

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des sciences humaines et sociales
Département de psychologie et d'orthophonie



MODÈLES THÉORIQUES DES TROUBLES PSYCHIQUES

Polycopié de cours préparé par :

Dr. BENAMSILI Lamia

Destiné aux étudiants de 1^{re} année Master

Option : Psychologie clinique

Année universitaire 2024-2025

السداسي: الأول

اسم الوحدة: وحدات التعليم الأساسية

اسم المادة: الأطر النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية

الرصيد: 05

المعامل: 02

أهداف التعليم: (ذكر ما يفترض على الطالب اكتسابه من مؤهلات بعد نجاحه في هذه المادة، في ثلاثة أسطر على الأكثر)

تمكن الطالب من التعمق والتعرف على أهم النظريات النفسية المفسرة للاضطرابات النفسية والتي تؤهله إلى فهم الاضطرابات وكذلك تمهد إلى الاختيار الصائب لأهم التقنيات العلاجية المعارف المسبقة المطلوبة: (وصف تفصيلي للمعرف المطلوبة والتي تمكن الطالب من مواصلة هذا التعليم، سطرين على الأكثر)

أن يكون الطالب قد درس مدارس علم النفس، واكتسب المفاهيم الأساسية في علم النفس
محتوى المادة: (إجبارية تحديد المحتوى المفصل لكل مادة مع الإشارة إلى العمل الشخصي للطالب)

1. مدرسة التحليل النفسي

- مراحل النمو الليبيدي

- الآليات الدفاعية

- بنية الشخصية.

2. المدرسة السلوكية: بمختلف تناولتها النظرية.

3. المدرسة المعرفية: بمختلف تناولتها النظرية

4. المدرسة الانسانية.

5. تصنيف الاضطرابات النفسية (التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية CIM، تصنيف الجمعية الأمريكية DSM، التصنيف الأخرى.....)

طريقة التقييم: مراقبة مستمرة، امتحان.... إلخ (يُترك الترجيح للسلطة التقديرية لفريق التكوين)

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	I
Liste des tableaux	V
Liste des figures	VI
Introduction du cours	1
Cours n°1 : Introduction aux modèles théoriques des troubles psychiques	3
1.Qu'est-ce qu'un trouble psychique ?	3
2.Qu'est-ce qu'un modèle théorique ?	6
3.Quelles sont les fonctions d'un modèle théorique (l'importance) ?	8
4.Quelles sont les sources des modèles théoriques en psychopathologie ?	9
5.La question de l'étiologie du trouble mental	11
5.1.La psychogenèse	12
5.2.L'organogenèse	12
5.3.La sociogenèse	13
5.4.Vers une étiologie multifactorielle :	13
6.La problématique de l'hétérogénéité des modèles dans le champ de la psychopathologie	14
7.Regroupement des modèles théoriques (catégorisation des approches psychopathologiques ou comparaison des modèles théoriques) :	16
Synthèse du cours n°1	17
Cours n°2 : Le modèle psychanalytique des troubles psychiques.....	18
Préambule.....	18
Définition du modèle psychanalytique.....	18
Définition de la métapsychologie.....	18
Création de la psychanalyse	18
1.Le fonctionnement psychologique normal selon le modèle psychanalytique :	19
2.Du normal au pathologique selon le modèle psychanalytique :	23
2.1.La psychopathologie psychanalytique :	23
2.2.Les postulats de la psychopathologie psychanalytique :	23
2.3.Les contributions de la psychanalyse à la psychopathologie :	23
2.4.Les stades du développement libidinal :	24
2.5.Difficultés du développement : fixation et régression	25
2.6.Le déterminisme psychique :	25
2.7.Comprendre les liens entre maladie mentale et les stades du développement selon Freud :	26

2.8.Le conflit psychique.....	26
2.9.Le retour du refoulé.....	27
2.10.Le statut du symptôme en psychanalyse.....	28
2.11.Étiologie du trouble mental en psychanalyse.....	29
2.12.La notion de structure :	30
2.13.Les névroses.....	30
2.14.Les psychoses.....	33
2.15.Les état-limites.....	34
2.16.Angoisse et structure.....	35
2.17.Défense et structure.....	35
3.Avantages et limites du modèle psychanalytique :	38
3.1.Les avantages :	38
3.2.Les limites.....	38
Synthèse du cours n°2	39
Cours n°3 : Le modèle comportemental (behavioriste) des troubles psychiques.....	40
Préambule :	40
Définition du modèle behavioriste (comportemental) :	40
Création du behaviorisme :	41
1.Le fonctionnement psychologique normal selon le modèle comportemental :.....	42
2.Du normal au pathologique selon le modèle comportemental :.....	45
2.1.La phobie dans le modèle comportemental.....	50
2.2.Les attaques de panique et agoraphobie dans le modèle comportemental.....	50
2.3.Le stress post-traumatique dans le modèle comportemental	51
3.Avantages et limites du modèle comportemental	51
3.1.Avantages.....	51
3.2.Limites	52
Synthèse du cours n°3	52
Cours n°4 : Le modèle cognitif des troubles psychiques.....	54
Préambule.....	54
Définition du modèle cognitif	54
Création du cognitivisme :	54
1.Le fonctionnement psychologique normal selon le modèle cognitif :.....	57
2.Du normal au pathologique selon le modèle cognitif :.....	58
3.Avantages et limites du modèle cognitif	66
3.1.Avantages.....	66

3.2.Limites	66
Synthèse du cours n°4	67
Cours n°5 : Le modèle humaniste des troubles psychiques.....	68
Préambule.....	68
Définition du modèle humaniste	68
Création de l'humanisme	68
1.Le fonctionnement psychologique normal selon le modèle humaniste	69
2.Du normal au pathologique selon le modèle humaniste :	71
3.Avantages et limites du modèle humaniste.....	74
3.1.Avantages.....	74
3.2.Limites	75
Synthèse du cours n°5	75
Cours n°6 : Le modèle athéorique des troubles psychiques	76
Préambule.....	76
Définition de la classification des troubles mentaux.....	76
Définition du modèle athéorique :.....	76
1.Le DSM :	78
2.La CIM.....	80
3.La CFTMEA	80
4.Avantages et limites du modèle athéorique	81
4.1.Avantages.....	81
4.2.Limites	82
Synthèse du cours n°6	85
Application n°1 : La schizophrénie comme exemple d'application à un même objet d'étude différents modèles de la psychopathologie (Ionescu, 2003)	87
Introduction	87
1.Psychogenèse de la schizophrénie.....	87
1.1.La psychanalyse	87
1.2.Le structuralisme.....	87
1.3.Le behaviorisme	87
1.4.Le cognitivisme.....	88
2.Organogenèse de la schizophrénie	88
2.1.Hérédité.....	88
2.2.Modifications de la biochimie cérébrale	88
2.3.Atteintes neurologiques.....	88

3.Sociogenèse de la schizophrénie	89
Conclusion	89
Application n°2 : Le suicide comme exemple d'application à un même objet d'étude différents modèles de la psychopathologie (Ionescu, 2010)	90
1.La sociogenèse	90
2.Les hypothèses psychanalytiques	90
3.L'approche cognitiviste	91
4.L'organogenèse des conduites suicidaires	91
5.Perspective écosystémique	92
Application n°3 : L'anxiété comme exemple d'application à un même objet d'étude différents modèles de la psychopathologie (Debray, Granger & Azais, 2010)	93
1.Approche psychodynamique.....	93
2.Approche cognitivo-comportementale	93
3.Approche biologique.....	93
4.Approche clinique ou athéorique	94
Applications n°4 : la dépression comme exemple d'application à un même objet d'étude différents modèles de la psychopathologie (Godfryd, 2023) :	95
1.Aspects biologiques	95
2.Aspects psychopathologiques :.....	95
3.Aspect intégratif :	96
Application n°5 : cas clinique discuté selon les différents modèles de la psychopathologie...	97
1.Le cas de Julie (Barlow, 2016)	97
Conclusion du cours	100
Références	103
Glossaire	107
Petit dictionnaire biographique	111

Liste des tableaux

<i>Tableau 1: Caractéristiques diagnostiques des trois organisations psychiques</i>	<i>36</i>
<i>Tableau 2: Fixations-régressions des trois organisations psychiques</i>	<i>37</i>
<i>Tableau 3: Hypothèse cognitive : phobies et attaques paniques</i>	<i>66</i>

Liste des figures

<i>Figure 1: Métaphore des topiques freudiennes.....</i>	<i>20</i>
<i>Figure 2: La première topique freudienne</i>	<i>21</i>
<i>Figure 3 : Schéma de la deuxième topique proposé dans « Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse » (1932).....</i>	<i>21</i>
<i>Figure 4: Schéma comparatif du conditionnement classique et du conditionnement opérant ...</i>	<i>43</i>
<i>Figure 5 : Modèle bidirectionnel</i>	<i>44</i>
<i>Figure 6: Modèle cognitif : traitement de l'information.....</i>	<i>56</i>
<i>Figure 7: Le modèle cognitif de Beck</i>	<i>64</i>
<i>Figure 8 : Modèle cognitivo-comportemental des troubles psychiques.....</i>	<i>65</i>

Introduction du cours

Le présent support de cours intitulé « modèles théoriques des troubles psychiques » s'adresse aux étudiants de master 1 psychologie clinique. Il répond au programme officiel fixé par la tutelle, enrichi d'un cours introductif, d'exemples, de figures, de schémas, de tableaux et d'illustrations, permettant à l'étudiant une meilleure assimilation du contenu théorique.

L'objectif principal de cette matière est de connaître et approfondir l'étude des principales théories psychopathologiques explicatives des troubles psychiques, dans leurs genèses et leurs mécanismes, ce qui permet une assimilation et une compréhension des troubles, leurs causes et ensuite effectuer un choix juste et pertinent des techniques thérapeutiques. **L'objectif secondaire** est de procéder à une évaluation clinique de chaque modèle, en appréciant leurs avantages et leurs limites et en confrontant ces différentes perspectives du fonctionnement humain normal et pathologique.

La matière vise donc à comprendre chaque modèle dans ce qu'il propose dans l'étude du trouble psychique et de son étiologie (étude des facteurs qui contribuent au développement des maladies). Pour un souci de clarté, on présente et évalue les modèles selon les mêmes critères : nous donnons d'abord des éléments importants en guise de préambule (définitions et créations), ceci permet de comprendre comment certains modèles ont vu le jour, mais aussi de les restituer dans le contexte historique. Ensuite, nous présentons le modèle et analysons les points forts et les limites de chacun. Nous achevons par une synthèse restituant, brièvement et explicitement, l'origine d'un trouble mental selon le modèle abordé. De plus, un glossaire visant à définir des termes clés propres à chaque modèle et un petit dictionnaire biographique visant à présenter des notices sur les principaux personnages de chaque modèle, sont proposés à la fin du support.

Plutôt que d'essayer de convaincre de la valeur d'un modèle en particulier, ce cours cherche à offrir un état de la question aussi juste que possible et laisse le soin à l'étudiant d'en tirer ses propres conclusions. Ainsi, chaque modèle théorique présenté permet aux étudiants de comprendre un aspect essentiel de la pathologie mentale et l'invite à une compréhension synthétique du fonctionnement humain, normal et pathologique, en offrant une bibliographie solide, renvoyant notamment aux ouvrages internationaux de référence.

Nous attirons l'attention du lecteur que pour les spécificités socioculturelles relatives au contexte algérien, elles sont abordées dans le cadre des travaux dirigés (TD). L'étudiant est certainement appelé à travailler aussi sur d'autres modèles théoriques en rapport avec le sujet de la matière.

À cet effet, l'étudiant est censé avoir une connaissance des écoles de psychologie, une acquisition des notions fondamentales en psychologie et une maîtrise de l'histoire de la psychopathologie comme prérequis pour une meilleure assimilation du contenu de ce cours.

Cours n°1 : Introduction aux modèles théoriques des troubles psychiques

Avant d'aller dans le fond du sujet concernant ce cours, nous avons jugé utile de consacrer cette partie à la présentation et à la définition des concepts clés de cette matière, à savoir, le concept de trouble mental et celui de modèle théorique. Cela permettra à l'étudiant une meilleure assimilation du contenu du cours.

Même si le concept de trouble mental n'est pas facile à délimiter, nous avons fait le choix de présenter les définitions du trouble mental selon les deux manuels les plus connus et utilisés sur le plan international, à savoir, la CIM et le DSM. Certes, il existe un débat continu visant à différencier ce qui est normal ou non, à définir la santé mentale et le trouble psychologique, à établir les critères diagnostiques, mais actuellement un certain consensus semble se dégager autour des critères proposés par ces deux nosographies.

De plus, ce qu'on appelle aujourd'hui « trouble mental » existe depuis au moins l'apparition des premiers documents écrits, mais les termes employés pour la décrire ont varié au cours de l'histoire. De nos jours, outre l'expression « trouble mental », on emploie des termes comme « psychopathologie », « maladie mentale » ou « comportement anormal ». Autrefois, on utilisait des mots comme « fou », « aliéné », « maniaque » ou « retardé ». Les termes ont changé, mais tous font plus ou moins référence au même type de comportement.

Il est donc porté à l'intention du lecteur que nous employons les termes de trouble mental, de trouble psychologique ou psychique ou de maladie mentale de manière interchangeable et indifférenciée.

1. Qu'est-ce qu'un trouble psychique ?

La classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, la CIM 10, écrit à ce sujet *« bien qu'il pose problème, le terme trouble est utilisé systématiquement dans la classification. Le recours à d'autres termes, tel que celui d'affection ou de maladie aurait en effet soulevé des problèmes encore plus importants. Le terme trouble n'est pas un terme précis : dans la CIM 10, il indique simplement la présence d'un ensemble de symptômes et de comportement cliniquement identifiables, associés, dans la plupart des cas, à un sentiment de détresse et à une perturbation du fonctionnement personnel »* (CIM 10, 2000, p.4).

La CIM 11 (2022) définit les troubles mentaux comme *« des syndromes de troubles cliniques significatifs des fonctions cognitives, de la régulation émotionnelle, ou du comportement qui reflètent un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques ou*

développementaux sous-jacents du fonctionnement mental et comportemental. Ces troubles sont généralement associés à une détresse ou à une altération des domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants » (<https://icd.who.int>, consulté le 18/01/2025 à 12h00).

Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM 5 TR (2023), un trouble mental est « un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'une personne, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont généralement associés à une détresse ou une altération fonctionnelle significative dans les activités sociales, professionnelles ou d'autres activités importantes. Les réponses attendues ou culturellement approuvées à un facteur de stress commun ou à une perte, comme la mort d'un proche, ne constituent pas un trouble. Les comportements socialement déviants (par exemple sur les plans politique, religieux ou sexuels) et les conflits opposant principalement la personne et la société ne constituent pas des troubles mentaux, à moins que ces déviations ou ces conflits résultent d'un dysfonctionnement de la personne, tel que décrit plus haut » (DSM 5 TR, 2023, p.16).

Le signe est la chose perçue, un indice, une manifestation, une marque. Le symptôme désigne une entité observable liée à un état ou l'évolution d'un état, le plus souvent morbide. Enfin le syndrome est l'association de plusieurs symptômes, signes ou anomalies constituant une entité clinique ainsi isolée et reconnaissable.

Très clairement, l'objectif du DSM et de la CIM est de fournir une définition « a-théorique » du trouble mental qui fasse abstraction de toute hypothèse étiologique et qui ne prenne aucun parti pour un modèle psychopathologique contre un autre (Demazeux, 2016, p.5).

De ce fait, les critères d'un trouble mental sont comme suit :

- 1- Le dysfonctionnement psychologique :** Il s'agit d'une difficulté importante dans le fonctionnement de l'humeur, de la pensée et du comportement d'un individu, donc à trois points de vue : émotif, cognitif et comportemental. Le dysfonctionnement émotif est une difficulté de fonctionnement liée à l'état affectif, à la régulation des émotions et des sentiments. Le dysfonctionnement cognitif est une difficulté de fonctionnement liée à la pensée, au raisonnement logique, à la compréhension, aux croyances et aux opérations intellectuelles (perception, concentration, langage, mémoire, etc.). Le

dysfonctionnement comportemental est une difficulté de fonctionnement liée aux comportements, aux actions, aux gestes et à la conduite, ainsi qu'aux manifestations physiques observables. Néanmoins la seule présence d'un dysfonctionnement psychologique ne suffit pas pour remplir tous les critères correspondant à un trouble psychologique (Landry-Cuerrier, 2016, p.5).

- 2- Le sentiment de détresse ou l'altération du fonctionnement :** Le sentiment de détresse. Le dysfonctionnement psychologique peut être accompagné d'un sentiment de détresse. Selon sa propre perception subjective de sa situation, la personne est bouleversée et ressent un malaise important, voire insupportable. Ce sentiment de détresse envahissant peut aussi être appelé souffrance significative. Cependant, tout le monde éprouve parfois de la souffrance, et il ne suffit pas de ressentir de la détresse pour avoir un trouble psychologique. Inversement, dans certains troubles psychologiques, les sentiments de souffrance et de détresse sont complètement absents malgré de graves problèmes de fonctionnement (Landry-Cuerrier, 2016, p.6).
- 3- L'altération du fonctionnement :** Le dysfonctionnement psychologique peut aussi être accompagné d'une altération du fonctionnement, c'est-à-dire un problème de fonctionnement dans la vie quotidienne. Dans ce cas, l'individu éprouve de la difficulté à bien fonctionner du point de vue social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Interagir avec les autres, travailler, étudier, s'adapter ou réussir peut devenir ardu, voire impossible. Toutefois, la seule présence ou absence d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres activités importantes ne suffit pas pour satisfaire aux critères définissant un trouble psychologique (Landry-Cuerrier, 2016, p.7).
- 4- La réaction déviante ou atypique selon la culture :** D'une part, pour considérer qu'une personne souffre d'un trouble psychologique, ses réactions doivent être inappropriées ou inattendues selon la société ou l'époque. En effet, des critères normatifs, culturels et sociaux sont presque toujours utilisés pour différencier ce qui est normal de ce qui est anormal, et même pathologique. Les troubles mentaux sont donc souvent définis en fonction des normes et des valeurs culturelles, sociales et familiales d'un milieu. Plus un comportement est rare, dévie de la moyenne ou s'oppose aux normes sociales en vigueur, plus il est considéré comme anormal. Toutefois, la prudence est de mise, car la seule présence de déviance sociale n'est pas un signe maladie mentale. D'autre part, pour qu'on puisse envisager la présence d'un trouble psychologique, les

symptômes d'une personne ne doivent pas être simplement une réponse typique ou culturellement attendue et appropriée par rapport à un événement particulier (Landry-Cuerrier, 2016, p.8).

5- La persistance dans le temps :

Enfin, pour que l'on considère qu'une personne souffre d'un trouble psychologique, ses symptômes doivent s'étendre sur une longue période. Autrement dit, le dysfonctionnement psychologique, la détresse ou l'altération du fonctionnement dans un domaine de vie important doivent persister dans le temps (Landry-Cuerrier, 2016, p.10).

Par ailleurs, Boudoukha (2021) estime que l'appréhension, l'identification et la caractérisation d'un comportement et d'une conduite en termes psychopathologiques nécessitent préalablement une réflexion d'ordre éthique voire déontologique. Il s'agit ainsi de ne pas « normaliser » un comportement ou une conduite psychopathologique ou à l'inverse de ne pas « pathologiser » un comportement normal.

• Différents critères peuvent aider le psychologue à considérer un comportement ou une conduite comme psychopathologiques :

- La conscience de la réalité et l'inadaptation ;
- L'intensité et la durée de la souffrance ou de la plainte exprimées par le sujet ou par son entourage ;
- La limitation, la menace ou le danger pour soi-même ou pour autrui.

Dès lors, un trouble mental est donc un phénomène complexe qui atteint un sujet et produit des effets repérables à différents niveaux : somatiques, comportementaux, cognitifs, affectifs et subjectifs. Un trouble est également une entité bien définie sur le plan symptomatique, mais sans que la physiopathologie soit connue.

Les troubles mentaux sont des modes de comportements pathologiques associés à des états de détresse émotionnelle ou des troubles du fonctionnement psychique.

2. Qu'est-ce qu'un modèle théorique ?

Le terme « *modèle* » est défini dans le dictionnaire Le petit Larousse comme suit « *ce qui est donné pour servir de référence* » (Le petit Larousse, 2016, p.98).

Le terme « *théorique* » est défini comme suit « *qui concerne la théorie* » (Le petit Larousse, 2016, p. 141). Le terme « *théorie* » est défini comme étant « *ensemble organisé de principes, de règles, de lois scientifiques visant à décrire et à expliquer un ensemble de faits* » ; « *ensemble*

relativement organisé d'idées, de concepts se rapportant à un domaine déterminé » ; « système d'hypothèses sous-tendant les interprétations des événements » ; « connaissance purement spéculative » ; « donnée d'un langage formel, d'un ensemble d'axiomes et d'un ensemble fini de règles de déduction » (Le petit Larousse, 2016, p.140).

Selon une conception des théories scientifiques dite sémantique, nous définissons la théorie comme une famille de modèles, la théorie fournissant aux modèles des lois (ou des hypothèses ou axiomes ou postulats) qui permettent aux modèles d'expliquer, prédire ou contrôler des phénomènes. En psychopathologie, ces phénomènes correspondent aux caractéristiques cliniques ou neurobiologiques, obtenus par modélisation. Un modèle est défini par la suite comme un objet de médiation facilitante, c'est-à-dire qui permet au chercheur ou au clinicien de se représenter les phénomènes de manière simplifiée, idéalisée ou abstraite en s'appuyant sur une théorie (Gauld, 2021, p.153).

Dans ce cadre, une théorie se définit comme un ensemble cohérent d'énoncés et de concepts liés entre eux de façon logique. Elle vise à expliquer, interpréter ou prédire un phénomène. Une théorie est élaborée à partir de données, c'est-à-dire d'informations obtenues par la recherche et l'observation. Dans le domaine qui nous intéresse, l'objectif principal est d'expliquer le développement et de prédire quels comportements sont susceptibles d'apparaître sous certaines conditions (Papalia & Martorell, 2019, p.12).

Ainsi, une théorie est un ensemble de principes et de règles associés à des phénomènes divers. Les théories ont deux objectifs principaux. Le premier objectif est d'expliquer le phénomène qu'elles étudient. Le second objectif est de permettre de prédire des nouvelles informations (Hansenne, 2003, p.26).

Un modèle théorique est donc une construction hypothétique. C'est est un outil conceptuel qui permet de comprendre certains phénomènes. C'est également est un instrument de production et d'exposition des connaissances. Il est « une grille de lecture » auquel le psychologue se réfère pour appréhender la problématique du patient et pour élaborer son travail.

Les modèles théoriques sont des dispositifs qui visent à expliquer un trouble en le décrivant. Les modèles théoriques sont alors des références qui permettent une interprétation des données recueillies. Ils sont des outils de pensée, de description, d'explication et de compréhension des faits pathologiques. Ainsi, le corpus théorique permet d'expliquer d'une manière cohérente la plupart des développements psychopathologiques.

Un modèle théorique est un ensemble cohérent et articulé d'hypothèses explicatives de la santé et de la maladie.

3. Quelles sont les fonctions d'un modèle théorique (l'importance) ?

Dans leurs écrits, les auteurs (Ionescu, 2003 ; Pewzner, 2002 ; Lantéri-Laura, 2004) mentionnent les fonctions suivantes :

- Expliquer le tout ou une partie du trouble ;
- Eclairer le clinicien dans sa relation avec le patient ;
- Guider l'investigation clinique (notamment durant l'entretien) ;
- Faire le point sur l'évolution d'un patient (savoir où nous sommes dans notre relation clinique et thérapeutique) ;
- Aider pour les échanges que nous pouvons avoir avec nos collègues sur un ou plusieurs (réussir à communiquer/langage) ;
- Les théories contribuent à la diffusion du savoir et elles résument l'ensemble des connaissances ;
- La théorie aide le débutant dans l'apprentissage de la sémiologie et de la clinique ;
- La théorie cherche à donner une explication rationnelle et une interprétation des faits psychopathologiques ;
- Les principales théories sont le plus souvent des réponses partielles à la question si difficile de l'étiopathogénie (étude des causes et des mécanismes). La théorie donne des réponses, c'est un support ;
- Toute pratique, de façon explicite ou implicite, renvoie à une théorie. Un praticien se réfère toujours à une théorie. La pratique thérapeutique s'appuie sur des connaissances théoriques. Aucune pratique ne saurait se déduire de la théorie ;
- **Nous avons besoin de nous assurer qu'il existe un ordre dans le chaos du fonctionnement psychique et qu'il y a des théories pour expliquer les changements psychiques. De plus, nos théories nous aident à faire face aux inconnues de la situation clinique ainsi qu'à nous prémunir contre la solitude qui est la nôtre dans cette situation à deux. En nous attachant à une école théorique, nous faisons partie d'une famille, nous sommes moins seuls face à des incertitudes qui nous assaillent tous les jours ;**

- La clinique apporte les faits, sur lesquels s'édifie la connaissance. C'est avant tout une pratique, mais elle est organisée par des concepts. Si la clinique permet d'établir des faits, la théorie cherche à en donner une explication rationnelle ;
- L'appareillage théorique utilisé a comme finalité essentielle la mise en œuvre des pratiques thérapeutiques.

En résumé, les approches des troubles psychologiques fournissent non seulement un cadre explicatif mais également des propositions de traitement. Ces approches conduisent aussi à faire des suppositions et des hypothèses qui guident les recherches réalisées, tant sur l'origine que sur le traitement de ces troubles (Nevid, Rathus & Greene, 2009, p.12).

En sommes, un modèle théorique permet de décrire, de comprendre, d'interpréter et d'expliquer les faits pathologiques. La théorie est ce qui donne sens aux faits. Chaque modèle théorique propose une hypothèse étiologique pour la survenue d'un trouble. Le but ultime étant de proposer des modalités de prise en charge.

4. Quelles sont les sources des modèles théoriques en psychopathologie ?

La question de l'histoire est ici importante, voire même fondamentale. L'histoire de ces modèles est, comme pour toute histoire, celle de savoir quand et dans quelles conditions ce « savoir » a pu prendre naissance.

Les sources principales des théories des troubles psychiques peuvent se repérer à partir de leur évolution chronologique.

Dans ce cadre, l'histoire de la psychopathologie est jalonnée de mouvements idéologiques très divers et l'explication des processus psychopathologiques s'appuie sur une grande variété de concepts provenant de modèles théoriques différents.

L'objectif de ce point est de retracer brièvement l'approche historique du comportement pathologique. Nous allons y découvrir qu'on peut diviser en trois grandes catégories les différentes explications de la maladie mentale qui ont été proposées au cours de l'histoire : les explications biologiques, les explications psychologiques et les explications surnaturelles.

Dans ce sens, **le modèle médical de la maladie mentale** est un modèle selon lequel la maladie mentale provient de causes biologiques comme une lésion cérébrale, une perturbation de la conduction neuronale ou une anomalie biochimique. **Le modèle psychologique de la maladie mentale** est le modèle selon lequel la maladie mentale provient de causes psychologiques comme le conflit, l'anxiété, les croyances erronées, la frustration ou une expérience

traumatisante. Quant au **modèle surnaturel de la maladie mentale**, c'est le modèle selon lequel la maladie mentale est causée par des esprits maléfiques qui se sont immiscés dans le corps ou par la volonté de Dieu (Hergenhahn & Henley, 2016, p.416).

Nous allons les présenter dans ce qui suit :

Il est intéressant de savoir que les troubles mentaux n'ont pas toujours été reconnus comme tels, la médecine ayant longtemps été indissociable de la magie et de la religion. Ainsi, au Moyen Âge, les maladies étaient considérées comme une souillure résultant d'une conduite pécheresse ou comme une manifestation de possession démoniaque. Au XVII^e siècle les premiers asiles sont apparus. Une loi sur les aliénés a alors été édictée, ceux-ci pouvant être enfermés par lettre de cachet royale, le plus souvent à la demande des familles. L'assistance aux aliénés relevait alors plus de la charité que du domaine médical. Le XIX^e siècle marque la naissance de la psychiatrie moderne. Le médecin Philippe Pinel a alors développé une attitude médicale radicalement nouvelle vis-à-vis des malades mentaux. Il a fait accéder le « fou » au statut de sujet auquel il devenait possible de dispenser un traitement reposant sur une cause psychique de la maladie mentale. Cependant, juste après Pinel est apparu un fort courant dont l'objectif était de rechercher la cause des maladies mentales dans des lésions du cerveau : **l'organogénèse**. C'est l'échec de cette tentative qui va amener la découverte de l'inconscient par Sigmund Freud. Venu à la Salpêtrière pour apprendre la neurologie, il en est reparti avec la conviction que les névroses avaient une origine psychique (**psychogénèse**) et il a alors créé la **psychanalyse** avec pour objectif de les traiter (Langenfeld & Merckling, 2013, p.11).

Au début du XX^e siècle, parallèlement aux travaux de Freud, le courant prônant l'organogénèse a mis en place un certain nombre de thérapies biologiques. Certaines d'entre elles ont été totalement abandonnées à cause de leur danger et de leur inefficacité (lobotomie, cure d'insuline pour traiter la schizophrénie), mais d'autres (la sismothérapie) perdurent encore aujourd'hui. Dans les années 1920, **le modèle comportemental** apparaît. Se basant sur les travaux de Pavlov avec les animaux, ce modèle développe l'idée qu'il est possible de transformer un comportement pathologique au moyen d'exercices de déconditionnement. Dans les années 1940, **le courant humaniste** a commencé à émerger, dénonçant les pratiques déshumanisantes perpétrées dans les asiles et c'est dans les années 1960 que Carl Rogers a créé l'approche centrée sur la personne, introduisant le postulat qu'il existe fondamentalement en chaque personne une tendance permanente à l'auto-organisation en direction d'un mieux-être et que le thérapeute a pour tâche

de faire son possible pour faciliter ce processus. La relation d'aide découle directement des travaux de Rogers (Langenfeld & Merckling, 2019, p.13).

Dans les années 1960, enfin, en opposition aux organicistes, est apparu le courant de l'antipsychiatrie qui a favorisé notamment l'essor des thérapies familiales (École de Palo-Alto) ainsi que le développement de théories sociogénétiques concernant les troubles mentaux. Très décrié par la psychiatrie classique de l'époque, ce courant a donné naissance au **modèle systémique**. Depuis une trentaine d'années, on voit émerger de nouvelles théories qui proposent une vision nouvelle de l'étiologie des troubles psychiques et de la manière de les traiter : **le modèle cognitif**. Négligeant les déterminismes inconscients, ce modèle se différencie des théories psychanalytiques. Son postulat est que les comportements seraient acquis selon des habitudes de pensée qu'il serait possible de transformer grâce à un processus de « reconstruction cognitive ». Du fait de sa parenté philosophique avec le modèle comportemental, le modèle cognitiviste s'en est rapproché pour former un courant que l'on nomme aujourd'hui : **le courant cognitivo-comportementaliste** (Langenfeld & Merckling, 2024, p.15).

Par ailleurs, l'avènement de la psychiatrie biologique constitue une des avancées majeures dans le savoir et le savoir-faire en matière de santé mentale. Les conséquences spectaculaires orchestrées par les psychotropes en termes d'atténuation des troubles du comportement, de diminution de l'agressivité, de disparition de la symptomatologie délirante ont contribué pleinement à modifier l'opinion sur la nature des maladies mentales. Les principales classes de psychotropes se sont ainsi développées, révolutionnant l'évolution et le pronostic en psychiatrie (Laoeudj, 2021, p.141).

En sommes, l'étude des théories de la psychopathologie contemporaine nécessite une connaissance de l'histoire de la discipline. La recherche sur les troubles psychiques a progressé grâce aux neurosciences et à l'imagerie, mais elle reste divisée entre courants médicaux et approches psychologiques. Aujourd'hui, les théories psychanalytiques, humanistes et systémiques influencent la psychopathologie aux côtés des neurosciences et des modèles cognitivistes.

5. La question de l'étiologie du trouble mental

Le terme « étiologie » désigne en médecine l'étude des causes des maladies. Ce terme a été repris en psychopathologie » (Ionescu, 2010, p.89).

Le terme « étiologie » désigne donc « l'étude systématique des causes ou des origines des troubles psychopathologiques » (Dumas, 2005, p.455).

L'étiologie des troubles psychopathologiques est au centre d'un débat majeur. Parfois s'affrontent les tenants de l'inné et de l'acquis, de l'hérédité et de l'environnement. Dans d'autres circonstances, les adversaires en présence s'identifient comme partisans de la psychogenèse, de l'organogenèse ou de la sociogenèse.

Nous allons maintenant présenter les trois grandes approches étiologiques du trouble mental :

5.1.La psychogenèse

Ici les facteurs impliqués et les mécanismes mis en jeu pour aboutir aux manifestations psychopathologiques sont d'ordre psychologique et fonctionnel (c'est-à-dire sans inflammation ni lésion de structure). L'exemple type de la psychopathologie psychogène est la névrose (Ionescu, 2017, p.496).

