

Psychopathologie : TD

Conflit → Refoulement → Retour du refoulé → Formation de l'inconscient.

Le conflit concerne toutes les idées, les fantasmes, les pensées que la conscience refuse en son sein → refoulement.

Le bébé a ses désires et la mère règle ses désires. Il n'y a pas de conflit car les désires sont comblés. Ce n'est pas toujours le cas. Des parents peuvent être toxiques. L'enfant le signifie par des pleurs, des gémissements car il ne peut pas s'exprimer. Les parents peuvent être en détresse car ils sont eux-mêmes immatures et peuvent réagir violemment.

Ex : défenestration infantile, meurtre du bébé.

L'enfant peut devenir autiste dans ce genre de cas et peut mourir très jeunes. Il a besoin d'être nourri, mais pas seulement, il a besoin d'être soutenu psychologiquement.

Ex : le rire.

Le refoulement n'intervient dans le psychisme qu'à partir du moment où l'enfant parle. La frustration ne peut s'exprimer qu'à partir du moment où le langage apparaît chez l'enfant.

Lors d'un refoulement, des symptômes apparaissent : rêve, cauchemar, actes manqués, lapsus, passage à l'acte et parfois le délire sous forme d'hallucination dans les cas les plus graves. Par exemple, un enfant peut plus tard développer des troubles alimentaires ou psychiques si l'enfance a été traumatisante. Le rêve est inévitable, il permet d'explorer son vécu.

À partir de là, il y a formation de l'inconscient. L'inconscient enregistre les choses refoulées et le renvoie sous forme déguisée dans le conscient. Le psychisme est vivant.

Ex : être triste en permanence est le fait de ne pas arriver de faire le deuil de quelque chose.

Le refoulement est un mode de défense parmi tant d'autres. Il est pratiquement à la base de tous les autres processus défensifs. La défense a pour finalité de faire en sorte que l'excitation d'origine interne ne trouble pas l'équilibre du moi. En fait, la défense s'adresse au retour des refoulés qu'elle transforme pour le rendre acceptable par la conscience. Nous avons trois instances psychiques : le moi, je sais ce que je fais, ce que je dis... le lui (conscient), par l'alcool, la drogue.

Il y a deux interdits centraux : le meurtre et l'inceste. Le moi est harcelé par le surmoi. On essaie de trouver un équilibre entre ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas. Pour que le lien social existe, chaque individu doit renoncer à son énergie sexuelle pour l'investir dans des activités valorisées. L'inceste est un désir sexuel de l'enfant pour le sexe opposé, c'est le complexe d'Œdipe.

Ex : théâtre, sport, métier...

Angoisse : En psychosomatique, c'est un malaise psychique et physique née du sentiment de l'imminence d'un danger. Elle est caractérisée par une crainte diffuse pouvant aller de l'inquiétude à la panique et par des sensations pénibles de constriction gastrique ou laryngique.

En philosophie, c'est l'inquiétude métaphysique née de la réflexion sur l'existence, c'est ce qu'on appelle l'angoisse existentielle. En général, ce qui génère l'angoisse, c'est la confrontation du sujet au manque, c'est-à-dire aux limites de l'individu, ce qui induit un sentiment d'impuissance.

Il y a trois principes : un principe de plaisir (une attention bienveillante...), un principe de déplaisir (licenciement, échec amoureux...), le principe de réalité dit l'existence des deux précédents

Quelque soit la réalité, il connaîtra forcément le principe de déplaisir (vieillesse par exemple...). Refuser une réalité est inacceptable. La vie de l'être humain est obligatoirement composé de réussites, d'échecs, de déception... C'est pour cela qu'on trouve la vie insupportable. On prend conscience de ses propres limites.

Les hallucinations est un symptôme d'une psychose. Elles sont présentes dans un délire. Ce dernier peut nous informer sur le fonctionnement du psychique. Certains délires sont flous, incompréhensible, illogique, bizarre. Dans la majorité des cas, le délire entraîne un syndrome dissociatif ou des personnalisation. Il ne se retrouve qu'à partir de l'adolescence voir de l'âge adulte. Dans certains ca, cela peut évoluer en schizophrénie . On peut trouvé des délires sans dissociation ni hallucination. Il y aura alors une systématisation, cela veut dire que le délire est bien construit, logique, plausible, mais qui repose sur l'interprétation, c'est-à-dire que tout ce qu'il nous dit est possible. Ce sont des gens orgueilleux. Cette systématisation est forte, alors que dans la schizophrénie, elle est nul. Lorsqu'elle est moyenne, on a affaire à une psychose hallucinatoire chronique. Lorsqu'il y a une prévalence imaginaire, c'est une paraphrénie...

Comment se fait-il que des individus accepte de croire des discours loufoque ?

Dans la psychose, on trouve un autre moyen de défense : le dénie de la réalité. On fait comme si rien ne s'était passé. Il se forme un trou dans le psychisme qui va se remplir avec l'énervement, le stress, l'angoisse qui se manifestent par l'augmentation du rythme du cœur, la sueur, les tremblements...

Plus tard apparaîtra la forclusion du non-du-père, la forclusion est un terme juridique et c'est le droit de jouir d'un bien, mais que l'on a pas fait à temps. Il y a donc prescription comme pour porter plainte. Un être humain qui n'a pas accès à la dimension symbolique peut devenir fou. La personne qui peut tout faire en toute liberté, c'est le fou car il peut tout dire, faire tout ce qu'il veut, il a toujours raison.

Une maladie mentale ne tombe pas du ciel. Cela se développe selon des facteurs spécifiques.

Références : Sigmund Freud, Wicott, Klain, Lacan.

