

Psychologie

1. Biographie de Sigmund Freud

1.1. Les années de jeunesse (de 1856 à 1885)

Il naquit en 1856 en Moravie, partie orientale de la République Tchèque. Il faisait partie d'une famille juive commerçante. Le père de Freud se maria trois fois. Il eut deux enfants avec sa première épouse, qui mourut. On ne sait rien sur sa deuxième femme. Sa troisième femme, vingt ans plus jeune que lui, était la mère de Freud. Elle était énergique et tyrannique tandis que le père était calme, sympathique, sans autorité. Freud avait cinq sœurs et deux frères. Le père connut des difficultés professionnelles lorsque Freud avait trois ans. A quatre ans, Freud déménagea avec sa famille à Vienne. Il réussit l'examen de maturité à 17 ans avec la mention excellent. Il étudia ensuite la philosophie, passa une thèse. En 1873, il s'inscrivit à l'université de Vienne pour faire des études de Médecine. Il fit une étude sur les anguilles mâles des rivières. Il s'intéressait à la sexualité. Il rencontra Martha Bernays, sa future femme. Il eut son diplôme de médecine et ouvrit son cabinet de médecine en 1882. Il resta en contact avec un hôpital où il faisait de la recherche. En 1884, il se lança dans l'étude de la cocaïne et montra ses propriétés analgésiques, faisant passer la douleur. On lui reprocha d'avoir fait rentrer le fléau de la cocaïne à Vienne. En 1885, il devint maître de conférence à l'université de Vienne, ce qui fit de la publicité pour son cabinet. Il obtint grâce à ses recherches une bourse de voyage et se rendit à Paris pour y rester quelques mois. Il y rencontra Charcot, le plus célèbre neuropathologiste de l'époque. Charcot travaillait sur l'hystérie. Il pratiquait l'hypnose pour étudier l'hystérie. Freud fut présent lors d'hypnoses.

1.2. Les fondements théoriques (de 1886 à 1900)

De retour de Paris, il continua à travailler dans son cabinet en indiquant qu'il était neuropathologiste. En 1886, il se maria avec Martha Bernays, avec qui il eut six enfants, dont Anna, qui essaya de continuer les travaux de son père. En 1888, il décida d'utiliser l'hypnose. Il fit un séjour à Nancy pour parfaire sa technique d'hypnose chez Bernheim. Il n'était pas satisfait des résultats qu'il obtenait. Josef Breuer pratiquait la méthode cathartique. Breuer présenta à Freud Bertha Pappenheim, appelée Anna O. dans les Etudes sur l'hystérie, une femme souffrant d'hystérie. Breuer avait découvert que les symptômes de cette jeune patiente, cultivée et intelligente, disparaissaient quand elle pouvait, sous hypnose, les relier à des événements traumatisants de son passé. Freud travailla avec Breuer sur cette méthode. Les symptômes névrotiques avaient leur origine dans le domaine sexuel selon Freud. Même si les gens furent scandalisés par son évocation de la sexualité, Freud continua à travailler dans cette voie. Freud pensa que le développement mental était en rapport avec la sexualité. Les gens lui tournaient le dos, ses patients aussi. Il eut des difficultés financières. Il décida de s'auto-analyser. Lors du décès de son père, Freud eut des rêves tourmentés. Il travailla sur l'analyse de ses rêves et réussit à aller mieux. En comprenant la nature des relations qu'il avait entretenues avec son père, âgé, et sa jeune mère, il jeta les bases de ce qu'il appela le complexe d'Oedipe. Il laissa tomber l'hypnose et la cathartie pour la technique de la libre association : l'analyste parlait très peu tandis que le patient discourait allongé sur son divan. En 1899, il termina son livre L'interprétation des rêves, dans lequel il affirmait que l'inconscient s'exprimait à travers les rêves.

1.3. La maturité (de 1900 à 1916)

Freud est aujourd'hui reconnu comme le fondateur de la psychanalyse. Il publia de nombreux ouvrages qui bousculèrent ses lecteurs. En 1905, il publia Trois essais sur la théorie de la sexualité. Il organisa des petits groupes de psychanalystes qui se rencontraient régulièrement car il pensait mourir jeune et voulait transmettre son savoir. En 1907, il rencontra Jung, qui pratiquait la psychanalyse depuis quelque temps. Freud écrivit des textes illustrant plusieurs névroses. Il décida de créer un autre groupe de quatre personnes car il avait des opposants dans le premier groupe. La guerre éclata et le flot des patients diminua. Ses enfants partirent se battre et il eut du mal à écrire.

1.4. Refonte théorique (de 1916 à 1926)

Il modifia l'ensemble de ses oeuvres.

1.5. Les dernières années (de 1926 à 1939)

Ce fut la période où éclata la Seconde Guerre Mondiale. Freud, étant juif, quitta Vienne en 1938 et se réfugia à Londres où il mourut en 1939 à 83 ans.

2.Types de pathologie mentale

2.1.La psychose

C'est une maladie mentale grave dans laquelle il y a une transformation radicale du sujet à la réalité. Elle entraîne une modification durable de l'identité et de la personnalité. Le psychotique ne raisonne pas dans le même registre que nous, n'a pas les mêmes échelles de jugement, les mêmes codes sociaux et la même logique de pensée. Il est dans un autre monde.

La psychose maniaco-dépressive est attribuée aux gens qui ont une grande volonté et qui soudainement deviennent tristes et suicidaires.

Le délire paranoïaque concerne les gens paranoïaques qui sont dans un autre monde.

La psychose hallucinatoire concerne les gens qui entendent des voix.

La psychose confusionnelle concerne les gens qui sont confus dans leur pensée, qui ont perdu leurs repères.

2.2.Les névroses

C'est une situation permanente de conflit qui empêche l'équilibre du sujet avec le monde extérieur. Nous présentons tous des traits névrotiques.

La névrose d'angoisse concerne les gens angoissés.

La névrose de phobie concerne les peureux.

La névrose hystérique concerne surtout les femmes, celles qui font des crises, des paralysies.

La névrose obsessionnelle concerne les gens qui ont des obsessions poussées.

2.3.Le narcissisme et ses pathologies

Le narcissisme est l'amour que le sujet porte à lui-même. Les pathologies du narcissisme sont liées à la formation de l'identité, témoignent d'une faille dans cette construction et s'expriment par une pathologie de la relation.

La perversion est une déviation par rapport à l'acte sexuel normal (sado-masochisme).

La toxicomanie est une dépendance entraînée par la prise de produits.

La psychopathie concerne les gens inadaptés à la vie en société.

3. La personnalité psychique selon la psychanalyse

3.1. Introduction

Pour Freud, la division de la personnalité résulte d'un conflit psychique entre les différentes instances. Un topique est une représentation spatiale de la personnalité.

3.2. Première topique

3.2.1. L'inconscient

C'est selon Freud la partie infantile de la vie psychique conservée et stockée dans une partie de l'appareil psychique. L'inconscient agit sans cesse sur notre appareil psychique. Lorsque l'inconscient a un désir, il doit être satisfait le plus rapidement possible. Les désirs de l'inconscient sont parfois refoulés par une instance. Ces désirs refoulés apparaissent parfois dans les rêves et dans les souvenirs. La volonté d'accomplir un désir a été appelée par Freud processus primaire. Les jeunes enfants fonctionnent selon le processus primaire.

3.2.2. Le préconscient

Il se situe entre le conscient et l'inconscient. Selon Freud, il accueille toutes les représentations venant de l'inconscient et ayant franchi la censure. Le préconscient a un rôle d'accès à la conscience et à la motricité. Dans son rôle de censure, le préconscient fonctionne selon le processus secondaire. Raisonnement, jugement, prévision, supposition sont les fonctionnements qui découlent du préconscient. Le préconscient, contrairement à l'inconscient qui est chaotique, est chronologique, organisé.