Il faut savoir que l'approche psychogénétique de l'étiologie des troubles mentaux s'est développée principalement dans le contexte de la théorie psychanalytique (Ionescu, 2010, p.89). Toutefois, l'étiologie est considérée comme psychogène dans plusieurs approches de la psychopathologie, même si, l'idée n'est pas clairement manifestée. La première approche qui peut être citée dans ce contexte est l'approche structuraliste. On peut également mentionner les approches behavioriste, cognitiviste et éthologique (Ionescu, 2003, p.460-461).

5.2.L'organogenèse

Renvoie à la thèse selon laquelle les affections mentales ont un substratum organique (Ionescu, 2017, p.498). Le modèle organogénétique se caractérise par le fait d'assigner une cause anatomique ou biologique aux affections mentales (Capdevielle & Doucet, 2000, p.35). C'est-à-dire des lésions ou anomalies du cerveau, des anomalies des neurotransmetteurs, des anomalies génétiques entraînant notamment, des troubles développementaux du système nerveux central (Ionescu, 2010, p.89).

En effet, certaines théories ont été ou peuvent être encore purement organicistes : la cause du trouble mental, quel qu'il soit, est à chercher dans une atteinte organique (cérébrale, tissulaire, biologique ou endocrinienne par exemple) (Pewzner, 2011, p.14).

L'organogenèse des troubles est caractéristique de l'approche biologique (Ionescu, 2003, p.461).

5.3.La sociogenèse

Désigne l'influence qu'exerce les phénomènes sociaux sur la production des troubles mentaux. L'industrialisation, l'urbanisation, l'apparition de la sociologie, le développement des statistiques concernant les maladies mentales ont contribué à la montée de l'intérêt pour la sociogenèse (Ionescu, 2017, p.501).

La sociogenèse est caractéristique de l'approche sociale de la psychopathologie, l'approche écosystémique de la psychopathologie et l'approche ethnopsychopathologique (Ionescu, 2003, p.462).

5.4.Vers une étiologie multifactorielle :

Le débat majeur dans le champ de la psychopathologie entre les représentants de l'organogenèse, de la sociogenèse et de la psychogenèse est aujourd'hui dépassé. Aucune de ces approches ne constitue une théorie explicative susceptible de rendre compte de la totalité des phénomènes qu'elles étudient. Sur le constat de ces limites s'est imposé un autre modèle, aujourd'hui dominant dans le champ de la psychopathologie, qui vise à l'intégration des différents modèles explicatifs des troubles mentaux et présente une causalité plurifactorielle (Capdevielle & Doucet, 2000, p.40).

En effet, les données accumulées au cours des années nous orientent actuellement vers une approche multifactorielle fondée sur un modèle bio-psycho-social et systémique de l'étiologie des troubles psychopathologiques. Ceci signifie que dans la genèse des troubles mentaux interviennent, généralement, plusieurs facteurs en interaction. Nos connaissances actuelles attestent que, pour la plupart des troubles mentaux, des modèles étiologiques plurifactoriels sont possibles et nécessaires non seulement pour comprendre comment apparaissent ces troubles, mais aussi pour élaborer des plans d'intervention et des programmes de prévention (Ionescu, 2010, p.112).

Kacha (1996) note que réduire l'être humain à une seule composante, c'est en avoir une image incomplète. Passer son temps à justifier sa thèse avec agressivité et acharnement ne sert nullement notre discipline ni le malade. Les conceptions psychopathologiques doivent se compléter et non se battre. Ce combat ne sert en général qu'à la quiétude intellectuelle de ceux qui s'y réduisent ; il constitue une défense contre l'angoisse suscitée par la maladie mentale et la prise en charge des patients. Il faut comprendre que ces combats servent à neutraliser l'angoisse soulevée par la maladie mentale et permettent de prendre une distance émotionnelle,

d'éviter le contact avec la réalité de la maladie et de se consacrer à l'attitude doctrinale rigide et conflictuelle. S'il est nécessaire, parfois, pour le chercheur d'isoler un paramètre, une conception, une cause, un effet intéressant d'une maladie mentale, afin de l'étudier dans tous ses aspects ; il faut que le clinicien garde lui, une pensée intégrative faisant appel à de multiples théories et de concepts lui permettant de maintenir un esprit de recherche.

La prise en compte du modèle biopsychosocial fait consensus pour appréhender la plupart des troubles psychiatriques (Laouedj, 2021, p.141).

Dès lors, la question de l'étiologie en psychopathologie ne peut plus être appréhendée de manière linéaire. En effet, il est probable que les facteurs de risque, les biomarqueurs diagnostiques et prédictifs, ainsi que la causalité soient des entités incluses dans un réseau de propriétés qui se déploie non seulement à plusieurs échelles du vivant (allant généralement de la génétique aux marqueurs de la connectivité cérébrale en passant par les marqueurs moléculaires), mais également à des niveaux environnementaux et sociaux (Gauld, 2021, p.15).

6. La problématique de l'hétérogénéité des modèles dans le champ de la psychopathologie

Il n'existe pas une théorie unique explicitant les mécanismes d'apparition des troubles psychopathologiques. Chacun des modèles existants présentent sa vision des mécanismes qui président à l'apparition de la maladie mentale.

La diversification des approches est en relation avec l'apparition de nouvelles écoles dans le champ de la psychologie. Ainsi, la prolifération de différents modèles et théories caractérisent l'évolution de la psychopathologie. De ce fait, la diversité des courants théoriques mobilisés conduit à une hétérogénéité des approches.

La science choisit donc souvent de démembrer les phénomènes complexes afin de mieux saisir les mécanismes qui les gouvernent. La multiplication des approches reflète la complexité des phénomènes psychopathologiques qui, pour être compris, nécessitent des éclairages différents. Cette multiplication permet également de mieux cerner les facteurs étiologiques et les mécanismes sous-jacents aux troubles mentaux. Elle améliore notre compréhension des manifestations psychopathologiques et de leur modification dans le temps. Elle permet, aussi, d'envisager les effets des troubles mentaux sur le fonctionnement socioprofessionnel du patient et sur la vie des personnes qui se trouvent dans son environnement. La multiplication des approches nous amène, enfin, à accorder au patient une place plus importante qu'auparavant.

Ceci devient possible en tenant compte, d'une part, de la manière dont il vit ses troubles et, d'autre part, de la perception qu'ont de lui, non seulement les soignants mais, aussi, les membres de la société et, plus particulièrement, les personnes qui vivent dans son entourage.

En effet, l'étiologie des troubles psychologiques est souvent plus complexe que celle des maladies physiques, car elle ne se résume pas à de simples liens de cause à effet. Les troubles psychologiques proviennent plutôt d'une interaction de plusieurs facteurs différents. Il faut donc considérer l'influence de diverses composantes dans la compréhension des maladies mentales (Landry-Cuerrier, 2016, p.12).

Il convient par ailleurs de souligner d'emblée le fait que les maladies mentales présentent des particularités qui les distinguent des maladies somatiques. Elles ont, par exemple, pour spécificité d'évoluer et de se transformer d'une manière très labile selon les époques et les cultures, soulignant ainsi leur dimension sociale, ce qui complexifie leur étude et leur prise en charge. Il existe, par exemple, des relations subtiles entre le fait de repérer, voire de nommer un trouble, et son émergence, comme son évolution, dans une société donnée. Ces particularités ont engendré, et engendrent encore aujourd'hui, de nombreux débats quant aux causes, à la nature, la classification et la prise en charge des patients dans le champ de la psychopathologie (Rabeyron, 2018, p.23).

La diversification des approches de la psychopathologie conduit à un développement horizontal de nos connaissances dans ce domaine, c'est-à-dire à une multiplication des aspects considérés lors de l'étude des manifestations psychopathologiques. Elle implique en même temps, un développement de type vertical, qui consiste en un approfondissement des connaissances disponibles, soumises, dans ce nouveau contexte, à des éclairages multiples.

L'absence de consensus concernant les théories peut être vue comme une faiblesse. La présence de plusieurs théories témoigne d'un défaut de scientificité (le savoir unitaire). La présence d'une théorie pose problème, dès qu'il s'agit d'une science, les théories doivent disparaître (la science doit détenir une vérité et un savoir). Ainsi, l'hétérogénéité en psychopathologie est considérée par certains comme un signe d'immaturité de la discipline. La disparité des modèles en psychiatrie invalide un peu sa crédibilité auprès des autres spécialités médicales, elle laisse aussi non résolu le problème insistant de l'origine des troubles mentaux.

Même l'opinion publique se montre effarouchée par le peu de prise que lui offre une discipline aussi fuyante. À cela s'ajoute le climat de joutes et de controverses qu'entretiennent parfois les représentants des divers modèles. Il n'est pas rare d'entendre toutes sortes de critiques acerbes

entre psychiatres d'obédience différente (présence de litiges en psychiatrie et en psychopathologie).

Dès lors, il n'existe pas, selon Pervin (2005), à l'heure actuelle, de théorie qui rende compte de la personnalité dans sa totalité et dans sa complexité, il faut en étudier plusieurs, qui souvent se sont élaborées en s'opposant les unes aux autres. Pour dépasser les contradictions apparentes, il est indispensable de mettre au point une approche qui prenne en considération tous les niveaux de la personnalité et qui permette de les juxtaposer.

En effet, Juignert (2015) avance que la personnalité humaine est complexe et subit des déterminismes multiples, si bien qu'aucune approche simplificatrice et réductrice ne convient. Pour conclure, nous dirons qu'aucune doctrine ne peut rendre compte de la richesse de l'humain. Par conséquent, en ce qui concerne la psychopathologie, il convient de rester prudent, d'éviter tout dogmatisme et de s'inspirer des évolutions des sciences de l'homme.

7. Regroupement des modèles théoriques (catégorisation des approches psychopathologiques ou comparaison des modèles théoriques) :

Les approches théoriques peuvent être comparées en fonction de différents critères :

- 1- Etiologie
- 2- Diagnostic
- 3- Continuité ou discontinuité entre le normal et le pathologique
- 4- Vision concernant la personne (Ionescu, 2015).

Une telle analyse permet de mettre en évidence des différences mais, aussi, des ressemblances sur la base desquelles des regroupements d'approches sont possibles (des points communs et des points de différence).

Exemple :

L'approche psychanalytique, behavioriste ou cognitiviste font état d'une étiologie psychogénétique. Evidemment, les mécanismes en jeu sont différents : intrapsychiques et inconscients pour la psychanalyse, liés à l'apprentissage pour le behaviorisme, basés sur le processus de traitement de l'information pour les cognitivistes.

Synthèse du cours n°1

Les modèles théoriques des troubles psychiques permettent d'éclairer le fonctionnement psychologique normal ou pathologique. Aucune théorie n'est certaine et la plus brillante des théories procède inévitablement de l'éphémère (provisoire).

Dans un système particulièrement complexe d'interactions, la causalité des troubles psychiques est forcément multifactorielle, et toute tentative réductionniste visant à privilégier un seul déterminant ne peut conduire qu'à un échec. Cette intégration oblige à tenir compte de la très grande complexité de l'activité psychique de l'homme et à ne plus se contenter d'explications étiologiques de la maladie mentale reposant sur des causalités simplement linéaires (la causalité est forcément multifactorielle : facteurs biologiques, facteurs psychopathologiques et facteurs sociaux), autrement dit psychogenèse (ou d'origine psychique), organogenèse (d'origine somatique et physique), et sociogenèse (ou d'origine sociale et émanant du milieu).

Dès lors, il n'existe pas en clinique un modèle explicatif « universel » (théorie unificatrice) dont la pertinence et la validité sont reconnues par tous les membres de la communauté scientifique. L'absence de consensus concernant les théories peut être vue comme une faiblesse. Toutefois, elle s'accompagne d'une richesse d'outils et d'instruments indispensables à la pluralité des besoins. Les fondements de la psychopathologie reposent sur une pluralité de modèles qui, loin de s'exclure et de se résumer à des dogmatismes sectaires, sont là pour être pris en compte dans leur diversité. C'est la totalité de la vie psychique de l'individu qui demeure l'objet de la psychopathologie et c'est cette totalité que, par leur diversité, les modèles psychopathologiques tentent de décrire (nécessité d'un éclectisme et d'un complémentarisme).

Aucune perspective ne détient donc le monopole de la compréhension du comportement humain. Cependant, quelques tentatives visent à élaborer une théorie unifiée de la psychopathologie (intégration des différents modèles sous forme d'une psychopathologie intégrative-holistique). Mais l'éclectisme a autant de partisans que d'adversaires. L'éclectisme a donné lieu à des rapprochements entre différentes perspectives, qui ont pu laisser entrevoir l'émergence d'une grande théorie unificatrice en psychologie. Toutefois, de nombreux psychologues croient qu'un tel rapprochement est utopique en raison de divergences sur le plan conceptuel.

Nous devons donc reconnaître que les données issues de ces champs différents, loin de s'opposer ou de prouver la suprématie de l'un d'entre eux, sont tous nécessaires. Une attitude de prudence, d'ouverture et de questionnement est alors conseillée.

Cours n°2 : Le modèle psychanalytique des troubles psychiques

Préambule

Définition du modèle psychanalytique

La psychanalyse, inventée par Sigmund Freud en 1896, est définie (par Freud) comme « *un procédé pour l'investigation de processus mentaux ; une méthode fondée sur cette investigation pour le traitement de désordres névrotiques ; une série de conceptions psychologiques acquises par ce moyen* » (Freud, 1922).

L'approche psychanalytique est « *une école de pensée qui met l'accent sur les forces inconscientes et conflictuelles qui influencent le comportement, de même que sur l'importance des expériences vécues durant l'enfance* ». (Landry-Cuerrier, 2016, p.22).

Il s'agit également « *d'une approche théorique qui cherche à décrire et à expliquer le comportement humain (normatif et pathologique) à partir des principes cliniques de la psychologie freudienne* ». (Dumas, 2005, p.453).

En outre, l'approche psychanalytique est « *une approche qui stipule que le développement est marqué par l'action de forces inconscientes qui motivent le comportement humain, et que les événements qui se produisent durant l'enfance déterminent le développement de la personnalité adulte* » (Papalia & Martorell, 2019, p.12).

Le modèle psychanalytique est une théorie complexe et détaillée, initialement proposée par Freud, cherchant à expliquer le développement et la structure de la personnalité ainsi que celui des comportements anormaux dont la cause principale serait des entités et forces intrapsychiques.

Définition de la métapsychologie

Le terme Métapsychologie désigne « *le cadre théorique que Freud a élaboré et enrichi tout au long de sa vie. La métapsychologie constitue la base théorique de la psychanalyse* » (Grebott, 2002, p.6).

Création de la psychanalyse

Dans leur magnifique livre d'histoire de la psychologie, Hergenhahn et Henley (2016) écrivent ceci : Alors comment une psychologie centrée sur l'inconscient at-elle pu émerger ? La réponse, c'est qu'elle n'est issue ni de la psychologie universitaire ni de la psychologie expérimentale :

elle est née de la pratique clinique. Les individus qui ont élaboré la psychologie de l'inconscient ne s'intéressaient pas à la conception d'expériences ou à la philosophie de la science. Ils voulaient découvrir les causes de la maladie mentale.

Selon Langenfeld et Merckling (2019), c'est l'échec de l'organogenèse qui amène la découverte de l'inconscient par Sigmund Freud : venu à la salpêtrière pour apprendre la neurologie, il en repart avec la conviction que les névroses sont d'origine psychique.

Fantini-Hauwel (2018) écrit à ce sujet que la psychanalyse fut probablement le tout premier courant à avoir proposé un modèle de compréhension de la psyché qui soit à la fois intra-individuel mais aussi interindividuel.

Quant à Pewzner (2002), elle rappelle que la psychanalyse est souvent convoquée pour rendre théoriquement compte de l'intrasubjectivité. Avec le courant psychanalytique, nous sommes dans les théories intrinsèques. L'apport de Sigmund Freud a été déterminant, et le succès et les développements de la psychanalyse représentent sans doute l'un des phénomènes les plus remarquables de l'histoire des idées au XX^e siècle.

Dès lors, l'approche psychanalytique revêt, en raison de ses contributions, une importance capitale dans la compréhension des troubles mentaux. D'ailleurs, ses partisans identifient souvent la psychopathologie à la psychanalyse. Dans un ouvrage de psychopathologie publié aux Etats-Unis, Willerman et Cohen (1990) écrivent « qu'aucune présentation de la psychopathologie ne serait complète sans que l'on tienne compte de l'approche psychodynamique (terme souvent utilisé pour désigner l'approche psychanalytique) (Ionescu, 2003, p.458).

1. Le fonctionnement psychologique normal selon le modèle psychanalytique :

La psychanalyse aborde le fonctionnement psychique selon trois points de vue : Topique, dynamique et économique. Ainsi, le fonctionnement psychique est envisagé par Freud selon les trois points de vue cités.

Dans ce sens, **le point de vue dynamique** considère les phénomènes psychiques comme résultat d'une combinaison de forces plus ou moins antagonistes. C'est d'abord l'hypothèse de l'inconscient qui amène à conceptualiser ces forces, les pulsions, par des théories successives. Les motions pulsionnelles sont portées par les représentations, elles-mêmes plus ou moins investies d'affects. Le processus psychanalytique est un travail incessant de liaison-déliaison des représentations et des affects, afin d'instaurer une mobilité de l'énergie psychique. L'économie psychique correspond à la circulation de l'énergie psychique, son investissement et sa répartition entre les différentes instances, les différents

objets ou les différentes représentations. **Le point de vue topique** amène à considérer l'appareil psychique comme une organisation en diverses instances, un peu comme des territoires assurant chacun des fonctions différentes sur l'énergie (De Kernier, 2019, p.7). **Le point de vue économique** met l'accent sur l'aspect quantitatif des forces en présence. Ici interviennent les pulsions et le principe de plaisir qui, nous l'avons vu, a pour but de trouver le plaisir et d'éviter le déplaisir en déchargeant l'énergie psychique. **Le point de vue génétique** enfin se réfère aux stades du développement, stades prégénitaux et génitaux (Pewzner, 2011, p.48).

Pewzner (2002) rappelle que c'est dans l'interprétation des rêves (1900) que Freud propose un schéma de l'appareil psychique, se composant de trois systèmes : l'inconscient, le préconscient et le conscient. Le passage des contenus psychiques de l'un à l'autre de ces systèmes est contrôlé par des censures. À partir de 1920, les modifications apportées par Freud à ce modèle aboutissent à la deuxième topique (1923) ; celle-ci se compose de trois instances : le ça, le moi et le surmoi.

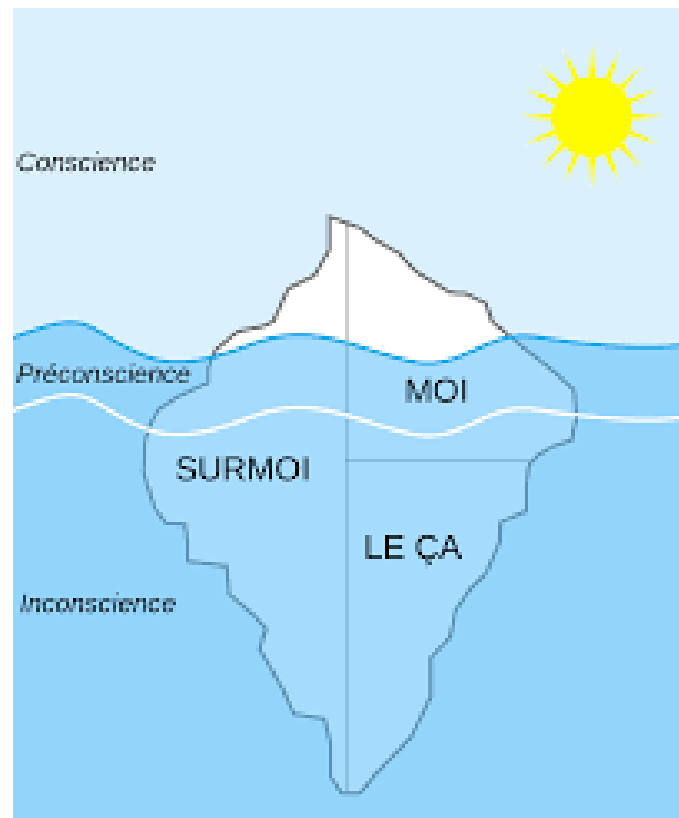


Figure 1: Métaphore des topiques freudiennes

(de Kernier, 2019, p.13)

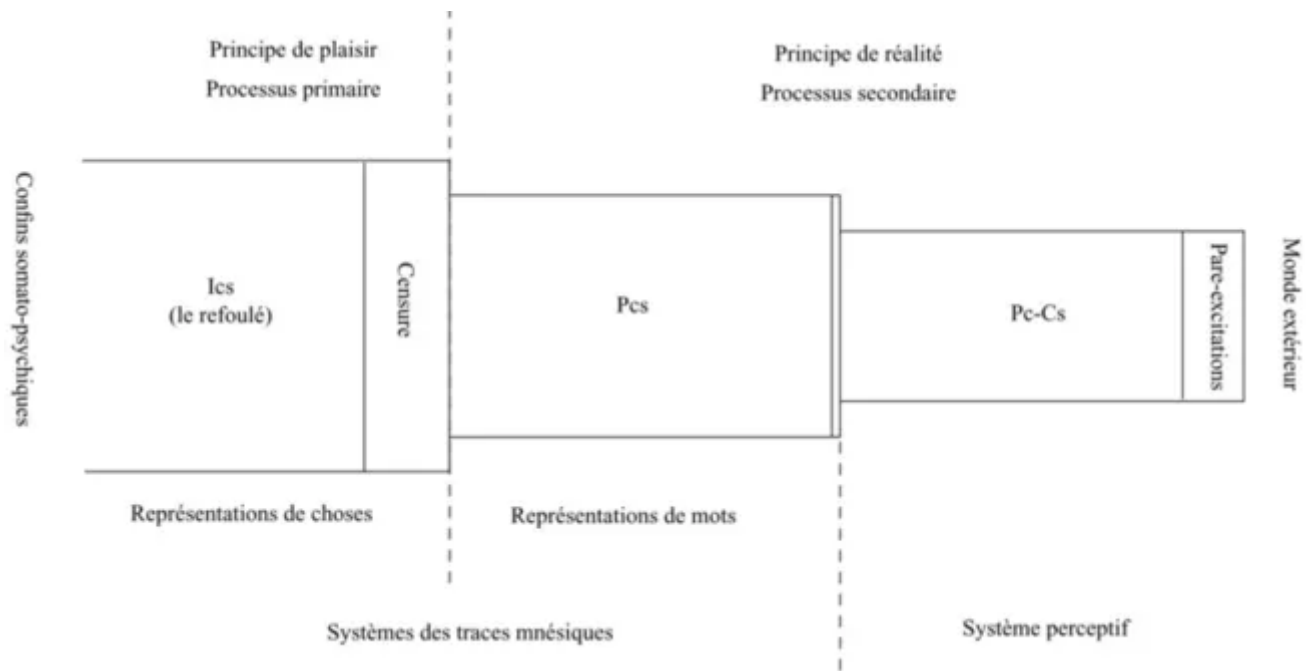


Figure 2: La première topique freudienne

(Bergeret, 2012, p.48)

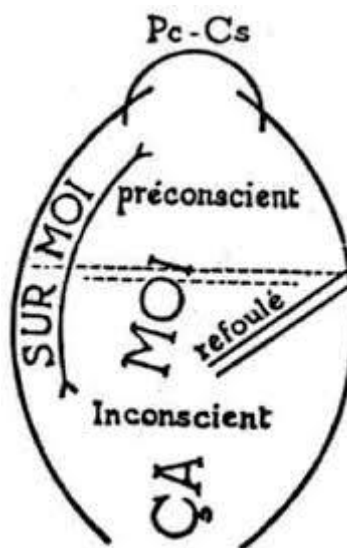


Figure 3 : Schéma de la deuxième topique proposé dans « Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse » (1932)

(de Kernier, 2019, p.56)

Landry-Cuerrier (2016) ajoute que selon cette théorie, la personnalité se divise en structures psychiques qui interagissent de façon dynamique : le ça, le moi et le surmoi. Lorsque les instances de la personnalité collaborent de façon équilibrée, la personne réussit à bien fonctionner.

De ce fait, on peut dire que selon Freud, une personnalité saine implique un équilibre relatif entre les trois instances de la personnalité

Bourguignon (1999) continue en rappelant que le fonctionnement psychique est régulé par deux processus : le processus primaire et le processus secondaire. Le fonctionnement est également régi par deux principes : le principe de plaisir et le principe de réalité. L'appareil psychique reçoit son énergie des pulsions.

On tient à rappeler ici à nos lecteurs qu'au niveau des « processus primaires », l'énergie est libre, la tendance à la décharge se manifestant sans entrave et ils caractérisent le système inconscient. Quant aux « processus secondaires », l'énergie est d'abord liée avant de s'écouler de façon contrôlée et ils caractérisent le système préconscient- conscient.

Dès lors, Pervin (2005) note qu'en psychanalyse, le comportement représente le résultat des luttes et des compromis entre les motivations, les pulsions, les besoins et les conflits. Il résulte donc de l'interaction de diverses forces. La personne évolue en franchissant de stades de développement. Le développement des pulsions est associé au changement de zone érogène et il se traduit par les concepts de stade oral, de stade anal et de stade phallique. L'angoisse et les mécanismes de défense sont des concepts essentiels à la dynamique de l'appareil psychique.

Dans ce cadre, de Kernier (2019) rappelle que les angoisses sont des affects pénibles : le sujet éprouve un vécu de danger dont l'origine n'est pas consciente. Les mécanismes de défense sont des opérations du moi visant à affronter et à éviter l'angoisse, les affects ou représentations pénibles ou le malaise psychique. Ils ont pour fonction l'organisation et le maintien de conditions psychiques optimales. Ils participent à l'élaboration du conflit intrapsychique, sous-jacent au fonctionnement psychique, et tentent de réduire son intensité en rendant inaccessible à l'expérience consciente l'un des éléments du conflit. Un sujet sain peut recourir à des mécanismes de défense diversifiés et suffisamment souples, permettant un jeu pulsionnel suffisant n'opprimant pas le ça et tenant compte de la réalité sans inquiéter le surmoi, tout en permettant au moi de s'enrichir constamment dans une relation aux autres suffisamment mature pour autoriser les échanges et les satisfactions à un niveau d'élaboration génital.

La théorie psychanalytique, selon Pervin (2005) souligne également l'importance des premières expériences, notamment au cours des cinq premières années de la vie, pour le développement de la personnalité, comme l'illustrent les études consacrées à la relation entre les premières expériences et les troubles psychologiques ultérieurs. La portée des premières expériences varie sans doute selon la gravité des événements vécus durant cette période.

En sommes, pour la psychanalyse, c'est dans son histoire (en particulier dans son histoire précoce), que l'individu structure sa personnalité et qu'il construit sa capacité à gérer ses tensions internes ainsi que

son rapport au monde. C'est également, c'est dans celle-ci que vont se constituer les différentes pathologies.

2. Du normal au pathologique selon le modèle psychanalytique :

2.1. La psychopathologie psychanalytique :

La psychopathologie psychanalytique est définie comme suit « *c'est une connaissance qui décrit et explique les manifestations du psychisme ainsi que leurs formes pathologiques. Elle comporte une pratique, elle possède un objet et une méthode* » (Juignet, 2001, p.143).

2.2. Les postulats de la psychopathologie psychanalytique :

Pour Schauder et Meunier (2012), la théorie freudienne repose sur quatre postulats fondamentaux :

- la sexualité, tant infantile qu'adulte, est de première importance pour comprendre l'humain.
- le symptôme du patient est une tentative, échouée, d'auto-guérison.
- l'histoire du patient, son expérience subjective et notamment son enfance sont des éléments clés pour décrypter ses problèmes actuels.
- l'inconscient peut être révélé à travers les rêves, les lapsus, les actes manqués et les symptômes.

2.3. Les contributions de la psychanalyse à la psychopathologie :

Pour Ionescu (2015), Issue de l'immense œuvre de Freud et de ses disciples, l'approche psychanalytique apporte quatre contributions majeures à la psychopathologie :

- 1- Le passé personnel et, en particulier, celui de la petite enfance, joue un rôle essentiel dans la genèse des troubles psychopathologiques. Les représentations inconscientes liées à ce passé (pensées, images, souvenirs) exercent une fonction centrale dans la production des symptômes et le sens de ceux-ci renvoie donc à l'inconscient.
- 2- Le rôle de la sexualité est primordial. Par exemple, le matériel étranger au Moi, éliminé de la conscience et s'exprimant donc dans les rêves et en symptômes névrotiques, a toujours des connotations sexuelles.
- 3- Les expériences individuelles (situations, événements, traumatismes, facteurs familiaux et sociaux) jouent un rôle très important. La signification et la portée de ces expériences dépendent du stade de développement auquel elles surviennent.

- 4- La maladie mentale est conçue dans une perspective fonctionnelle : elle constitue une tentative d'ajustement, de résolution des problèmes qui n'ont pu être résolus d'une autre manière, plus satisfaisante. Tout trouble (bien qu'objectivement inefficace et subjectivement pénible) constitue une forme d'ordre.

L'impression de relativité de la frontière entre normal et pathologique que donnent ces assertions est accentuée par le fait que le conflit, qui n'est pas considéré en lui-même comme pathologique, représente un facteur commun à la santé et à la maladie.

2.4. Les stades du développement libidinal :

Selon Delbouck (2007), les théories psychanalytiques supposent que le développement progresse d'un stade au suivant et que chaque stade est une phase spécifique du développement du moi ou du ça. La tendance serait de caractériser les premiers stades du développement normal en fonction d'hypothèses s'appuyant sur des états pathologiques ultérieurs.

En guise de rappel, les stades permettent de décrire des moments du développement. Les étapes du développement se succèdent de façon très progressive, en laissant des traces à partir desquelles des points de fixation sont susceptibles de se cristalliser et de donner lieu par la suite à des régressions. Leur connaissance est donc indispensable à la compréhension de la pathologie adulte.

On distingue classiquement : le stade oral, le stade anal et le stade phallique, la période de latence et le stade génital.

Selon Golse (2015), **le stade oral** recouvre approximativement la première année de la vie et globalement c'est une année consacrée à la préhension : prise d'aliments, mais aussi prise d'informations au sens large. La zone érogène prévalente ou source pulsionnelle est donc la zone buccolabiale. L'objet pulsionnel est représenté par le sein ou son substitut. À cette époque, la fonction alimentaire sert de médiateur principal à la relation symbiotique mère-enfant et très rapidement le plaisir oral vient s'étayer sur l'alimentation. **Le stade anal** recouvre approximativement la deuxième année de la vie et l'on peut dire que c'est une année consacrée à la maîtrise ou à l'emprise (pulsion d'emprise). Le plaisir anal (étayé sur l'excrétion des selles) existait déjà auparavant mais il va désormais se conflictualiser. La zone érogène prévalente ou source pulsionnelle est la muqueuse anorecto-sigmodienne. **Le stade urétral ou phallique**, annonçant et précédant la problématique œdipienne, il instaure une relative unification des pulsions partielles sous le primat des organes génitaux, mais sans qu'on puisse encore parler

véritablement de génitalisation de la libido. Il se centre autour d'une thématique liée à l'absence ou à la présence de pénis. Il recouvre approximativement la troisième année de la vie et c'est en quelque sorte une période d'affirmation de soi. La zone érogène prévalente ou source pulsionnelle est ici l'urètre avec le double plaisir de la miction et de la rétention. **La période de latence** : C'est une période classiquement aconflictuelle, se situant entre 7 et 12 ans. En réalité les conflits des stades précédents persistent en partie, mais se montrent moins chauds en raison d'une modification structurale des pulsions sexuelles, sans qu'on puisse décrire pour autant d'organisation nouvelle de la sexualité. Selon Freud, le **stade génital** est le dernier stade psychosexuel normalement atteint au cours de l'adolescence et menant à la maturité sexuelle.

2.5. Difficultés du développement : fixation et régression

Des difficultés peuvent perturber le développement de l'enfant et des points de fixation ou des régressions vers des modes antérieurs de l'activité libidinale peuvent se produire. Pour Grebot (2002) :

La fixation désigne le fait que la libido reste organisée selon la structuration caractéristique d'un stade. La fixation se définit par la persistance de certains caractères anachroniques de la sexualité. Tout être humain reste attaché à des modes de satisfaction, à des types d'objet ou à des types de relation plus ou moins archaïques. La fixation pathologique est l'exagération de ce processus normal.

La régression désigne un retour en arrière sur le parcours du développement psychique. Freud illustre le processus de régression à l'aide de la métaphore des villes de garnison où l'armée se replie après avoir perdu une bataille.

