

INTRODUCTION

« Parano », « hystérique », « mégalo », « maniaque », « pervers », « maso », « sado-maso » sont des termes utilisés dans le langage courant, souvent connotés négativement. Or, ces termes désignent en psychopathologie des *modes de fonctionnement psychique* particuliers, précis et complexes dont souffrent certains patients.

La *psychopathologie*, « science de la souffrance psychique » est l'étude des troubles psychiques ; elle cherche à comprendre l'origine (étiologie) et les mécanismes de ces troubles.

Ainsi définie, la *psychopathologie* entretient un lien certain avec la psychologie clinique, la médecine et la psychiatrie, puisque ces différentes disciplines étudient également l'esprit humain. Toutefois, ces approches divergent sur plusieurs points.

1. Psychologie clinique - psychopathologie

La *psychologie* est la connaissance de l'âme humaine, considérée au départ, dans une première définition ancienne, comme une partie de la métaphysique. Puis la psychologie est devenue l'étude scientifique des phénomènes de l'esprit, de la psyché, de la pensée caractéristique de l'homme, conscient de sa propre existence. La psychologie est ainsi, au départ une émanation de la philosophie.

La *psychologie clinique*, née après la seconde guerre mondiale, est un des domaines de la psychologie ; elle s'applique à des conditions concrètes, qui ont pour l'être humain des fonctions ; la psychologie clinique va dégager le sens de ces fonctions ; la psychologie clinique va analyser une conduite, c'est-à-dire la décrire en détail par un jeu subtil de recoupements, de regroupements, afin d'en faire apparaître le sens. La psychologie clinique est une sous discipline de la psychologie qui a pour objet l'étude, l'évaluation, le diagnostic, l'aide et le traitement de la souffrance psychique, quelle qu'en soit son origine (maladie mentale, dysfonctionnement, traumatisme, événements de la vie, malaise intérieur, ...). Elle inclut la psychopathologie (pathologie mentale) mais pas forcément. Elle a pour objet premier les conduites humaines, hors psychiatrie, qui correspondent à des dysfonctionnements, aux effets des conflits, puis à tous les secteurs de la conduite humaine, qu'elle soit adaptée ou inadaptée.

Elle se fonde sur des *méthodes* particulières, des techniques d'observation qui peuvent inclure : l'anamnèse d'un sujet (c'est l'ensemble des informations sur le passé du patient nécessaires au praticien pour établir son évaluation), l'observation des comportements, l'analyse du discours, les échelles d'évaluation, les tests intellectuels, les tests de personnalité, les questionnaires, l'étude de cas, des entretiens, etc.

Ses domaines d'application sont diversifiés : compréhension de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte, psychologie clinique dans le milieu judiciaire, hospitalier, etc.

« *Clinique* » vient du grec *cliné* qui veut dire « lit » ; au départ c'est en médecine l'enseignement de l'art médical donné du lit du malade et les connaissances acquises de cette manière. La psychologie clinique retient de son étymologie le contact avec le patient, le rôle de l'observation, mais elle veut aussi appréhender le subjectif, la singularité du sujet, replacer les éléments observés dans l'histoire du patient et dans sa subjectivité.

Sigmund Freud (1856-1939) évoque le terme de « psychologie clinique » dans une lettre à Fliess du 30.01.1899 : « Maintenant, la connexion avec la psychologie [...] sort du chaos ; j'aperçois les relations avec le conflit, avec la vie, tout ce que j'aimerais appeler psychologie clinique ».

En France, l'édification d'une théorisation de la psychologie clinique a d'abord été faite par D. Lagache, philosophe, psychiatre, et psychanalyste. Pour lui, la psychologie clinique a pour objectif : d'envisager la conduite d'un être humain dans sa perspective propre, de relever fidèlement les manières d'être d'un être humain aux prises avec une situation, de chercher à en établir le sens, la structure, la genèse. Lagache s'appuiera sur la psychanalyse, les symptômes ayant une signification, une intelligibilité. Toutefois, la psychologie clinique n'est pas la psychanalyse ; la psychanalyse est une des théories qu'on peut adopter quand on est psychologue clinicien, mais ce n'est pas la seule.