3.2.3. La conscience

Elle reçoit les représentations venant de l'inconscient et du préconscient. La conscience est passive et réceptrice. Elle est en rapport avec l'extérieur. Les affects (plaisirs) prennent naissance au niveau de la conscience.

3.2.4. La censure

Elle se situe entre l'inconscient et le préconscient. La censure filtre inconsciemment.

3.3. Deuxième topique

3.3.1. Le ça

C'est l'instance primitive de l'appareil psychique. Freud décrit le ça comme la partie obscure et impénétrable de notre personnalité. Le ça ignore les lois logiques, le temps, l'espace : il est chaotique.

C'est le réservoir de toutes les pulsions.

3.3.2. Le surmoi

Il est là pour surveiller le moi. L'idéal du moi est l'ensemble des identifications parentales, toutes les valeurs transmises par les parents. Le surmoi exige du moi qu'il respecte l'idéal du moi. Certains ont un surmoi très strict et rigoureux et d'autres ont un surmoi beaucoup moins rigide.

C'est une instance morale transmise par les parents et un réceptacle de toutes les lois sociales qui régissent la famille et régneront sur la vie de l'individu.

3.3.3. Le moi

C'est le contrôle de la motricité volontaire, la perception de la réalité, le refoulement (opération défensive).

C'est un médiateur adapté entre le désir fondamental et la réalité, agissant par l'intermédiaire du corps moteur.

4. Les stades du développement de l'enfant, conception freudienne

4.1. Définition de la pulsion

Freud fut le premier à vouloir distinguer pulsion humaine et instinct animal.

En 1915, sa première vision de la pulsion était un concept limite entre le psychique et le somatique (le corps).

En 1920, Freud mit en évidence deux pulsions fondamentales : eros (pulsion de vie) et thanatos (pulsion de mort).

En 1935, il se rendit compte qu'il y avait plusieurs pulsions qui provenaient du ça, d'une instance psychique archaïque.

Une pulsion est un processus dynamique consistant en une poussée (charge énergétique facteur de motricité) qui fait tendre l'organisme vers un but. Une pulsion, à sa source dans une excitation corporelle (état de tension), a pour but de supprimer l'état de tension qui règne à la source pulsionnelle.

Une compulsion est une force intérieure par laquelle le sujet est amené irrésistiblement à accomplir certains actes et à laquelle il ne peut résister sans angoisse.

4.2. Les différents stades

La pulsion sexuelle a sa source dans une excitation corporelle provoquant un état de tension désagréable que le nourrisson cherche à apaiser. Les zones d'excitation corporelle changent en fonction de l'âge de l'enfant et de sa maturation neurobiologique. La première zone est la bouche (sucer son pouce). La deuxième zone est l'anus (plaisir de retenir sa matière fécale). La troisième zone est le sexe. Il y a de la culpabilité à partir du moment où apparaît l'interdit.

4.2.1. Avant la naissance

Il est important de savoir comment s'est déroulée la grossesse. Est-ce un enfant désiré ? La construction de l'enfant sur le plan imaginaire est importante. L'enfant a les mêmes sécrétions hormonales que la mère. Si la mère est stressée, l'enfant est stressé. Un enfant ayant eu une grossesse sans problème a une croissance plus sereine.

4.2.2. Le stade oral (entre 3 et 12 mois)

C'est le stade de la succion. Quand il naît, l'enfant ne se différencie pas en tant que sujet. Il perçoit une globalité qu'il assimile à son identité. La phase dyadique est la période pendant laquelle l'enfant croit qu'il fait partie de sa mère. Les lèvres et la cavité buccale sont la zone d'excitation sexuelle. L'enfant recherche le plaisir pendant la phase orale. Il évolue selon le principe de plaisir. L'éducation freine le fonctionnement du principe de plaisir. L'éducation correspond au principe de réalité. Le sevrage est un moment difficile pour le nourrisson car il se rend compte qu'il ne forme pas une unité avec sa mère. Il devient agressif : c'est la phase sadique orale.

4.2.3. Le stade anal (entre 1 et 3 ans)

Le stade anal apparaît lors du contrôle sphinctérien, grâce à une maturation neuromusculaire. L'enfant peut contrôler sa défécation et commence à réaliser ses premiers pas, ce qui lui donne une certaine autonomie. La zone érogène est la muqueuse anorectale. L'enfant prend du plaisir en retenant ou en expulsant sa matière fécale, qu'il considère comme une partie de son corps. L'enfant peut faire du chantage à sa mère grâce à ses excréments. L'éducation de la propreté est un premier apprentissage social. Les enfants ont tendance à jouer avec la boue pour mieux accepter les frustrations de l'apprentissage de la propreté. L'enfant s'identifie à la mère. Il prend conscience qu'il peut avoir des liens avec d'autres personnes. C'est un stade de jalousie : l'enfant est jaloux de l'affection que ses parents offrent à ses frères et sœurs. L'enfant devient de plus en plus actif et donc autonome. Il apprend la frustration, ce qui génère de l'agressivité et de l'angoisse. Il commence à dire non, à se positionner en tant que sujet.

4.2.4. Le stade phallique (entre 3 et 5 ans)

L'enfant centre ses préoccupations sur la zone génitale et toutes les fonctions qui s'y rattachent. L'appareil génital devient la zone érogène avec la masturbation infantile. Une curiosité sexuelle de l'enfant s'éveille. Il s'interroge sur les relations sexuelles de ses parents et se demande comment naissent les enfants. Comme les parents ont du mal à répondre à leurs enfants, les enfants se construisent leur propre théorie sur la sexualité.

En ce qui concerne la différence des sexes, les enfants pensent d'abord que tout le monde a un pénis. En grandissant, ils se rendent compte que tout le monde n'a pas le même sexe. Une première explication est que la petite sœur est en retard, son sexe n'a pas encore poussé. Une deuxième explication est la castration par punition. L'enfant pense que sa mère a un phallus. C'est plus tard que l'enfant réalisera que les femmes n'ont pas de pénis.

En ce qui concerne la naissance des bébés, l'enfant comprend qu'ils sont portés dans le ventre de la mère. Il pense d'abord à une évacuation anale du bébé, puis à une évacuation ombilicale.

Freud explique ce moment de l'enfance par le complexe d'Œdipe, à partir d'une légende grecque. Œdipe est le héros de cette légende. A Thèbes vivent un roi, Laïos, et une reine, Jocaste. Ce couple consulte l'oracle, qui affirme que leur fils tuera le père et épousera la mère. Plus tard, la mère tombe enceinte et Œdipe naît. Laïos se souvient de l'oracle et décide de se séparer de ce bébé. Un serviteur prend Œdipe et le confie à un berger. Ce berger rencontre un autre berger, qui le mène au roi et à la reine d'une autre région qui n'arrivent pas à avoir d'enfant. Œdipe grandit, persuadé qu'il est le fils du roi et de la reine. Un jour, il se dispute avec un habitant qui lui avoue qu'il est adopté. Œdipe va voir l'oracle qui lui affirme qu'il va tuer son père et sa mère. Œdipe fuit de sa cité pour ne pas assassiner ses parents adoptifs. Sur un chemin, il rencontre son vrai père avec qui il se dispute et le tue, sans savoir qu'il est son vrai père. Il rencontre le sphinx qui lui pose une énigme. Œdipe trouve la réponse et le sphinx se suicide. Les habitants de Thèbes sont contents d'être débarrassés du sphinx et lui proposent d'épouser la reine veuve, sa mère. La peste envahit la ville et décime ses habitants. Œdipe va voir l'oracle qui affirme que la peste ne s'arrêtera pas tant que la mort du roi ne sera pas vengée. Il se rend compte qu'il a tué son père et épousé sa mère. Œdipe se crève les yeux et la mère se suicide, tous deux n'acceptant pas leur sort.