2.6. Le déterminisme psychique :

Le concept de fixation offre un premier aperçu des convictions de Freud : pour lui, les conflits originels contribueraient à déterminer les comportements ultérieurs de l'individu. On désigne sous le nom de déterminisme psychique cette hypothèse selon laquelle l'ensemble des réactions mentales et comportementales (symptômes) se trouveraient déterminées par les expériences antérieurement vécues. Freud soutenait que ces symptômes n'avaient rien d'arbitraire, et qu'ils étaient au contraire liés de façon étroite aux événements significatifs de l'existence. L'idée du déterminisme psychique le conduisait à défendre avec force le concept de l'inconscient (Gerrig & Zimbardo, 2008, p.347).

2.7.Comprendre les liens entre maladie mentale et les stades du développement selon Freud :

Pervin (2005) note à ce sujet que Freud croyait que les cinq premières années étaient cruciales pour l'individu ; au cours de cette période, bien des ratés peuvent entraver le développement des pulsions. Ces échecs constituent des fixations. Il y aura fixation si l'individu obtient trop peu de satisfaction au cours d'un stade de développement et s'il crie de passer au stade suivant, ou s'il obtient trop de satisfaction et n'a pas d'incitation à poursuivre son développement. La fixation est généralement liée à la régression, par laquelle l'individu cherche à retourner à un état où il avait obtenu la satisfaction, à un point de fixation antérieur. Selon Freud, toutes les formes de psychopathologie constituent des tentatives pour satisfaire des pulsions qui ont fait l'objet d'une fixation à un stade antérieur de développement.

Dans ce cadre, les expériences de la première enfance, notamment traumatiques, peuvent entraîner une fixation dans la phase du développement en cours et avoir ainsi des conséquences durables sur la personnalité. Dans cette perspective, les troubles de l'âge adulte peuvent être interprétés comme une régression à des points de fixation de certaines étapes du développement (Speranza & Ferrari, 2012, p.4).

Dès lors, les symptômes névrotiques ou psychotiques trouvent leurs origines dans les différents stades décrits par Freud. Pour n'en citer que quelques-uns :

- La mélancolie se fixerait dans le stade oral ;
- La paranoïa trouve son origine dans le premier sous-stade anal ;
- La névrose obsessionnelle se fixerait dans le deuxième sous-stade anal ;
- La névrose hystérique trouve son origine dans le stade phallique (Pagès, 2017, p.36).

En sommes, la fixation libidinale et la régression jouent un rôle prévalent dans l'étiologie des troubles psychiques.

2.8.Le conflit psychique

Selon Landry-Cuerrier (2016), Freud expliquait l'origine des conflits internes : un combat entre, d'une part, les désirs et les pulsions du ça et, d'autre part, les exigences du surmoi et de la réalité. Selon cette approche, quand l'une des instances prend le dessus, l'équilibre est rompu et la personne risque de souffrir d'un trouble psychologique. Selon cette approche, le trouble psychologique provient de conflits internes inconscients chez une personne. Les symptômes présentés par l'individu atteint d'un trouble psychologique sont l'expression symbolique des

conflits inconscients non résolus. Les conflits inconscients proviennent d'un déséquilibre entre les structures de la personnalité (ça, moi, surmoi), de l'utilisation de mécanismes de défense inadaptés et des expériences vécues dans la petite enfance. Ainsi, à la suite d'un conflit inconscient, une fixation à un certain stade de l'enfance peut être reliée à un certain type de trouble psychologique, comme la névrose ou la psychose.

Pour Langenfeld et Merckling (2013), la pathologie, dans la théorie psychanalytique, apparaît lorsque la souffrance, due à une gestion inconsciente inadéquate des tensions, devient trop importante et ne permet plus au sujet de s'investir de façon satisfaisante dans sa vie affective, sociale et/ou professionnelle. Cette souffrance excessive se manifeste par des symptômes qui renvoient moins à des difficultés actuelles qu'à des situations de détresse antérieures. Selon le modèle psychanalytique, c'est donc dans l'histoire précoce du sujet que ses problématiques psychiques trouvent leur origine.

Ainsi, Pour Mazoyer (2002), les troubles psychiques (et la maladie psychique) en psychanalyse sont le résultat de conflits psychiques inconscients. Ces conflits psychiques inconscients sont d'autant plus difficiles à gérer que le patient a eu dans l'enfance des points d'achoppement dans son développement psychoaffectif. Le symptôme est un « hiéroglyphe » qu'il s'agit de décoder à partir de ce que le patient va dire de son présent et de son passé. C'est dans l'histoire du patient que se trouve la clé de ce hiéroglyphe.

Pour Pewzner (2011), l'origine du trouble est à chercher dans le sujet lui-même, au niveau d'un conflit inconscient dont il s'agit de démêler la nature et le sens afin d'essayer de le résoudre. La perspective freudienne a eu le mérite de réhabiliter le sens des symptômes, qui prennent la valeur d'un langage à décrypter, d'une énigme à résoudre par l'exploration de la vie inconsciente du sujet. Freud a donné à l'inconscient une place et une fonction déterminantes dans la vie psychique de tout individu et dans la compréhension du trouble mental.

2.9. Le retour du refoulé

De nos lectures, le propre du mécanisme de la névrose est l'échec du refoulement et le retour du refoulé. La psychanalyse voit ainsi dans les symptômes, des formations de compromis permettant à des contenus refoulés de faire retour dans le conscient grâce à la déformation produite par les mécanismes de défense.

Le retour du refoulé apparaît dans les symptômes qui constituent (surtout dans les névroses) des exemples majeurs de compromis entre l'inconscient et la censure.

Ainsi, la maladie mentale en psychanalyse se structure à partir du retour du refoulé, et les symptômes psychiques morbides sont des phénomènes qui ont justement pour dynamique ce retour du refoulé.

2.10. Le statut du symptôme en psychanalyse

Par conséquent, les troubles et les souffrances ont le statut de symptômes témoignant du dysfonctionnement (conflit intrapsychique) d'un « organe virtuel », l'appareil psychique, dont les causes se situeraient dans l'histoire développementale de l'individu. De type « historique-psychogénétique », les hypothèses explicatives décrivent, les symptômes sont la manifestation du conflit intrapsychique au sein de l'appareil psychique dont l'origine résulte de la nature et de la force d'entités inconscientes à un stade précoce ou antérieur du développement individuel (Fontaine & Fontaine, 2011, p.63).

En psychiatrie comme en psychologie clinique, Pirlot et Cupa (2019) estiment que le patient ne se réduit pas à ses symptômes ni à sa maladie qui ne peuvent pas être compris dans leur seule dimension négative et « handicapante » : ils ont un sens au regard de l'histoire du sujet relevant des diverses formes pathologiques de conflits, de traumatismes, de blessures psychiques. La reconnaissance d'un sens, certes au départ énigmatique, est la condition de toute prise en charge psychothérapeutique. C'est ce que nous enseigne la psychanalyse. Les deux auteurs notent que la théorie de Freud a donné aux symptômes psychiatriques un statut particulier en montrant qu'ils avaient un sens dans l'organisation du psychisme. Le symptôme névrotique constitue un compromis entre deux mouvements contradictoires. Le premier est un désir inconscient, le second s'oppose à la réalisation de ce désir (défense), ce qui revient à dire que le symptôme névrotique est la résultante consciente d'un conflit intrapsychique inconscient.

En effet, Ionescu (2017) insiste sur le fait que la psychanalyse se préoccupe du sens de chaque symptôme, symptôme qu'elle rattache étroitement à la vie psychique, à la vie intime du patient. Selon toujours cet auteur, pour les adeptes de l'approche psychanalytique, à l'origine du symptôme névrotique se trouve le conflit. Notons que la théorie freudienne du conflit met en évidence l'importance de la réalité psychique, par opposition à la réalité extérieure. La formation du symptôme englobe le retour du refoulé sous forme de formations substitutives ou de formations de compromis ainsi que les formations réactionnelles. Le terme de retour du refoulé désigne le processus par lequel les éléments refoulés tendent à réapparaître dans la conscience. Le terme de formation de compromis fait référence au fait que le symptôme est un compromis entre le désir et les défenses. Le terme de formations substitutives désigne le fait

que le symptôme serait le signe et le substitut d'une satisfaction pulsionnelle qui n'a pas eu lieu. Le dernier terme de formation réactionnelle désigne un mécanisme psychique particulier qui consiste à lutter directement contre la représentation pénible en la remplaçant par un symptôme primaire de défense ou contre symptôme.

Pour Mazoyer (2022), en psychanalyse, le symptôme est la traduction inconsciente d'un conflit psychique inconscient entre les différentes composantes de l'appareil psychique (Ça, Surmoi et Moi), entre les différentes instances psychiques (inconscient, préconscient, conscient), entre le désir et la défense.

Schauder (2012) de son côté, confirme que dans l'approche freudienne, le symptôme est l'expression symbolique d'un conflit psychique et d'un compromis entre la pulsion et la défense. En formant un compromis entre les désirs et les interdits, le symptôme permet la satisfaction du désir sans éveiller la censure, tout en satisfaisant les exigences défensives.

Dès lors, comme le précise Bourguignon (1999), le symptôme tient donc une place particulière dans la théorie psychanalytique, dans la mesure où Freud le situe comme le résultat d'une élaboration psychique. Le symptôme fait donc ici l'objet d'une interprétation.

Ainsi, effacer la psychopathologie psychanalytique pour comprendre le sens du symptôme est dès lors d'une réelle gravité puisqu'on ôte, pour le clinicien, toute possibilité de reconstruire les scénarios possibles des processus morbides sous-jacents aux symptômes et donc de traiter ceux-ci en tenant compte de la personnalité et de l'histoire du patient (Pirlot & Cupa, 2012, p.5).

2.11. Étiologie du trouble mental en psychanalyse

Selon la théorie psychanalytique, les troubles mentaux représentent des fixations dans le développement de l'individu ; ils sont liés à des conflits entre les désirs et les peurs qui, appartenant à une période déterminée de l'enfance, ont été reportés à l'adolescence et à l'âge adulte. L'individu essaie de contrer l'angoisse qui constitue l'aspect douloureux de ce conflit en recourant à des mécanismes de défense. Cependant le conflit devient trop intense, ces mécanismes de défense peuvent engendrer des symptômes névrotiques ou déboucher sur le retrait psychotique de la réalité. Les symptômes représentent le conflit inconscient entre le désir ou la pulsion et l'angoisse. Dans tous les cas de comportement anormal, il existe un conflit inconscient, qui remonte à l'enfance, entre un désir, ou une pulsion, et une peur. Les adultes conservent en eux des éléments enfantins qui, sous l'effet du stress ou pour d'autres raisons, se réactiveront et deviendront difficiles à supporter (Pervin, 2005, p.106).

2.12. La notion de structure :

La structure désigne « *la base idéale d'aménagement stable des éléments métapsychologiques constants et essentiels chez un sujet* » (Bergeret, 1974, p.657). Elle correspond à « *une organisation psychique stable (pathologique ou non) façonnée par des éléments métapsychologiques profonds. Elle correspond à une nature fondamentale de rapport avec le monde, avec des mécanismes de défense préférentiels, et un mode de décompensation particulier* » (Langenfeld & Merckling, 2024, p.54).

La structure de personnalité correspond à « *une organisation psychique du sujet structuré de façon stable et définitif (relevant du pathologique ou non). Cette structure est façonnée par des éléments métapsychologiques profonds et fondamentaux* » (Langenfeld & Merckling, 2013, p.73).

En l'absence de traumatismes affectifs, de frustrations ou de conflits intenses, le sujet ne sera pas malade. Par contre, en présence de tels événements, la structure se « cassera », se « brisera » selon des lignes de clivage préétablies au cours du développement précoce (Ionescu, 2017, p.520). La maladie ne représente, donc, qu'un aléa évolutif de la structure, un état de décompensation visible auquel est arrivée une structure par la suite d'une inadaptation de l'organisation profonde et fixe du sujet à des circonstances nouvelles, intérieures ou extérieures, devenues plus puissantes que les moyens de défense dont il dispose (Bergeret et al, 2012, pp.141-142).

Il existe deux structures : la structure névrotique et la structure psychotique. On compte aussi une troisième organisation : l'astructuration limite.

Chaque structure de personnalité développe un mode de décompensation particulier et donne forme à trois types de pathologies : les névroses, les psychoses et les états-limites.

2.13. Les névroses

Pour Bergeret (2012) la lignée névrotique poursuit une évolution assez banale jusqu'au moment du conflit œdipien, c'est-à-dire, chez le garçon, la période correspondant à la fin du stade anal (phase anale de rétention) et au stade phallique. Si, par suite du conflit œdipien et de ses avatars, il existe de trop fortes fixations ou des régressions trop importantes à ces deux stades, le Moi va se préorganiser selon un système relationnel et défensif de mode névrotique. La période de latence va opérer ici un arrêt de l'évolution structurelle, alors qu'au contraire l'arrivée dans l'adolescence déclenchera des bouleversements structuraux. Si, à ce moment, les conflits

internes et externes s'avèrent trop intenses, le Moi peut être amené à se détériorer davantage, à recourir à des systèmes défensifs et relationnels plus archaïques dépassant la simple économie pulsions-Surmoi au profit d'une mise en question plus ou moins sérieuse de la réalité et nous repassons ainsi dans la lignée précédente conduisant à une évolution dans le sens d'une structure psychotique définitive. Cependant, dans la majorité des cas, le Moi névrotiquement préorganisé demeure dans le cadre névrotique et tend à s'organiser de façon définitive selon la ligne de structuration névrotique. Cette organisation ne pourra plus varier par la suite et si un sujet de cette lignée tombe malade, il ne pourra faire qu'une des formes habituelles de névroses : hystérie d'angoisse ou de conversion ou bien névrose obsessionnelle, seulement.

Dans ce sens, la névrose est « *une affection psychogène ou les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet et constituant des compromis entre le désir et la défense* » (Laplanche & Pontalis, 1994, p.267).

Pour Pedinielli et Bertagne (2014), on peut avancer que la névrose est une tentative – dramatiquement échouée – de résolution d'un conflit et que, sans qu'il en soit consciemment responsable, le sujet produit à son insu les éléments de son trouble.

Pour de Kernier (2019), la névrose se caractérise par l'expression symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet. Les symptômes sont compris comme l'expression de ce conflit psychique en constituant des compromis entre le désir et la défense et en exprimant des relents d'identifications inconscientes issues du scénario œdipien.

Pour Pirlot et Cupa (2019), la névrose relève de conflits refoulés dans lesquels les fantasmes inconscients, la sexualité infantile, les traumatismes, les fixations-régressions jouent un rôle majeur dans l'expressivité des symptômes. Le symptôme reproduit d'une manière ou d'une autre la satisfaction de la première enfance, satisfaction déformée par la censure qui naît du conflit, accompagnée généralement d'une sensation de souffrance et associée à des facteurs faisant partie de la prédisposition morbide. Autrement dit, le névrosé reste attaché à certaines phases de son développement psychoaffectif, phases au cours desquelles il a reçu des satisfactions excessives ou subi des frustrations cumulatives (ou encore a subi des traumatismes d'ordre divers) qui l'ont contraint aux recours et retours à un stade antérieur dans lequel les exigences libidinales étaient satisfaites (névrose infantile).

Ionescu (2017) ajoute que c'est l'insatisfaction de la libido, placée face à une réalité que Freud qualifie d'impitoyable, qui constitue le point de départ dans le processus qui conduit à l'apparition des névroses. Obligée de chercher de nouveaux modes de satisfaction, la libido

comme un mouvement régressif. Lorsque le moi n'accepte pas ces régressions, on se trouve en présence d'un conflit et la libido doit se séparer du moi. Cette séparation est facilitée par l'existence de fixations que la libido a laissées le long du chemin parcouru lors de son développement et contre lesquelles le moi s'était défendu, à chaque fois, à l'aide du refoulement.

Il faut comprendre, selon Pirlot et Cupa (2019), que l'aspect clinique de l'organisation et de la symptomatologie névrotique ultérieures dépend du stade auquel s'est produite la fixation. À l'âge adulte, les pulsions infantiles (sexuelles en particulier) devenues inacceptables pour le sur-moi se voient être refoulées dans l'inconscient et leur expression directe est empêchée. En d'autres termes, le conflit inconscient producteur de mal-être et de symptôme provient de l'opposition entre principe de plaisir et principe de réalité et de la nécessité pour le moi d'une réélaboration parfois épuisante (cf. névrose obsessionnelle) de ses conflits. Avec la réalisation manifeste du symptôme le névrosé, payant une culpabilité inconsciente, trouve une certaine détente face au conflit inconscient signant ainsi les bénéfices primaires de sa névrose. Ce sont l'adaptation de l'entourage, les avantages sociaux et médicaux, que procure sa pathologie, qui créeront les bénéfices secondaires de celle-ci.

L'hystérie : on note la prévalence du symptôme de conversion.

Dans un premier temps, celui des Études sur l'hystérie (1895) écrites avec Breuer, texte qui se termine sur le chapitre « Étiologie de l'hystérie », Freud affirme l'importance du traumatisme psychique et du souvenir inconscient de celui-ci, et insiste sur le rôle de la séduction précoce et sur l'origine sexuelle traumatique de l'hystérie de conversion. Dans un deuxième temps, qui va des années 1897 à 1900, contemporaines de l'analyse de Dora (publiée qu'en 1905), Freud en vient à privilégier l'importance des fantasmes sexuels inconscients surtout dans l'après-coup de la phase pubertaire. Le troisième temps sera en 1917 dans les Leçons d'introduction à la psychanalyse, où Freud insiste sur le rôle des fixations et régressions libidinales, le retour des premiers objets d'investissement se faisant sous un aspect, après-coup, incestueux (Pirlot & Cupa, 2019, p.33).

La névrose phobique est un terme introduit par Freud pour isoler une névrose dont le symptôme central est la phobie. La formation du symptôme phobique trouve son origine dans un travail psychique qui s'exerce d'emblée afin de lier à nouveau psychiquement l'angoisse devenue libre. Le déplacement sur un objet phobique est secondaire au surgissement d'une angoisse libre, non liée à un objet (Laplanche & Pontalis, 1994, p.179).

Dans la névrose obsessionnelle-compulsive : le conflit psychique s'exprime par des symptômes dits compulsifs : idées obsédantes, compulsion à accomplir des actes indésirables, lutte contre ses pensées et ces tendances, rites conjuratoires, etc., et par un mode de pensée que caractérisent notamment la rumination mentale, le doute, les scrupules et qui aboutit à des inhibitions de pensée et de l'action (Laplanche & Pontalis, 1994, p.284).

Freud a successivement dégagé la spécificité étiopathogénique de la névrose obsessionnelle du point de vue des mécanismes (déplacement de l'affect sur des représentations plus ou moins distantes du conflit originel, isolation, annulation rétroactive) ; du point de vue de la vie pulsionnelle (ambivalence, fixation au stade anal et régression) ; du point de vue topique enfin (relation sado-masochique intériorisée sous la forme de la tension entre le moi et un surmoi particulièrement cruel (Laplanche & Pontalis, 1994, p.285).

2.14. Les psychoses

Pour Bergeret (2012), la psychose est considérée par les auteurs contemporains comme marquée, à son point de départ, par des traumatismes ou des frustrations graves de la période fœtale ; le « Soi » en cours de formation ayant été amené à établir, à cette période, de tenaces fixations à des arrêts du développement affectif et relationnel, de même que des déformations durables sur lesquelles se produiront les régressions ultérieures au cours de l'enfance, de l'adolescence (principalement) et de l'ensemble de la vie du sujet. De telles perturbations initiales se compliquent pendant la période orale ainsi qu'au premier sous-stade anal (dit « sadique »). Une telle ébauche d'organisation subirait un silence évolutif pendant la période de latence et l'adolescence qui survient ensuite amènerait les bouleversements considérables que l'on sait sur le plan structurel et, à ce moment-là, tout pourrait à nouveau être mis en question : le sujet garderait encore une petite chance de voir l'axe d'évolution de son Moi quitter la lignée psychotique, pas encore complètement fixée, et aller figer sa progression ultérieure dans le cadre d'une structure névrotique, à ce moment, définitive, et pouvant, en cas de maladie, donner naissance à une névrose classique de type hystérique ou obsessionnel. Cependant, au moment de l'adolescence, dans l'immense majorité des cas, un Moi préorganisé psychotiquement va tout simplement poursuivre son évolution au sein de la lignée psychotique dans laquelle il se trouve déjà suffisamment engagé ; il s'organisera ensuite, de façon définitive, sous forme de structure psychotique véritable et stable. Il ne sera plus possible de revenir là-dessus ultérieurement : si le sujet tombe malade, si « le cristal se casse » à la suite d'un accident

intérieur ou extérieur, nous ne pourrions voir éclore qu'une psychose sous des formes variées certes, mais sans autre possibilité pathologique.

En résumé, la psychose apparaît quand il y a carence ou discontinuité grave d'étayage de la part de l'environnement immédiat.

2.15. Les état-limites

Selon Bergeret (2012) dans les aménagements limites, le Moi a dépassé, sans trop d'encombres, le moment où les frustrations du premier âge auraient pu opérer des fixations prépsychotiques tenaces et fâcheuses et qui n'ont pas, non plus, dans leur évolution ultérieure régressé à de telles fixations. Cependant au moment où s'engageait pour eux l'évolution œdipienne normale, ces sujets ont subi un traumatisme psychique important. Ce traumatisme doit être pris au sens affectif du terme, c'est-à-dire qu'il correspond à un émoi pulsionnel survenu dans un état du Moi encore trop inorganisé et trop immature sur le plan de l'équipement, de l'adaptation et des défenses : par exemple une tentative de séduction sexuelle quelconque de la part d'un adulte. Autrement dit, l'enfant est entré, à ce moment-là, trop précocement, trop brutalement et trop massivement en contact avec des données œdipiennes. Cet émoi génital précoce constitue un véritable traumatisme affectif à lui tout seul, car il ne peut être reçu par l'enfant selon un mode perceptif et relationnel, objectal achevé et génital. Le Moi ne peut alors que chercher à intégrer cette expérience anticipée aux autres expériences du moment, il range cette perception du côté des frustrations et des menaces pour son intégrité narcissique. Un tel sujet n'aura pas de possibilité de négocier cette perception dans le contexte d'une économie triangulaire et génitale. Il lui sera difficile d'utiliser le refoulement pour éliminer du conscient l'excès de tension sexuelle ou agressive. Il se verra obligé de recourir à des mécanismes proches de ceux qu'emploie le psychotique : déni, identification projective, dédoublement des imagos, maniement omnipotent de l'objet. Ce traumatisme jouera en quelque sorte le rôle de « premier désorganisateur » de l'évolution psychique du sujet. Il arrêtera sur-le-champ l'évolution libidinale, pourtant commencée dans des conditions normales. Cette évolution se trouvera figée d'emblée et parfois pour très longtemps, dans une sorte de « pseudo-latence » plus précoce et plus durable que la latence normale ; elle recouvre en effet ce qui aurait dû correspondre par la suite à la période de bouillonnement affectif de l'adolescence et se prolonge également souvent pendant toute une partie (voire la totalité) de l'âge adulte, dans ces sortes d'immaturités affectives charmantes et un peu inquiétantes que nous connaissons bien dans la vie courante.

C'est ce que Bergeret, considère, dans cette optique, comme le « tronc commun aménagé » de l'état-limite.

Un tel tronc commun, selon Bergeret (2012), ne peut pas être envisagé comme une véritable structure, au sens où nous l'entendons pour une structure soit psychotique, soit névrotique, c'est-à-dire en fonction des critères cliniques de fixité, de solidité dans la catégorie, de spécificité définitive de telles organisations. L'état-limite demeure dans une situation seulement « aménagée » mais non structurellement fixée. C'est un simple effort relativement instable et coûteux pour le Moi de se maintenir en dehors des deux grandes lignes de structures vraies dont l'une (la lignée psychotique) s'est trouvée dépassée et l'autre (la lignée névrotique) n'a pas pu être atteinte quant à l'évolution, tant pulsionnelle que maturative, du Moi.

2.16. Angoisse et structure

Bergeret propose des correspondances entre types d'angoisse, mécanismes de défense et structure psychopathologique :

- L'angoisse de castration est caractéristique de la névrose relevant de la menace de perte d'un objet partiel (le pénis). Il s'agit d'une tentative de réponse à l'énigme posée par la différence anatomique des sexes.
- L'angoisse de perte d'objet est caractéristique des fonctionnements limites, avec menace de dépression. Elle se réfère à la question de la permanence des représentations des objets totaux à l'intérieur de la psyché.
- L'angoisse de morcellement ou d'anéantissement est caractéristique des psychoses. Par crainte d'un impact trop violent de la réalité, ou au contraire de la perte de contact avec cette réalité, l'unité identitaire est remise en cause, les processus primaires dominant, les affects sont soit massifs, débordants, envahissants, soit totalement absents (de Kernier, 2019, p.83).

2.17. Défense et structure

La pathologie est le fait du manque de diversité, de souplesse, de subtilité et d'efficacité des mécanismes de défense habituels.

Dans les fonctionnements névrotiques : dans les structures obsessionnelles le refoulement s'associe essentiellement à l'isolation, au déplacement, à l'annulation et aux formations réactionnelles, éventuellement la rationalisation, tandis que dans les structures hystériques d'angoisse le refoulement s'associe à la projection, au déplacement et à l'évitement, et dans les

structures hystériques de conversion le refoulement peut être seul, sans exclure le recours à des défenses plus archaïques.

Dans les fonctionnements psychotiques : les principales défenses sont le déni de la réalité et le dédoublement du moi, l'identification projective, la projection, sans exclure des défenses de mode névrotique, notamment obsessionnel.

Dans les fonctionnements limites : les principales défenses sont le clivage des objets, l'idéalisation, sans exclure d'autres défenses (de Kernier, 2019, pp.90-91).

En sommes, chaque type de structure va également développer un mode de décompensation spécifique, donnant forme à des pathologies très diverses.

À partir de ce qui a été cité ci-dessus, nous proposons les tableaux récapitulatifs suivants :

Tableau 1: Caractéristiques diagnostiques des trois organisations psychiques

	NEVROSE	ETATS-LIMITES	PSYCHOSE
INSTANCE DOMINANTE	Le SURMOI	L'IDEAL DU MOI	Le ça
NATURE DU CONFLIT	Conflit intrapsychique Conflit entre le ça et le Surmoi	Conflit entre l'Idéal du Moi et le ça et la réalité	Conflit entre le ça et la réalité
SYMPTOMES	Obsessions Compulsions Phobie Conversions	Dépression	Délires Dépersonnalisation Hallucinations
DEFENSES	Le refoulement avec la dénégation, l'isolation, le déplacement et la condensation notamment	Le clivage de l'objet Idéalisation Identification projective Avec aussi des défenses névrotiques et psychotiques	Le clivage du Moi Le déni de la réalité La projection
NATURE DE L'ANGOISSE	Angoisse de castration	Angoisse de perte d'objet Angoisse d'abandon Angoisse de dépression	Angoisse de morcellement Angoisse de mort Angoisse de destruction
MODE DE RELATION D'OBJET	Génitale	Anaclitique (s'appuie sur l'autre, dépendance à l'autre)	Fusionnelle Pas de distinction entre l'autre et Soi

(Bergeret, 2012)

Tableau 2: Fixations-régressions des trois organisations psychiques

Stade	Nosologie
Oral 1	Schizophrénie (fixation au stade oral précoce ou stade oral primitif)
Oral 2	Mélancolie / Manie (à la fin du stade oral et début du stade anal : La mélancolie se situe en effet au carrefour entre la fixation orale cannibalique et le sadisme (anal). La psychose maniaco-dépressive au stade oral tardif.
Anal 1	Paranoïa (fixation : premier sous stade anal)
Anal 2	Névrose obsessionnelle (fixation : stade sadique-anal)
Phallique	Hystérie (Fixation phallique-œdipienne)

En psychanalyse donc, la maladie psychique est conçue comme la résultante de conflits psychiques inconscients. Le schéma pathogène qui sert de modèle à ces pathologies est celui d'un traumatisme dans la petite enfance, au cours du développement libidinal, provoquant un blocage du processus évolutif. Le type de pathologie mentale va être mis en rapport avec les particularités de l'évolution libidinale de chaque sujet (stades). Les symptômes sont considérés comme des formations de compromis entre des fantasmes inconscients qui, sous l'influence des pulsions, cherchent à accéder à la conscience, et le contrôle vigilant qu'exerce la censure. De ce fait, la causalité psychique est mise à l'œuvre dans la perspective psychanalytique (la théorie freudienne est une théorie de l'inconscient pathogène). Par ailleurs, Freud était convaincu que de nombreux troubles psychiques ne constituaient qu'une simple extension des processus normaux (le normal et le pathologique se situent sur un continuum).

Dans ce cadre, Pirlot et Cupa (2012) estiment que la métapsychologie freudienne et post freudienne propose un éclairage des syndromes psychiatriques. L'approche psychanalytique offre les moyens de comprendre ce qu'aucun scanner, ni aucune statistique ne peuvent montrer, à savoir les dynamiques, les conflits et les déchirures psychiques sous-jacents à l'expression des troubles psychiques. Elle permet de comprendre le fonctionnement psychique en tentant de cerner les déterminismes inconscients de la symptomatologie (déterminisme inconscient et une causalité psychogène).

En sommes, selon le modèle psychanalytique, les troubles proviendraient de conflits psychiques inconscients.

3. Avantages et limites du modèle psychanalytique :

3.1. Les avantages :

Selon Pervin (2005), la première contribution importante de Freud tient donc dans la richesse de ses observations concernant le comportement humain. En deuxième lieu, il s'intéresse à la complexité du comportement humain et élabore une théorie qui tient compte de tous ses aspects. Aucune autre théorie ne se compare à la théorie psychanalytique quand il s'agit d'expliquer un éventail aussi vaste de comportements. Il en existe peu qui accorde une attention comparable à l'être humain dans sa totalité.

3.2. Les limites

Selon Pervin (2005), les critiques portent surtout sur deux points : le statut scientifique de la psychanalyse et la conception psychanalytique de l'être humain.

Concernant le premier point, cela renvoie au système d'énergie figurant dans la théorie psychanalytique. Ce système est aujourd'hui dépassé, la recherche démonte clairement son insuffisance. De plus, les termes employés en psychanalyse sont ambigus, on y trouve de nombreuses métaphores et analogies. Même lorsque les concepts sont bien définis, ils sont souvent trop éloignés du comportement observable et mesurable pour être d'une quelconque utilité empirique. Par ailleurs, d'après de nombreuses critiques, les psychanalystes recourent à des observations influencées par la théorie pour corroborer la théorie. Nous sommes donc en présence d'une théorie qui est par moment confuse et souvent difficile à vérifier.

Même son de cloche chez Fontaine et Fontaine (2011) qui écrivent ceci : En privilégiant l'analyse du sens des conduites et d'un appareil psychique, le modèle psychodynamique néglige l'observation des données comportementales et des conditions environnementales. Il fige le comportement en lui accolant une étiquette symptomatique et scotomise l'étude des interactions entre le sujet et son environnement. Il ne retient que des hypothèses causales psychogénétiques se référant à des entités internes. Ainsi, la qualification descriptive d'un comportement est souvent transformée en un substantif explicatif. La dynamique de l'appareil psychique est conceptualisée au travers d'emprunts analogiques à d'autres disciplines telles que la physique, la physiologie, la biologie, etc.

Concernant le second point, Pervin (2005) aborde les critiques émises par les humanistes et par ceux qui défendent des conceptions existentialistes au sein de la psychologie et de la psychiatrie. Cette théorie ne rend pas justice aux efforts créatifs de la personne et à ses efforts

de réalisation de soi. L'auteur soutient également que la psychanalyse néglige les forces qui s'expriment dans la famille et dans la société et insiste sur les forces internes de l'individu.

Fantini-Hauwel (2018) estime que le modèle freudien a suscité et suscite encore de nombreuses critiques tant sur le plan méthodologique que théorique. L'absence de données d'observations limitant toute mise à l'épreuve de la théorie. Les spécificités des patients qui ont permis l'édification de sa théorie, de même que la culture et la période historique dans lesquels ces développements ont pris place (encore qu'on puisse considérer toute théorie comme étant « culture-dépendante ») sont autant d'arguments mis en avant par ses opposants. L'auteur ajoute que l'idée que le développement de la personnalité soit centré autour des pulsions sexuelles est une grande controverse même au sein de la psychanalyse, sans compter l'idée que la personnalité serait fixée à 6 ans. De nombreux psychanalystes ont exprimé leur désaccord et rompu avec la branche freudienne quant à l'importance de la sexualité si centrale dans la théorie freudienne. Alfred Adler et Gustav Jung se sont radicalement distanciés quant à la prééminence de l'inconscient sur le système conscient, ou quant à l'origine sexuelle des conduites humaines, introduisant dès lors le rôle de l'environnement social et des motivations conscientes comme éléments importants et déterminants des comportements.