La psychanalyse est définie par Freud comme un procédé pour l'investigation des processus mentaux, inaccessibles autrement ; c'est une méthode fondée sur cette investigation pour le traitement des troubles particuliers (par exemple les troubles névrotiques) et c'est aussi une série de concepts dégagés de cette pratique d'investigation et de soins, qui s'accroissent petit à petit pour constituer une discipline scientifique. Basée sur l'interprétation du transfert, elle met à jour l'inconscient, qui est le sens latent des phénomènes psychiques ; derrière le vécu observable, quelque chose échappe au sujet lui-même : c'est l'exemple du lapsus, de l'acte manqué (Freud S., *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Payot, 1967). La psychanalyse est une méthode capable d'investiguer l'inconscient, d'établir le sens latent des phénomènes psychiques qui est à trouver derrière ce qu'on croit être le hasard. La psychanalyse traite de la problématique des désirs, les déplacements de ces désirs, leur force, leurs conflits etc..

La psychopathologie est un des autres domaines de la psychologie ; c'est l'étude de la maladie mentale, du trouble mental. Elle appartient ainsi en même temps à la psychiatrie, la psychiatrie étant une spécialité de la médecine dont l'objet est l'étude et le traitement de la maladie mentale. La psychopathologie a pour objet les déviances de la personnalité, les désordres pathologiques de la personnalité et du comportement.

2. Notion de normalité

La notion de « normalité » est dangereuse dans certaines circonstances et à certaines époques. L'histoire internationale est riche en illustrations et en abus cruels produits au nom d'une pseudo-normalité. Si la notion de normalité n'est pas neutre, il n'existe toutefois pas de notion simple de la normalité. La question de la norme et du normal renvoie soit à des statistiques, soit à des règles, soit à des normes ou encore à un idéal.

a) Normalité statistique

Puisque les individus présentent des conduites diversifiées et hétérogènes, peuvent être considérées comme normales les conduites de la majorité ou d'une moyenne obtenue dans une population donnée.

La « normalité » statistique se réfère à un *pourcentage majoritaire* de comportements par rapport à une moyenne statistique.

Le normal concerne la majorité des sujets d'une population donnée tandis que le pathologique renvoie aux extrémités et aux déviants par rapport à une moyenne.

Lorsque la normalité est définie en fonction d'une majorité, donc d'un nombre, la situation de la minorité peut devenir problématique. Ainsi, certaines communautés minoritaires furent dans le passé réprimées voire supprimées, avant d'être aujourd'hui intégrées dans les variations de la normale.

L'autre critique qui peut être émise par rapport à la normalité statistique concerne le choix de la frontière entre le normal et le pathologique : cette limite est de fait, artificielle et arbitraire. En conséquence, réduire le normal à la normalité statistique et le pathologique au déviant n'est pas satisfaisant ni sans danger.

b) Normalité idéale

La normalité idéale désigne une perfection à laquelle l'idéal collectif aspire. Dans ce cas, la « normalité » est définie par rapport à un idéal, un absolu, une perfection ou une utopie. La norme peut être parentale, groupale, institutionnelle ou politique.

Quand la « normalité » est définie en fonction d'un idéal collectif, les risques sont nombreux dans la mesure où cette définition peut réduire l'équilibre psychologique au conformisme social. Ainsi, est normal tout ce qui est conforme ; devient pathologique tout ce qui n'est pas conforme. Or, il est impossible de préconiser un respect aveugle de toute règle en toutes circonstances puisque la règle sociale évolue.

c) Normalité fonctionnelle

La normalité fonctionnelle ne compare pas l'individu par rapport aux autres mais par rapport à lui-même. L'individu devient la norme. Le normal est le fonctionnement optimum pour l'individu par rapport à ses caractéristiques psychologiques propres. La normalité, ici, est discutée en fonction des réalités profondes et propres à chaque personnalité.

Avant les travaux de S. Freud, les aliénistes considéraient d'une part, les gens dits « normaux », d'autre part, les « malades mentaux ». Les travaux de S. Freud et les recherches contemporaines ont démontré qu'une personnalité « normale » peut connaître à un moment de son existence un épisode psychopathologique particulier et qu'inversement, une pathologie bien traitée et traitée tôt, peut revenir à la « normalité ».

Actuellement, on n'oppose plus les « normaux » aux « malades mentaux ». La majorité des psychopathologues considèrent qu'il existe un continuum entre les différents modes de fonctionnement psychique et il serait erroné de ne s'arrêter qu'aux manifestations extérieures, à l'état manifeste ou au mode apparent de fonctionnement psychique.