Selon Freud, tant que l'enfant dépend biologiquement de sa mère, il est soumis à son pouvoir et à son désir. L'enfant fait tout pour combler les désirs de sa mère. Dans un premier temps, il ne s'assume pas en tant que sujet. Dans un deuxième temps, il se rend compte que le désir de sa mère est satisfait par son père et non par lui. L'enfant pense que ce que désire la mère chez le père est le phallus. Apparaît donc une lutte du phallus qui intervient dans une relation triangulaire. Le père y incarne l'autorité. L'enfant admire son père, sa force, s'identifie à lui et l'idéalise tout en aimant sa mère. L'enfant pense que son père s'intercale entre lui et sa mère. L'enfant éprouve donc de la haine envers son père en ayant un désir inconscient de le supprimer pour le remplacer.

Chez le garçon, pendant le complexe d'Œdipe, l'enfant a conscience qu'il a un pénis. Il l'investit en tant que satisfaction sexuelle. Il essaye d'affirmer sa position virile à l'égard de sa mère en se montrant agressif. Il essaye d'imiter son père, qu'il considère comme un rival. Il jalouse son père. Il vit un fantasme de castration du phallus de son père. Mais il craint la vengeance de son père qui le castrerait en retour. Comme tout cela n'est pas dans la réalité, l'enfant peut progressivement se détacher du complexe d'Œdipe.

Chez la fille, pendant le complexe d'Œdipe, l'enfant tourne progressivement son amour vers le père. Lorsque la fille se rend compte qu'elle n'a pas de pénis, elle en veut à sa mère. Elle vit l'absence de pénis comme un sentiment d'infériorité. Elle centre son amour sur son père.

Les effets du complexe d'Œdipe sont l'interdiction de l'inceste et l'instauration d'une morale. Le complexe d'Œdipe est une situation structurante de la dimension sociale.

4.2.5. La période de latence (entre 5 et 9 ans)

C'est une période de calme par rapport aux stades précédents. Selon Freud, vers l'âge de 6 ans, toute l'affectivité est structurée. L'enfant est éloigné de la famille et n'est plus agacé par ses pulsions sexuelles. Il abandonne l'image parentale et s'intéresse à d'autres personnes. Intervient la formation du surmoi, toutes les barrières éducatives données par les parents. Les parents perdent un grade, ce qui fait gagner de l'indépendance à l'enfant.

4.2.6. La puberté (entre 9 ans et l'âge adulte)

Selon Freud, être signifie apprendre à exister sans ses parents.

4.2.6.1. Rôle de la période de latence

Pendant cette période, l'enfant a pu organiser et acquérir un équipement sur le plan intellectuel et moteur. Il a pu affermir ses défenses affectives et s'adapter aux principes de réalité.

4.2.6.2. Réactivation des pulsions libidinales à la puberté

Elle se manifeste par la masturbation, qui est accompagnée de culpabilité. La masturbation est un phénomène normal car c'est la seule issue aux besoins sexuels. Le pré-adolescent continue à se masturber jusqu'à ce qu'il puisse établir une relation sexuelle.

4.2.6.3. Le choix objectal

L'adolescent doit définitivement abandonner ses parents comme objet d'amour. Apparaissent les premiers conflits entre l'adolescent et ses parents. Un choix homosexuel, ne débouchant pas souvent sur l'homosexualité, est fait par l'admiration envers un ami ou une amie.

4.2.6.4.Insertion sociale

Cette insertion dépend de la relation avec les parents et l'entourage, du surmoi, de l'idéal du moi, de la tolérance à la frustration. Quelqu'un qui ne supporte pas la frustration ne peut pas s'insérer socialement.

5.Les troubles de l'enfance et de l'adolescence

5.1.Introduction

Une gamme de troubles très étendue existe chez les enfants et les adolescents. La pédopsychiatrie travaille sur ces troubles. L'enfant symptôme est l'enfant sur lequel toute la problématique familiale se cristallise. La famille s'équilibre autour des problèmes de l'enfant symptôme. Les premières expériences vécues par l'enfant sont importantes pour son développement et le devenir de sa personnalité. Le développement de l'enfant est dû à une maturation intrinsèque (sa propre maturation) et à une maturation extrinsèque (apport extérieur).

5.2.La situation familiale

Le climat affectif dans lequel a été vécue la grossesse et la place dans la fratrie sont importants. Les enfants uniques n'ont pas une existence évidente. Ils ne connaissent pas le partage entre frères. Ils rencontrent plus de difficultés à s'insérer dans les groupes ou à s'adapter à une discipline de groupe. Les enfants abandonnés présentent un vide affectif important et des troubles du comportement. Il vaut mieux abandonner un enfant tôt que tard, avant que des liens ne se créent. Les enfants illégitimes, abandonnés ou non reconnus par l'un des parents, dépendent de la structure psycho-affective de la mère ou du père. Les enfants du divorce ne présentent pas forcément de troubles. Le vecteur de la dispute entre les parents est l'enfant, ce qui peut amener des troubles dans sa vie. Les enfants orphelins d'un père ou d'une mère ne peuvent pas vivre le complexe d'Œdipe, ce qui crée un retard dans leur développement. Les enfants adoptés pour remplacer un décès peuvent présenter des troubles dans leur développement. Les vrais jumeaux peuvent présenter des troubles d'identité.

5.3.L'insuffisance intellectuelle : les différentes sortes de débilité

La débilité est un développement incomplet ou insuffisant des capacités intellectuelles.

5.3.1.Les arriérations mentales profondes

Il s'agit de la classe la plus basse de débilité.

L'idiotie concerne les personnes dont le niveau mental est inférieur à celui d'un enfant de deux ans. Le quotient intellectuel est inférieur à 20. Les grabataires sont les personnes qui ont une vie purement végétative. Les idiots dressables peuvent obtenir quelques acquis.

L'imbécillité concerne les personnes dont le niveau mental est inférieur à celui d'un enfant de sept ans. Le quotient intellectuel se situe entre 30 et 50. Les imbéciles peuvent arriver à parler.

5.3.2.La débilité mentale

Les débiles moyens ont un quotient intellectuel compris entre 50 et 70.

Les débiles légers ont un quotient intellectuel compris entre 70 et 80.

Les débiles harmonieux ne présentent pas de troubles de comportement. Ils sont capables d'une autonomie sociale.

Les débiles dysharmonieux présentent des troubles de la conduite et des difficultés affectives importantes.

Une débilité mentale peut être décelée tardivement.

5.3.3.Les fausses débilités mentales

Elles concernent les enfants qui fonctionnent comme des débiles alors qu'ils ont une capacité intellectuelle normale. Par exemple, dans les milieux pauvres, certains enfants ne reçoivent pas les stimulations intellectuelles nécessaires à un bon développement.

5.3.4.L'étiologie

L'étiologie est l'ensemble des causes d'insuffisance intellectuelle.

Les facteurs génétiques peuvent apparaître sous la forme d'une aberration chromosomique ou d'une déficience spécifique des gènes.

Les facteurs extrinsèques regroupent les accidents que peuvent connaître un enfant avant la naissance.

Au moment de l'accouchement, une souffrance peut entraîner des troubles de déficience.

Après la naissance, les nourrissons peuvent subir des agressions ou des maladies entraînant la déficience.

5.4. Les troubles des fonctions et des instincts

5.4.1. Les troubles de la sphère orale

5.4.1.1. L'anorexie du nourrisson

Elle est liée à l'allaitement artificiel. C'est la mère qui est responsable de cette anorexie.

5.4.1.2. L'anorexie de l'âge scolaire

Elle concerne les enfants qui trient leurs aliments.