Laudry-Cuerrier (2016) avance que les théories de Freud sont parfois considérées comme sexistes et biaisées. On reproche principalement à l'approche psychanalytique de ne pas être scientifique. Cette approche ne comporte aucune expérimentation ni mesure, bref aucune façon de prouver ou de réfuter les théories avancées. On accuse également cette approche d'accorder trop d'importance aux processus inconscients, aux expériences vécues dans l'enfance et aux pulsions sexuelles.

Synthèse du cours n°2

À l'origine des comportements selon la psychanalyse se trouverait l'organisation de la vie psychique, les interactions entre forces pulsionnelles et désirs ainsi que les conflits qui en résultent. La personnalité serait le résultat des conflits et compromis qui organisent le fonctionnement entre les différentes instances psychiques.

Le trouble psychique selon cette approche apparaît quand la personne est débordée par ses tensions intrapsychiques. L'approche psychanalytique pose donc que le symptôme est une formation de l'inconscient.

Le modèle psychanalytique propose la thérapie psychanalytique.

Cours n°3 : Le modèle comportemental (behavioriste) des troubles psychiques**Préambule :**

L'approche comportementale est souvent nommée « première vague des TCC ».

Définition du modèle behavioriste (comportemental) :

L'approche behavioriste ou comportementale est « *une école de pensée qui met l'accent sur le comportement observable et mesurable considéré comme le résultat d'un apprentissage au contact de l'environnement* » (Landry-Cuerrier, 2016, p.28).

Il s'agit également « *d'une approche théorique qui cherche à décrire et à expliquer le comportement humain (normatif et pathologique) à partir des principes expérimentaux du conditionnement classique, du conditionnement opérant et du modelage (ou imitation)* » (Dumas, 2005, p.453).

De ce fait, le behaviorisme se définit comme « *une science du comportement basée sur l'empirisme, c'est-à-dire, la preuve scientifique par l'expérimentation* » (Lecomte & Servant, 2020, p.5). Et comme « *une approche qui met l'accent sur l'étude des comportements observables, mesurables et quantifiables, et qui considère le développement comme le résultat d'un apprentissage, donc comme un ensemble de réactions à des stimuli et à des événements venant de l'environnement* » (Papalia & Martorell, 2019, p.17).

Le behaviorisme est lié au nom de Watson qui a été à l'origine de la révolution behavioriste. Le projet de Watson préconise une rupture radicale avec toute la psychologie antérieure : dans un article retentissant publié en 1913, il définit la psychologie comme « *une science naturelle purement objective* » dont « *le but est la prédiction et le contrôle du comportement* » (Pewzner, 2002, pp.271-272).

La révolution behavioriste a donc, au début du XXe siècle, engagé la psychologie scientifique de manière décisive dans une démarche objective en se donnant pour objet le comportement.

Le terme « comportement » est repris comme traduction française du terme anglais « behaviour », il se fixe scientifiquement en psychologie au début du XXe siècle : soit l'ensemble des réactions objectivement observables (Sinelnikoff, 2006, p.84).

Bien entendu, l'histoire du behaviorisme ne débute pas là, il est admis qu'il s'est appuyé sur des courants de recherches apparus plusieurs années auparavant, mais ce n'est pas l'objet de ce cours.

Création du behaviorisme :

Braunstein et Pewzner (2020) rapportent à ce propos qu'au début du XXe siècle, après une trentaine d'années de psychologie expérimentale, le sentiment était assez répandu que cette psychologie n'avait produit aucune découverte notable, et qu'elle se perdait dans des expérimentations et des mesures dont la signification était pour le moins obscure. Aux États-Unis, où la psychologie avait été institutionnalisée dans les universités par des élèves de Wundt, William James se fait l'écho de cette déception lorsqu'il note, dans ses *Principes de psychologie* (1890), que la psychologie n'est pas une science faite, mais une « science à faire », qui attend encore son Galilée. C'est dans ce contexte que se produit, avec John Broadus Watson la « révolution behavioriste », qui propose une rupture radicale avec toute la psychologie antérieure.

C'est en 1913 que John Broadus Watson (1878-1958) fait paraître dans la *Psychological review* un article retentissant sur « la psychologie telle que le behavioriste la voit », écrit un peu à la manière des manifestes des avant gardes littéraires ou artistiques de l'époque. Il propose une rupture radicale avec la psychologie introspective et définit la psychologie comme « une science naturelle purement objective », dont « le but théorique est la prédiction et le contrôle du comportement ». Son succès est très rapide : Watson semble élargir le champ de l'investigation psychologique et lui promettre des résultats indiscutables.

En effet, selon Hergenhahn et Henley (2016), lorsque Watson découvrit la psychologie objective russe, il y trouva une confirmation de ses propres découvertes. Ce que lui et les psychologues russes avaient en commun était le rejet de l'introspection et de toute observation du comportement fondée sur le mentalisme. Selon ces deux auteurs, plusieurs facteurs influencèrent la perspective behavioriste de Watson. Premièrement, un grand nombre de fonctionnalistes à Chicago et ailleurs aux États-Unis travaillaient directement sur le comportement sans utiliser l'introspection. Deuxièmement, Loeb avait montré le tropisme du comportement de certains organismes et de certaines plantes simples (une réaction automatique aux conditions environnementales). Troisièmement, la recherche sur les comportements animaux faisant appel à diverses manipulations expérimentales était devenue très populaire.

Cottraux (2020) note que Watson (1878-1958) invente le terme de « behaviorism » et publie en 1919 un essai, *Psychology from the Standpoint of a Behaviorist*, où il critique avec sévérité la psychologie mentaliste et associationniste du siècle précédent. Ce manifeste ainsi que son livre de 1925, *Behaviorism*, sont à l'origine d'un nouveau courant en psychologie qui est centré sur l'analyse expérimentale des comportements.

Barlow (2016) écrit qu'alors que la psychanalyse faisait son entrée dans le monde au début du XX^e siècle, d'autres événements en Russie et aux Etats-Unis finirent par fournir un autre modèle psychologique en tout point aussi puissant que la psychanalyse. Il s'agit du modèle comportemental, qui souligna, dans l'étude des aspects psychologiques de la psychopathologie, la nécessité d'une approche plus scientifique. Pour Parot (2011), le behaviorisme apparaît en réaction à la psychologie introspectionniste et spiritualiste. Debray, Granger et Azais (2010) estiment que c'est à partir des lacunes principales du modèle psychanalytique que se sont développées les théories comportementales prônant une approche scientifique, expérimentale et pragmatique des troubles qu'elles envisagent d'étudier.

L'approche comportementale adopte une méthodologie issue du raisonnement expérimental. Elle propose ainsi une explication des conduites humaines tant normales que pathologiques (idée de continuum), basée sur les théories de l'apprentissage (conditionnement classique, conditionnement opérant et apprentissage social).

1. Le fonctionnement psychologique normal selon le modèle comportemental :

Landry-Cuerrier (2016) rappelle que dans cette approche, les comportements d'une personne sont essentiellement appris ou acquis en réaction à des événements extérieurs. Ainsi, l'environnement exerce une grande influence sur le comportement d'un individu par l'entremise des apprentissages qui y sont effectués.

Langenfeld et Merckling (2013) écrivent que pour le comportementaliste, le sujet humain se caractérise par ses comportements. Un comportement est un enchaînement ordonné d'actions destinées à adapter l'individu à une situation telle qu'il la perçoit et l'interprète. Il est le résultat d'apprentissages et a pour objet l'adaptation de l'individu à son environnement. Les réponses comportementales réflexes se construisent dans les premières années de vie de l'enfant, en fonction des appuis et des modèles dont il dispose autour de lui. Il apprend à réagir à des stimuli et mémorise des réponses qu'il utilisera plus tard lorsqu'il rencontrera des situations entrant en résonance avec ses expériences primaires. Ce sont donc des réponses acquises dans l'enfance qui vont servir de soubassement aux comportements de l'adulte. La notion de conditionnement est donc très prégnante dans ce modèle. Le conditionnement est le mécanisme par lequel le comportement (une réponse) se met en place de manière automatique suite à la perception d'un stimulus.

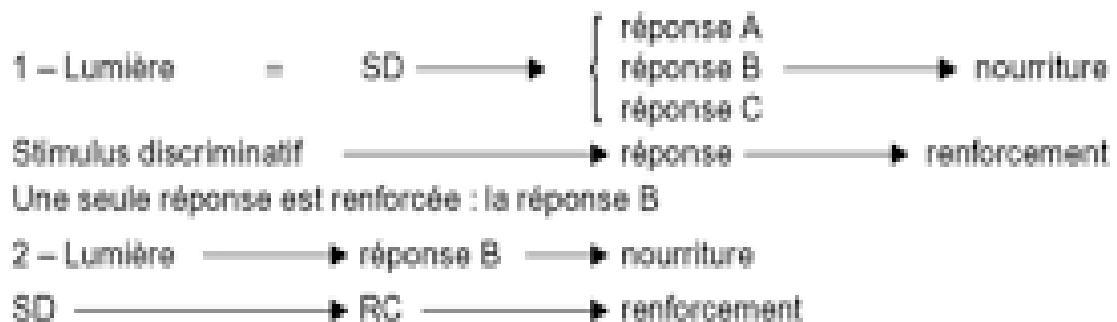
Vederine et Pelissolo (2015) rappelle que le conditionnement classique, découvert par **Pavlov**, et repris par **Watson**, montre qu'un organisme peut présenter une réaction physiologique ou

Conditionnement classique : déclenchement d'une réponse par association

2 - Si nourriture → salivation RC associé au SC lumière

3 – SC (lumière) seul → salvation RC

Conditionnement opérant : sélection d'une réponse par renforcement



SI : stimulus inconditionnel ; SC : stimulus conditionnel ; RI : réponse inconditionnel ;
RC : réponse conditionnelle ; SD : stimulus discriminatif.

Figure 4: Schéma comparatif du conditionnement classique et du conditionnement Opérant

(Cottraux, 2020, p.43)

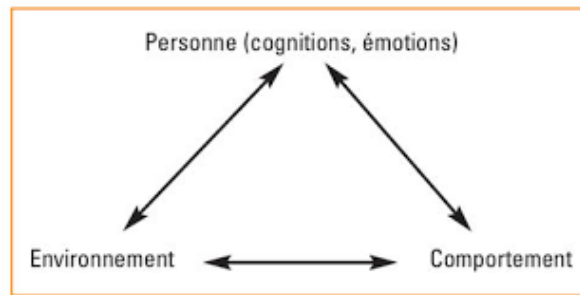


Figure 5 : Modèle bidirectionnel (d'après Bandura, 1977)

(Cottraux, 2020, p.57)

Le fonctionnement psychologique s'explique, selon Bandura, par les interactions existantes entre trois facteurs (causalité triadique réciproque) : La personne (P) (cognitions, affects, mécanismes biologiques), le comportement C (les actions que le sujet réalise), l'environnement E (l'environnement social et sociétal dans lequel on se trouve) (Lecomte & Servant, 2020, p.15).

De ce fait, et selon Leclère (2012), nous apprenons en continu par observation, imitation, acquisition. Cependant cet apprentissage suppose une capacité d'adaptation, dont les normes répondent à celles de la société et/ou de la culture. Elle résulte d'une interaction de l'organisme avec son environnement.

De plus, **Watson et Skinner** sont des adeptes du **béhaviorisme radical** puisqu'ils mettent l'accent sur l'influence du milieu sur le comportement et n'attribuent aucun rôle aux événements dits mentaux et aux états physiologiques. **Tolman, Hull et Guthrie** sont des adeptes du **béhaviorisme méthodologique** puisqu'ils acceptent la théorisation sur les causes internes du comportement (carte cognitive, pulsion physiologique, etc.). Plutôt que sur le comportement réflexe ou moléculaire, **Tolman** se concentra sur le comportement intentionnel ou molaire ; c'est pourquoi son approche est souvent nommée « béhaviorisme intentionnaliste ». Selon lui, le processus d'apprentissage va de la formation d'hypothèses concernant quels stimuli entraînent quels autres stimuli dans un environnement donné, à l'acquisition d'une attente puis d'une croyance. Dans la théorie de Tolman, le concept de confirmation remplace celui de renforcement, et le psychologue fait une importante distinction entre l'apprentissage et la performance (Hergenhahn & Henley, 2016, p.366).

Hull et ses disciples furent les premiers psychologues (et peut-être les derniers) à tenter de créer une théorie hypothético-déductive de l'apprentissage. Il passa d'abord en revue les recherches déjà effectuées sur l'apprentissage, puis il les résuma sous forme d'énoncés généraux, ou postulats. Tandis que Watson pensait que tout comportement s'explique en fonction des

associations entre les stimuli et les réponses, Hull en vint à la conclusion qu'il faut tenir compte d'un certain nombre de conditions intermédiaires. Pour Hull, les événements intermédiaires étaient surtout physiologiques et liés à des pulsions et des besoins innés. **Guthrie** créa une théorie de l'apprentissage très concise. Il explique tout apprentissage au moyen de la loi de la contiguïté, selon laquelle un modèle de stimuli et une réponse qui se produisent simultanément de viennent associés (Hergenhahn & Henley, 2016, p.350-351).

Ces notions de conditionnement classique et opérant vont servir de support théorique au développement des premières thérapies comportementales.

En sommes, selon les behavioristes, tous nos comportements seraient le résultat d'apprentissages fait à un moment ou un autre de notre vie. Des observations, des renforcements ou des punitions seraient à l'origine de ces comportements.

2. Du normal au pathologique selon le modèle comportemental :

Pour Pervin (2005), la position des théoriciens de l'apprentissage à propos de la psychopathologie peut s'énoncer comme suit : les principes de base de l'apprentissage fournissent une interprétation complètement satisfaisante des troubles mentaux et les explications selon lesquelles les symptômes auraient des causes sous-jacentes sont inutiles. D'un point behavioriste, les troubles du comportement ne constituent pas des maladies, mais bien des modèles de réponses apprises qui se conforment aux mêmes principes de comportement que tous les modèles de réponses. Les individus ne sont pas malades, ils ne répondent tout simplement pas de manière appropriée aux stimuli ; ou bien ils n'ont pas pu apprendre de réponses adaptées, ou bien les réponses apprises sont inadaptées. Dans le premier cas, on parlera de déficit comportemental. Lorsqu'une personne apprend une réponse inadaptée, le problème vient de ce que son milieu ou la société en général n'accepte pas cette réponse, soit parce qu'elle est inacceptable en soi, ou parce qu'elle survient dans des circonstances inappropriées.

Pour Pewzner (2002), il arrive qu'une réponse comportementale soit apprise dans des conditions défavorables et que sa généralisation se révèle par la suite problématique dans la vie d'une personne. Pour les behavioralistes, les troubles psychiques sont considérés comme des ensembles de comportements devenus inadaptés. Les conditions de l'apprentissage du comportement ayant disparu, le maintien de ce dernier peut devenir trop coûteux et aberrant. La personne malade est incapable d'entrer dans un comportement opérant. Les comportements pathologiques sont donc ceux qui ont un coût sans commune mesure avec le résultat obtenu et

entraîne souffrance et inadaptation. Selon toujours cette auteure, les états pathologiques, dans cette approche, sont le résultat d'un apprentissage inadéquat et c'est l'environnement dans lequel évolue l'individu qui le conditionne à développer des comportements réflexes en inadéquation avec la situation qu'il vit. Ainsi, les behavioristes ont élaboré une théorie de la maladie mentale conforme à leur conception de l'individu, en vertu de laquelle, par exemple, une névrose n'est rien d'autre qu'une somme de comportements désadaptés. Dans l'optique behavioriste, les comportements problématiques rencontrés chez les psychotiques obéissent aux lois de l'apprentissage et ne se distinguent des autres comportements que par un jugement de valeur concernant leur relation avec l'environnement du patient.

Pour Chaoult (2008), pour les comportementalistes, la compréhension de l'origine des maladies mentales et de leur traitement repose principalement sur la théorie de l'apprentissage, d'après laquelle les comportements peuvent être appris et désappris selon la manière dont ils sont influencés. La maladie mentale résulterait donc avant tout de comportements problématiques et pourraient être soulagée en agissant sur les facteurs qui les influencent. Ces facteurs se nomment « stimuli » et peuvent se manifester avant, pendant et après conditionnement. Selon cet auteur, les comportements jouent un rôle essentiel dans l'apparition, le maintien et l'accentuation de la psychopathologie ou de la maladie mentale, et la théorie de l'apprentissage occupe une place primordiale dans la compréhension et le traitement de la maladie mentale.

Pour Lecomte et Servant (2020), les troubles névrotiques sont conceptualisés dans une approche comportementale comme la résultante de facteurs de l'environnement, d'expériences d'apprentissage, de conditionnements influencés par des facteurs héréditaires.

En raison de tel jugement, les comportements respectifs sont qualifiés d'« inadaptés », d'« inappropriés », d'« inadéquats », de « dommageables ». Le symptôme n'est pas le signe d'un trouble latent, il est la maladie, de même que le comportement n'est pas le signe ou l'expression de structures cognitives ou affectives inobservables : une personne n'est rien de plus qu'un répertoire de comportements.

Pour Rathus (2009), le comportement pathologique est appris, à l'instar du comportement normal.

Cela implique, selon Ey (1989), qu'il n'y a pas de discontinuité entre comportement normal et comportement anormal. Les conduites sont apprises, maintenues et modifiées par les mêmes lois qu'il s'agisse du comportement normal ou pathologique (Fontaine, 1978, p.169). Cette théorie envisage les maladies mentales comme des réactions psychogénétiques aux situations

ou des échecs de l'adaptation (mal-ajustement, mauvais conditionnement par les facteurs de l'environnement).

Parot (2008) ajoute que, dans cette approche, la norme comme l'écart comportemental ne sont dépositaires d'aucune signification, ils ne sont que le résultat du fonctionnement ou du dysfonctionnement de mécanismes qui mettent en relation l'individu avec son environnement. L'origine du trouble réside dans une perturbation du processus de sélection ; l'individu a, en quelque sorte, été mal formaté, mal conditionné. Cette approche postule donc que se sont déroulés, dans le passé du sujet, des conditionnements inadéquats. Le psychologue behavioriste cherche les raisons du comportement actuel d'un patient dans l'histoire des renforcements reçus par ce dernier

Langenfeld et Merckling (2013), précisent que les behavioristes vont s'intéresser aux maladies mentales, que l'on a tort selon eux de nommer ainsi, car on devrait parler plutôt de maladies du comportement, que l'on peut traiter par le déconditionnement. Selon eux, les maladies dites mentales ne sont que le résultat d'un certain type de conditionnement ou d'inadaptation au milieu.

Selon Landry-Cuerrier (2016), pour l'approche behavioriste, le comportement normal est appris pour répondre de façon adaptée aux stimuli de l'environnement. De la même manière, le comportement anormal résulte d'un mauvais apprentissage ou d'un mauvais conditionnement, au cours duquel la personne a acquis un mode de réaction inapproprié pour tenter de s'adapter à son environnement. L'origine des troubles psychologiques selon les behavioristes est donc l'apprentissage d'un mauvais comportement pour essayer de s'adapter à l'environnement.

Pour Ghiglione et Richard (2017), les comportements anormaux (les symptômes), tout comme les comportements normaux, sont acquis et maintenus par apprentissage. Les behavioristes rejettent toute cause interne comme cause ultime du comportement. Ils attribuent, en échange, un rôle fondamental au milieu. Staats (1986) souligne, quant à lui, le rôle, dans l'apparition des symptômes, des milieux inadéquats d'apprentissage.

En effet, le behaviorisme social ou paradigmatique, élaboré par Staats, constitue une autre orientation dans le développement du behaviorisme. Certains le considère comme le behaviorisme de troisième génération (Ionescu, 2003, p.446).

Dès 1963, selon Ionescu (2019), Staats propose une nosographie dans laquelle le comportement anormal est abordé en termes « de lacunes comportementales, de comportements incorrects, de contrôle incorrect du stimulus et de systèmes de renforcement inadéquats ». Plus tard, Staats

(1986) note que cette première taxonomie du comportement anormal est très abrégée et expéditive. Les comportements anormaux sont regroupés, cette fois-ci, en deux catégories de base :

- Les lacunes comportementales, catégorie qui réunit les comportements qui, par leur absence, nuisent à l'adaptation de la personne à son environnement social ou physique ;
- Les comportements incorrects ou inadéquats qui nuisent par leur présence à l'adaptation.

Dans le cadre de son approche du comportement anormal, Staats (1986) insiste sur l'importance de l'histoire d'apprentissage du patient. En étudiant cette histoire, le clinicien devrait s'intéresser aux conditions d'apprentissage que Staats décrit comme lacunaires ou inadéquates. Dans une perspective psychopathologique, les lacunes comportementales ou les comportements inadaptés du sujet affectent l'environnement social de celui-ci qui, à son tour, influe sur le développement comportemental futur du sujet

Ainsi, pour Boudoukha et Graziani (2021), ce sont les lois de l'apprentissage qui sont au cœur de la théorie behavioriste du symptôme. En effet, pour la psychopathologie behavioriste, les comportements anormaux ou normaux sont acquis et maintenus selon les mêmes lois générales de l'apprentissage. Les behavioristes (ou comportementalistes) considèrent donc que les personnes n'ont pas une souffrance mentale de manière innée mais qu'elle a été acquise (ou apprise) en raison de conditionnements pathologiques. En conséquence, une attention particulière est accordée à l'histoire de l'apprentissage du patient et aux conditions d'apprentissage décrites comme lacunaires ou incorrectes. On s'intéresse tout particulièrement aux conditions contribuant au maintien des comportements anormaux et à l'interaction de ces comportements avec l'environnement où ils sont émis. Le symptôme y apparaît comme un apprentissage, comme une modification du comportement. Ainsi, la souffrance mentale est le fruit d'un apprentissage dysfonctionnel. C'est donc par un réapprentissage que se joue la prise en charge comportementale de la souffrance. Si le sujet souffre psychiquement, c'est en raison, d'une part, d'une histoire d'apprentissages problématique.

Le symptôme est un vice de conditionnement. Pour les behavioristes, le symptôme est simplement un comportement inadéquat qui doit disparaître par la mise en œuvre d'une technique de conditionnement appropriée. L'approche behavioriste rejette les causes internes et l'accent est placé sur l'environnement. Les symptômes sont alors considérés comme des réponses conditionnées inadaptées résultant d'un apprentissage inadéquat et déterminées notamment par le milieu (Déterminisme extérieur du comportement : L'environnement).

Les troubles psychopathologiques correspondent alors à des comportements pathologiques, déviants, inadaptés, incorrects, inadéquats ou indésirables (les troubles sont des lacunes comportementales et des comportements incorrects). Selon ce modèle, les comportements anormaux résultent d'un apprentissage. Ces comportements pathologiques sont acquis à partir de conditionnements, d'observations, d'imitations et de renforcements. Le comportement n'est pas conçu comme le signe d'un état sous-jacent, mais comme le trouble à part entière. Pour eux, on peut donc dire qu'un trouble psychique est surtout un trouble du comportement. (Causalité comportementale) (ce comportement sera le comportement-cible/ symptôme cible de la thérapie comportementale qui visera à corriger, faire disparaître ou remplacer ce comportement par un autre).

De plus, selon Pervin (2005) dans la théorie de Bandura, le comportement inadapté résulte d'un apprentissage dysfonctionnel. Comme c'est le cas pour tout apprentissage, les réponses inadaptées peuvent avoir été apprises par expérience directe ou par observation, c'est-à-dire parce que des modèles inadéquats ou « pathologiques » ont été proposés. Ainsi, selon Bandura, le fait que les parents eux-mêmes se modèlent sur des formes de comportement anormales constitue souvent un facteur causal important dans l'apparition d'un trouble mental. Une fois ces comportements appris par observation, il est probable que leur maintien est attribuable au renforcement direct et à l'observation. Si l'apprentissage de certains comportements et réactions émotionnelles qui se manifestent au grand jour est important en psychopathologie, la théorie de Bandura insiste également sur le rôle joué par les attentes et conceptions de soi dysfonctionnelles. En somme, les gens acquièrent des répertoires de comportements inadéquats, qualifiés de « maladifs » ou de « pathologiques », pour les raisons suivantes : leurs comportements adaptés n'ont pas été renforcés ; ils ont été punis pour des comportements qu'on jugerait maintenant adaptés ; leurs comportements inadaptés ont été renforcés ; ou bien on a renforcé dans des circonstances inappropriées certains comportements qui sont adaptés dans d'autres circonstances.

Ionescu (2017) ajoute que pour les behavioristes, les comportements anormaux (les symptômes), tout comme les comportements normaux, sont acquis et maintenus par apprentissage. Les behavioristes attribuent un rôle fondamental au milieu.

En définitive, les behavioristes rejettent toute cause interne comme cause ultime du comportement et lient l'apparition de tout comportement à l'environnement du sujet.

Exemples**2.1. La phobie dans le modèle comportemental**

Les phobies sont considérées comme des réactions de peur conditionnées. Une fois acquise, la peur, qui anticipe la situation pénible, motive l'acquisition de comportements d'évitement qui vont persister, car l'évitement réduit la tension anxieuse, ce qui renforce la conduite de fuite. Fuyant la situation phobogène, le phobique perd l'occasion de bénéficier du processus habituel d'extinction : une réponse conditionnée s'éteint lorsqu'elle n'est pas renforcée par la survenue du stimulus inconditionnel. Le comportement phobique induit des bénéfices affectifs secondaires, par son action sur les proches et les réactions qu'il suscite, qui ne peuvent que favoriser la persistance du symptôme (Pewzner, 2011, p.179).

2.2. Les attaques de panique et agoraphobie dans le modèle comportemental

1. L'attaque de panique va se déclencher soudainement sans lien précis avec un stimulus déclencheur externe.
2. L'attaque de panique représente un stimulus inconditionnel qui va s'associer fortuitement à la première situation où elle a eu lieu : celle-ci deviendra alors une situation phobogène et le sujet développera une phobie circonscrite.
3. La répétition des attaques de panique dans des lieux variés va entraîner une généralisation des situations phobogènes.
4. Des phénomènes de conditionnement intéroceptif vont se surajouter : le sujet qui a fait une tachycardie au cours d'une attaque de panique va percevoir toute accélération cardiaque comme le début d'une nouvelle attaque de panique. Cette interprétation déclenchera une nouvelle attaque.
5. Des situations de plus en plus nombreuses sont évitées pour ne pas ressentir les conséquences néfastes d'un affrontement (conditionnement opérant par renforcement négatif). C'est le stade des phobies multiples et de l'évitement du contact social, de peur de présenter une attaque de panique en public (Cottraux, 2020, p.79).

Le behaviorisme a dominé ainsi la psychologie américaine jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale. Toutefois, les néo-behavioristes reconnaissent l'importance des variables intermédiaires entre stimulus-réponse. Par ailleurs, dans les années 1950, s'est développé un mouvement qui s'est élevé contre les excès du behaviorisme : la psychologie cognitive.

2.3.Le stress post-traumatique dans le modèle comportemental

Les comportementalistes pensent que le conditionnement pavlovien est à l'œuvre dans ce trouble, notamment en ce qui concerne les reviviscences post-traumatiques, ou « flash-backs ». Par exemple, certains sons ou images (comme le bruit de freinage d'une voiture) rappelant des perceptions vécues lors de la scène traumatique (comme un accident de voiture) vont être à l'origine d'angoisses chez le patient. Dans ce cas, le stimulus inconditionnel est la collision imminente de la voiture, le stimulus conditionnel est le bruit de freinage et la réponse conditionnelle correspond aux manifestations aiguës d'angoisse. De la même manière que le simple son de cloche faisait saliver dans l'expérience de Pavlov, ici tout bruit ressemblant à un freinage entraînera une réaction aiguë et intense de peur, y compris dans des contextes très différents de l'accident initial (Lecomte & Servant, 2020, p.13).

En sommes, selon le modèle comportemental, les comportements anormaux s'acquièrent par apprentissage et renforcement.

3. Avantages et limites du modèle comportemental

3.1.Avantages

Pour Pervin (2005), les approches fondées sur l'apprentissage ont apporté trois contributions majeures à la psychologie : 1- attachement envers la recherche méthodique et l'avancement théorique ; 2- reconnaissance et approfondissement de l'influence des variables situationnelles et environnementales sur le comportement ; 3-approche pragmatique de la thérapie, ouvrant ainsi d'importantes avenues. De plus, ce modèle est caractérisé par le parti pris pour l'empirisme et pour la recherche méthodique. Un autre point fort est la reconnaissance et l'approfondissement de l'influence des variables situationnelles et environnementales sur le comportement. Enfin, ce paradigme a permis d'élaborer des procédés de modification comportementale incontournables.

Pour Landry-Cuerrier (2016), l'approche comportementale se démarque par son côté scientifique et rigoureux. Elle a permis de découvrir de nombreuses applications utiles notamment en éducation, ainsi qu'une meilleure compréhension et de meilleurs traitements de la psychopathologie.

Pour Papalia et Martorell (2019), le comportementisme a contribué à rendre plus rigoureuse l'étude du développement. Cette approche nous permet de mieux comprendre non seulement les mécanismes à l'œuvre dans l'apprentissage, mais aussi comment nous subissons, même à notre

insu, l'influence de l'environnement. Parmi les principales contributions du béhaviorisme se trouvent les programmes conçus pour obtenir des modifications rapides du comportement.

3.2.Limites

Pour Pervin (2005), les limites de cette approche sont notamment les suivantes :

- 1- La simplification abusive de la personnalité ; certains phénomènes importants sont laissés de côté ;
- 2- Absence d'une théorie unique, globale et fossé entre théorie et pratique.

Pour Landry-Cuerrier (2016), on a reproché au béhaviorisme de se centrer uniquement sur la disparition des symptômes comportementaux et de négliger les causes profondes ou la source d'un problème. De plus, on peut penser que l'approche comportementale accorde trop d'importance au comportement et au déterminisme de l'environnement, et pas assez à tous les autres éléments potentiellement influents comme les facteurs biologiques, héréditaires, cognitifs, inconscients, etc.

Pour Lecomte et Servant (2020), il est parfois reproché aux premiers behavioristes de considérer que les êtres humains subissent ces conditionnements, comme s'ils n'étaient pas doués de libre arbitre et que tous leurs choix étaient déterminés en fonction de leurs conséquences sur leur environnement.

Synthèse du cours n°3

Le béhaviorisme est une école de psychologie fondée par Watson qui faisait du comportement l'objet d'étude de la psychologie et avait pour objectif de le prédire et de le contrôler. **Le néobéhaviorisme** résulte de l'intégration du béhaviorisme et du positivisme logique. En effet, Le néobéhaviorisme est issu de l'intégration du béhaviorisme, qui insiste sur le fait que l'objet de la psychologie doit être le comportement manifeste, et du positivisme logique, qui accepte la théorie et exige que les concepts soient définis de façon opérationnelle.

John B. Watson (1878-1958), psychologue américain, est considéré comme le créateur du comportementalisme (connu initialement sous le nom anglais de behaviorisme). Les travaux de Watson seront poursuivis par Burrhus Frederick Skinner, psychologue et psycholinguiste américain (1904-1990). Plus tard, Alain Bandura, psychologue canadien, introduit la théorie de l'apprentissage (dite aussi théorie sociale cognitive). Le modèle comportemental a ainsi largement contribué à la compréhension et au traitement de la psychopathologie.

Pour les behavioristes, les comportements de l'individu sont le reflet d'un processus d'apprentissage : lois du comportement (association entre le stimulus et la réponse) : Stimulus

→ réponse/expérience ou événement → comportement

Le stimulus est un phénomène (expérience, événement, objet) qui provoque une réponse ou une réaction (réflexe ou volontaire) chez l'individu. La réponse est un comportement (réflexe ou volontaire) qui est associé au stimulus. L'individu apprend à associer un stimulus à un comportement : ce processus s'appelle conditionnement. Il en existe deux sortes : Conditionnement répondant (expérience du chien de Pavlov) (Watson) et Conditionnement opérant ou instrumental (Thorndike, Skinner).

L'approche behavioriste ou comportementale attribue le trouble psychologique à l'apprentissage de mauvais comportements. Le symptôme apparaît dans les modèles behavioristes comme le résultat d'un apprentissage dysfonctionnel, s'exprimant par un comportement pathologique.

Le modèle comportemental propose la thérapie comportementale.

Cours n°4 : Le modèle cognitif des troubles psychiques

Préambule

L'approche cognitive est souvent nommée « deuxième vague des TCC ».

Définition du modèle cognitif

L'approche cognitive est « *une école de pensée qui met l'accent sur les pensées (cognitions), les croyances, les attitudes et les interprétations d'une personne* » (Landry-Cuerrier, 2016, p.30).

L'approche cognitive est « *une façon d'aborder le fonctionnement humain mettant l'accent sur les processus mentaux, plus particulièrement sur la façon dont ces derniers traitent l'information* » (Parent & Cloutier, 2013, p.18). L'approche cognitive est « *une qui s'intéresse aux processus cognitifs tels que la perception, la mémoire ou la pensée, ainsi qu'aux comportements qui en résultent* » (Papalia & Martorell, 2019, p.22).