J. Bergeret considère que l'individu « bien portant », n'est ni l'individu qui se proclame bien portant ni le malade qui s'ignore. Le « bien portant » est

- un individu qui n'a pas rencontré de difficultés supérieures à ses facultés affectives, adaptatives et défensives,
- un individu conservant des fixations conflictuelles comme tant d'autres,
- un individu qui se permet un espace de jeu psychique.

d) « Normativité »

G. Canguilhem (1966) a mené une réflexion sur le normal et le pathologique l'amenant à proposer la notion de normativité : un individu sain est celui qui peut tomber malade et se rétablir ; c'est un individu capable d'instaurer de nouvelles normes de fonctionnement dans des contextes différents.

Cette ligne de réflexion conduit à définir la santé mentale non par l'absence de maladie ou par un nombre réduit de symptômes, mais par des capacités de changement et d'adaptation à des situations nouvelles.

3. La notion de structure

Chaque individu s'organise selon une structure psychique ; un certain nombre d'auteurs, en particulier Jean Bergeret, distingue les trois grandes structures ou organisations suivantes :

- La *structure névrotique* concerne une organisation fantasmatique centrée autour du complexe d'Œdipe et le respect du principe de réalité.

L'organisation névrotique rend compte de l'intégration de la problématique œdipienne. Elle est caractérisée par l'existence de conflits intra-psychiques. Le type d'angoisse dominant est l'angoisse de castration.

- La *structure psychotique* prend son départ au niveau des frustrations très précoces qui ne permettent pas d'atteindre le niveau d'élaboration psychique de la structure névrotique. Le conflit sous-jacent se joue entre la réalité et les besoins pulsionnels bruts. Le type d'angoisse prévalent est l'angoisse de morcellement.
- Les *astructurations* ou *fonctionnements limites* : le sujet n'a ni une structure névrotique ni une structure psychotique. Son fonctionnement psychique est plus ou moins à la limite du fonctionnement névrotique ou du fonctionnement psychotique. La problématique centrale concerne l'angoisse de perte de l'amour de l'autre. Le type d'angoisse est l'angoisse de « perte d'objet ».

Chaque individu présente un type de fonctionnement psychique privilégié se situant dans l'une ou l'autre de ces trois grandes entités, sans être « malade » pour autant.

S. Freud compare la structure mentale à un bloc minéral cristallisé. Si on laisse tomber à terre un corps cristallisé, il se brise. Toutefois, il ne se brisera pas au hasard. Le cristal va se casser selon

- des lignes de cassure préétablies, constantes,
- selon des lignes de clivage propres à la structure interne du minéral.

Ces lignes, bien qu'invisibles de l'extérieur, existent à l'intérieur de la matière. Les lignes de clivage sont visibles lorsque le cristal se casse ou s'il est observé au microscope. S. Freud pense qu'il en est de même pour la structure mentale. Le psychisme individuel s'organise selon des lignes de force, selon des lignes de faiblesse, lignes intérieures, originales, complexes, propres à chaque psychisme.

J. Bergeret montre ainsi qu'il suffit d'un examen minutieux ou d'un événement susceptible de rompre l'équilibre antérieur pour que soient retrouvées les lignes de clivage, les lignes de soudure entre les éléments. La cure psychanalytique permet entre autres, l'examen approfondi de cette structure.

4. Le caractère

Le caractère représente l'aspect extérieur de la personnalité sur le plan affectif et sur le plan du comportement.

Le caractère est défini par D. Widlöcher et M. Basquin (1968) comme « *l'ensemble des traits gravés observables qui, chez un individu ou dans un groupe, définissent une manière habituelle de se comporter dans un certain type de situation ou vis-à-vis de certains objets* ».

Le caractère représente pour J. Bergeret (1974) l'émanation dans la vie relationnelle de la structure de base de la personnalité.

5. Symptôme, sémiologie, diagnostic et psychogénèse

L'approche psychopathologique prend en compte classiquement quatre dimensions s'attachant au symptôme, à la sémiologie, au diagnostic et à la psychogénèse.

– *Le symptôme*

Le Petit Robert propose la définition suivante du terme médical de symptôme : « *Toute manifestation spontanée d'une maladie, qu'elle soit perçue subjectivement par le malade lui-même, comme une douleur ou un vertige (symptôme subjectif), ou qu'elle puisse être constatée par un observateur (symptôme objectif appelé couramment signe)* » (Manuila et al., 1992).

Certains auteurs différencient signe et symptôme, en désignant par signe la manifestation objective, perceptible d'un état pathologique et par symptôme les plaintes subjectives du patient. Les auteurs du *Manuel Diagnostique et Statistique des Maladies mentales (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Diseases, D.S.M.)* précisent que, si selon certaines acceptions, le terme de symptôme est « *limité aux plaintes subjectives, il inclut les signes objectifs d'un état pathologique* ».