5.4.1.3. L'anorexie mentale des jeunes filles

C'est un problème pathologique très important qui peut aboutir à la mort. Elle apparaît au moment de la puberté, pendant laquelle des formes féminines apparaissent. L'anorexique refuse les rondeurs féminines en faisant un régime. Les filles anorexiques sont squelettiques. Leurs règles s'arrêtent généralement. En-dessous d'un certain taux de masse grasse, les règles peuvent s'arrêter. Ces filles sont très actives et intelligentes. Pour les soigner, on leur fait du chantage en les enfermant dans une pièce noire.

5.4.1.4. Les hyperphagies et leurs conséquences

Il s'agit de l'obésité et de la boulimie. Mais les boulimiques ne sont pas forcément obèses car ils vomissent après avoir mangé.

5.4.1.5. Autres observations de la sphère orale

La potomanie concerne les gens qui ont un besoin impérieux de boire de l'eau.

La pica concerne les gens qui mangent des substances non comestibles.

L'onychophagie concerne les gens qui se rongent les ongles.

5.4.2. Les troubles des émonctoires

5.4.2.1. L'énurésie

Elle concerne les enfants qui urinent au lit généralement pendant la nuit après l'âge de quatre ans. L'énurésie primaire concerne les enfants qui n'ont jamais été propres. L'énurésie secondaire survient après une période de propreté de l'enfant. L'énurésie s'arrête généralement à l'âge de douze ans mais certains adultes sont atteints de cette maladie.

5.4.2.2. L'encoprésie

Elle concerne les défécations involontaires généralement pendant la journée. Elle peut apparaître après un traumatisme, après la naissance d'un frère ou d'une sœur, au moment de l'entrée à l'école. Les garçons sont plus concernés que les filles par cette maladie. Ce sont des garçons immatures et intolérants à la frustration. La maladie disparaît à la puberté.

5.4.3. Les troubles psychomoteurs

5.4.3.1. Les troubles de la latéralité

La sénestralité concerne les gens gauchers.

5.4.3.2. Les troubles tonico-émotionnels précoces

On les rencontre chez les nourrissons. Ce sont des bébés très agités, hypertoniques au niveau musculaire ou hypotoniques au niveau musculaire. Pour les soigner, on les met dans de l'eau tiède pour créer un contexte affectif sécurisant.

5.4.3.3.L'instabilité psychomotrice

Elle concerne les personnes angoissées qui présentent une auto-agitation.

5.4.3.4.Les tics

Les tics sont des mouvements involontaires brusques, explosifs et répétés. Les personnes atteintes sont conscientes de leurs tics mais peuvent difficilement les éviter. L'hypnose permet d'effacer temporairement les tics.

5.4.4.Les troubles du sommeil

5.4.4.1.Les troubles de l'endormissement

C'est à peu près vers l'âge de deux ans qu'un enfant présente des angoisses d'endormissement (peur du noir). Il faut rassurer l'enfant pour palier à ces angoisses. Les rituels de l'endormissement sont une protection contre l'angoisse. Les rythmies sont des mouvements que l'enfant réalise pour s'endormir (remuer la tête, mouvements en position fœtale).

5.4.4.2.Les troubles du sommeil proprement dits

Ils regroupent les cauchemars, les rêves pénibles accompagnés d'angoisse.

6.Affirmation de soi

Selon George Orwell, "bien que tous les hommes soient égaux, certains sont plus égaux que d'autres".

6.1.Définition du concept

Le concept d'affirmation de soi naquit avec la culture américaine dans les années 60 à 70. Le but de ce concept est de résoudre le problème de dominance-soumission. Ce concept vise à prendre le parti du perdant.

Le premier ouvrage sur la notion d'affirmation de soi fut écrit par Alberti et Emmons en 1970 : "l'affirmation de soi est un comportement qui permet à une personne d'agir mieux de son intérêt, de défendre son point de vue sans anxiété exagérée, d'exprimer avec sincérité et aisance ses sentiments et d'exercer ses droits sans dénier ceux des autres". Ces auteurs donnèrent sept messages principaux : soyez respecté par les autres, affirmez vos droits, ne cherchez pas toujours à être aimé par tous, ayez une image positive de vous-même, lutez contre la dépression en agissant, affrontez les autres et peu importe l'échec, l'important est de s'affirmer.

La notion d'affirmation de soi varie selon les cultures. Dans les cultures orientales, la politesse et les stratégies relationnelles se démarquent. Dans les cultures occidentales, l'égoïsme et la recherche du consensus sont importants.

Une affirmation de soi adéquate dépend du comportement verbal et non verbal, de l'intention du sujet et du contexte social.

6.2.L'anxiété sociale

6.2.1.Définition

C'est la peur que nous ressentons dans les situations relationnelles, par exemple, la timidité. L'anxiété sociale est l'ensemble des manifestations psychologiques, physiques et comportementales correspondant à la peur, avec une intensité moindre que celle de l'angoisse, par exemple, se sentir mal dans une soirée ou dans une réunion. On parle de phobie sociale s'il y a un grand nombre de situations. On parle de phobie spécifique s'il n'y a qu'une seule situation.

6.2.2.Comment devient-on anxieux ?

On devient anxieux de façon tout à fait naturelle, tant chez l'homme que chez l'animal. Par exemple, en présence d'un chat, le rythme cardiaque d'une souris s'accélère et son flux sanguin augmente dans les muscles pour permettre la fuite. La différence entre l'homme et l'animal est l'anticipation. L'anxiété naît de l'anticipation chez l'homme. Par exemple, rougir en public pour la première fois provoque un malaise et la peur de rougir à chaque nouvelle situation. Plus on pense négatif, moins on est à l'aise.

6.2.3. Comment le problème se maintient-il ?

Plus on évite les situations relationnelles, moins on développe ses compétences sociales et plus l'inquiétude augmente.

6.2.4. Les compétences qu'on développe sont celles qu'on entraîne

La solution est l'exposition progressive aux situations relationnelles, l'acquisition et l'entraînement. L'objectif est de modifier le cercle vicieux de l'anxiété sociale.

6.2.5. Le cercle vicieux de l'anxiété sociale

Il débute par l'évitement des situations sociales, qui entraîne la diminution des compétences sociales. Il se poursuit par l'anticipation de ne pas être à la hauteur, la crainte du jugement et de la réaction des autres.

Par exemple, Martin est un étudiant en médecine travailleur et timide. Il a des malaises, il rougit, il a le cœur qui bat vite dans les relations sociales. Son cercle vicieux débute par l'évitement des sorties et des relations même amicales avec les filles. Ainsi, il travaille beaucoup, ce qui permet d'éviter davantage les relations. Par la suite, ses compétences sociales ne se développent pas. Il finit par anticiper de ne pas être à la hauteur et par craindre le jugement et la réaction des autres. Il pense qu'il vaut mieux se débrouiller tout seul.

6.2.6. Attention aux pièges

Comme dans tout apprentissage, deux pièges sont repérables : il ne faut pas trop éviter les situations sociales ou vouloir aller trop vite.

6.2.7. L'anxiété sociale diminue

On s'expose d'abord progressivement aux situations sociales. Ensuite, les compétences sociales augmentent. Enfin, on anticipe de pouvoir être à la hauteur, on a moins peur de la réaction des autres.

Par exemple, Martin commence à sortir, à avoir des relations même amicales avec les filles. Il travaille moins et accepte des invitations. Ensuite, ses compétences sociales se développent. Enfin, il anticipe de pouvoir être à la hauteur, il a moins peur de la réaction des autres. Il pense qu'avoir des relations est positif.

6.3. La communication

6.3.1. Une communication efficace

Une communication est efficace quand le message émis correspond au message reçu. Il y a des distorsions si le message reçu est différent du message émis par les autres.

Il peut y avoir des distorsions au niveau de l'idée du message émis, de la diction du message et de l'interprétation du message.