Né dans les années 1950, le cognitivisme, d'après Langenfeld et Merklings (2024), est issu de la recherche scientifique concernant les processus psychiques liés à la connaissance ayant mis en évidence que le cerveau opérait des actions complexes de traitement des informations reçues de l'extérieur et du monde intérieur. Pour Braunstein et Pewzner (2020), la révolution cognitive apparaît au confluent de différentes recherches, menées dans les années quarante et cinquante par des mathématiciens, ingénieurs, informaticiens ou linguistes.

Braunstein et Pewzner (2020) indique que le psychologue George Miller a pu donner une date de naissance précise à la psychologie cognitive : ce serait le 11 septembre 1956, date d'un séminaire sur la théorie de l'information.

Bien entendu, l'histoire du cognitivisme ne débute pas là, mais telle chose n'est pas l'objet ni l'objectif de ce support.

Création du cognitivisme :

Tout au long de la majeure partie de l'histoire de la psychologie, la cognition humaine a été étudiée d'un point de vue philosophique. C'est J. S. Mill qui a fourni le cadre d'étude scientifique de la cognition humaine. Fechner, Ebbinghaus, James, Bartlett et Piaget ont été les premiers psychologues à démontrer qu'on pouvait étudier la cognition humaine de façon expérimentale. Les autres pionniers de la psychologie cognitive étaient les gestaltistes Hebb, Wiener, Shannon et Weaver. Pendant les années 1950, l'intérêt pour la psychologie cognitive

expérimentale s'est accru principalement grâce aux efforts de George Miller, Broadbent, Lashley, Festinger, Bruner, Chomsky et des psychologues humanistes (Hergenhahn & Henley, 2016, p.512).

Braunstein et Pewzner (2020) rapportent que si l'on se place d'un point de vue interne à l'histoire de la psychologie, le cognitivisme apparaît comme une révolte contre le behaviorisme, qui avait dominé la psychologie américaine jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale, et dont le cognitivisme est d'une certaine manière l'exact opposé. Alors que le behaviorisme avait délibérément fait l'impasse sur ce qui intervient dans la « boîte noire », entre le stimulus et la réponse, le caractère principal de cette psychologie cognitive, c'est qu'elle s'intéresse à nouveau à l'esprit (*mind*, en anglais), en particulier à la cognition. On se souvient du slogan de Skinner «*neither mind, nor neurons*» («ni esprit, ni neurones»), qui refusait à la fois le réductionnisme biologique et ce qu'il appelait le «*mentalisme*», c'est-à-dire l'idée d'un esprit indépendant. Contre cela, le cognitivisme affirme l'existence d'un niveau d'études propres à l'esprit, qui ne se réduit ni à des mécanismes neurologiques, à la manière de Pavlov, ni à des traits sociaux ou culturels, à la manière de Freud. Le behaviorisme ne permettait pas de répondre à des problèmes aussi importants que ceux du langage, de la résolution de problèmes ou de la mémoire qui sont au contraire au cœur du cognitivisme. À l'inverse le cognitivisme se désintéresse de problèmes qui étaient centraux pour le behaviorisme, comme ceux du comportement et de l'apprentissage. La sortie du behaviorisme se préparait d'ailleurs déjà dans l'œuvre de certains néo-behavioristes, comme Tolman, qui, avec le concept de « cartes cognitives », se tournaient à nouveau vers l'étude des processus intelligents.

Comme le rapporte Benedetto (2008), l'introduction de variables intermédiaires insérées entre le stimulus et la réponse et pouvant rendre compte des conditions d'élaboration de celle-ci, va inciter les psychologues à s'intéresser aux opérations complexes, non directement observables, qui s'intercalent entre l'environnement et les réponses comportementales. Les concepts d'information, de connaissance et surtout de représentation, bénéficiaires par ailleurs du développement accéléré des théories de l'information et surtout de celui de l'informatique, vont modifier totalement les modèles de fonctionnement de la psychologie.

Le cognitivisme pour se présentait comme une nouvelle révolution capable d'élargir le champ des thérapies comportementales, voire, pour certains, de faire sortir la psychologie de la « longue et ennuyeuse nuit du behaviorisme (Fontaine & Fontaine, 2011, p.29).

De plus, l'approche cognitive ne s'est pas seulement positionnée contre les approches comportementales classiques, qui excluaient la vie psychique de la compréhension des troubles psychiques, elle s'est également construite contre la psychanalyse (Bouvet, 2020, p.36).

Selon Pewzner (2002), l'histoire du cognitivisme en psychologie est liée aux travaux des anglo-saxons George Miller, Jerome Bruner, Galanter et Pribam. En 1960, Miller, Galanter et Pribam publient un ouvrage intitulé « Plans et la structure du comportement » (Plans and the structure of Behavior), sorte de manifeste contre le courant behavioriste. Le behaviorisme avait fait l'impasse sur ce qui se passe entre le stimulus et la réponse, c'est-à-dire sur ce qui intervient dans la « boîte noire » ; la psychologie cognitive s'intéresse au contraire à l'esprit, et tout particulièrement à la cognition. Le cognitivisme affirme l'existence d'un domaine d'études propre à l'esprit : celui-ci ne peut être réduit ni à des mécanismes neurologiques ni à des données sociales ou culturelles. Se désintéressant des problèmes de comportement et d'apprentissage chers au behaviorisme, le cognitivisme se tourne vers l'étude du langage et de la mémoire.

À cet effet, la doctrine du modèle cognitif peut être résumée comme suit :

Stimulus → Schéma cognitif → Réponse

Figure 6: Modèle cognitif : traitement de l'information

(Cottraux, 2020, p.64)

Ainsi, l'approche cognitive est relativement récente et encore en pleine évolution. Elle se centre sur les cognitions, c'est-à-dire sur les pensées et tout ce qui s'y rattache. On parle ici de raisonnements, d'interprétations, de croyances, d'attentes, d'attitudes, etc. Selon les cognitivistes, l'interprétation que fait un individu d'un événement détermine ses émotions et ses comportements, pas l'événement lui-même. Ainsi, une personne traite l'information en fonction de ses expériences ; elle sélectionne, organise et interprète les stimuli dans son environnement de façon unique (Landry-Cuerrier, 2016, p.32).

Cette psychologie dont l'origine historique relève de l'étude de l'intelligence artificielle (l'homme fonctionnerait *comme* un ordinateur), se définit comme scientifique du fait qu'elle forge ses conclusions sur des faits observables, vérifiables, et une démarche reproductible et codifiée (Rézette, 2008, p.143).

1. Le fonctionnement psychologique normal selon le modèle cognitif :

Le modèle de l'ordinateur représente selon Pewzner (2002) la métaphore principale du domaine cognitiviste. L'idée que notre esprit fonctionne comme un ordinateur, qu'il est un processus de traitement de l'information est une idée tout à fait centrale. Parent et Cloutier (2013) précisent que selon l'approche cognitive, l'humain construit sa personnalité dans sa façon d'interpréter la réalité.

Selon Pervin (2005), la théorie cognitive interprète le comportement en fonction de la cognition. C'est-à-dire qu'elle est axée sur la façon dont nous percevons les événements, dont nous les interprétons en relation avec les structures existantes et dont nous nous comportons en relation avec ces interprétations (la notion de construit selon Kelly). Les cognitions déterminent les émotions et le comportement de manière cruciale.

Fantini-Hauwel (2018) ajoute que dans l'approche cognitive, notre personnalité serait construite au travers de nos interprétations des interactions sociales ou des événements qui jalonnent notre vie mais aussi des réponses qui en découlent. La construction de nos interprétations, de nos schémas, représentation du monde et des autres découlant du processus sous-jacent qu'est l'apprentissage. La personnalité influencerait sur nos perceptions, notre façon de penser ou d'agir.

Ainsi, Langenfeld et Merklings (2024) notent que les comportements et affects vécus par le sujet sont en lien avec des informations qu'il reçoit en provenance du monde extérieur et de son propre organisme. Ces informations prennent sens pour lui après avoir été sélectionnées et traitées par son système cognitif à partir de deux types d'éléments : les éléments structurels (Schémas+ Postulats) et les éléments processuels (Processus+ Evènements cognitifs). Pour le modèle cognitif, les cognitions sont des habitudes de pensées. Les représentations mentales sont organisées en schémas cognitifs (croyances) inconscients, et ceux-ci s'actualisent en permanence en fonction des stimuli extérieurs. Ces schémas de pensée acquis par l'apprentissage restent stockés dans la mémoire de la personne et des processus cognitifs les transforment en pensées automatiques facilement accessibles à la conscience. Ces schémas cognitifs trouvent leur origine dans l'éducation, l'apprentissage social et les expériences individuelles de chaque individu.

Pour Sinelnikoff (2006), l'idée de base est que, au cours de notre existence, se sont constitués des « schémas cognitifs » (croyances, attitudes, valeurs) à travers lesquels nous appréhendons le monde et les diverses situations que nous y rencontrons (schéma cognitif = Ensemble de

règles générales, acquises dans l'enfance, qui guident nos comportements). Ces schémas cognitifs qui échappent à notre conscience peuvent entraîner des distorsions dans notre façon de percevoir les autres, de nous percevoir, dans nos expériences de la vie.

2. Du normal au pathologique selon le modèle cognitif :

En matière de psychopathologie, les perspectives cognitives viennent, selon Gerrig et Zimbardo (2008), compléter la vision comportementaliste. Elle suggère que l'origine des troubles psychologiques ne réside pas toujours dans la réalité objective des stimuli environnementaux, des renforcements successifs et des réactions manifestes. La manière dont les gens conçoivent et perçoivent leur propre personne, mais aussi leur relation avec l'autre et avec leur environnement importerait tout autant.

Selon Pervin (2005) pour Kelly, les troubles mentaux représentent des façons inadaptées de répondre à l'anxiété, ils découlent d'un dysfonctionnement du système de construits. Pour Kelly, les troubles mentaux découlent d'un dysfonctionnement du système de construits. Ces troubles sont liés à l'anxiété et aux efforts infructueux visant à rétablir l'impression qu'il est possible de prévoir les événements. Ainsi, les troubles mentaux traduisent les efforts de l'individu pour se protéger contre l'anxiété et contre la menace en recourant à des mécanismes de défense. Pour Kelly, le comportement anormal suppose qu'on déploie des efforts pour maintenir l'intégrité du contenu et de la structure d'un système de construits qui mène de manière répétée à des prévisions erronées ou invalidées. Le comportement anormal suppose une adhésion rigide à un système de construits erronés.

Pour Fantini-Hauwel (2018), Kelly, engagé dans une pratique de psychothérapeute, suggère que la détresse psychologique survient lorsqu'il y a impossibilité à comprendre ce qu'il se passe et trouver une signification aux événements qui se produisent. L'anxiété serait ainsi la résultante de l'impossibilité à comprendre et donner du sens aux circonstances de vie. Lorsque les événements ne s'ajustent pas à nos modèles et ne sont pas compris, il y a alors nécessité de modifier les construits existants ou d'en former de nouveaux. Le sentiment de menace (anxiété) est une condition qui vient freiner la mise à jour des construits existants. Une préoccupation excessive sur d'anciens construits ne permet pas leur modification, ni la formation de nouveaux construits, de même que le manque d'environnement social ou d'expérience est également un facteur limitant. Si les construits sont trop rigides et imperméables aux expériences, ils ne changent pas et ne permettent pas de s'ajuster aux nouvelles expériences.

Ainsi, pour Pervin (2005), les troubles mentaux résultent de cognitions inadaptées ou fausses, ou encore des distorsions cognitives concernant le soi, les autres et les événements ; les divers troubles découlent de différentes cognitions ou de différentes façons de traiter l'information. Les cognitions erronées ou inadaptées occasionnent des émotions et des comportements problématiques, qui engendrent à leur tour des cognitions problématiques ; il peut ainsi s'instaurer un cercle vicieux où la personne agit de manière à confirmer et à conserver ses distorsions cognitives et ses croyances erronées. La psychopathologie résulte de cognitions irréalistes et inadaptées.

Pewzner (2002) précise que l'hypothèse de base est que certains des affects (anxieux, dépressifs) sont créés ou majorés par une attitude non réaliste du sujet ou par une distorsion perceptive des informations reçues, et qu'ils sont accentués par un monologue intérieur inadéquat. Le déprimé a une version erronée et pessimiste de lui-même, du monde et de l'avenir. Il s'agit donc d'un dysfonctionnement cognitif.

Ainsi, une des hypothèses centrales les sous-tendant, selon Vederine et Pelissolo (2015), est que les hommes seraient plus affectés par l'interprétation qu'ils ont des événements que par les événements eux-mêmes. Les patients anxieux ou déprimés présenteraient des mécanismes inconscients et automatiques, appelés schémas ou croyances, qui traiteraient les informations de façon erronée donnant lieu à des pensées automatiques négatives. Ces interprétations « biaisées » seraient influencées par des schémas profonds et rigides, ancrées dans la personnalité du sujet.

Landry-Cuerrier (2016) ajoute que selon cette approche, le trouble psychologique provient d'une perturbation du traitement de l'information, c'est-à-dire des pensées irrationnelles, des distorsions cognitives ou de fausses croyances qui déforment le raisonnement de la personne ou sa perception de la réalité. La façon dont l'individu perçoit, interprète et mémorise les situations est altérée d'une façon négative, pessimiste et dramatique, voire catastrophique. Ainsi, les distorsions cognitives font vivre des difficultés émotionnelles comme la souffrance et l'impuissance, qui donnent lieu à des comportements inadaptés et pathologiques, voire à un trouble psychologique.

Langenfeld et Merckling (2024) précisent que pour les cognitivistes, les états pathologiques apparaissent quand il y a une trop grande distorsion entre les schémas de pensée développés par une personne et la réalité. En effet, quand des schémas de pensée deviennent trop rigides et leur utilisation trop massive, la pathologie apparaît. Jeffrey Young a défini un certain nombre de

schémas précoces inadaptés intégrés dès l'enfance et pouvant générer certains troubles chez l'adulte. Ainsi, lorsque les schémas sont trop rigides et trop péjoratifs, ils génèrent alors souffrance et inadaptation en entraînant un rapport au monde biaisé. C'est la pathologie.

Dans ce cas, les symptômes sont à comprendre comme des traductions cliniques de la perturbation du traitement de l'information. Un schéma cognitif péjoratif, de dangerosité du monde par exemple, impose au sujet une confirmation régulière dans les rapports qu'il entretient avec le monde. Il vit donc un monde qu'il perçoit comme dangereux, ce qui est certes angoissant et contraignant, mais qui lui permet de conserver une impression de cohésion et d'accord avec lui-même (et son histoire) car ce qu'il constate correspond à ce qu'il pense et ressent. Cependant, à un moment donné, le décalage entre la réalité partagée et celle perçue par le sujet est telle qu'elle crée des difficultés dans ses interactions avec le monde. C'est le symptôme (Langenfeld & Merckling, 2013, p.61).

À cet effet, les cognitivistes postulent que chaque trouble psychopathologique peut être mis en relation avec des schémas spécifiques : schémas d'interprétation négative des événements (dépression), schémas de danger (phobie, attaque de panique), schémas de sur-responsabilité (trouble obsessionnel compulsif).

Donc, les pathologies psychiques s'expliqueraient dans ce modèle selon Gasman et Allilaire (2007) par une distorsion des schémas cognitifs et ceux-ci sont la cible des thérapies cognitives. Le cognitivisme considère les troubles des conduites et des comportements, de même que les symptômes d'allure névrotique, comme relevant de dysfonctionnements dans les programmes d'apprentissage.

Parmi ces distorsions cognitives, Langenfeld et Merckling (2013) citent :

- **L'inférence arbitraire** : consiste à tirer des conclusions sans preuves. C'est imaginer un scénario catastrophique qui a peu de chance de se réaliser.
- **L'abstraction sélective** : consiste à se concentrer sur un détail d'une situation en occultant le contexte global.
- **La surgénéralisation** : consiste à étendre à toutes les situations possibles une expérience négative vécue dans une situation isolée.
- **La minimalisation** : consiste à attribuer une plus grande valeur aux échecs et aux événements négatifs, et à dévaloriser les réussites ainsi que les situations heureuses.
- **La personnalisation** : consiste à surestimer les relations entre les événements défavorables et l'individu « c'est de ma faute si mon conjoint m'a quitté »

- **Le déni ou la disqualification du positif** : se manifeste par exemple par une affirmation telle que « c'est un hasard si j'ai réussi ».
- **Le raisonnement émotionnel** : c'est présumer que ce qu'on le ressent correspond à la réalité.
- **La lecture des pensées d'autrui** : c'est déduire que quelqu'un pense quelque chose de négatif sur soi sans l'avoir vérifié.

Dans ce cadre, la psychopathologie cognitive selon Braconnier (2006) se propose d'identifier les dysfonctionnements cognitifs spécifiques d'un trouble mental et de les articuler de manière explicative, d'une part à notre connaissance clinique, et de l'autre à notre savoir concernant les processus cérébraux et ce modèle postule que les perturbations psychopathologiques ont, à leur base, des altérations du traitement de l'information en relation avec des schémas cognitifs, automatiques, inconscients et spécifiques à chaque trouble.

Le modèle cognitif actuel des troubles psychopathologiques peut se résumer en dix propositions.

1. Les schémas représentent des interprétations personnelles et automatiques de la réalité : ils traitent donc l'information de manière inconsciente.
2. Ils influent sur les stratégies individuelles d'adaptation.
3. Ils se manifestent par des distorsions cognitives et des biais spécifiques à chacun des grands types psychopathologiques. En clair, ce sont des pré-jugés ou des « attitudes dysfonctionnelles ».
4. Ces schémas peuvent être à la base de la personnalité, en particulier les schémas précocement acquis.
5. Ils se traduisent par une vulnérabilité cognitive individuelle.
6. Chaque trouble psychopathologique résulte d'interprétations inadaptées concernant soi-même, l'environnement actuel et le futur. Par exemple : les schémas d'interprétation négative des événements dans la dépression, les schémas de danger dans les phobies et les attaques de panique, les schémas de sur-responsabilité dans le trouble obsessionnel compulsif.
7. Ces schémas se traduisent par une attention sélective vis-à-vis des événements qui les confirment : ils représentent donc une prédiction qui se réalise.
8. Les schémas pathologiques sont des structures mentales sélectionnées par un environnement et devenues inadaptées à un autre environnement. Ils peuvent avoir

présenté une valeur de survie dans l'histoire de l'individu ou bien celle de l'espèce dont ils représentent un vestige, qui a survécu à son utilité pratique.

9. Ils correspondent à des réseaux de neurones, gérant à la fois les émotions, les croyances et les comportements.
10. L'activation des émotions et des pensées automatiques qui leur sont associées permet d'accéder au schéma. On entend par pensée automatique une image ou une pensée dont le sujet n'est pas conscient à moins de se focaliser sur elle. Lorsque le sujet, au cours d'une séance de thérapie, ressent une forte émotion, le thérapeute lui demande quelle est la pensée ou l'image qui lui vient à l'esprit. Cette mise au jour de constellations de pensées automatiques permettra progressivement de comprendre et d'évaluer les schémas et leur thématique (Cottraux, 2020, pp.66-67).

Dès lors, le sujet souffre psychiquement, c'est en raison de pensées qui, à son insu, vont déclencher, développer et maintenir la souffrance. Le symptôme est donc l'indice que le sujet rapporte : 1- un pattern de pensées (les schémas cognitifs inconscients) qui, à son insu, l'amène à vivre une expérience émotionnelle douloureuse 2- un ensemble de pensées, directement observables dans son discours, qui filtrent la réalité d'une manière pathogène (distorsion des pensées, biais cognitifs) (Boudoukha & Graziani, 2021, p.86).

Le psychologue américain Albert Ellis (1913-2007) et le psychiatre américain Aaron T. Beck (1921–2021) sont deux pionniers de l'approche cognitive. Ellis a élaboré la thérapie rationnelle émotive et il soutient que la cause de tout comportement pathologique ne se trouve pas dans les événements difficiles vécus par une personne, mais plutôt dans les pensées irrationnelles qu'elle nourrit au sujet de ces événements. Les pensées irrationnelles sont de fausses croyances ; il s'agit d'idées négatives, pessimistes et dramatiques, sans fondement logique. Ce sont aussi ces croyances, souvent inconscientes, qui déterminent les conséquences d'un événement vécu par un individu. Plus la personne interprète la situation de façon dramatique ou catastrophique, plus elle souffrira ou ressentira de la détresse émotionnelle ou, autrement dit, plus elle subira de conséquences négatives (Landry-Cuerrier, 2016, p.32).

Selon Ellis, ces cognitions inadaptées sont : les croyances irrationnelles, les raisonnements erronés, les attentes dysfonctionnelles, les opinions de soi négatives, les attributions inadaptées, les distorsions de la mémoire, l'attention inadaptée et les stratégies autodestructrices (Pelvin, 2005, p.455).

Ces croyances irrationnelles peuvent prendre des formes comme, par exemple : « *quoi que je fasse je n'y arriverai jamais* », « *inutile de m'approcher des autres ils me rejettent toujours* », « *je ne mérite pas ce qui m'arrive* », « *si j'agis il m'arrivera un malheur* ».

Beck a regroupé les croyances irrationnelles d'Ellis en plusieurs types de distorsions cognitives, une expression synonyme des pensées irrationnelles qui déforment la réalité. En voici quelques exemples : 1) l'attention sélective consiste à s'attarder uniquement aux mauvais côtés d'un événement sans avoir de vue d'ensemble de la situation ; 2) la surgénéralisation représente le fait de tirer des conclusions générales qui s'appliquent à toutes les situations à partir d'un seul événement ou d'une expérience unique ; 3) l'amplification consiste à exagérer et à dramatiser les conséquences d'une situation ; 4) la pensée dichotomique se reconnaît à la façon dont une personne considère tout de manière extrême : noir ou blanc, bien ou mal, tout ou rien, jamais ou toujours, etc. (Par exemple, l'étudiant en situation d'échec se dit : « J'ai coulé mon examen (1), je vais couler tous mes examens (2), je ne pourrai jamais terminer mon cégep (3), parce que je ne comprends rien, je ne comprendrai jamais et je coulerai toujours ce cours même si je le reprends ! (4) ») (Landry-Cuerrier, 2016, p.32).

Selon Beck, les troubles psychologiques sont attribuables aux pensées automatiques, aux postulats dysfonctionnels et aux opinions négatives que l'on entretient sur soi. Selon le modèle cognitif de la dépression élaboré par Beck, la dépression résulte d'une triade cognitive : une vision négative du soi, une vision négative du monde et une vision négative de l'avenir (Pervin, 2005, p.470).

Dans les pathologies psychiques, le traitement cognitif de l'information est dysfonctionnel : l'information est déformée pour être cohérente avec les croyances pathologiques profondes de l'individu, par différents mécanismes appelés distorsions cognitives. Le patient va développer des pensées automatiques (négatives) qui peuvent s'avérer plus en lien avec ses croyances sous-jacentes qu'avec la réalité. Le patient adhère alors à ces croyances et pensées automatiques négatives, concourant au développement d'une pathologie (Lecomte & Servant, 2020, p.29).

Toujours, selon Beck, les pensées automatiques sont générées involontairement par l'esprit et sont le plus souvent préconscientes. Ces pensées sont souvent courtes, affirmatives, et ont la caractéristique d'être considérées comme vraies par le sujet. C'est pourquoi elles ont tant d'importance, car si elles sont prises pour des vérités, alors elles entraînent des réactions émotionnelles, comportementales et cognitives significatives. Les pensées automatiques sont générées par des distorsions cognitives qui déforment la perception adaptée de la réalité. Ces

distorsions elles-mêmes proviennent des schémas cognitifs, qui sont des structures inconscientes, se manifestant sous la forme d'affirmations impératives, provenant essentiellement de l'enfance et déterminant le rapport du sujet à lui-même, aux autres et au monde. Le travail cognitif prend donc en compte les pensées automatiques, les distorsions cognitives et les schémas cognitifs (Bouvet, 2020, pp.35-37).

Exemple de ces pensées automatiques : « *je n'y arriverait pas* », « *ils me jugent* », « *je suis nul* », « *je suis un mauvais parent* », « *il m'en veut, il ne m'aime plus* » ...

On peut résumer cette pensée dans les deux figures ci-dessous :

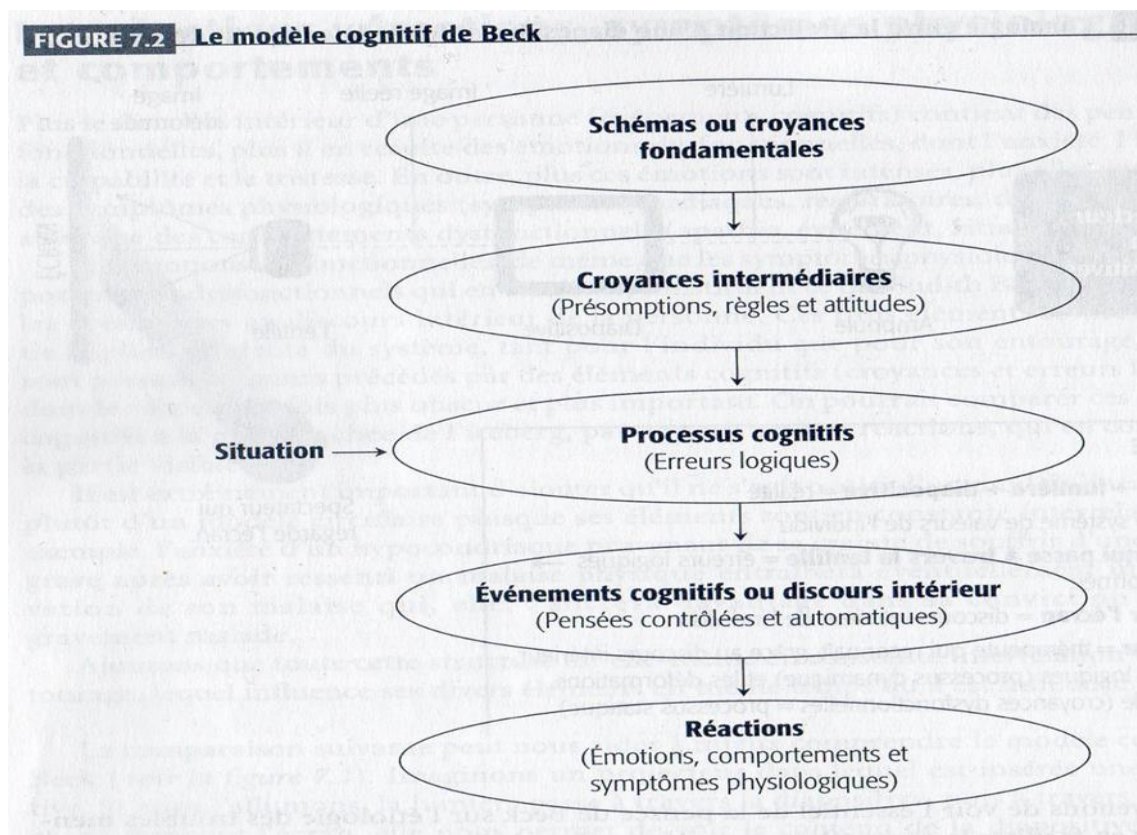


Figure 7: Le modèle cognitif de Beck

(Chaloult, 2008, p.94)

Dans les années soixante-dix les approches cognitives et comportementales se sont associées pour fonder ensemble les TCC. Leur principe de base pour expliquer l'étiologie du trouble psychique est comme suit :

Une situation de l'environnement agit comme un stimulus qui déclenche des réactions cognitives, comportementales et émotionnelles qui interagissent entre elles et génèrent des troubles psychiques.

Les cognitions sont associées à des émotions, des ressentis et des affects qui accompagnent le sens donné à l'expérience. Dans le domaine psychopathologique, l'intrication et les échanges entre cognitions et émotions dysfonctionnelles vont donner lieu à l'expression et au maintien de souffrances psychiques.

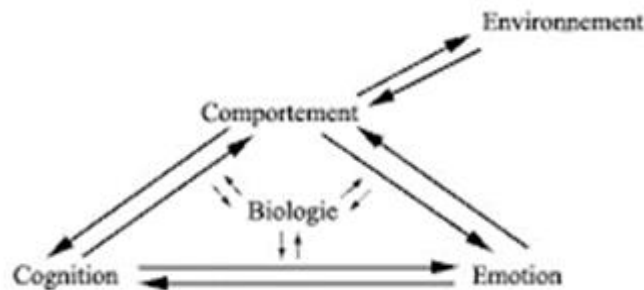


Figure 8 : Modèle cognitivo-comportemental des troubles psychiques

(Bouvet, 2020, p.18)

Exemple

- Phobie et attaques de paniques dans le modèle cognitif :

Les modèles cognitifs insistent sur les perturbations du traitement de l'information chez les sujets phobiques. Les théories cognitives postulent que les phobiques n'ont pas développé des signaux de sécurité ou qu'ils ont acquis précocement des « schémas cognitifs de danger », stockés dans la mémoire à long terme et qui vont systématiquement sélectionner l'information en ne retenant du monde extérieur que ce qui a trait au danger. Selon Beck et al. (1985), il existe un contenu de pensée particulier aux sujets qui présentent des états d'anxiété. Les patients anxieux « tunnelisent » leur perception de l'environnement et de leurs sensations physiques en fonction de processus cognitifs erronés. Ces dysfonctionnements de la pensée logique consistent en des erreurs cognitives dont les principales sont l'inférence arbitraire, la généralisation, l'exagération des dangers et la minimisation des situations sécurisantes (Cottraux, 2020, pp.79-80).

Tableau 3: Hypothèse cognitive : phobies et attaques paniques**Schémas cognitifs**

Sélectionnent les stimuli intéroceptifs et extéroceptifs uniquement dans leurs virtualités de danger

Stockés dans la mémoire à long terme

Distorsions cognitives (inférences arbitraires)

Aboutissent à un traitement erroné de l'information concernant la sécurité et le danger

Magnification du danger

Minimisation de la sécurité

Événements cognitifs

Monologues intérieurs et images mentales qui traduisent l'anticipation du danger : peur de mourir, de devenir fou ou de perdre le contrôle de soi

(Cottraux, 2020, p.80).

En sommes, le modèle cognitif sous-entend que les troubles découleraient d'une perception déformée de la réalité des situations, d'une défaillance de raisonnement ou d'une aptitude médiocre à résoudre les conflits.

3. Avantages et limites du modèle cognitif**3.1. Avantages**

Pour Pervin (2005), l'approche du traitement de l'information comporte trois grands avantages qui contribuent à enrichir l'étude de la personnalité : 1- son lien avec le fondement expérimental de la psychologie cognitive : concepts clairement définis qui permettent de soumettre ses hypothèses à la vérification expérimentale ; 2- elle couvre plusieurs aspects importants de la personnalité (par exemple, traite de la façon dont les individus se représente les gens, les situations, les événements et eux-mêmes) ; 3- apporte une contribution notable à la gestion des problème de santé et à la psychothérapie.

3.2. Limites

Landry-Cuerrier (2016) indiquent que les cognitivistes ont été critiqués pour avoir accordé trop d'importance aux pensées et aux croyances. De plus, il n'a pas encore été prouvé clairement que les croyances irrationnelles et les distorsions cognitives peuvent être la cause d'un trouble psychologique plutôt que sa conséquence.

Papalia & Martorell (2019) estiment que la théorie cognitive a négligé le rôle des motivations et des émotions. Toutefois, la critique qui a été le plus souvent adressée à cette théorie reste le caractère réducteur de la comparaison du cerveau à un ordinateur, comparaison qui ne tient pas compte de la complexité du fonctionnement cérébral.

Synthèse du cours n°4

L'approche cognitive s'est d'abord développée par contraste avec l'approche comportementale et psychanalytique pour surmonter certaines limites de ces dernières. L'approche cognitive se base essentiellement sur la méthode expérimentale (démarche scientifique). L'approche cognitive fait état d'une étiologie psychogénétique. Les mécanismes en jeu sont basés sur le processus de traitement de l'information.

Psychopathologie cognitiviste : stimulus-réponse mais en prenant en considération les processus mentaux entre les deux. La théorie cognitive fait intervenir une variable intermédiaire : le comportement implicite (les pensées ou cognitions).

L'étiologie du trouble psychologique selon l'approche cognitive : Ellis et Beck parlent de croyances irrationnelles ou de distorsions cognitives. Les modèles cognitifs en psychopathologie reposent sur l'hypothèse d'une perturbation du traitement de l'information. Les troubles psychologiques sont appréhendés comme des perturbations de ce processus. Par exemple, l'origine des troubles dépressifs ou anxieux est à chercher dans le fonctionnement cognitif altéré des patients. Ainsi, le symptôme, la psychopathologie ou la souffrance mentale sont alors considérés comme la conséquence de distorsions cognitives, de pensées erronées, sous-tendues par des schémas cognitifs de base. La thérapie cognitive vise à corriger ces distorsions cognitives ou les remplacer par des cognitions plus réalistes et plus adaptatives.