En cas d'insulte, la personne atteinte va réagir car ces mots l'ont atteint comme s'il s'agissait d'un coup. Parfois certains individu peuvent être dangereux à cause d'un mot ou d'un regard : c'est la projection paranoïaque.

« Si jeunesse savait, et si vieillesse pouvait... »

Il y a 5 variétés d'hallucinations concernant les organes des sens : hallucinations olfactive, gustatif, tactile, visuelle, auditive. Elles sont organisé de deux manières.

Soit flou et incohérentes, illogique, mal systématiser et comporte des bizarrerie. Toute la vie du malade est atteinte.

Soit le psychotique a une perception de la réalité complètement anormale.

L'entretien clinique : c'est un dispositif de base en psychologie. Il est à fois un outil d'investigation, de diagnostic, de pronostic et outil de thérapie. Il permet d'accéder aux représentations mentales du patient, à ces émotions, à ces fantasmes, à ces conflits, à ces mécanismes de défenses, à son fonctionnement en général.

L'usage de l'entretien clinique nécessite des réflexions théorique approfondis notamment entre langage et pensée, langage et affectivité, langage et inconscient. La pratique de l'entretien et l'observation implique une formation clinique et pratique poussé et longtemps contrôlé par un professionnel (supervision). La forme de l'entretien dépend de deux paramètres essentielles :

1° Le cadre dans lequel il est donné

2° Le but auquel il obéit (dépend de la demande du sujet)

Le cadre est défini par la spécification des rôles et des attentes des partenaires (lieu, durée, enregistrement au nom de l'entretien, anonymat au nom...). Le cadre désigne à la foi le lieu où est mené l'entretien (milieu hospitalier, cabinet de consultation libéral ou encore la prison) et le dispositif dans lequel il intervient (objectif thérapeutique, de recherche ou d'enquête...). Le cadre suppose donc que l'on prenne en compte la demande du sujet. Cette demande peut être exprimé par un sujet ou par un groupe en souffrance. Lorsque l'entretien a lieu à la demande de la personne qui l'a sollicité de la famille ou d'un tiers, cela s'appelle une consultation. En faites, l'entretien est une situation d'échange entre un sujet actif qui organise son propre mode de communication et un clinicien qui adopte une attitude de neutralité bienveillante. Le psychologue se place dans une position d'écoute du sujet qui vient en général exposé un conflit, une souffrance ou une interrogation. L'entretien est donc à la base de la méthode clinique, il prend compte l'anamnèse ce qui veut dire l'histoire du malade et de sa maladie du début jusqu'à maintenant.

Il y a trois sortes d'entretien : l'entretien directif, semi-directif et libre.

L'entretien psychiatrique : Dans le cadre d'un entretien psychiatrique, le clinicien s'engage dans une relation interpersonnel non médiatisé par les gestes médicaux habituels. Le vecteur est essentiellement verbal, c'est pourquoi l'examineur doit favoriser les conditions d'un entretien libre, il doit permettre au patient d'exprimer aussi spontanément que possible ce qu'il pense, ce qu'il ressent et ce qu'il désire. Il s'agit d'une situation d'écoute privilégié entre un sujet éprouvant des conflit et des souffrances psychique et un clinicien « supposé-savoir ». Cette démarche clinique dites à main nue ne doit pas pour autant sacrifier l'observation de la mimique, des gestes et du comportement du sujet pendant la situation d'entretien. La conduite d'un entretien repose en faites sur le bon sens, la maturité, l'expérience acquise sur le terrain.

1° les modalités de l'entretien :

L'écoute bienveillante introduit en général un climat de confiance. Elle témoigne aux yeux

du sujet de l'intérêt que le clinicien porte à ces problèmes. Le clinicien invite le sujet à parler librement de ce qui l'inquiète et de ce qui motive la consultation. Le patient est invité à parler de son passé, des événements qui ont marqué sa biographie et d'une manière plus générale de tout ce qui se présente à son esprit, cad par libre association.

Il s'agit d'une première phase d'expression libre dans lequel l'initiative est laissé au sujet pour tout raconté. La pertinence et l'opportunité des interventions du clinicien permettent au sujet de sentir qu'il est compris. Dès lors on peut considéré que le premier entretien est déjà thérapeutique.

Dans un second temps, le clinicien peut compléter l'investigation sémiologique et anamnestique. Ces interventions seront donc plus fréquentes tout en tenant compte de la dynamique relationnel pour que son enquête ne soit pas ressentit comme une investigation policière. Aussi tout en suivant un plan d'examen structuré et cohérent, le développement de l'entretien doit rester suffisamment flexible et s'adapter aux particularités de chaque cas.

2° Les données clinique attendu de l'entretien :

Dès le premier entretien, il est indispensable que se dégage des données précises sur l'histoire passé et actuelle du sujet. Il est donc important de lui faire évoquer les différentes situations conflictuelles et la manière dont il a tenté de les résoudre jusqu'à maintenant. En général, cela permet d'apprécier la qualité réflexive du sujet, son aptitude à l'introspection et sa capacité de traduire par le langage ces désirs et leur élaboration secondaire.

Ensuite, on note les symptômes évoqué spontanément ou non. Par exemple, l'angoisse, la dépression, la fatigue, les insomnies, les troubles alimentaire, du comportement, de la conduite sociale, de la sexualité, les conduites additives... Pour chaque troubles, le clinicien doit apprécier son mode d'installation, son anxiété, la signification que le malade lui apporte, les causes qu'il invoque quand à la genèse du trouble. En général, un certains nombres de troubles sont constaté instantanément lors de l'examen. Par exemple, l'agitation, la mimique, le maintien postural, des réactions émotionnel, les troubles du langage, de l'humeur et les altération du fonctionnement intellectuel. D'autres troubles doivent être recherché aussi bien au niveau des antécédent personnel que familiaux.