6.3.2. Les composantes de la communication

Un message est émis avec un langage. Le langage verbal est le contenu du discours comprenant le vocabulaire et la grammaire : c'est la partie digitale du message. Le langage non verbal regroupe les éléments avec lesquels le message est émis : c'est la composante analogique du message. Le langage dépend de la culture et de l'éducation. Le sens d'un message varie en fonction de son interprétation.

6.3.2.1. Comment améliorer la partie digitale du message ?

Il faut exprimer ce que l'on pense le plus directement possible, éviter les allusions.

Il faut transmettre peu d'informations à la fois, éviter les mots inutiles, faire attention au temps employé.

6.3.2.2. Comment améliorer la partie analogique du message ?

Il faut prendre conscience de l'importance des composantes de la communication analogique. Par exemple, il faut soigner le contact visuel, la mimique faciale, la posture générale et la distance entre les interlocuteurs.

Il faut avoir une bonne connaissance de notre propre comportement non verbal. Par exemple, on peut comparer notre façon de communiquer avec celle des autres. Le regard parle mais ne transmet pas toujours le bon message.

Par exemple, Virginie regarde souvent de manière fuyante. Il est difficile d'entrer en contact visuel avec elle et cela met souvent son interlocuteur mal à l'aise. Ce dernier pense souvent qu'elle est fautive.

6.3.3.Savoir écouter

Il y a plusieurs manières d'écouter. Par exemple, l'écoute flottante consiste à retenir quelques éléments qui nous intéressent, en fonction de leur mise en valeur, et l'écoute participative consiste à écouter de façon active, à participer, à donner son avis.

6.4.Les comportements relationnels

6.4.1.Comment analyser son comportement ?

Ce que je pense, ce que je ressens et ce que je fais entraînent des conséquences concrètes et relationnelles.

Par exemple, Claire est étudiante et doit passer le lendemain matin un examen. Madame Dupont demande à Claire de garder ses enfants et Claire n'ose pas refuser. Elle pense qu'elle devrait refuser, qu'elle va rater son examen, que Madame Dupont devrait comprendre, qu'elle est vraiment sans gêne. Elle ressent de l'angoisse, de la déprime et de la révolte. Au niveau de ses actions, elle va garder les enfants. Les conséquences concrètes sont qu'elle ne va pas avoir le temps de réviser son examen. Les conséquences relationnelles sont que Madame Dupont trouve cela pratique et qu'elle va lui demander souvent de garder ses enfants.

Dans une autre situation, Claire refuse de garder les enfants. Claire pense qu'elle va gentiment lui dire que ce n'est pas possible, qu'il n'y a pas de raison qu'elle se vexe. Elle ressent un peu d'anxiété mais sans plus. Au niveau de ses comportements, elle refuse gentiment en expliquant sa situation. Les conséquences concrètes sont qu'elle aura plus de temps pour réviser. Les conséquences relationnelles sont qu'elle va garder une bonne relation avec Madame Dupont en s'affirmant.

6.4.2.Les comportements inhibé, agressif et affirmé

Par exemple, Annie a prêté 200 francs à Stéphane il y a trois mois. Ce dernier devait lui rendre la somme un mois après mais il ne l'a pas fait.

Si Annie présente un comportement inhibé, elle a peu de chances de récupérer l'argent. Il y a deux cas de figures dans le comportement inhibé. Si Annie a une attitude altruiste (généreuse), elle pense qu'elle ne dérangera pas Stéphane pour 200 francs. Si Annie a une attitude révoltée, elle pense qu'elle se fait toujours avoir, que les gens sont malhonnêtes.

Si Annie présente un comportement agressif, elle a plus de chances de récupérer l'argent. Elle dit ce qu'elle pense. Sa relation avec Stéphane est en péril. L'agressivité ne concerne pas seulement la colère. Elle concerne aussi le jugement, l'ironie et les remarques négatives.

Si Annie présente un comportement affirmé, elle a plus de chances de récupérer l'argent. Elle conserve de bonnes relations avec Stéphane. Elle est serviable et gentille mais sait se faire respecter. Son comportement est beaucoup plus constructif.

6.4.3.Un outil simple pour déterminer son comportement

On observe la relation en tant que moi observateur. On observe les réactions de l'autre.

6.5.Une bonne affirmation de soi

Elle s'acquiert. On peut l'apprendre à quelqu'un d'autre. Elle doit comprendre le respect de soi et de l'autre. L'écoute est importante. Il faut utiliser une bonne méthode de communication.

7.L'objet transitionnel selon Donald Winnicott

7.1.Biographie de Donald Winnicott (1896-1971)

Il était pédiatre et psychanalyste, de nationalité britannique. Il travailla pendant près de quarante ans comme médecin pédiatre. Il avait une grande expérience des enfants. Il fit son analyse personnelle dans les années 1930. Il devint membre de la société britannique de psychanalyse en 1935. Il en fut le président de 1956 à 1959 et de 1965 à 1968.

Il s'opposait à l'utilisation d'électrochocs comme traitement des dépressions. La convulsion était utilisée comme soin pour les maladies mentales et les dépressions. Ses arguments étaient qu'il n'aurait pas aimé subir lui-même ce type de traitement, que c'était une méthode qui attirait beaucoup de médecins non formés à la psychiatrie (contraire à l'esprit scientifique et médical) et que l'on ne connaissait pas les séquelles que pouvaient subir les gens célèbres atteints de dépression.

Il étudia le développement psychique de l'enfant. Il se pencha sur les soins maternels en définissant les notions du holding (manière de porter un enfant) et du handling (manière de le manipuler), qui avaient, selon lui, des conséquences sur le développement de l'enfant. Il étudia la relation entre la mère et l'enfant : l'enfant se développait plus ou moins bien en fonction de la continuité des soins maternels. Le self était le soi selon lui. Le vrai self désignait ce qui appartenait véritablement à l'enfant (spontanéité de l'enfant pour se différencier de sa mère). Le faux self désignait la dépendance, la soumission à la mère.

7.2.Définition

L'objet transitionnel est le premier objet matériel possédé par le nourrisson, que celui-ci ne reconnaît pourtant pas comme appartenant à la réalité extérieure, bien qu'il ne fasse pas partie de son corps (par exemple, le doudou).

7.3.Ses fonctions

L'objet transitionnel atténue les angoisses de l'enfant et lui permet de reconnaître un objet comme non moi. Il permet à l'enfant d'instaurer une relation de type affectueux. Il permet de développer le jeu, la créativité, l'imagination. Par exemple, l'enfant peut jeter le doudou et aller le chercher.

7.4.La naissance de l'enfant

7.4.1.La première crise de tout individu

L'enfant passe du ventre de sa mère, le nirvana, aux stimulations extérieures. La naissance représente un choc, une crise.

Dans le ventre de sa mère, l'enfant ressent sans savoir ce qu'il ressent. Il ne sait pas si c'est de la colère, de la joie, etc. Les sons et les émotions passent à travers le liquide amniotique.

La naissance est une mise en crise apportant de nouveaux éléments à la vie de l'enfant :

- l'ambiance sonore (mère qui crie),
- la respiration (expulsion du liquide amniotique des poumons),
- le fait d'être touché par la sage-femme,
- les odeurs (inexistantes à l'intérieur),
- la vue.

7.4.2.La mère : un pare-excitations

La mère permet le réceptacle des angoisses. Elle assure sa fonction maternante et rassurante.

L'enfant se trouve dans un état fusionnel avec sa mère. Il tente de se rapprocher au maximum du nirvana.

7.4.3.L'autonomie

L'enfant passe d'un état fusionnel de non différenciation à une relation d'objet, une structuration psychologique. Il doit montrer qu'il communique. Grâce à l'objet transitionnel, l'enfant acquiert

- une capacité à jouer, à être,

- une première possession du non moi,
- un troisième espace, une aire intermédiaire d'expériences.

Entre 4 et 12 mois, l'enfant avance vers l'extérieur, puis revient vers son objet transitionnel, puis repart vers l'extérieur.