Cours n°5 : Le modèle humaniste des troubles psychiques

Préambule

Définition du modèle humaniste

L'approche humaniste est « *une école de pensée qui met l'accent sur une vision positive de l'humain en tant qu'être unique ayant la capacité innée de se comprendre et de s'améliorer lui-même* » (Landry-Cuerrier, 2016, p.26).

Il s'agit ainsi « *d'une approche selon laquelle chaque personne a la capacité de prendre sa vie en main et d'assumer son développement de manière saine et positive grâce à sa capacité d'exercer son libre arbitre, de créer et de tendre vers l'actualisation de soi* » (Papalia & Martorell, 2019, p.28).

Le modèle humaniste s'intéresse à la personnalité d'une manière globale.

Création de l'humanisme

Ionescu (1999) rappelle que dans les années soixante, un groupe de psychologues a utilisé l'expression troisième force pour marquer sa dissidence avec les modèles psychanalytique et behavioriste. Naissait ainsi la psychologie humaniste (ou mouvement du potentiel humain) qui ramène l'expérience subjective consciente dans le champ de l'investigation scientifique et qui introduit le postulat de l'autodétermination.

Ces psychologues affirmaient que les deux autres forces, soit le béhaviorisme et la psychanalyse, négligeaient de nombreux attributs humains. Ils déclaraient qu'en appliquant les techniques utilisées en sciences naturelles à l'étude des humains, le béhaviorisme comparait ces derniers aux robots, aux animaux inférieurs et aux ordinateurs. Les béhavioristes ne considéraient pas les humains comme des êtres uniques. L'argument principal contre la psychanalyse était qu'elle se concentrait principalement sur les personnes émotionnellement perturbées et sur le développement de techniques pour rendre les anormaux normaux. Ils disent que sous sa forme actuelle, la science n'est pas équipée pour étudier, expliquer ni comprendre la nature humaine. Une nouvelle science doit naître, une science qui soit humaine (Hergenhahn & Henley, 2016, p.454).

La psychologie humaniste, qui rejette la notion selon laquelle la psychologie devrait être entièrement scientifique, considère les êtres humains comme un tout indivisible. Toute tentative

visant à les réduire à des habitudes, à des structures cognitives ou à des liens S-R entraîne une distorsion de la nature humaine.

En sommes, ce modèle reprochait au behaviorisme de voir l'humain comme un robot en refusant de considérer la conscience parce qu'elle n'était pas mesurable. Quant à la psychanalyse, on la trouvait trop négative face à l'humain, vu comme guidé par ses pulsions primitives qu'il doit contrôler avec un moi fort. De plus, il reprochait à la psychanalyse de s'appuyer sur un modèle médical de la maladie mentale et sur l'observation de personnalités pathologiques. Par ailleurs, ce modèle rejette l'idée behavioriste selon laquelle l'humain est conditionné, elle repose aussi sur une critique cognitiviste : un humain n'est pas qu'une machine, nous avons des valeurs, des besoins...

Parent et Cloutier (2013) ajoute que l'approche humaniste est une façon d'aborder le fonctionnement de l'humain mettant l'accent sur l'individu en tant que personne humaine dans le but ultime est de réaliser son plein potentiel. Comprend une théorie explicative de la personnalité et une forme de thérapie.

Par ailleurs, le modèle humaniste est principalement porté par Carl Rogers, psychologue américain et créateur d'une psychothérapie non directive appelée approche centrée sur la personne. Ce modèle est dit « humaniste » parce qu'il est basé sur une conception positive de l'homme.

En effet, la voie de l'approche humaniste a été ouverte par Carl Rogers, créateur de la psychothérapie non directive.

1. Le fonctionnement psychologique normal selon le modèle humaniste

Rogers et l'actualisation de soi : L'un des cofondateurs de l'approche humaniste, Carl Rogers (1902-1987), a souligné l'importance de l'expérience subjective d'un individu, la façon unique dont il perçoit ses expériences, ses sentiments et sa propre personne. Cette perception subjective influence le développement du concept de soi de la personne. Rogers recommandait d'être le plus authentique et cohérent possible avec soi-même. Il affirmait que pour y arriver, l'enfant en développement a besoin de considération positive inconditionnelle de la part de ses parents et de ses proches. L'enfant doit se sentir aimé, considéré et respecté, malgré ses comportements parfois plus ou moins acceptables. Ainsi, l'individu pourra tendre vers son but ultime et sa tendance naturelle : l'actualisation de soi, la recherche active du développement de son potentiel et de la réalisation de soi (Landry-Cuerrier, 2016, p.26).

Rogers postule que l'homme est fondamentalement bon et que la nature humaine tend vers la croissance au travers des expériences vécues tout au long de la vie. Les personnes qui fonctionnent de manière pleine et entière, réalisant donc leur potentiel, ont généralement confiance en elles, dans leurs sentiments et dans leur jugement. Elles n'éprouvent pas le besoin de se tourner vers autrui pour prendre une décision. Elles sont ouvertes aux nouvelles expériences, à la diversité et à la nouveauté. L'ouverture aux expériences est à l'opposé du concept de défense qui vient alors entraver les expériences nouvelles. Ces personnes sont aussi centrées sur le présent et non pas tournées vers le passé ou le futur. D'ailleurs, Rogers considérerait que l'important résidait dans l'expérience vécue dans l'ici et maintenant et non pas dans les expériences passées. Un développement harmonieux de la personnalité reposerait ainsi sur la possibilité d'être soi-même, d'être celui ou celle que chaque individu souhaite réellement être. Rogers introduit alors deux notions importantes : la notion de Self, qui serait l'essence même de la personnalité et dont le développement reposerait sur les interactions avec l'environnement ainsi que celle de Self-Idéal, à savoir la représentation de ce que nous croyons que nous devrions être. C'est en interagissant et en nous adaptant (adaptation et accommodation du Self) à l'environnement que nous développons la conscience de ce que nous sommes. La personne est ainsi au centre de toutes ses expériences dans un environnement en perpétuel changement (Fantini-Hauwel, 2018, p.116).

Selon Rogers, l'être humain est mû par un principe de croissance qui l'anime depuis la naissance jusqu'à la mort et qui lui permet de progresser vers la maturité, c'est-à-dire vers la capacité de se connaître et de s'accepter tel qu'il est et de faire des choix en toute conscience (Langenfeld & Merkling, 2013, p.51).

Pour Rogers, l'individu en bonne santé peut incorporer les expériences à la structure du soi. On observe chez la personne saine une congruence entre le soi et l'expérience, une ouverture à l'expérience ; il n'existe pas chez elle d'attitude de défense (Pervin, 2005, p.167).

Maslow et la pyramide des besoins : L'autre cofondateur de l'approche humaniste est Abraham H. Maslow (1908-1970). Selon sa théorie de la hiérarchie des besoins, aussi appelée la pyramide des besoins de Maslow, un individu doit d'abord satisfaire ses besoins fondamentaux, comme boire ou manger, avant de pouvoir répondre à des besoins plus complexes d'actualisation de soi (Maslow, 1971 ; 1987). Les besoins fondamentaux situés à la base de la pyramide sont des besoins physiologiques, de sécurité, d'affection et d'estime ; ensuite viennent les besoins d'actualisation de soi qui se situent au sommet de la pyramide (Landry-Cuerrier, 2016, p.26).

Selon Maslow, les besoins de base, ceux nécessaires à la survie et qui correspondent à des besoins physiologiques élémentaires, sont des prérequis à l'atteinte des besoins d'ordre supérieurs, qui recouvrent les besoins de nature psychologique et affective. L'être humain serait continuellement motivé à satisfaire ces besoins, l'atteinte des niveaux supérieurs signant alors une bonne santé psychologique. Ces besoins sont au nombre de cinq et l'atteinte des niveaux supérieurs suppose la satisfaction des niveaux inférieurs. Chacun des besoins n'est pas considéré comme strictement indépendant mais au contraire comme étant interdépendant les uns des autres. Par exemple, le besoin d'estime est étroitement lié au besoin d'amour et d'appartenance dont la satisfaction conditionne la possibilité de gagner en confiance en soi ou d'être reconnu par les autres (Fantini-Hauwel, 2018, p.120).

Ainsi, le mot d'ordre de cette école de pensée était l'affirmation de soi. L'idée de base était que nous pouvons tous réaliser le plus haut niveau de notre potentiel dans tous les domaines du fonctionnement psychologique à la seule condition que nous ayons la liberté de nous développer (Barlow et al, 2015, p.20).

Une personne en état de santé psychique, qui fonctionne pleinement se caractérise par une grande capacité de congruence entre ce qu'elle est réellement (sentiments, pensées, actes) et la manière dont elle s'exprime dans la vie. Cette capacité peut cependant être entravée par divers éléments à la fois externes et internes (Langenfeld & Merklings, 2013, p.52).

En sommes, l'approche humaniste voit l'humain comme un individu qui se construit selon ses perceptions personnelles du monde et qui tend toujours vers une plus grande réalisation. Au lieu d'attribuer les causes du comportement aux stimuli, à un état de pulsion, à la génétique ou aux expériences dans l'enfance, la troisième force affirme que la réalité subjective est la cause la plus importante du comportement.

2. Du normal au pathologique selon le modèle humaniste :

Selon Langenfeld et Merklings (2013), dans ce modèle de compréhension de l'humain, ce sont les expériences inscrites dans le présent, dans l'ici et maintenant, qui conditionnent la capacité de l'individu à se voir, à s'accepter et à se montrer tel qu'il est. Mais, plus le temps passe, plus le sujet contraint par ses expériences de vie, doit dissimuler ce qu'il est réellement, plus il doit se refuser à lui-même pour se conformer aux exigences d'autrui. Sa vérité intérieure devient de plus en plus incongrue à ses propres yeux, comme si ces propres sentiments étaient inacceptables. Il ne peut vivre alors qu'en étant jamais réellement lui-même. L'individu devient alors un véritable étranger à lui-même, et cela signe un état pathologique.

D'après ces deux auteurs, les éléments entravant la santé psychique sont :

- 1- La perte de liberté expérientielle par besoin de considération positive (l'incapacité d'être dans l'acceptation de soi, de se montrer aux autres tel qu'il est en toute sincérité et d'accepter les autres tels qu'ils sont) ;
- 2- L'incongruence fondamentale entre l'expérience vécue et le moi (un décalage ou un désaccord fondamental entre son expérience de vie et son moi conscient) ;
- 3- La désorganisation psychique (la personne devient vulnérable, est envoyé par l'angoisse et sombre dans la désorganisation psychique).

De ce fait, les troubles psychiques, dans le modèle humaniste, selon toujours les deux auteurs cités précédemment, résultent d'un désaccord fondamental entre ce qu'une personne vit, pense et ressent de façon spontanée et les normes qu'elle impose afin d'être considérée par son entourage. L'être humain contient en lui des potentialités permettant une croissance saine et créatrice. Il possède une tendance innée à actualiser ces potentialités et à les développer. Cependant, pour qu'il puisse croître de façon pleine, son environnement doit répondre à ses besoins. Un contexte social de relations positives et acceptantes, c'est-à-dire dépourvues de menaces vis-à-vis de lui et de l'image qu'il se fait de lui-même (estime de soi), lui est nécessaire. Si l'environnement dans lequel vit la personne ne répond pas de manière adéquate à ses besoins de considération personnelle, il perd alors sa liberté expérientielle et se coupe peu à peu de ce qu'il vit, pense et ressent de façon spontanée. C'est ce désaccord intérieur fondamental, c'est-à-dire le fait qu'il devienne peu à peu comme étranger à lui-même, qui signe l'état pathologique. Fantini-Hauwel (2018) ajoutent que certaines personnes, sous certaines conditions, peuvent ne pas réussir à s'auto-actualiser car elles sont entravées dans leur fonctionnement personnel. Ce sont les valeurs qui sont acquises au travers de l'expérience personnelle qui permettent le fonctionnement plein et entier car favorisant l'auto-actualisation. Lorsqu'il y a une discordance entre le Self, ses valeurs propres et l'expérience vécue (état d'incongruence), l'anxiété qui en résulte, car menaçant la représentation de soi, conduit à la mise en place de mécanismes de défense, ce qui n'est pas le cas pour une personne qui fonctionne de manière pleine et entière. Ces dernières sont capables d'intégrer cette expérience nouvelle en modifiant leur conception d'elles-mêmes (auto-actualisation). À l'inverse, les personnes qui ne peuvent s'auto-actualiser déploient plutôt des réponses défensives peu fonctionnelles face à l'anxiété. Parmi celles-ci, citons, par exemple, la distorsion ou l'évitement : • la distorsion consiste à modifier l'expérience en elle-même plutôt que ses propres concepts : attribuer le problème à autrui ou encore

dévaloriser la situation..., • l'évitement consiste à éviter les situations qui pourraient mettre à mal le concept de soi et sélectionner celles qui ne représentent pas une menace.

Dès lors, le modèle humaniste développe l'idée que les événements de l'existence (agressivité, indifférence, conditions de vie) tout comme la prégnance de conflits intérieurs peuvent rendre difficile la croissance de l'être humain vers la maturité (voire l'interrompre). D'une manière plus générale, c'est la poussée même de la société qui peut empêcher le développement de l'individu en faisant pression sur lui par ses codes et ses règles souvent implicites (sociogénèse).

Pour Pervin (2005), dans le modèle humaniste, les troubles psychopathologiques proviennent donc d'une perturbation de la relation entre l'image de soi et l'expérience concrète (divergence entre les éléments du soi). Au concept de soi idéal avancé par Rogers, Higgins ajoute la notion de « soi imposé ». Selon la théorie de Higgins, les écarts entre le soi et le soi idéal engendrent des réactions témoignant d'un sentiment de découragement. En revanche, les écarts entre le soi et le soi imposé devraient engendrer de l'agitation. De ce fait, la théorie rogérienne de la psychopathologie traite de l'absence de congruence entre l'expérience et le soi. Une série d'études a permis d'établir un lien entre, d'une part, les divergences marquant le soi et le soi idéal et, d'autre part, les caractéristiques telles que les troubles psychopathologiques, l'auto dévalorisation, l'angoisse et l'insécurité. D'autres études ont en revanche décelé l'existence d'un lien entre la forte congruence marquant le soi et le soi idéal et l'attitude de défense. Harvener et Izard (1962), par exemple, ont décelé des rapports entre une forte congruence et une estime de soi excessive chez des personnes souffrant de schizophrénie paranoïaque. Ceux-ci semblaient vouloir se protéger contre la perte complète d'estime de soi.

Pervin (2005) précise que selon Rogers, chez l'individu névrosé, l'image de soi s'organise d'une manière qui ne cadre pas avec l'expérience ; l'individu inadapté sur le plan psychologique doit interdire à certaines expériences sensorielles et affectives significatives d'accéder à la conscience. Les expériences qui ne cadrent pas avec la structure du soi sont perçues inconsciemment comme menaçantes et elles sont par conséquent niées ou déformées. On parle alors de désaccord entre le soi et l'expérience. Le soi adopte une attitude rigide afin de se défendre contre les expériences qui menacent l'unité du soi et nuisent à l'estime de soi. Rogers ne fait pas la différence entre les troubles du comportement, mais il distingue plusieurs types de mécanismes de défense. Dans la rationalisation, par exemple, l'individu déforme la perception d'un comportement pour le rendre congruent avec le soi. Le fantasme, représente aussi un mécanisme de défense. La projection constitue le troisième mécanisme de défense. Dans ce cas, la personne qui exprime un besoin le fera sous une forme qui lui interdit de prendre

conscience de ce besoin, de sorte qu'elle pourra considérer que le comportement est congruent avec soi. Pour Rogers toutefois, ce qui importe dans ces mécanismes, c'est le fait que faire face à l'incongruence entre le soi et l'expérience on emploie la négation et la déformation.

Landry-Cuerrier (2016) résume la pensée du modèle humaniste en indiquant que le trouble psychologique apparaît lorsque des obstacles internes ou externes font blocage à l'actualisation de soi. L'origine des troubles psychologiques se situe dans tout obstacle à l'actualisation de soi, tout blocage à la croissance individuelle. Un tel obstacle pourrait provenir de besoins fondamentaux non comblés, d'un déséquilibre entre la perception de soi dans la réalité et la perception de soi idéale, ou encore d'un déséquilibre entre les pensées et les sentiments, d'une part, et les attentes des proches, du milieu et de la société, d'autre part. Alors, toute l'énergie psychique est dépensée pour nier ou combattre ces déséquilibres, et il ne reste plus d'énergie disponible pour le développement de soi.

En résumé, selon le modèle humaniste, le trouble mental apparaît :

- Une personne se coupe de ce qu'elle ressent de façon spontanée afin de plaire aux personnes significatives pour elle ; celle-ci n'acceptant pas ses sentiments réels ; elle vit alors un désaccord fondamental avec ses propres valeurs, toujours par besoin d'être acceptée par autrui ;
- La personne devient alors incapable d'évaluer ses propres besoins et ses choix de vie s'en ressentent, ne lui correspondant pas forcément, cela occasionnant un stress intense chez elle ;
- À la moindre expérience critique, elle risque de s'effondrer, étant incapable d'objectiver ce qu'il lui arrive (Langefeld & Merckling, 2013, p.54).

3. Avantages et limites du modèle humaniste

3.1. Avantages

Pour Pervin (2005), les avantages de ce modèle sont : 1- Il porte sur les aspects importants de l'existence humaine ; 2- il s'efforce de reconnaître l'aspect holistique et structuré de la personnalité ; 3- il tente d'intégrer humanisme et empirisme ; 4- il aspire à une étude systématique des conditions nécessaires et suffisantes pour réaliser un changement thérapeutique.

Selon Papalia et Martorell (2019), contrairement au point de vue freudien, plutôt pessimiste, l'humanisme propose un modèle plus positif de la personne humaine. De plus, à la différence

du béhaviorisme, il reconnaît l'importance des réalités intimes de la personne (ses sentiments, ses valeurs et ses espoirs) comme facteurs du développement.

3.2.Limites

Selon Pervin (2005), cette approche comporte manifestement des inconvénients. Premièrement, il peut arriver que des variables décisives soient exclues, notamment celles qui se trouvent hors du champ de la conscience. Deuxièmement, pour établir la psychologie en tant que science, on doit dépasser le monde des phénomènes et élaborer des concepts liés à des mesures objectives. L'étude du soi phénoménal représente un objet d'étude légitime en psychologie, à condition qu'il s'agisse d'une recherche empirique entretenue par une curiosité insatiable et tempérée par la rigueur scientifique. De plus, le théoricien humaniste ne tenait pas suffisamment compte du rôle des forces inconscientes dans le comportement. En outre, on ignore toujours si, dans cette approche, le comportement du client échappe effectivement aux parti pris et aux idées préconçues du thérapeute.

Synthèse du cours n°5

Les conceptions rogoriennes relèvent de la perspective humaniste, qui met en évidence l'auto actualisation et la réalisation des potentialités de chacun. Kurt Goldstein, Abraham Maslow et des existentialistes tels que Viktor Frankl, appartiennent également au courant humaniste.

Selon ce modèle, le trouble psychique résulte de l'écart entre le soi et le soi idéal. Le malade se trouve ainsi dans un état d'incongruence entre le soi et l'expérience. La souffrance naît d'un décalage entre le soi idéal et le concept de soi.

Le modèle humaniste propose la thérapie humaniste.

Cours n°6 : Le modèle athéorique des troubles psychiques

Préambule

Définition de la classification des troubles mentaux

Classer, c'est répartir et ordonner des objets de façon à les regrouper dans des catégories mutuellement exclusives. Cela implique d'observer les objets, de les décrire en les distinguant les uns des autres, de décider de leur propriété commune la plus importante qui définira la catégorie où ils seront rangés. Il s'agit ensuite de nommer cette catégorie et d'établir un ordonnancement entre les différentes catégories (Bourguignon, 1999, p.570).

L'idée de classification des maladies apparaît au XVIII^e siècle, sans doute sous l'influence des travaux de Linné. L'inventeur du mot nosographie est le médecin aliéniste Pinel qui consacre son traité de *Nosographie philosophique* à la description et classification méthodique des maladies (Ionescu, 2017, p.534).

Il est à rappeler que la nosographie classe de manière méthodique les symptômes en syndromes.

Les nosographies psychiatriques ont pour fonction de classer les maladies mentales selon les symptômes présentés par le patient. Ceux-ci sont interprétés et organisés sous forme de signes cliniques. Ces classifications utilisent essentiellement les éléments symptomatiques sans déterminer précisément les facteurs sous-jacents à l'origine des pathologies psychiatriques (Rabeyron, 2018, p.217).

La classification des troubles psychique à deux buts. Premièrement, elle doit fournir des informations sur la nature, l'origine et le développement des troubles psychiques, informations permettant de formuler des indications thérapeutiques. Le second but de toute classification est de permettre aux praticiens et aux chercheurs de communiquer avec leurs collègues (Ghiglione & Richard, 2017, p.535).

En somme, ce que nous classons, ce ne sont ni les êtres humains ni leur souffrance, mais les maladies. La classification des troubles mentaux est nécessaire à leur diagnostic, à leur traitement et à la recherche médicale.

Définition du modèle athéorique :

L'athéorisme désigne « *le refus d'utiliser des critères étiologiques et physiopathologiques* » (Pewzner, 2011, p.54).

Le modèle athéorique peut être défini comme suit « une tendance qui met de côté le problème étiologique pour se limiter à une description classificatoire. Les classes sont fondées sur des récurrences statistiquement vérifiées elles sont construites logiquement et contiennent de préférence des critères pathognomoniques » (Juignet, 2015, p.13).

Dans ce cadre, Pedinielli et Gimenez (2009) indiquent que la description d'un trouble consiste à trouver les phénomènes concrets qui permettent de le reconnaître, d'en dresser un « tableau clinique », que l'on se situe au niveau de l'apparence (ex : la sémiologie psychiatrique).

Par conséquent, dans les classifications descriptives, les troubles n'ayant pas d'étiologie ou de processus physiopathologique connu sont regroupés selon des caractéristiques cliniques communes, et leur définition se limite à la description des signes et des symptômes qui les caractérisent, éventuellement à leur durée, à leur âge de survenue, à leur fréquence, leur intensité, ou leur association concomitante ou passée avec d'autres signes et symptômes (Pull, 1995, p.3).

Selon Pirlot (2013), les DSM, et à un moindre degré la CIM, font ainsi prévaloir une approche purement descriptive, factuelle, comportementale et statistique des troubles mentaux sans référence aux conflits ni aux souffrances psychiques. La démarche est taxinomique (classifications syndromiques), réévaluant certaines pathologies selon un axe où toute dimension conflictuelle et historique du sujet se trouve écartée (contrairement aux classifications psychopathologiques).

En sommes, l'athéorisme est basé sur l'écartement des critères étiopathogéniques ou étiologiques hypothétiques au profit de critères descriptifs et pragmatiques.

- Création de l'athéorisme :

La perspective étiologique est certes reconnue, mais elle reste floue faute de données irréfutables. Depuis la fin du XIXe siècle, le point de vue défendant des causes biologiques a essayé de s'imposer, contre le point de vue défendant des causes psychologiques et relationnelles. À ce conflit a répondu l'arbitrage d'une pure empiricité, revendiquée comme neutre, proposée dans la dernière mouture du Diagnostic and Statistical Manual, DSM, et la Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (dite encore CIM) (Juignet, 2015, pp.97-98).

De plus, la multiplicité des théories étiopathogéniques non démontrées est certainement à l'origine du retour à un niveau plus élémentaire d'observation préconisé de plus en plus souvent depuis la fin des années 1970, celui des critères descriptifs. Cette approche privilégie les signes

et les symptômes aisément identifiables sur le plan comportemental, ne requérant donc de la part de l'observateur qu'un minimum d'inférence (Pull, 1995, p.3).

De nos lectures, il est apparu que nombreux sont les modèles pathogéniques des maladies mentales, mais rares sont ceux qui ont été démontrés. Ceci explique que l'évolution naturelle des outils critériologiques diagnostiques se fera progressivement vers une approche catégorielle et descriptive des troubles, excluant progressivement toutes les références théoriques pathogéniques des troubles.

1. Le DSM :

Selon Ionescu (2015), l'idée de créer une psychopathologie où la description des troubles serait athéorique est apparue, aux Etats-Unis, lors des débats et travaux qui conduiront à l'élaboration de la deuxième et ensuite, de la troisième du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, connu sous le nom du DSM. Publiée en 1952, la première édition du DSM (DSM I) a été fortement influencée par le point de vue psychobiologique d'Adolf Meyer qui concevait les troubles mentaux comme des réactions de la personnalité à des facteurs psychologiques, sociaux et biologiques. Seize ans plus tard, lors de la parution du DSM II, on constate, d'une part, que le terme réaction est abandonné et, d'autre part, que, dans l'ensemble, on se sert de termes qui ne présupposent pas de cadre théorique particulier pour la compréhension des troubles mentaux non organiques. Publiée en 1980, la troisième édition du DSM sous la direction de Spitzer a introduit un nombre important d'innovations : le système multiaxial, les critères diagnostiques explicites et une approche descriptive qui tentait d'être neutre en ce qui concerne les théories étiologiques.

Ainsi, l'athéorisme est affirmé dans le titre même du volume consacré au DSM III où figure le concept de « troubles mentaux » et non celui de « maladie mentale ». Contrairement au trouble mental, qui est conçu comme un syndrome ou un ensemble comportemental ou psychologique cliniquement significatif. La notion de maladie implique une étiologie et une pathogénie spécifiques. Le caractère athéorique du DSM III se manifeste, aussi, par le fait que la plupart des catégories diagnostiques du DSM III sont définies par des syndrome (des constellations de symptômes) et par le fait que, pour un bon nombre de cas, les termes évoquant une étiologie ou une pathogénie « non démontrées » ont été bannis (Ionescu, 2003, p.463).

Les conditions d'apparition de l'approche athéorique en psychopathologie se trouvent dans l'étude du contexte scientifique, mais aussi socio-culturel. Nous allons dans ce qui suit rapporter ces deux contextes :

Selon Ionescu (2003) l'étude du contexte dans lequel est apparue et s'est développée l'approche athéorique montre aussi que la diversification, aux Etats-Unis, des écoles psychopathologiques a rendu difficile (voire impossible) la communication entre les cliniciens de différentes obédiences. Ainsi, la création du DSM, donc de la psychopathologie athéorique, constitue la mise sur pied d'un instrument visant à faciliter la communication entre clinicien, une tentative de résolution des problèmes de cohérence aux plans notionnel et diagnostique, problèmes découlant de la multiplication des courants théoriques en psychopathologie.

Par conséquent, toujours selon Ionescu (2015), l'approche athéorique utilisée vise à pallier les limites de nos connaissances concernant l'étiologie des troubles mentaux. Le principe fondamental en est l'absence de référence de toute conception théorique non démontrée concernant l'étiologie ou la pathogénie. **À partir du DSM-III, le contenu des différentes éditions du DSM a donc été qualifié de nosologie athéorique ou agnostique.** L'adoption d'une position athéorique quant à l'étiologie fait qu'au lieu d'indiquer comment sont apparus les troubles mentaux, les auteurs du DSM tentaient, dans la grande majorité des cas, de décrire ce que sont les manifestations de ces troubles. Cette approche consiste donc à définir les troubles en décrivant les caractéristiques cliniques de ceux-ci, elle est alors qualifiée de descriptive. Elle est également utilisée pour regrouper, en classes diagnostiques, les troubles pour lesquels l'étiologie et la physiopathologie ne sont pas connues. Les catégories diagnostiques sont définies par des constellations de symptômes, donc par des syndromes.

Concernant le contexte socio-culturel, Ionescu (2019) rapporte ceci : À partir de 1970, les campagnes des groupes homosexuels pour retirer l'étiquette de trouble mental apposée dans le DSM-II à l'homosexualité ont engendré, chez les cliniciens, une réflexion critique. Le mouvement de remise en question des repères nosographiques traditionnels. Les débats suscités par l'homosexualité ont mis en évidence « l'impossibilité d'établir un diagnostic de trouble mental sans se référer, au moins implicitement, à tout un ensemble de normes et de jugements de valeur.

Alexandre et Samacher (2005) ajoutent que les critères utilisés sont purement descriptifs, sans aucune autre validation qu'empirique, tout en possédant une haute-fidélité inter-juges. Le DSM est donc un manuel purement descriptif et est présenté comme athéorique concernant l'étiologie, la physiopathologie et la thérapeutique. Chaque signe ou symptôme est évalué en fonction de son intensité, de sa durée et des signes qui l'accompagnent, indépendamment de l'origine du trouble. Le manuel choisit de généraliser l'usage de la notion de trouble, terme

neutre ne portant pas le poids d'une étiologie supposée. Cet ouvrage de référence propose une classification des troubles mentaux, tous décrits de façon claire, concise et systématique.

Cela répond, pour Bioy et Fouques (2020) à cette formule : Symptômes → Signes → Syndrome → Diagnostic → Pronostic → Traitement.

2. La CIM

À côté du DSM, Ionescu (2019) cite également une autre classification : la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). À l'origine de la Classification internationale des maladies (CIM) se trouve le travail de Jacques Bertillon, médecin français qui, en 1893, a proposé une classification des causes de décès. La classification de Bertillon a fait, par la suite, l'objet de cinq révisions décennales. Après la création, en 1945, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fut publiée, en 1949, une sixième édition de la classification qui devient Classification internationale des maladies (CIM-6) et comprend, pour la première fois, une section spéciale consacrée aux troubles mentaux.

Le chapitre V (F) de la CIM est consacré aux troubles mentaux et aux troubles du comportement. La CIM 10 (Organisation mondiale de la santé, 1992/1993) classe et décrit, le plus souvent, des troubles mentaux.

Bouvet, Kern et Romo indiquent à ce propos que DSM et CIM tendent depuis plusieurs décennies à se rapprocher.

3. La CFTMEA

Après les travaux de H. Ey, dont la communauté scientifique est en train de redécouvrir les innovations (d'après les auteurs de la Classification internationale des handicaps et santé mentale, cf. Azéma et Barreyre), le renouvellement nosologique récent face au modèle anglo-saxon est venu des pédopsychiatres. Ce sont eux (et au premier rang Misès, Lebovici ou Quemada à l'INSERM, également Kreisler) qui ont défendu avec conviction une vision d'orientation psychodynamique dans l'approche nosologique. Ces efforts se sont concrétisés avec la présentation d'une Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA). Cette classification a été voulue, d'emblée, comme une classification biaxiale compatible avec le projet de révision de la CIM-10 qui constituait une alternative clairement affichée aux DSM-III et IV (Pirlot, 2013, p.50).

De ce fait, la CFTMEA s'inscrit dans une approche clinique reposant sur une longue tradition et expérience médicale française. Cette classification, initiée par Roger Misès, s'est progressivement élargie, depuis sa 1^{re} édition, pour suivre les avancées de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tout en gardant la réflexion psychanalytique qui constituait, à l'origine l'essentiel de son socle, elle a su s'enrichir progressivement, au fil des éditions successives, des apports d'autres disciplines, telles les théories de l'attachement, les approches systémiques, les connaissances neuropédiatriques, les avancées dans le domaine de l'autisme infantile et plus généralement le progrès du domaine somatique de la pédiatrie (Misès, 2020, pp.17-18).

Il est à rappeler que la CFTMEA s'ordonne autour de deux axes :

- **L'axe 1** : « *catégories cliniques de base* ».
- **L'axe 2** « *facteurs associés ou antérieures, éventuellement étiologiques* ». Ce dernier étant lui-même subdivisé en deux rubriques distinctes : une pour les atteintes organiques et une autre pour les conditions de l'environnement.

En sommes, il n'existe à ce jour aucune certitude sur l'origine précise des troubles mentaux, ce qui a conduit certains à tenter une approche purement descriptive, reposant sur l'observation des symptômes et pas du tout sur leurs causes présumées.

4. Avantages et limites du modèle athéorique

4.1. Avantages

Pour Bursztejn, Golse et Misès (2003), la classification apparaît incontournable dès lors que l'on cherche à regrouper son expérience clinique et théoriser sa propre pratique. De plus, la psychiatrie de l'enfant, autant que la psychiatrie de l'adulte, a besoin de développer sa recherche et, pour cela, des regroupements et des définitions précises des cas sont indispensables.

Les classifications (nosographies) permettent, selon Pedinielli (2016), l'information, la communication scientifique et clinique mais aussi le diagnostic et la prédiction (pronostic). De plus, leur intérêt pour la recherche (standardisation) et les aspects économiques de la psychiatrie, a été reconnu.

Pour Pewzner (2011), les classifications offrent un langage commun aux cliniciens à l'échelle mondiale.

