérabilité
- Guérison comme **retour à un équilibre et à la normalité** plutôt qu'à l'état antérieur
- Guérison comme **objectif pour les professionnels** du soin devant prendre en compte les représentations des uns et des autres (**pédagogie de la guérison**)



La résilience

- Notion de résilience comme **capacité à se développer face à l'adversité**
- Favoriserait l'**adaptation face aux maladies chroniques**
- Limiterait l'émergence de **comorbidité psychopathologiques**
- Favoriserait l'**observance et l'autogestion**



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