Le risque du trop maternant est d'arriver à une psychopathologie due à un non développement du moi.

Le risque du pas assez maternant (carence affective) est d'arriver à un refus d'alimentation, à une régression psychomotrice, à un affaiblissement, à une dépression ou au syndrome d'abandon (l'hospitalisme). L'enfant atteint d'hospitalisme ne bouge pas, ne réagit pas aux stimuli, ce qui peut entraîner des séquelles irréversibles.

7.5.Ses critères

L'objet transitionnel fait cesser le sentiment de non différenciation. Il permet à l'enfant de projeter son amour ou sa haine sans que l'objet ne change ou ne disparaisse. Il doit être solide pour assurer une continuité temporelle. Il a une certaine consistance. Il lui procure une réalité propre à lui-même. Il permet un processus de maturation psychologique vers l'autonomie puis l'équilibre de l'adulte.

7.6.Conclusion

Chez Winnicott, la qualité de la relation maternante, l'affection apportée à l'enfant par son environnement et le jeu de l'enfant sont importants.

8.Jean Piaget (1896-1980)

8.1.Biographie

Il était psychologue. Il travailla dans la psychologie génétique. Il s'intéressa très tôt aux sciences naturelles, aux animaux. Il se demanda comment les animaux et les êtres humains s'adaptent à leur milieu de vie. Il finit par se concentrer sur l'être humain et sur l'enfant en particulier. Il axa ses travaux sur le développement de l'enfant dans les premières années de sa vie. Il fit des observations directes dans le milieu scolaire et commença à élaborer des théories. Mais il réalisa qu'il perdait beaucoup d'informations entre la naissance et la période scolaire. Il fit donc des enfants avec sa femme pour les étudier. Il écrivit La naissance de l'intelligence (1936), La construction du réel (1937) et La formation du symbole (1946). Il affirmait qu'un enfant se développait cérébralement grâce aux interactions sociales. Ce qui permettait à un bébé de développer son cerveau était qu'il s'adaptait à son entourage.

8.2.Ses travaux

Le processus d'assimilation est le fait que l'enfant incorpore des éléments de son milieu pour se développer.

Le processus d'accommodation est la modification de la structure de l'individu en fonction des modifications du milieu.

Piaget s'intéressa au développement cognitif de l'enfant (apprentissage) et au développement de l'intelligence chez l'enfant. Il décrit la dynamique de l'activité cognitive par stades. L'enfant passe par différents stades dans son enfance.

8.3.Théorie opératoire

L'intelligence humaine se caractérise par la constitution de schèmes rudimentaires au début de plus en plus adaptés.

Un schème est un ensemble organisé de mouvements, d'actions et d'opérations. Il existe trois genres de schèmes : le schème réflexe, le schème sensori-moteur et le schème perceptif.

8.3.1.Schème réflexe

C'est un mécanisme physiologique héréditaire fonctionnant dès la naissance. Par exemple, tous les bébés présentent le schème de la succion dès le contact d'un objet avec la bouche. Plus les schèmes réflexes sont répétés, plus ils se perfectionnent et se transforment en schèmes sensori-moteurs.

8.3.2.Schème sensori-moteur

C'est un ensemble de schèmes réflexes qui créent un nouveau schème mieux constitué. Par exemple, le schème de regarder additionné au schème de prendre donne le schème de prendre ce que l'on regarde. Le schème sensori-moteur est une sensation suivie d'un acte. Il établit une coordination entre la sensation et l'acte. Il procure un but à l'action, un début de contrôle de l'action.

8.3.3.Schème perceptif

L'enfant est capable de reproduire des schèmes déjà établis pour de nouvelles expériences. Par exemple, le schème de regarder additionné aux schèmes de prendre et de sucer donne le schème de prendre et de mettre à la bouche. Il s'agit d'un acte lié à une perception d'objet facilement reconnu.

8.4.Les stades

8.4.1.La période de l'intelligence sensori-motrice

Elle s'étend de la naissance à l'apparition du langage (fin de la deuxième année). Elle se divise en six stades.

8.4.1.1.Stade des exercices réflexes

Il s'étend sur la période de 0 à 1 mois. L'activité du nourrisson est l'exercice des appareils réflexes. Il y a coordination sensorielle et motrice, montée de façon héréditaire, correspondant aux tendances vitales, la nutrition. Il y a consolidation et affinement des réflexes, une véritable assimilation reproductrice. Par exemple, la reconnaissance d'un objet entraîne sa saisie et sa succion. L'assimilation reproductrice se prolonge en assimilation généralisatrice : l'enfant généralise un geste déjà connu pour d'autres objets. Par exemple, il voit, il prend et il suce une peluche. Il a l'agrément de sucer d'autres objets. On débouche sur une assimilation réognitive (apprendre à connaître de nouveaux objets, de nouvelles succions).

8.4.1.2.Stade des premières habitudes

Il s'étend sur la période de 1 à 4 mois et demi. C'est le début de la véritable activité du sujet (période essentiellement réflexe). Piaget différencie les notions d'habitude et d'intelligence.

La notion d'habitude correspond à la mise en action de schèmes sensori-moteurs, mais l'enfant n'est pas encore capable de différencier les buts des moyens.

La notion d'intelligence correspond à la poursuite d'un but posé dès le départ et à la sélection des moyens les plus adéquats. C'est le début d'une réflexion avant un acte.

Piaget définit la réaction circulaire primaire comme la prolongation d'une émotion agréable. Par exemple, sucer son pouce entraîne la succion de nouveaux objets. Il y a une mise en action de l'intelligence.

8.4.1.3.Stade des apprentissages

Il s'étend sur la période de 4 mois à 8 ou 9 mois. Un phénomène nouveau apparaît : il y a des adaptations sensori-motrices intentionnelles de la part de l'enfant. Ce dernier s'éloigne de plus en plus des actions réflexes. Il est capable de distinguer les moyens des buts. Mais le but n'est pas prémédité : on parle d'acte pré-intelligent.

Les actes sont découverts par hasard et le but est de répéter, non de modifier. Par exemple, en bougeant les bras, il fait sonner un hochet. Il refait le geste pour écouter de nouveau les sonnettes.

On parle d'une réaction circulaire secondaire : l'enfant a compris que le résultat est dû à son action. Par exemple, il bouge le bras pour faire sonner un hochet. Il refait le geste pour écouter de nouveau les sonnettes, car il comprend que c'est le geste qui a donné ce bruit. On parle de schème secondaire, permettant de classer les objets selon des classes (à pousser, à tirer, à sucer, etc.).

8.4.1.4.Stade de la coordination des schèmes secondaires

Il s'étend sur la période de 8 ou 9 mois à 11 ou 12 mois. L'enfant ne se limite plus à reproduire des séquences découvertes par hasard. Mais il va appliquer des schèmes connus à des situations nouvelles, en coordonnant des schèmes intentionnellement. La dissociation entre les buts et les moyens est acquise.

Il y a subordination des moyens à un but fixé à l'avance. Par exemple, le bébé est capable de pousser un obstacle pour prendre un objet.

L'enfant devient capable de pousser l'obstacle pour atteindre l'objet.

Il y a un développement important du tâtonnement : face à un objet nouveau, l'enfant utilise des schèmes connus

pour classer les objets.

8.4.1.5. Stade de la découverte de moyens nouveaux

Piaget parle de réaction circulaire tertiaire : l'action de l'enfant provoque un agrément, qui ne va pas seulement être reproduit mais modifié dans le but d'en modifier la nature et le fonctionnement.

L'enfant fait des efforts pour saisir les nouveautés. Par exemple, un enfant dans un parc qui voit un objet sur un tapis devient capable de tirer sur le tapis pour amener l'objet jusqu'à lui. C'est une découverte, pas une invention.