Pour Kapsambelis (2012), les avantages de ces classifications de portée internationale sont nombreux. Elles sont à la base des études épidémiologiques, elles guident les actions sanitaires

de différents organismes en faveur de la lutte contre les maladies au niveau international, elles permettent la planification des systèmes de santé à partir d'une meilleure identification des besoins. En même temps, elles favorisent le dialogue entre spécialistes et permettant aux cliniciens de constituer des groupes homogènes de patients pour la recherche fondamentale, comme par exemple pour l'évaluation de nouveaux médicaments.

Misès (2020) ajoute que le DSM est aujourd'hui utilisé pour classer des patients en vue du remboursement de leurs soins, ce qui est loin d'être anodin. Enfin, reconnaissons aux américains la grande précision de leurs descriptions sémiologiques : Le DSM est un instrument qui gagne à être lu. Il donne une excellente idée de la partie de la plus visible des tableaux cliniques.

De nos lectures, il ressort également que l'approche critériologique est innovante dans le sens où, purement pragmatique, elle ne repose pas sur une conception étiopathogénique des troubles. Ces systèmes diagnostiques sont fondés sur des critères empiriques possédant des qualités métrologiques telles qu'une bonne validité apparente ou de consensus (les critères retenus correspondant aux pratiques diagnostiques d'un groupe d'experts), une bonne validité discriminante (ces critères permettant de classer correctement les patients, c'est-à-dire concordant avec le diagnostic clinique), une bonne validité ou fidélité inter-juges (un même patient étant également évalué par deux cotateurs différents).

À ce propos, Haouzir et Bernoussi (2020), l'avantage incontestable de ces outils réside dans l'homogénéisation des diagnostics psychiatriques à l'échelle planétaire, lorsqu'un chercheur publiera des travaux sur des patients quelle que soit l'origine du lecteur, sa formation, son orientation, il comprendra toujours que l'article fait référence à tels patients. Peu importe qu'il soit défenseur d'une vision uniciste ou plurielle de la schizophrénie, des schizophrénies, qu'il soit médecin, psychologue, biologiste, pharmacien, il pourra appréhender le type de profil clinique des patients concernés.

4.2.Limites

Pewzner (2011) rapporte à ce sujet qu'aucune science ne saurait se passer d'une classification. Mais l'histoire de la psychiatrie montre à l'évidence le caractère imparfait et provisoire, parfois réducteur de toute classification. On ne peut nier l'intérêt d'établir une classification offrant un langage commun aux psychiatres à l'échelle mondiale. Mais, d'une part, la pertinence d'un langage universel dans le champ psychiatrique ne va pas de soi, en raison de la pluralité des représentations de la maladie d'une culture à l'autre. D'autre part, en s'appuyant sur la

méthodologie biomédicale, la recherche contemporaine en psychiatrie tend à délaisser la référence aux sciences humaines. Il en résulte une inflation des catégories diagnostiques qui, en faisant perdre de vue une approche holistique de la personnalité et en négligeant le contexte social, historique et culturel du sujet risque de déboucher sur une psychiatisation d'un nombre croissant de comportements. L'émiettement des catégories diagnostiques, lié en partie aux critères actuels de la recherche en psychiatrie et à des pressions économiques, fournit des « cibles » pour une extension des indications médicamenteuses, aux dépens d'une approche dynamique de la réalité psychopathologique.

Selon Boudoukha et Graziani (2021), les classifications ont des limites et des imperfections qu'il faut connaître et prendre en compte dans la démarche diagnostique. Par ailleurs un psychologue clinicien, s'il doit connaître ces systèmes de classification psychopathologique, souvent dite « psychiatrique », ne peut s'en contenter, car ces systèmes tendent à négliger la vie psychique dans sa complexité, en particulier la dimension dynamique de la vie psychique (les processus psychiques par exemple). Or la vie psychique est l'objet du travail du psychologue clinicien. Un psychologue complètera donc son diagnostic psychopathologique par une approche plus psychologique à l'aide d'outils spécifiques au psychologue (entretiens cliniques, bilan psychologique, etc.) D'ailleurs de nouveaux modèles des troubles psychiques apparaissent, pour dépasser les limites des systèmes catégoriels et mieux représenter la réalité de la vie psychique.

De plus, selon Ionescu (2010), l'étude de l'évolution des classifications montre qu'elles sont très dépendantes de l'époque, des connaissances disponibles et du contexte culturel. Il ajoute qu'on reproche également au système catégoriel trois insuffisances. Les deux premières partent du constat que le système catégoriel n'est pas capable de couvrir la grande diversité des tableaux cliniques rencontrés dans la pratique. Dans ce contexte, nous assistons au recours très fréquent à la comorbidité et au diagnostic de trouble non spécifié. De plus, un autre type d'insuffisance du système catégoriel est mis en évidence par une nouvelle approche des troubles mentaux, désignée comme transnosographique. Cette appellation fait référence à une vision particulière des troubles mentaux issue de résultats des récentes recherches de génétique, de neuroanatomie et d'imagerie cérébrale, de psychopharmacologie, qui montrent que les frontières classiques entre catégories de troubles mentaux sont fragiles, artificielles, voire inadéquates.

Selon Haouzir et Bernoussi (2020), les critères proposés dans les systèmes diagnostiques ne sont en définitive que le reflet de l'état actuel de nos connaissances et ils ne sont, pour la plupart,

que partiellement validés par des données. Les avancées scientifiques feront évoluer nos connaissances et notre pertinence clinique et, de ce fait, nos systèmes diagnostiques.

L'athéorisme du DSM est la cible de d'autres critiques. Parmi celles-ci se trouve, selon Ionescu (2017), son orientation comportementaliste, le fait de ne pas s'intéresser qu'aux symptômes de surface. Certains auteurs remarquent que l'objectif de présenter une psychopathologie athéorique est loin d'être atteint. En fait, le DSM se fonderait sur de nombreux postulats théoriques implicites.

De plus, son aspect « catalogue » selon Pedinielli (2016), ne répond pas à l'expérience clinique et invalide toute analyse psychopathologique et la recherche du sens. En outre, l'introduction de certains troubles et/ou leur contenu a fait l'objet d'interrogations sur la présence, les regroupements de certains comportements ou le rôle de l'industrie du médicament (création de troubles répondant à un médicament existant mais peu utilisé). Le DSM-5 (2013), version actuellement utilisée, a supprimé le système multiaxial mais a étendu massivement le champ des troubles, ce qui a occasionné des très fortes critiques, le reproche principal étant de considérer comme appartenant aux maladies psychiatriques et justiciables d'un traitement, des phénomènes courants.

Parmi les nombreuses critiques qui sont faites au DSM, Godfryd (2020) mentionne également son hypermédicalisation de la psychiatrie et des troubles mentaux, le privilège excessif accordé aux approches biologiques, cognitives et comportementales. Le fait d'avoir fait disparaître l'hystérie en tant qu'entité, le fait de créer abusivement de nouvelles catégories diagnostiques.

De nos lectures, il apparaît également que malgré une multiplication des définitions plus ou moins opérationnelles des troubles, aucune n'inclut d'élément physiopathologique/biologique qui permettrait d'aboutir à des critères diagnostiques fiables d'une maladie. C'est la raison pour laquelle, en l'absence de marqueur spécifique, aucun système de critères pour les troubles ne peut prétendre à une validité absolue.

De plus, d'autres lui reprochant d'être soumis à l'influence des laboratoires pharmaceutiques et de créer des pathologies pour favoriser la fabrication de nouveaux médicaments. C'est ainsi que certains experts qui interviennent dans la réalisation du manuel sont mis en cause pour leurs conflits d'intérêt avec les firmes pharmaceutiques (Chapelle et al, 2018, p.28).

Synthèse du cours n°6

Le modèle athéorique propose une approche symptomatique, descriptive et critériée du trouble mental. Ce modèle considère que nos classements ne pourront pas dépasser le niveau descriptif de la séméiologie tant que nous serons ignorants de l'étiologie ou, au minimum, de la pathophysiologie et de la pathogénie des troubles mentaux.

Le DSM et la CIM sont aujourd'hui des classifications descriptives à partir de regroupements de caractéristiques cliniques communes, regroupements qui sont dépourvus de considérations théoriques étiologiques ou pathogéniques.

L'approche adoptée dans ces deux classifications récentes peut être qualifiée de " descriptive " dans la mesure où les troubles mentaux y ont été regroupés sur la base de certains thèmes communs ou de certaines caractéristiques descriptives communes, et d'athéorique " dans la mesure où elles ne reposent pas sur des considérations étiologiques ou pathogéniques hypothétiques.

- 1- Le *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)* existe depuis 1952 (DSM-I) et évolue jusqu'à présent (DSM-5) sous l'égide de l'*American Psychiatric Association (APA)*. Son but est de guider les cliniciens du monde entier à poser des diagnostics psychopathologiques fiables, mais aussi d'aider à la formation et de fournir des informations sur les troubles. Il est athéorique, descriptif, catégoriel et vise une bonne validité psychométrique.
- 2- La *CIM* existe depuis 1945 sous ce nom. Construite sous l'égide de l'*OMS (Organisation mondiale de la santé)*, elle répertorie toutes les maladies connues physiques et mentales. En 1946, elle inclut un chapitre sur les troubles mentaux. La version actuelle est la *CIM-11*.
- 3- La *CFTMEA* existe depuis 1988. Construite sous l'égide de Roger Mises. La dernière étant la *CTMEA R-2020*.

En somme, ces classifications permettent un repérage clinique précis des troubles mentaux et aident à établir les bases consensuelles, pour des cliniciens venus d'horizons théoriques différents, bases sur lesquelles ils pourront appuyer leur démarche diagnostique ou de recherche.

On va proposer dans ce qui suit une série d'exercices et d'applications consistant à étudier une même entité clinique à partir de l'ensemble des approches de la psychopathologie, ce qui permettra à l'étudiant d'évaluer l'apport de ces approches et d'envisager, en conclusion,

l'apport de chacune, mais surtout de constater que les troubles mentaux sont des phénomènes complexes, à déterminisme multifactoriel.

Application n°1 : La schizophrénie comme exemple d'application à un même objet d'étude différents modèles de la psychopathologie (Ionescu, 2003)

Introduction

La schizophrénie est un trouble mental qui a intéressé, au cours des années, les partisans de toutes les approches en psychopathologie.

1. Psychogenèse de la schizophrénie

1.1.La psychanalyse

Pour Freud, dans le cas de la schizophrénie, la fixation prédisposante se trouverait en arrière de celle de la paranoïa et devrait être située au début du développement qui mène de l'autoérotisme à l'amour d'objet.

1.2.Le structuralisme

Pour Bergeret, la lignée psychotique a comme point de départ des frustrations très précoces, tirant leur origine essentiellement du pôle maternel. La structuration psychotique se passe au cours de la phase orale ou pendant la première partie de la phase anale. Un Moi qui a subi de sérieuses fixations ou qui a régressé, ultérieurement, à ce niveau, se préorganise selon la lignée structurelle psychotique. Exceptionnellement à l'adolescence, un sujet peut quitter la lignée psychotique préstructurée et dévier vers une lignée de structuration définitive de type névrotique.

L'instance dominante dans les structures psychotiques est le ça, qui se trouve en conflit avec la réalité. La relation d'objet est plus ou moins fusionnelle à la mère. L'angoisse est de morcellement, la destruction, la mort par éclatement. Les principaux mécanismes de défense psychotiques sont le clivage du Moi et le déni de la réalité.

1.3.Le behaviorisme

Dans l'optique behavioriste, les comportements problématiques rencontrés chez les psychotiques obéissent aux mêmes lois de l'apprentissage et ne se distinguent des autres comportements que par un jugement de valeur concernant leur relation avec l'environnement du patient. En raison d'un tel jugement, les comportements respectifs sont qualifiés « d'inadaptés », « d'inappropriés », « d'inadéquats », de « dommageables ». le psychologue behavioriste cherche les raisons du comportement actuel du patient dans l'histoire des renforcements reçus par ce dernier.

1.4.Le cognitivisme

Les troubles cognitifs (ex : troubles perceptifs, ralentissement de la vitesse du traitement de l'information, diminution de la cohésion linguistique, déficit dans le rappel des mots, etc) ont été retrouvés expérimentalement à pratiquement tous les niveaux de traitement de l'information. Ces troubles correspondant d'ailleurs aux symptômes relevés de manière classique, chez les patients schizophréniques, dans les domaines de l'attention, de la mémoire et du langage.

2. Organogenèse de la schizophrénie

Les recherches dans le cadre de l'approche biologique de la schizophrénie se sont centrées sur trois aspects : l'hérédité, les modifications de la biochimie cérébrale et les atteintes neurologiques.

2.1.Hérédité

Les études de familles démontrent bien que le risque de développer une schizophrénie au cours de la vie s'accroît avec les liens de parenté à des sujets schizophrènes. Cependant, si peu de chercheurs nient actuellement la réalité d'une contribution héréditaire, nous ne connaissons pas encore le mode de transmission génétique. Les études génétiques appuient fortement l'hypothèse d'un apport héréditaire à la genèse de la schizophrénie.

2.2.Modifications de la biochimie cérébrale

Les premiers travaux étaient orientés vers la découverte d'un ou de plusieurs substances responsables de l'apparition de la maladie ou de certains symptômes importants de celle-ci. Les différentes recherches de biochimie cérébrale ont conduit à la formulation d'une hypothèse dopaminergique (dopamine), d'autres hypothèses biochimiques de la schizophrénie concernent des neurotransmetteurs comme l'acide gamma aminobutyrique, la noradrénaline ou la sérotonine.

2.3.Atteintes neurologiques

La présence d'atteintes neurologiques chez certains patients diagnostiqués comme schizophrène est unanimement admise aujourd'hui. Les atteintes respectives sont très diverses : atrophie corticale, dilatation des ventricules latéraux, troubles de l'hémisphère gauche, etc.

La possibilité d'une étiologie infectieuse ou de l'implication d'un facteur alimentaire, d'une étiologie virale, et du fait que la schizophrénie serait une maladie auto-immune sont aujourd'hui discutés.

3. Sociogenèse de la schizophrénie

La sociogenèse de la schizophrénie a fait l'objet de nombreuses recherches effectuées par les adeptes de plusieurs approches de la psychopathologie sociale, ethnologique et écosystémique. Des points de vue en faveur de la sociogenèse apparaissent, aussi, dans des publications des auteurs reconnus comme adeptes des approches existentialiste et phénoménologique.

Pour ces approches, la schizophrénie est le résultat d'une violence scandaleuse perpétrée par des êtres humains contre d'autres êtres humains. La schizophrénie est en lien avec les changements sociaux, les événements de vie et le milieu familial. On cite également la théorie du double lien (double contrainte) et la communication paradoxale (le paradoxe est un modèle de communication qui mène à la double contrainte) (la double contrainte est comme une injonction paradoxale autant au niveau cognitif qu'au niveau affectif et aucune réponse n'est possible).

Conclusion

Aucune des hypothèses avancées jusqu'à présent ne rend compte de l'étiologie de tous les cas de schizophrénie. L'étiologie de la schizophrénie et le fonctionnement psychologique des patients diagnostiqués comme présentant une schizophrénie ne peuvent être étudiés qu'en utilisant l'ensemble des approches présentées dans ce texte. Cette perspective « multi approche » pourrait conduire progressivement à la constitution d'une psychopathologie intégrative de la schizophrénie.

**Application n°2 : Le suicide comme exemple d'application à un même objet d'étude
différents modèles de la psychopathologie (Ionescu, 2010)**

Un autre exemple convaincant d'étiologie multifactorielle est représenté par le suicide. Bien que le suicide ne constitue pas un diagnostic de trouble mental, les idéations suicidaires ainsi, que les conduites suicidaires sont cependant, associées à différents troubles mentaux (plus particulièrement aux troubles de l'humeur) et constituent un problème majeur de santé mentale :

1. La sociogenèse

En 1897, paraissait *Le suicide* d'Emile Durkheim. Selon cet auteur, le suicide est lié au degré d'intégration du sujet dans le groupe dans lequel il vit. Lorsque l'activité de groupe est dérégulée et s'accompagne de souffrance, lorsqu'il y a absence d'organisation ou de loi, lorsque les valeurs communes à un groupe disparaissent-état nommé anomie-

De plus, des études pointent du doigt le délitement du tissu social, la division du travail poussé à l'extrême, la souffrance générée par l'organisation du travail, le management par le stress comme facteurs pouvant mener au suicide.

L'attention est également portée sur le malais de l'homme moderne auquel contribuent la hausse de l'individualisme, l'affaiblissement du lien social, le fait de considérer l'autonomie comme un idéal, le développement du sentiment de solitude et d'isolement, facteurs qui contribuent à la généralisation de la déprime, et par conséquent, favorisent le passage à l'acte suicidaire.

2. Les hypothèses psychanalytiques

Chronologiquement, les hypothèses psychanalytiques concernant l'étiologie du suicide-hypothèses de type psychogénétique-apparaissent peu de temps après les travaux de Durkheim.

À ce propos, Litman souligne que pour Freud chaque suicide a un déterminisme multiple, et que les explications psychanalytiques de la psychopathologie du suicide sont complexes et multidimensionnelles. À partir des écrits de Freud, Litman note l'existence de :

- Caractéristiques générales de la condition humaine (tout au moins en occident) qui font que chaque personne est plus ou moins vulnérable au suicide. Il s'agit de la pulsion de mort, du clivage du moi et enfin, des institutions comme la famille et la civilisation qui exigent une soumission coupable de chaque membre du groupe ;

- Mécanismes spécifiques du suicide : comme la perte d'objets d'amour, les blessures narcissiques, les affects débordants (fureur, culpabilité, anxiété), le clivage extrême du moi, une attitude et un plan particuliers à l'égard du suicide (souvent fondés sur l'identification à un suicidant) ;
- Un grand nombre de conditions prédisposantes spécifiques, parmi lesquelles figurent :
 - a- une structure désorganisée et dysharmonique du moi ;
 - b- une tendance de la libido à se fixer à des positions préœdipiennes (et particulièrement des tendances fortes de type sadique et masochiste) ;
 - c- une affection du surmoi (due à des parents cruels, à des parents qui désiraient la mort du sujet, au décès des parents, ou un trait constitutionnel de nature héréditaire s'exprimant par un pouvoir destructeur excessif ;
 - d- à un attachement fort de la libido à la mort, aux personnes aimées décédées ou au fantasme d'être mort ;
 - e- à des fantasmes érotiques qui symbolisent ou dissimulent des désirs de mort ;
 - f- un pattern chronique d'autodestruction (qui s'exprime, par exemple, par l'addiction au jeu).

Une autre contribution importante à l'étude psychanalytique du suicide a été apportée par Menninger. Selon lui, les principaux facteurs à l'origine du suicide sont des pulsions internes et il est donc important de comprendre les motivations inscrites du suicide. Il a introduit ce qui a été désigné comme la triade du suicide : le désir de mourir, le désir de tuer et le désir d'être tué.

3. L'approche cognitive

La perspective psychogénétique de l'étiologie du suicide est aussi soutenue par l'approche cognitive, notamment par l'intermédiaire des études réalisées sur le désespoir. Pour Beck (1975), les distorsions cognitives jouent, dans la plupart des cas, un rôle important dans l'apparition du désespoir qui, lui, serait l'agent catalytique pour l'apparition du comportement suicidaire.

4. L'organogénèse des conduites suicidaires

Elle constitue une perspective plus récente comparativement aux deux perspectives précédentes. La première direction de recherche fut celle de l'acide 5-hydroxyindolacétique (5-HIAA), métabolite du neurotransmetteur sérotonine. Dès les années 1970, plusieurs recherches ont mis en évidence un sous-groupe de patients dépressifs ayant des faibles niveaux de 5-HIAA dans le liquide céphalo-rachidien (LCR). Une concentration basse de 5-HIAA dans le LCR peut être considérée comme un marqueur de vulnérabilité pour le suicide.

L'organogenèse du suicide est aussi attestée par les études qui ont permis de constater l'existence d'une composante étiologique génétique. En effet, les études familiales ont montré qu'il y a une composante génétique spécifique dans la production du suicide. Les études de concordance des jumeaux attestent aussi l'existence d'une composante génétique dans l'apparition du suicide, avec des taux de concordance plus élevés pour les monozygotes.

En relation avec les troubles du métabolisme de la sérotonine, deux gènes ont été étudiés avec des résultats promoteurs : le gène TPH1 et le gène 5-HTTLPR.

Enfin, l'étude de l'ADN chez une famille d'un homme qui s'est suicidé à 39 ans, après plusieurs tentatives, a permis de constater un déficit dans l'expression de l'activité d'un gène spécifique dénommé SNAT1. Ce gène produit une protéine qui transporte une molécule importante pour le cerveau et l'humeur. Les études sur le cerveau de plusieurs personnes décédées par suicide et ont permis de découvrir que plusieurs autres gènes impliqués dans la synthèse, le transport et l'utilisation de glutamate et du GABA dans le cerveau étaient partiellement mis « hors circuit ».

5. Perspective écosystémique

En commençant avec les facteurs de risque, nous pourrions citer, dans le cas des adolescents, l'impulsivité, la présence de manifestations dépressives et d'une vulnérabilité génétique, une faible estime de soi, un lieu de contrôle externe (facteurs individuels), la violence parentale, l'abus sexuel, la présence de troubles mentaux chez les parents, le divorce de ceux-ci ou le décès de l'un d'eux (facteurs familiaux), la solitude avec absence de réseau social de soutien, le suicide d'un ami, un environnement social pathogène, l'existence de conflits chroniques avec un (des) enseignants (facteurs sociaux).

Les données présentées ci-dessus montrent clairement que le suicide est un phénomène complexe ayant une étiologie qui ne peut être réduite à un seul facteur ou à une seule catégorie de facteurs. De surcroît, des variations étiologiques sont à envisager d'un cas à l'autre.

Application n°3 : L'anxiété comme exemple d'application à un même objet d'étude différents modèles de la psychopathologie (Debray, Granger & Azais, 2010)

1. Approche psychodynamique

Pour Freud, les expériences déclenchantes étaient de nature intrapsychique, en rapport avec des conflits personnels latents, anciens, issus de l'enfance, ravivés par des situations quotidiennes. Selon cette théorie, l'angoisse avait pour but de protéger l'organisme contre de telles agressions internes et externes, à l'aide de mécanismes de résolution psychologique métabolisant le problème. Le refoulement fut ainsi présenté comme un des mécanismes de défense psychologique essentiel, utilisé normalement pour régler des conflits au prix d'un équilibre asymptomatique contenant ces représentations inconscientes. Lors du dépassement de cette fonction d'adaptation, il fut alors proposé que l'anxiété puisse perdre son rôle protecteur et s'exprimer sous forme de manifestations cliniques diverses, d'évolution aiguë, subaiguë ou chronique. La persistance de pensées ou de pulsions répréhensibles solliciterait d'autres mécanismes de défense susceptibles d'intervenir en complément (mécanismes de conversion, de déplacement, d'isolation), générant la symptomatologie des troubles névrotiques caractérisés (névrose d'angoisse, névrose hystérique, névrose phobique ou obsessionnelle).

2. Approche cognitivo-comportementale

D'après la théorie comportementale, l'anxiété est une réponse émotionnelle apprise, entretenue, déclenchée face à certains stimuli environnementaux accaparant une capacité anxiogène. Ce conditionnement va diffuser des situations comparables mais de moins en moins précises, généralisant les craintes et multipliant les expériences douloureuses. Dans certains cas, un individu peut même s'avérer capable d'apprendre par imitation une réponse émotionnelle observée chez des proches exposés à des situations pathogènes.

Quant à la théorie cognitive, elle fait référence à l'existence de schémas de pensées dysfonctionnels, dont l'acquisition et le renforcement au gré des expériences procureraient une représentation particulièrement péjorative des circonstances vécues comme menaçantes.

3. Approche biologique

Les trois neurotransmetteurs incriminés dans l'anxiété sont la noradrénaline, la sérotonine et l'acide gama-amino-butyrique (GABA). Des produits noradrénergiques ou sérotoninergiques ont ainsi un effet anxiogène assez marqué, tandis que des agents gabaergiques possèdent au contraire un certain potentiel anxiolytique. L'hypothèse d'un dysfonctionnement gabaergique

dans la pathologie anxieuse est fortement encouragée par l'action clinique des benzodiazépines, substances agonistes gaba dont l'effet anxiolytique est retrouvé tant chez l'animal que chez l'homme.

Les neurones concernés issus du locus cœruleus et du raphé médian se projettent vers le cortex cérébral et le système limbique, aires cérébrales semblant jouer un rôle déterminant dans la neurobiologie de l'anxiété. En plus de ses innervations noradrénergiques et sérotoninergiques, le système limbique est en effet extrêmement riche en récepteurs gabaergiques, l'ablation ou la stimulation de cette structure chez l'animal ayant permis d'impliquer son fonctionnement dans le déclenchement de réactions émotionnelles.

Suite à de récentes recherches, la piste des acides aminés excitateurs retient actuellement une attention particulière dans le cadre de l'étude de la neurobiologie de l'anxiété.

4. Approche clinique ou athéorique

C'est devant ces difficultés conceptuelles que s'est imposé l'intérêt d'une approche purement clinique, athéorique, indépendante des courants idéologiques et des aléas expérimentaux. En 1980, la classification américaine des troubles mentaux propose ainsi de définir des catégories nosographiques autonomes, indépendantes d'autres pathologies, permettant d'étudier l'anxiété avec un souci d'objectivité et de rigueur scientifique.

Les troubles anxieux ont fait l'objet de nombreux remaniements depuis maintenant une dizaine d'années. Actuellement, cette rubrique réunit les catégories diagnostiques suivantes :

1. Le trouble panique et l'agoraphobie ;
2. Les phobies spécifiques ;
3. Les phobies sociales ;
4. L'anxiété généralisée.

Applications n°4 : la dépression comme exemple d'application à un même objet d'étude différents modèles de la psychopathologie (Godfryd, 2023) :

1. Aspects biologiques

La pathogénie des états dépressifs reste très complexe et encore mal élucidée, malgré de nombreuses recherches en psychiatrie biologique. Toutefois, un certain nombre d'éléments peuvent être dégagés :

- Au niveau cérébral, de nombreuses substances interfèrent avec la synthèse, le stockage et la libération des neuromédiateurs (sérotonine, noradrénaline, dopamine) : les IMAO élèvent la teneur des amines cérébrales dans la fente synaptique par inhibition de la MAO, bloquant ainsi leur catabolisme, et les tricycliques entraînent le même résultat par inhibition de la recapture de ces monoamines (cette théorie est actuellement remise en question) ;
- Il existe un déficit en sérotonine et en 5-HIAA dans le cerveau et le LCR des sujets déprimés ;
- Le métabolisme des catécholamines est réduit en période dépressive de même que l'excrétion urinaire du MHPG, principal métabolite de la noradrénaline cérébrale ;
- Une diminution globale ou localisée du métabolisme du glucose est observée chez certains dépressifs ;
- Il existe des perturbations dans la répartition du sodium intra- et extracellulaire ;
- Une augmentation de la densité des récepteurs à la sérotonine est retrouvée dans certaines zones cérébrales, notamment pariétales ;
- Des études de chronobiologie ont mis en évidence une désynchronisation des différents rythmes biologiques entre eux et plus particulièrement ceux de la température, du cortisol et de la mélatonine ;
- Une diminution des défenses immunitaires ou de la prolifération lymphocytaire est retrouvée dans certains cas ;

2. Aspects psychopathologiques :

Pour les psychanalystes : C'est la perte d'amour, vraie (deuil) ou vécue comme telle (blessure narcissique), la libido s'étant détachée de l'objet perdu, qui provoque un sentiment de colère et de frustration. Cette perte d'objet entraîne à son tour un état d'agressivité qui se retourne contre le sujet lui-même.

Pour les cognitivo-comportementalistes : Le sujet dépressif s'est créé un ensemble de croyances censées se réaliser. Aussi ne retient-il que les affects qui confortent ces pensées « erronées », en les généralisant secondairement à tous les registres de son existence. Les événements positifs, eux, sont plutôt attribués au hasard et considérés comme non durables.

3. Aspect intégratif :

Laouedj (2022) écrit à ce propos : la maladie dépressive est donc appréhendée à une résultante d'interaction entre un ensemble de facteurs à la fois psychologiques, neurobiologiques, génétiques et sociaux. Classiquement, l'étiologie de la dépression est supposée scindée en trois facteurs :

- Les facteurs psychologiques personnels, relevant du vécu lié à l'histoire du développement psychologique du sujet : première enfance, période de latence, adolescence en interaction avec la situation existentielle actuelle.
- Les facteurs neurobiochimiques cérébraux.
- Les facteurs environnementaux.

L'auteur ajoute que la dépression est la conséquence de plusieurs paramètres : crises psychologiques personnelles, neurobiochimiques, héréditaires et environnementales vécues ici et là avec tous ses niveaux de représentations subjectives et intersubjectives.

Application n°5 : cas clinique discuté selon les différents modèles de la psychopathologie

1. Le cas de Julie (Barlow, 2016)

Julie, une jeune fille de 16 ans, avait été envoyée à un centre clinique de traitement de l'anxiété, suite à des évanouissements de plus en plus fréquents. Deux ans auparavant, lors de son premier cours de biologie, son professeur avait projeté un film décrivant la dissection d'une grenouille. Julie souffre d'une phobie du sous type sang-injection-accident. Nous allons examiner ce qui pourrait avoir engendré la phobie de Julie dans une perspective multidimensionnelle.

- 1. Les influences psycho-dynamiques :** Comme Freud, l'a compris, il y a de nombreuses années, l'anxiété est complexe et mystérieuse. Selon une hypothèse psycho-dynamique, L'angoisse névrotique proprement dite n'a pas une cause immédiate, mais est liée à des conflits infantiles. Elle est due au refoulement d'une représentation intolérable et ce refoulement est double. Il est en effet différent pour la représentation et pour l'affect qui lui est lié. La représentation elle-même, repoussée dans l'inconscient, disparaît de la conscience alors que l'énergie qui lui était liée est transformée en angoisse (certaines formes d'anxiété sont liées à des conflits inconscients). Le modèle psychanalytique de la névrose repose sur le concept d'une fixation à un stade de développement archaïque, fixation secondaire à un traumatisme psychique. Toute la sémiologie de la névrose va être le reflet de ce conflit entre ces désirs inconscients et l'effort du refoulement pour les maîtriser, entre pulsion et défense, conflit jamais liquidé, nécessitant la répétition des efforts de maîtrise. Ainsi les symptômes sont-ils des compromis entre les deux forces en jeu. Ils témoignent de la domination du surmoi et en même temps de la persistance du processus archaïque qui maintient sa pression.
- 2. Les influences comportementales :** De prime abord, la cause de la phobie de Julie pourrait sembler évidente. Elle a vu un film d'animation, montrant des images de sang et de blessures et a eu une mauvaise réaction. Il s'agissait d'une réaction inconditionnelle qui devint associée à des situations similaires aux scènes de film. Cependant, la réaction devint si importante que Julie ressentait des nausées dès qu'elle entendait quelqu'un prononcer le mot « découper ». La phobie de Julie est-elle un simple conditionnement classique ? cela pourrait être le cas, si ce n'est qu'une question se pose : pourquoi alors les autres élèves de sa classe n'ont-ils pas développé la même phobie ? Apparemment, personne d'autre que Julie n'eut, ne serait-ce qu'une nausée. Nous savons maintenant que beaucoup plus qu'un simple conditionnement est impliqué

dans le développement de la phobie, bien qu'il soit évident qu'un conditionnement et une généralisation du stimulus y contribuent.

- 3. Les influences biologiques :** Au plan physiologique, Julie était en train de vivre une réaction vasovagale, cause courante d'évanouissement. En voyant le film, elle a ressenti une légère angoisse, comme beaucoup de personne, et a fait l'expérience d'une augmentation associée de son rythme cardiaque et de sa pression sanguine dont elle n'était probablement pas consciente. Son corps a alors pris la direction de ces événements : il a immédiatement compensé ces phénomènes physiques par une diminution de la résistance vasculaire, un abaissement du rythme cardiaque et a fini par faire chuter sa pression sanguine. La quantité du sang atteignant le cerveau a diminué à tel point qu'elle en a perdu conscience. Une cause possible de cette syncope vasovagale est la réaction excessive d'un mécanisme appelé l'arc réflexe barorécepteur sino-aortique qui compense les augmentations brutales de la pression sanguine en l'abaissant. Il est intéressant de noter que la tendance à compenser exagérément est héréditaire. À présent, vous pensez que nous avons découvert les causes de la phobie de Julie et que tout ce qui nous reste à faire c'est de développer un médicament capable de réguler l'arc réflexe barorécepteur. Pourtant nous savons aussi que de nombreuses personnes ayant tendance à présenter des épisodes sévères de syncopes ne développent pas de phobies. Contracter par exemple ses muscles permet de d'augmenter rapidement sa pression sanguine et d'éviter la réaction comportementale de perte de conscience. En outre, il a été démontré que certaines personnes exprimant peu ou pas de syncope développent de toute façon cette phobie. Les raisons de cette phobie de sous type sang-injection-accident sont donc plus complexes qu'il n'y apparaît. En disant que la phobie est causée par un dysfonctionnement biologique ou à une expérience traumatique suivi d'un conditionnement, nous ne serions pas trompés, mais en adoptant un modèle causal unidimensionnel, nous serions passés à côté du point le plus important : la cause de la phobie du sous type sang-injection-accident est une interaction complexe qui doit avoir lieu entre des facteurs biologiques et comportementaux. Une personne qui a hérité d'une réaction de syncope est à coup sûr une personne à risque pour développer des phobies, mais d'autres facteurs y contribuent aussi.