La théorie freudienne offre une signification différente, « active » du symptôme. En effet, selon la perspective psychanalytique, le symptôme comporte une dimension inconsciente. Le symptôme devient la traduction d'un conflit psychique, induisant éventuellement une désadaptation plus ou moins importante. Il ne peut signer à lui seul le type de structure ou d'organisation psychique du sujet.

– *La sémiologie*

Le terme de sémiologie en Sciences Humaines a été proposé par de Saussure (*Cours de linguistique générale*) comme science des signes. Pour éviter la confusion entre sémiologie linguistique et sémiologie médicale, le terme de sémiotique désigne la sémiologie linguistique.

La sémiologie est l'observation minutieuse des signes et des symptômes d'un état pathologique. La phase sémiologique est consacrée à l'étude des manifestations cliniques d'un dysfonctionnement. Au cours de l'examen sémiologique, sont analysés l'éprouvé subjectif et les manifestations extérieures du vécu du patient, c'est-à-dire son comportement.

Sachant que chaque patient a son histoire, son vécu, sa souffrance, sa vérité psychique et son vécu subjectif, le clinicien va donner un sens aux observations sémiologiques en prenant en considération l'histoire du sujet et en intégrant les signes et les symptômes dans une démarche dynamique.

S. Freud nous a appris que le symptôme est dans un rapport étroit avec l'ensemble de la personnalité consciente mais surtout inconsciente du sujet.

Les théories psychanalytiques proposent une conception dynamique de la vie psychique en fonction de l'histoire infantile, en fonction des stades du développement libidinal de l'individu et de leurs points d'achoppement.

Faire un catalogue de signes serait figer une situation, contrairement à la démarche dynamique qui consiste à replacer le symptôme dans l'histoire familiale et personnelle du sujet. Les symptômes et les signes sont de véritables langages à déchiffrer en vue d'établir un tableau clinique.

La sémiologie peut donc être définie comme « *l'étude des signes, des manifestations cliniques dotées de significations (semaïno : je signifie)* » (P. Dubor, in J. Bergeret, 1972).

– *Le diagnostic*

Le diagnostic est essentiellement une hypothèse. En aucun cas, le diagnostic n'est une affirmation définitive ou un étiquetage irréversible. Le diagnostic reste ouvert à la discussion, à la remise en question, voire au démenti.

Le diagnostic comprend l'indispensable appréciation des perspectives de changement psychique.

Le clinicien valide ou infirme son hypothèse diagnostique en se posant les questions fondamentales suivantes :

- Comment le patient gère-t-il l'angoisse ?
- Quels sont les mécanismes de défense mobilisés par le patient ?
- Comment le sujet répond-il à l'expression conflictuelle de son désir ?
- Comment le sujet gère-t-il ses rapports à l'autre et ses rapports à la réalité ?

La nature de l'angoisse, le mode de relations objectales, les principaux mécanismes de défense, le mode d'expression habituel du symptôme constituent les étapes indispensables à l'élaboration d'une hypothèse diagnostique concernant un mode de fonctionnement mental.

En effet, « le diagnostic vise le “Comment” (forme) et non le “Quoi” » (K. Schneider).

– *La psychogenèse*

Cette phase consiste à chercher dans l'histoire personnelle du patient les éléments susceptibles de comprendre les difficultés psychiques actuelles du sujet.

Évoquer une pathologie particulière repose sur la démarche consistant à

- repérer le tableau clinique,
- repérer l'évolution possible des difficultés,
- expliciter l'étiologie ou l'origine du trouble,
- proposer le traitement approprié qui peut aller d'un traitement médicamenteux à une prise en charge psychothérapique d'orientation psychana-

lytique, cognitive, individuelle, familiale, groupale etc. Ces éléments d'analyse sont interrogés à la lumière du vécu subjectif du patient ; le psychologue clinicien cherche à comprendre avec le patient et éventuellement sa famille, le sens de la souffrance exprimée qui s'inscrit dans le système de représentations propre au sujet quant à son rapport au monde, à l'autre, quant à son organisation structurelle de personnalité et à son histoire personnelle et familiale.

Ces différentes étapes ne sont possibles que dans le cadre d'une pratique professionnelle recourant à toutes les méthodes de la psychologie clinique : entretien approfondi, bilan psychologique, suivi thérapeutique.