8.4.1.6. Stade de l'invention de moyens nouveaux, de la combinaison mentale

Il s'étend sur la période de 18 à 24 mois. L'enfant trouve des moyens nouveaux non plus par tâtonnement mais par combinaisons intériorisées, qui donnent des réussites psychiques. On parle de compréhension soudaine ou d'insight.

Selon Piaget, ce qui permet l'insight est la prédominance de l'accommodation (être capable de s'adapter aux contraintes liées à l'environnement et d'adapter ses gestes et pensées) sur l'assimilation. Par exemple, une petite fille ne sait pas ouvrir une boîte d'allumettes peut y arriver en réfléchissant sur le geste d'ouvrir la bouche. Piaget parle alors d'intelligence sensori-motrice.

L'intelligence sensori-motrice permet de classer les actes en quatre catégories.

- Dans la catégorie de l'objet, l'enfant comprend que le monde se compose d'objets distincts et que ses actions et ses perceptions ne font pas partie de son propre corps.
- Dans la catégorie de l'espace, il y a autant d'espace pour l'enfant que de moyens de l'appréhender (buccal, tactile, etc.). Il y a une coordination entre différents espaces aboutissant à un espace multidimensionnel.
- Dans la catégorie de la causalité, l'enfant est capable de faire le lien entre son action et le résultat obtenu. Par exemple, le hochet sonne parce que c'est moi qui le touche.
- Dans la catégorie de temps, l'enfant est capable d'appréhender les événements selon leur durée. Par exemple, il faut d'abord tendre le bras, toucher le hochet pour le faire sonner : il ne peut pas sonner dans un ordre différent.

8.4.2. La période de préparation et d'organisation des opérations concrètes

Elle s'étend de 2 à 11 ou 12 ans. Elle se divise en deux sous-périodes : une période des représentations pré-opératoires suivie d'une période des opérations concrètes.

8.4.2.1. Période des représentations pré-opératoires

Elle s'étend de la période de 2 à 7 ou 8 ans. Elle se divise en trois sous-stades : une apparition de la fonction sémiotique (2 à 4 ans) suivie d'organisations représentatives fondées sur des configurations statiques (4 à 5 ans et demi - pensée aux objets fixes) suivie de régulations représentatives articulées (5 ans et demi à 7 ou 8 ans - pensée aux objets en mouvement).

8.4.2.1. Période des opérations concrètes (portant sur des objets réels)

Elle s'étend sur la période de 7 à 12 ans. Elle se divise en deux sous-stades : un stade des opérations simples (7 à 9 ou 10 ans - effectuer des actions simples après réflexion) suivi d'un stade des opérations complexes spatio-temporelles et de l'achèvement du système d'ensemble (9 à 11 ou 12 ans - actions de plus en plus dures dans l'espace et le temps).

8.4.3. La période des opérations formelles (effectuées sur des hypothèses)

Elle s'étend sur la période de 11 à 16 ans. Elle se divise en deux sous-stades : une genèse des opérations formelles (11 ou 12 ans à 14 ans) suivie de structures opératoires formelles (14 à 16 ans).

9.Psychopathologie

9.1.Introduction

D'après Freud, les émotions sont traitées par l'appareil psychique, qui est en déséquilibre entre le plaisir et le déplaisir. Pour atteindre l'équilibre de l'appareil psychique, il doit y avoir beaucoup de plaisir et peu de déplaisir. L'individu fonctionne sur le mode du principe de plaisir.

On a une partie consciente et une partie inconsciente dans notre façon de penser. C'est comme dans un iceberg d'après Freud, la partie visible (le conscient) est petite et la partie invisible (l'inconscient) est grande. Le refoulement se charge de faire passer un élément du conscient dans l'inconscient. Par exemple, le désir de l'enfant garçon pour sa propre mère est refoulé dans l'inconscient. Le refoulement ne fonctionne pas vraiment pendant le sommeil et des éléments de l'inconscient émergent dans le conscient à travers les rêves.

9.2.Définition

psycho : esprit

pathologie : maladie

Selon le Grand dictionnaire de la psychologie, la psychopathologie est la science des souffrances de l'esprit, considérée à la fois comme une branche de la psychologie et comme une réflexion théorique sur la clinique psychiatrique.

9.3.Types de psychopathologie

9.3.1.Psychoses

Selon le Grand dictionnaire de la psychologie, la psychose est une maladie mentale grave atteignant globalement la personnalité du patient et justifiant le plus souvent une prise en charge thérapeutique intensive avec parfois la nécessité d'un internement.

Un individu atteint de psychose présente un développement du moi anormal : son moi est fragile. Son surmoi a une place importante empêchant l'individu de se développer. Le ça prend une place importante : les attitudes pulsionnelles sont fréquentes. Dès qu'une stimulation extérieure lui procure du déplaisir, le psychotique présente une angoisse de morcellement, de mort.

Lors de son enfance, le psychotique n'a pas su se différencier de sa mère. Il n'a pas su passer de l'état fusionnel à la relation d'objet.

9.3.2.Névroses

Selon le grand dictionnaire de la psychologie, la névrose est une maladie mentale dont le sujet reste douloureusement conscient et qui, malgré des troubles permanents de la personnalité qu'elle peut entraîner, n'en affecte pas profondément les fonctions essentielles.

Un individu atteint de névrose présente un développement du moi normal, mais son surmoi prend une place trop importante : le moi a des difficultés à s'exprimer. Ainsi, l'individu n'est pas vraiment propriétaire de sa vie.

Selon Winnicott, après la naissance, on passe d'un état fusionnel de non différenciation à une relation d'objet (une structuration psychologique) pour arriver au complexe d'Œdipe. Certaines personnes refoulent fortement le complexe d'Œdipe. La névrose vient de ce phénomène. Plus on refoule le complexe d'Œdipe, plus on est névrosé.

La névrose d'angoisse est un état d'excitabilité générale et d'attente anxieuse : manifestations somatiques et neurovégétatives, phobies.

9.3.3.Etats limites

Selon le Grand dictionnaire de la psychologie, c'est un cas limite se définissant sur le plan nosologique et structural comme intermédiaire ou à la frontière entre une structure névrotique et une structure psychotique.

Tout est question de limites :

- on est entre les deux ;
- plus les symptômes repérés sont graves et plus on tend où on est dans la psychose ;

- trouble de la personnalité nécessitant une prise en charge plus ou moins importante.

L'individu arrive à sortir de l'état fusionnel de départ, mais le processus de développement pour arriver à la relation d'objet ne se réalise pas correctement. Il vit le refoulement du complexe d'Œdipe de manière plus violente qu'une personne normale.

Son moi est fragile et le surmoi prend trop de place : il risque de tomber dans l'angoisse ou dans la psychose. Les stimulations extérieures peuvent parfois le faire exploser.

9.3.4. Les psychoses précoces de l'enfant de 18 mois à 4 ans.

9.3.4.1. Diagnostic

C'est souvent tardivement que l'on les diagnostique :

- soit car les signes cliniques en-dessous de 18 mois sont passés inaperçus,
- soit car les symptômes visibles arrivent tardivement.

9.3.4.2. Des points de repère

9.3.4.2.1. La bizarrerie des comportements, les attitudes et les mimiques

L'examineur est souvent mal à l'aise.

Le malaise n'est pas perçu en face d'autres enfants présentant des troubles de la personnalité.

9.3.4.2.2. Les réactions

Elles sont motivées par autre chose que ce que perçoit l'entourage.

9.3.4.2.3. Les difficultés de communication

Elles peuvent aller jusqu'à l'absence totale de communication.

9.3.4.3. L'autisme

autisme = auto-érotisme = se suffire à soi-même

Décrit par Kanner, il comprend plusieurs caractéristiques.