Par ailleurs, le cas de Julie est illustration parlante de l'influence de la biologie sur le comportement. Mais les comportements, pensées, ressentis peuvent aussi exercer leur influence

sur la biologie et de façon parfois dramatique. Quels ont été le rôle et l'origine des peurs et des anxiétés de Julie dans le développement de sa phobie ?

- 4. Les influences émotionnelles :** Les états émotionnels peuvent avoir des effets physiologiques considérables sur, par exemple, la pression sanguine, le rythme cardiaque et la respiration. Chez Julie, une accélération rapide du rythme cardiaque causée par son état émotionnel a changé sa façon de percevoir et de vivre des situations où elle était confrontée à du sang et des blessures. Cette nouvelle perception l'a induite à se comporter de façon non-désirée, c'est-à-dire à éviter toutes les situations pouvant être associées à du sang ou à une blessure, même si confronter ce type de situation pouvait s'avérer important. Les émotions jouent un rôle important dans le développement de nombreux troubles.
- 5. Les influences sociales :** les facteurs sociaux et culturels contribuent directement à la biologie et au comportement. Les amis et la famille de Julie volaient à son secours lorsqu'elle s'évanouissait. Le proviseur, la rejetant et ignorant son problème, l'a renvoyée de l'école. Quels effets ont ces comportements sur la phobie de Julie ? vivre le rejet des autres peut rendre un trouble psychologique pire qu'il n'aurait été dans d'autres circonstances. D'un autre côté, l'attention sociale peut en réalité avoir pour effet principal une augmentation de la fréquence et de l'intensité de la réaction.
- 6. Les influences développementales :** il est possible que Julie ait déjà été confrontée à d'autres situations impliquant la présence du sang. Toutefois, pourquoi ce problème est apparu lorsqu'elle avait seize ans ? Est-il possible que sa sensibilité à des réactions vasovagales fût plus élevée dans son adolescence ? il se peut en effet que le moment de sa réaction physiologique ainsi que celui de la vue du film qui l'a perturbée aient fourni (malheureusement) la bonne combinaison d'événements déclencheurs de sa réponse phobique sévère.
- 7. Approche intégrative :** dans le cas de Julie, se concentrer sur les mécanismes biologiques ou comportementaux n'aurait pas été suffisant pour développer le tableau complet des causes de son trouble. Il faut prendre en compte une gamme d'influences et la manière dont elles pouvaient interagir.

Conclusion du cours

Les modèles psychopathologiques sont considérés comme des grilles d'analyse des phénomènes psychiques, normaux et pathologiques. On estime qu'une bonne compréhension des troubles mentaux ne peut être complète sans porter un intérêt pour l'étiologie de ces troubles. C'est là où réside justement l'importance de cette matière dispensée aux étudiants de master 1 psychologie clinique.

Ces modèles tentent d'organiser le savoir accumulé et de faire avancer nos connaissances pour éclairer ce que nous ignorons encore. Chacun des modèles présentés ici dans ce support, donne un aperçu de ce tout complexe qu'est le fonctionnement psychique.

De plus, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de théorie qui rende compte du trouble mental dans sa totalité et dans sa complexité, il faut donc en étudier plusieurs, qui souvent, comme mentionné dans ce support, se sont élaborées en s'opposant les unes aux autres.

Selon **le modèle psychanalytique**, le trouble psychologique provient de conflits internes inconscients chez une personne. Il met l'accent sur le rôle de l'inconscient pathogène, de sa dynamique, de son économie et enfin de sa gestion de conflits. Les symptômes présentés par l'individu atteint d'un trouble psychologique sont l'expression symbolique des conflits inconscients non résolus. Les conflits inconscients proviennent d'un déséquilibre entre les structures de la personnalité (ça, moi, surmoi), de l'utilisation de mécanismes de défense inadaptés et des expériences vécues dans la petite enfance.

Le modèle comportemental considère le symptôme comme des comportements appris et maintenus par des renforcements. Ce modèle soutient l'idée que beaucoup de réactions psychologiques sont le résultat d'un apprentissage.

Le modèle cognitif : Selon cette approche, le trouble psychologique provient d'une perturbation du traitement de l'information, c'est-à-dire des pensées irrationnelles, des distorsions cognitives ou de fausses croyances qui déforment le raisonnement de la personne ou sa perception de la réalité. La façon dont l'individu perçoit, interprète et mémorise les situations est altérée d'une façon négative, pessimiste et dramatique, voire catastrophique.

Le modèle humaniste : Selon cette approche, l'origine des troubles psychologiques se situe dans tout obstacle à l'actualisation de soi, tout blocage à la croissance individuelle. Un tel obstacle pourrait provenir de besoins fondamentaux non comblés, d'un déséquilibre entre la perception de soi dans la réalité et la perception de soi idéale, ou encore d'un déséquilibre entre

les pensées et les sentiments, d'une part, et les attentes des proches, du milieu et de la société, d'autre part. Alors, toute l'énergie psychique est dépensée pour nier ou combattre ces déséquilibres, et il ne reste plus d'énergie disponible pour le développement de soi.

Quant au **modèle athéorique**, il repose sur des critères purement descriptifs.

Dès lors, les modèles explicatifs et les approches psychologiques ont tous proposé un seul type de facteur pour expliquer le trouble psychologique.

De plus, chaque modèle de soin (analytique, cognitiviste, comportementaliste, etc.) propose un type d'orientation thérapeutique. Selon le modèle analytique, la thérapie doit permettre de mettre en lumière des éléments inconscients, ceci afin d'obtenir un remaniement psychique profond. Pour le modèle humaniste, l'objectif thérapeutique est d'aider la personne à s'accepter telle qu'elle est et à vivre en harmonie avec elle-même. Pour le modèle cognitif, la thérapie vise à soulager la souffrance en modifiant les processus de pensées erronés. Pour le modèle comportemental, il s'agit de remplacer un comportement inadapté par un autre plus efficace grâce à l'apprentissage.

En conclusion, chacune de ces approches a contribué à sa façon à améliorer notre compréhension de la psychopathologie. Néanmoins, aucune ne semble proposer une description complète des troubles psychologiques, de leurs étiologies et des traitements possibles. En d'autres mots, le comportement normal ou anormal ne s'explique pas à l'aide d'un seul modèle. Il résulte plutôt d'une interaction continue de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (causalités : psychogenèse, organogenèse, sociogenèse). Dans chaque maladie, on retrouve d'un côté l'hérédité et les neurotransmetteurs et de l'autre les conflits et les mécanismes de défense, tout ceci évoluant dans un contexte familial et social donné. Ces différents facteurs et toutes les dimensions du comportement humain doivent être considérés en interaction. Malgré l'actuelle et dominante approche nord-américaine, de nombreux auteurs s'accordent à reconnaître une origine multifactorielle aux troubles mentaux. Ils doivent donc être intégrés dans un nouveau **modèle multidimensionnel de la psychopathologie, appelé l'approche intégrée**.

Nous prônons, comme le souligne à juste titre Bioy et Fouques (2016), une approche dite intégrative, c'est-à-dire qui reconnaît à la sémiologie du DSM un intérêt certain, malgré ses limites, mais qui doit impérativement être complété par des analyses de la dynamique psychique et du sens du symptôme par d'autres approches (psychanalyse, cognitivo-comportementalisme, systémie, etc.). Une approche qui prône également qu'en fonction de la situation du patient, de

son désir, de sa demande et de sa réalité psychique, plusieurs courants peuvent apporter un éclairage pertinent selon les situations présentées et les enjeux de la rencontre avec le psychologue clinicien. Enfin, cette approche propose de considérer une complémentarité des modèles dans certains cas, sans qu'aucun de ces modèles n'ait à renier ses fondements et sa légitimité.

Dès lors, Ces différents modèles pourraient dialoguer les uns avec les autres et s'enrichir réciproquement sans perdre leur spécificité. Malheureusement ils se figent parfois dans des postures qui s'opposent violemment au nom d'une prétendue scientificité.

À cet effet, des tentatives de rapprochement des grands courants psychopathologiques datant de quelques années, ont vu le jour. La vision intégrative prenant en compte tous les éléments constitutifs de l'être humain est plus que jamais nécessaire afin d'aboutir à un mieux-être des personnes en souffrance psychique.

Nous achevons ce manuscrit avec cette citation de Misès (2020) « *nous restons fortement attachés à l'évidente plurifactorialité de la genèse des faits mentaux* ».

Références

1. Barlow, D. (2016). *Psychopathologie : une approche intégrative*. De Boeck.
2. Benedetto, P. (2008). *Psychologie de la personnalité*. De Boeck.
3. Bergeret, J et al. (2012). *Psychologie pathologique. Théorique et clinique*. Elsevier-Masson.
4. Bergeret, J. (1974). Caractères et structures : réflexions à partir de la psychopathologie psychanalytique. *Bulletin de psychologie*, 311, 1974. pp. 656-661. Doi : <https://doi.org/10.3406/bupsy.1974.10540>.
5. Bioy, A., & Fouques, D. (2016). *Psychologie Clinique et psychopathologie* (3^{ed}). Dunod.
6. Bourguignon, O. (1999). Notions de psychopathologie. In R. Ghiglione (Dir,) *cours de psychologie. Champs et théorie*. Dunod.
7. Bouvet, C. (2020). *Introduction aux thérapies comportementales et cognitives* (2 éd). Dunod.
8. Braconnier, A. (2006). *Introduction à la psychopathologie*. Masson.
9. Braunstein, J-F., & Pewzner, E. (2020). *Histoire de la psychologie* (4 ed). Dunod.
10. Bursztejn, C., Golse, B., Misès, R. (2003). Classifications en psychiatrie de l'enfant. *Encycl Méd Chir, Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 37-200-B-10, 9 p. Editions Masson.
11. Capdevielle, V., & Doucet, C. (2000). *Psychologie clinique et psychopathologie* (2 ed). Armand Colin.
12. Capdevielle, V., & Doucet, C. (2004). *Psychologie clinique et psychopathologie* (2^é éd). Armand Colin
13. Chapelle, F et al. (2018). *Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions* (3 ed). Dunod.
14. Cottraux, J. (2016). Thérapies cognitives. *EMC-Psychiatrie*. 37-820-A-50.
15. Cottraux, J. (2020). *Les psychothérapies cognitives et comportementales* (7 ed). Elsevier Masson.
16. de Kernier, N. (2019). *30 grandes notions de psychologie clinique et psychopathologie psychanalytiques*. Dunod.
17. Debray, Q., Granger, B., & Azais, F. (2010). *Psychopathologie de l'adulte* (4 ed). Elsevier Masson.
18. Delbrouck, M. (2007). *Psychopathologie. Manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute*. De Boeck Supérieur.

19. Demazeux, S. (2016). Définition du trouble mental. *EMC Psychiatrie*, 13 (2), 37-102-A-20
20. Dumas, J-E. (2005). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (2 éd). De Boeck.
21. Fantini-Hauwel, C. (2018). *Introduction aux théories de la personnalité*. Dunod.
22. Fontaine, O., & Fontaine, Ph. (2011). *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*. Retz.
23. Gauld, C. (2021). *Les réseaux de symptômes en psychopathologie*. UGA Editions.
24. Gerrig, R., & Zimbardo, Ph. (2008). *Psychologie* (18 ed). Pearson Education.
25. Godfryd, M. (2023). *Les maladies mentales de l'adulte* (10 ed). PUF.
26. Grebot, E. (2002). *Repères en psychopathologie*. Presses Universitaires de Grenoble.
27. Hansenne, M. (2003). *Psychologie de la personnalité*. De Boeck Supérieur.
28. Haouzir, S., & Bernoussi, A. (2020). *Les schizophrénies* (4 éd). Dunod.
29. Hergenhahn, B-R., & Henley, T-B. (2016). *Introduction à l'histoire de la psychologie* (2 ed). Modulo.
30. Ionescu, S. (1999). Base des interventions psychothérapeutiques. In R. Ghiglione., & J-F Richard (Eds.), *Cours de psychologie. Champs et théories* (3é èd) (pp. 592- 642). Dunod.
31. Ionescu, S. (2003). Applications : Approche de la psychopathologie générale. In R. Ghiglione., & J- F Richard (Eds.), *Cours de psychologie. Processus et applications* (3é èd) (pp.485-540). Dunod.
32. Ionescu, S. (2003). Approches de la psychopathologie. Dans R, Ghiglione., & J-F, Richard (Dir.), *Cours de psychologie. Processus et applications* (pp. 443-492). Dunod.
33. Ionescu, S. (2010). *Psychopathologie de l'adulte. Fondements et perspectives*. Belin.
34. Ionescu, S. (2015). *15 approches de la psychopathologie* (4^é èd). Armand Colin.
35. Ionescu, S. (2017). Bases de la psychopathologie. Dans Ghiglione, R., & Richard, J-F. (Dir.), *Cours de psychologie. 1. Les bases* (pp. 494-553) (3 ed). Dunod.
36. Ionescu, S. (2019). *15 approches de la psychopathologie* (5^é èd). Armand Colin.
37. Juignet, P. (2001). *Manuel de psychopathologie psychanalytique (enfant et adulte)*. Presses universitaires de Grenoble.
38. Juignet, P. (2015). *Manuel de psychopathologie générale*. PUG.
39. Kacha, F. (1996). *Psychiatrie et psychologie médicale*. Entreprise nationale du livre.
40. Kapsambelis, V. (2012). Chapitre 1. Spécificité de la psychiatrie. Dans V. Kapsambelis (dir), *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* (p. 1-20). Presses Universitaires de France.

41. Langenfeld, S., & Merckling, J. (2013). *Processus psychopathologiques*. Masson.
42. Langenfeld, S., & Merckling, J. (2019). *Fiches de soin infirmier en psychiatrie*. Masson.
43. Langenfeld, S., & Merckling, J. (2024). *Le guide pratique infirmier en psychiatrie*. Masson.
44. Lantéri-Laura, G. (2004). Principales théories dans la psychiatrie contemporaine. *EMC-psychiatrie*.37-006-A-10. 14 pages.
45. Laouedj, M. (2021). *Abrégé de psychopharmacologie*. Edition Elmoudjahid.
46. Laouedj, M. (2022). *La maladie dépressive. Des maux pour le dire*. Edition Elmoudjahid.
47. Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1994). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF
48. Le petit Larousse (2008). *Dictionnaire de français*. Editions Larousse.
49. Lecomte, C., & Servant, D. (2020). *Les thérapies comportementales, cognitives et émotionnelles en 150 fiches*. Elsevier Masson.
50. Luclère, M. (2012). Approche cognitivo-comportementale. In S. Schauder (Dir), *L'étude de cas en psychologie clinique*. Dunod.
51. Marmion, J-F. (2012). *Histoire de la psychologie*. Sciences Humaines Éditions.
52. Misès, R. (2020). *Classification française des troubles mentaux pour enfants et adolescents R-2020*. Presses de l'EHESP.
53. Nevid, J., Rathus, S., & Greene, B. (2009). *Psychopathologie* (7 ed). Perason Education France.
54. Papalia, D-E., Martorell, G. (2019). *Psychologie du développement de l'enfant* (9 ed). Chenelière.
55. Parot, F. (2011). *Dictionnaire de psychologie*. Broché.
56. Pedinielli, J-L. (2016). *Introduction à la psychologie clinique* (4 ed). Armand Colin.
57. Pedinielli, J-L., & Bertagne, P. (2014). *Les névroses* (3 ed). Armand Colin
58. Pedinielli, J-L., & Gimenez, G. (2009). *Les psychoses de l'adulte* (2 ed). Armand Colin.
59. Pervin, J. (2005). *La personnalité.de la théorie à la recherche*. De Boeck.
60. Pewzner, E. (2002). *Naissance et développements de la psychopathologie* (2^è èd). Dunod.
61. Pewzner, E. (2011). *Introduction à la psychopathologie de l'adulte* (3 ed). Armand Colin.
62. Pirlot, G. (2013). *Classifications et nosologies des troubles psychiques. Approche psychiatrique et psychanalytique*. Armand Colin.
63. Pirlot., & Cupa, D. (2012). *Approche psychanalytique des troubles psychiques*. Armand Colin.
64. Pull, C-B. (1995). Critères diagnostiques en psychiatrie. *EMC. Psychiatrie* [37-102-C-15], 10 p. Editions Masson.

65. Quintilla, Y., & Pelissolo, A. (2015). *Thérapeutique en psychiatrie. Théories et applications cliniques*. Masson.
66. Rabeyron, T. (2018). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Armand Colin.
67. Samacher, R. (2005). *Psychologie clinique et psychopathologie* (2^e éd). Bréal.
68. Schauder, S. (2012). *L'étude de cas en psychologie clinique*. Dunod. P.351.
69. Sinelnikoff, N. (2006). *Dictionnaire critique des psychothérapies*. Broché.
70. Tavis, C., & Wade, C. (2007). *Introduction à la psychologie*. ERPI.
71. Vederine, F-E., & Pelissolo, A. (2015). Thérapie comportementale et cognitive. In Y. Quintilla., & A. Pelissolo (Dir), *Thérapeutique en psychiatrie*. Masson.

Glossaire

Il est porté à l'intention des lecteurs que ces définitions ont été rédigées en consultant de nombreux vocabulaires, dictionnaires et encyclopédies disponibles et dont certains figurent dans la liste bibliographique citée ci-dessous.

Autoactualisation : tendance fondamentale de l'organisme à s'actualiser, à se maintenir, à s'épanouir et à réaliser son potentiel ; concept mis en évidence par Rogers et d'autres membres du mouvement humaniste.

Behaviorisme : Psychologie du comportement.

Ça : Une des trois instances de la seconde théorie de Freud. Concept structurel freudien à la source de toute l'énergie des pulsions.

Cognition : Réception, stockage et traitement des informations reçues de l'environnement et qui sont en fait des connaissances.

Concept de soi : Perception du sujet par lui-même : ce que je suis. Mais également perception de soi à travers l'image renvoyée par autrui : ce que je pense que les autres pensent de moi.

Conditionnement opérant : dans la théorie de skinner, processus par lequel les caractéristiques d'une réponse sont déterminées par ses conséquences.

Congruence : concept rogorien exprimant l'absence de conflit entre le concept de soi et l'expérience ; c'est également l'une des trois conditions jugées essentielles pour la croissance et le progrès thérapeutique.

Conscient : Une des instances de la première topique de la théorie freudienne. Il qualifie les pensées, les expériences et les sentiments dont on a conscience.

Construits : Dispositions mentales élaborées par le sujet qui, selon Kelly, organisent les informations et dirigent les comportements.

Décompensation : elle désigne une rupture d'équilibre, un effondrement des mécanismes de défenses psychiques dont la fonction est de compenser, de s'adapter aux difficultés de l'existence. La décompensation désigne alors l'apparition spectaculaire d'un symptôme.

Discrimination : dans le conditionnement, réponse différentielle aux stimuli selon qu'ils ont été associés au plaisir, à la douleur ou à des événements neutres.

Distorsions cognitives : sont des schémas de pensée négatifs (pensées déformées) qui contribuent à une réflexion excessive et peuvent aggraver les problèmes de santé mentale.

Evènements cognitifs : les événements cognitifs (ou structures cognitives superficielles conscientes et préconscientes) sont des structures cognitives superficielles se présentant sous la forme dépensées (auto-verbalisations, monologues ou dialogues intérieurs) ou d'images mentales provenant du traitement de l'information par les schémas et les processus cognitifs.

Extinction : Dans le conditionnement, affaiblissement progressif de l'association entre un stimulus et une réponse, dans le conditionnement classique parce que le stimulus conditionné n'est plus servi du stimulus inconditionné, et dans le conditionnement opérant parce que la réponse n'est plus suivie d'un renforcement.

Fantasme : production de l'imagination par laquelle le moi cherche à échapper à la réalité. Le fantasme représente particulièrement la réalité psychique. Il s'agit d'une situation imaginaire dans laquelle plusieurs personnages se trouvent en relation.

Fixation : concept freudien qui exprime l'arrêt ou l'interruption du développement psychosexuel de l'individu à un moment donné.

Généralisation : dans le conditionnement, association d'une réponse avec des stimuli similaires au stimulus par lequel cette réponse a d'abord été conditionnée ou à laquelle elle a été rattachée.

Imitation : comportement qui s'acquiert par l'observation d'autrui.

Incongruence : concept rogérien désignant l'existence d'un désaccord ou d'un conflit entre le concept de soi et l'expérience.

Inconscient : Une des instances de la première topique de la théorie freudienne. Il désigne les pensées, les expériences et les émotions dont nous ne sommes pas conscients. Selon Freud, cette inconscience est la conséquence du refoulement.

Mécanisme de défense : concept freudien désignant les mécanismes utilisés pour contenir et réduire l'angoisse. C'est par leur intervention que certains désirs et certaines émotions sont exclus du champ de la conscience.

Métapsychologie : c'est une théorie du fonctionnement psychique qui se distingue de la psychologie classique par la place qu'elle accorde à l'inconscient.

Moi : Une des instances de la seconde topique de la théorie freudienne. Concept structurel freudien désignant la partie de la personnalité qui tente de satisfaire ses pulsions conformément à la réalité et aux valeurs morales.

Neurotransmetteurs : substance cérébrale qui assure une transmission d'information au niveau du neurone.

Nosographie : elle classe de manière méthodique les symptômes en syndromes.

Nosologie : elle décrit et étudie les caractères distinctifs des symptômes dans le but de les classer au-delà des syndromes communs à partir de la nature et des formes des processus psychiques en jeux.

Pensées automatiques : ce sont des cognitions, qui souvent, apparaissent d'une manière brève et instantané et sont pour la plupart conscientes et facilement accessible.

Préconscient : Une des instances de la première topique de la théorie freudienne. Il qualifie les pensées, les expériences et les sentiments que nous avons momentanément oubliés, mais qu'il est facile de rappeler à la mémoire.

Principe de plaisir : selon Freud, un des deux principes régissant le fonctionnement mental : l'ensemble de l'activité a pour but d'éviter le déplaisir et de procurer le plaisir.

Principe de réalité : Selon Freud, mode de fonctionnement psychologique reposant sur la réalité et dans lequel la satisfaction du plaisir est retardée jusqu'au moment le plus propice.

Processus cognitif : les processus cognitifs sont des règles logiques de transformation de l'information. Elles permettent de passer des schémas inconscients aux pensées préconscientes (pensées automatiques), puis aux pensées conscientes.

Processus primaire : Dans la théorie psychanalytique, mode de fonctionnement de l'appareil psychique qui n'obéit pas à la logique ou ne subit pas l'épreuve de la réalité et que l'on observe dans les rêves ou d'autres manifestations de l'inconscient.

Processus secondaire : Dans la théorie psychanalytique, mode de fonctionnement de l'appareil psychique régi par la réalité et associé au développement du moi.

Psychologie du traitement de l'information : Approche visant à étudier la cognition qui suit la tradition de la psychologie des facultés et du béhaviorisme méthodologique, et qui emploie normalement l'ordinateur comme modèle de traitement humain de l'information.

Pulsion : processus dynamique consistant dans une poussée (charge énergétique) qui fait tendre l'organisme vers un but.

Pyramide des besoins : Affirmation de Maslow selon laquelle les besoins humains sont hiérarchisés. L'individu doit combler adéquatement ceux qui sont situés plus bas dans la

pyramide avant d'être capable d'accorder de l'attention aux besoins supérieurs. Les besoins les plus fondamentaux et puissants sont d'ordre physiologique, puis viennent les besoins de sécurité, d'appartenance et d'amour, et d'estime de soi. Quand tous les besoins inférieurs sont comblés, l'individu commence à s'autoactualiser.

Refoulement : Mécanisme de défense qui permet de repousser une pensée, une idée ou un désir hors du champ de la conscience.

Régression : Concept freudien qui exprime le retour à un stade antérieur du développement dans la façon dont l'individu se comporte envers autrui et envers lui-même.

Renforcement négatif : Selon Skinner, stimulus désagréable retiré à la suite d'un comportement et qui augmente la probabilité de réapparition du comportement.

Renforcement positif : Addition d'une nouvelle stimulation à la suite d'un comportement et qui a pour effet d'accroître la probabilité de voir réapparaître ce comportement.

Schéma cognitif : ce sont des croyances qui s'élaborent en lien avec les premières expériences relationnelles du sujet immergé dans son environnement sous formes de traces sensorielles et affectives.

Soi : Manière de se concevoir (aspect cognitif), de s'estimer (aspect affectif) de se présenter aux autres (aspect comportemental).

Surmoi : Une des instances de la seconde topique de la théorie freudienne. Concept structurel freudien désignant la partie de la personnalité qui exprime nos idéaux et nos valeurs morales.

Symptomatique : se dit d'un état qui correspond à un symptôme.

Symptôme : en psychopathologie, expression d'un conflit psychologique ou d'un fonctionnement psychologique perturbée. Selon Freud, c'est l'expression déguisé d'une pulsion refoulée.

Théorie du développement psychosexuel : Théorie développée par Freud, qui décrit une séquence invariable de stades dans le développement de la personnalité, depuis l'enfance jusqu'à l'adolescence, au cours de laquelle différentes zones érogènes sont investies.

Théorie du traitement de l'information : Théorie qui explique le développement cognitif en observant et en analysant les processus mentaux à l'œuvre dans la perception et le traitement de l'information.

Zone érogène : Partie du corps où se concentrent les tensions sexuelles et qui procure du plaisir. Chaque zone érogène est associée à un stade du développement psychosexuel.

Petit dictionnaire biographique

Ce dictionnaire est essentiellement tiré des présentations biographiques contenus dans ces deux ouvrages : Marmion (2012) et Hergenhahn & Henley (2016) :

Bandura, Albert (1925-2021) : En 1976, ce psychologue américain décrit ce qu'il appelle l'apprentissage social, ou vicariant : nos conduites sont acquises en grande partie via l'observation d'autrui et l'intégration de ses actions à notre propre répertoire comportemental, comme dans cette fameuse expérience où des enfants agressent la poupée Bobo, sans y être invités, mais uniquement pour imiter l'adulte qui l'a fait avant eux. Selon la théorie sociale cognitive d'Albert Bandura, chaque individu peut d'autre part insuffler une dynamique à sa propre vie, et l'ajuster en permanence, s'il parvient à s'analyser. Cette possibilité de maîtrise de sa destinée est liée au sentiment d'« autoefficacité », ou croyance en son efficacité personnelle.

Beck, Aaron (1921-2021) : Selon ce psychiatre américain, certains troubles mentaux (et singulièrement la dépression) sont dus à des défaillances dans nos processus de traitement de l'information. La perception de soi-même, de l'environnement et de l'avenir est biaisée par des pensées automatiques inappropriées (par exemple « de toute façon, je ne vais pas y arriver »), générées par des schémas (ou structures cognitives) stockés en mémoire à long terme (de type « je suis nul », par exemple). Le but des thérapies cognitives, dont Aaron Beck est l'un des fondateurs, est d'identifier ces systèmes de croyances et de les modifier dans un sens plus rationnel.

Bruner, Jérôme (1915-2016) : Professeur de psychologie et directeur de recherche à la New York University, il a débuté sa longue carrière comme professeur à Harvard. C'est là qu'il a fondé en 1960, avec Georges Miller, le Harvard Center for Cognitive Studies, premier centre de recherche au monde qui affiche le terme « cognitif ». Ses travaux ont porté sur de nombreux domaines : la perception, la catégorisation, le récit, le langage chez l'enfant. Une de ses préoccupations principales a été de mettre en rapport l'éducation et les recherches en psychologie.

Freud, Sigmund (1856-1939) : Fondateur de la psychanalyse, une approche qui consiste à envisager le psychisme humain comme un réservoir de désirs et de pulsions (pulsion de vie, pulsion de mort, pulsion sexuelle). La pulsion sexuelle tient, selon Freud, une place centrale dans la vie psychique du sujet. Cette pulsion s'exprime souvent sous forme inconsciente car

elle est bloquée, réprimée dans son expression par un mécanisme de « refoulement » psychologique. C'est dans L'interprétation du rêve (postdaté de 1900), qu'il expose son modèle de l'appareil psychique en trois systèmes : conscient, préconscient, inconscient. Son œuvre immense a irrigué tout le XXe siècle.

Hull, Clark Leonard (1884-1952) : Expérimentaliste rigoureux, il réfute la méthodologie classiquement employée par les behavioristes (méthode inductive : définir des lois à partir des faits observés) au profit de la démarche hypothético-déductive (vérifier expérimentalement des hypothèses). Il introduit par ailleurs la notion de « variables intermédiaires » entre le stimulus et la réponse, telles que force de l'habitude et intensité du besoin physiologique (drive). Une évolution vers le cognitivisme, qui ouvrira la « boîte noire ».

Maslow Abraham (1908-1970) : est généralement reconnu comme le principal responsable de l'officialisation de la psychologie humaniste. Maslow est né à Brooklyn, dans l'État de New York. Il était l'aîné de sept enfants et ses parents étaient des immigrants juifs russes. Il se souvient que son père Samuel aimait le whisky, les femmes et la bagarre. Il n'aimait pas son père, mais il a fini par faire la paix avec lui.

Pavlov, Ivan (1849-1936) : Ce psychologue russe a montré avec sa célébrité expérience sur un chien affamé l'existence d'un mécanisme d'apprentissage spécifique : le conditionnement. On sait qu'un chien se met à saliver spontanément à l'approche d'un morceau de viande. En associant la présentation de la viande au son d'une cloche, on s'aperçoit qu'au bout d'un certain temps le chien salive seulement au son de la cloche. Il y a donc une association qui s'est formée entre « viande » et « cloche ». Voilà comment s'effectue le conditionnement. C'est peut-être le même mécanisme qui nous fait associer, par habitude, l'image du feu à la sensation de chaleur et nous prévient ainsi du danger avant de nous être approché de la flamme.

Rogers, Carl (1902-1987) : L'école humaniste est dominée par la personnalité de Carl Rogers. Ce psychologue clinicien américain envisage la personne comme un être à la recherche de la réalisation de soi.

Skinner, Burrhus Frederic (1904-1990) : Psychologue américain, devenu le chef de file du behaviorisme à la suite de John B. Watson, Burrhus F. Skinner a étudié une forme particulière d'apprentissage : le conditionnement opérant. Il l'a mis en évidence grâce à un dispositif appelé la « boîte de Skinner », qui consiste à encourager un sujet (un pigeon, un rat ou un humain) à effectuer un geste précis en lui distribuant des récompenses, un peu comme lorsqu'on dresse un chien ou un dauphin. Pour Skinner, il est clair que la plupart des conduites humaines sont le

produit d'apprentissages et de conditionnements. Cette conception des comportements humains par l'apprentissage est à la base de l'« enseignement programmé », dont B.F. Skinner est l'inventeur. Il correspond à un dispositif technique où l'élève apprend par étapes, en répondant à une série de questions. Chaque bonne réponse, qui lui est automatiquement communiquée, lui permet de passer à l'étape suivante jusqu'à ce qu'il maîtrise parfaitement le sujet. Skinner fut aussi une figure de l'intelligentsia américaine, qui engagea de célèbres polémiques contre la psychologie « romantique », d'un côté, et la psychologie cognitive de l'autre.

Thorndike, Edward Lee (1874-1949) : Ce psychologue américain a conçu une « boîte-problème » dans laquelle il enfermait un chat affamé. Le chat peut ouvrir la porte de la boîte en déplaçant un morceau de bois dans un certain sens. L'animal cherche par tâtonnement à sortir essayant pour cela divers moyens. Au début, le chat parvient à ouvrir la porte en actionnant au hasard le morceau de bois. En multipliant les essais, il apprend à sélectionner la bonne solution. L'animal effectue donc, selon Thorndike, un apprentissage par « essais et erreurs ».

Tolman, Edward C. (1886-1959) : Ce psychologue a montré que des rats placés dans des labyrinthes possèdent peu à peu une véritable « carte cognitive » de leur environnement. Ils apprennent à évoluer dans un espace donné pas simplement par tâtonnement, mais en se construisant au fil du temps une image de leur environnement. Leur apprentissage est donc lié à une représentation.

Watson, John B. (1878-1958) : Chef de file de l'école behavioriste. En 1920, John Watson et Rosalie Rayner démontrent sur Albert, un bébé d'une dizaine de mois, qu'il est possible de déclencher une phobie par conditionnement : la terreur du jeune cobaye, qui porte à l'origine sur un rat blanc, s'étend à d'autres objets, comme du coton, ou un masque du père Noël. J.