9.3.4.3.1. La solitude ou le retrait (aloneness)

- blocage catatonique ou agitations avec impulsions,
- sensibilité sélective à certains bruits,
- troubles du regard (périphérique, à l'horizon, par coups d'oeil, strabisme variable),
- pas d'intérêt pour les personnes ou sollicitations,
- absence d'expression affective (rires ou pleurs) mais explosion de rage angoissée,
- phobie du contact corporel,
- auto-agressivité,
- intérêt compulsif pour les objets (cube brûlant).

9.3.4.3.2. Aménagement de l'espace

- besoin du maintien de l'espace comme au premier contact,
- crise de rage en cas de modifications (sameness), ou d'objet cassé,
- mémorisation impressionnante,
- exploration approfondie face à un environnement nouveau.

9.3.4.3.3. Gestuelle

- remuer les mains devant ses yeux,
- battre des mains ou des bras,
- tourner sur lui-même,
- grattage important, tapotage, reniflage, léchage,
- balancement,
- marche sur la pointe des pieds.

9.3.4.3.4.Troubles du langage

- absence totale de langage,
- jargon ou mélodie sans signification,
- jamais utilisation du "jeu".

9.3.4.4.Les psychoses à expression déficitaire

Il s'agit des formes à expression psychotique tardive, des formes fixées tôt dans la débilité :

- retard du développement,
- refus d'alimentation vis-à-vis de la mère,
- troubles du schéma corporel,
- certains troubles du comportement.

9.3.4.5.Dysharmonies évolutives de structure psychotique

9.3.4.5.1.Comportements

- développement des fonctions sensorielles et intellectuelles normales,
- incapacité de communiquer de façon adaptée avec autrui,
- pas de coupure aussi marquée que dans l'autisme, mais choix de l'enfant de qui et de quand,
- symptômes souvent proches de la névrose et consultations tardives.

9.3.4.5.2.Points de repère

1.Anxiété élaborée sous forme de phobies parfois graves (terreurs nocturnes, être évacué dans les W.C., partir avec l'eau du bain...)

2. Obsessions et rites, cérémonies lors de repas, aux toilettes sont souvent fortes et envahissantes

3. Difficulté à manier le fantasme comme enfant de son âge

4. Troubles du langage : le "tu" à la place du "je", parole sans communication, logorrhée fréquente, mutisme secondaire (croire qu'il s'agit d'orthophonie est une erreur car il s'agit de troubles plus graves)

10.Travaux dirigés

10.1.Tests psychologiques

10.1.1.Tests d'évaluation ou d'efficience

Le test du quotient intellectuel fait appel à des acquis verbaux d'une part et à des performances intellectuelles d'autre part. Un élève mauvais en classe n'est pas forcément bête. La moyenne du quotient intellectuel se situe au niveau de 110. En dessous de 60, il y a débilité.

10.1.2.Questionnaires ou inventaires de personnalité

Il s'agit d'une série de questions qui évaluent l'anxiété d'une personne.

10.1.3.Tests projectifs

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. On travaille sur l'inconscient du sujet. Le Rorschach (tâche d'encre) est un projectif pour tous les âges. On montre aussi des images aux enfants en leur demandant de raconter une histoire à partir du dessin. On peut demander à l'enfant de faire un dessin du bonhomme, de la famille, de la maison. On peut utiliser le test du Szondi, qui consiste à montrer différents portraits au patient et à lui demander lesquels lui inspirent confiance.

10.2.La relation thérapeutique ou la rencontre entre le professionnel et la personne

Selon Lucien Israël, la relation professionnel-personne "est une relation qui dépasse de loin le thérapeutique car elle est en fait une véritable expérience de convivialité, où la dimension de la rencontre occupe la première place".

Il s'agit d'une rencontre entre deux théories : celle que la personne a sur les activités physiques (comment les faire) et celle qu'en a le professionnel.

Une rencontre peut être interpersonnelle (niveau conscient), interpsychique (niveau inconscient) ou intercorporelle (niveau physique). Ces trois types de relation font émerger de différentes émotions et de différents mécanismes.

Une rencontre peut être un générateur d'angoisse. Selon Freud, "l'angoisse est la peur devant un danger qui reste inconnu, venant le plus souvent de l'intérieur de soi". L'angoisse est au cœur de la relation.

Les mécanismes de défense du moi sont mis en jeu dans le but de neutraliser l'angoisse produite par une situation conflictuelle qui agresse le sujet.

Les mécanismes de défense de l'enseigné sont la fuite, l'évitement, la dérision, l'humour, la résistance (refoulement), le repli sur soi, etc.

Les mécanismes de défense du professionnel sont le jugement, la fuite, l'évitement, la supériorité (technicité, savoir), le maternage, la banalisation, etc.

Le transfert est l'ensemble des phénomènes qui constitue la relation d'un sujet à un autre. Dans la cure analytique, le transfert est le lien affectif intense (positif ou négatif) s'instaurant de façon automatique et actuelle du patient à l'analyste. Toute relation comporte d'emblée une dimension transférentielle. Le transfert est omniprésent, que ce soit dans les relations professionnelles, hiérarchiques, amoureuses. Le transfert est le plus souvent non conscient. Sans exercice de la parole, il n'y a pas de transfert possible. Il existe deux types de transfert : le transfert positif est un sentiment tendre, amical, éventuellement érotique (permet la confiance, facilitation des échanges) ; le transfert négatif est agressif, hostile, méfiant. Tout transfert comporte simultanément les deux types de transfert.

Ainsi, le transfert est le déplacement d'une situation antérieurement vécue sur une situation actuelle. Le transfert se fait sur un terrain favorable, sur une personne apte à le recevoir.

Dans la relation soignant-soigné, le patient s'adresse à quelqu'un à qui il accorde un savoir. Le contre-transfert est un élément indissociable du transfert : lorsque le patient fait un transfert sur son soignant, ce dernier répond par un contre-transfert de manière professionnelle ou maladroite. Le contre-transfert est le résultat de l'influence du soigné sur les sentiments inconscients du soignant (même mécanismes dans la relation professionnel-enseigné).

Dans la relation professionnel-enseigné, le contre-transfert peut être un risque. Si le professionnel ne prend pas conscience de cette position que lui donne l'enseigné, on aboutit à une relation dominant-dominé.

Le soignant se pose une question incontournable en cas de transfert : "Quelle figure incarné-je pour la personne ?" Pendant la situation transférentielle, il y a reviviscence d'affects, d'émotions. La relation actuelle n'a rien à voir avec la

situation autrefois vécue.

Selon Freud, d'après un fragment d'une analyse d'hystérie de 1905, "les phénomènes de transfert sont des nouvelles éditions, des copies des tendances et des fantasmes [...] dont le trait caractéristique est de remplacer une personne antérieurement connue par la personne de l'analyste".

Dans la relation soignant-soigné, il faut permettre au patient de se dégager de ce transfert (même chose pour la relation professionnel-enseigné). En effet, si le soignant entre dans le jeu du soigné et qu'il répond au transfert, cette relation persiste et fera espérer au patient que le soignant va répondre à son désir. Il s'agit d'une compulsion de répétition. En créant une dépendance chez le soigné par rapport à lui, le soignant ne permet pas l'autonomie et l'évolution du soigné.

Pour dégager le soigné du transfert, il faut

- déchiffrer la demande de la personne (Que veut-elle ? Qu'attend-elle ?),
- prendre conscience de ce transfert (Quelle figure représenté-je pour elle ?),
- en faire prendre conscience à la personne (pour ne pas qu'elle confonde la situation autrefois vécue et la situation actuelle),
- surtout ne pas y répondre.

Dans la relation professionnelle,

- il faut avoir une indispensable neutralité affective ;
- il faut avoir une distance thérapeutique (dépendant du contexte) ;
- l'équipe et l'établissement ne doivent pas être un nirvana (fusion) où tout est possible ;
- il faut poser un cadre neutre permettant l'évolution, pour aller vers l'autonomie.

<https://bernard-lefort.pagesperso-orange.fr>