Psychologie clinique et pathologique 2023

Licence 1 Cours n° 1

UE102 EC2

Professeur Cyril Tarquinio
www.cyriltarquinio.com
Université de Lorraine
Directeur de l'équipe de psychologie de la santé EPSAM/APEMAC EA 4360
Directeur du Master de Psychologie Clinique
Fondateur et Directeur Centre Pierre Janet de l'Université de Lorraine
Editeur en Chef de l'European Journal of Trauma and Dissociation (Elsevier)

1. Introduction à la psychologie clinique

- Le mot « clinique » vient du grec ancien κλινω *(klinô)* que l'on peut traduire par incliner ou encore faire pencher.
- « Psychologie clinique » évoque autant une méthode qu'un domaine qui se confond pour une part avec celui de la psychopathologie.
- Nous maintiendrons ici que la psychologie clinique inclut la psychopathologie, lorsqu'elle s'appuie sur des problématiques psychologiques, sans pour autant s'y réduire.

- Le terme psychopathologie est ancien. Il est apparu en Allemagne à la fin du XVIIIe siècle(1783)
- La théorie psychanalytique va avoir une importance considérable pour la psychopathologie même si on ne saurait confondre la psychopathologie avec la psychanalyse.

- L’adjectif « clinique » signifie littéralement « au lit du malade ». Il s’agit d’un terme d’abord employé en médecine, et renvoyait à la notion d’observation du patient et d’examen clinique premier (palpation, écoute des symptômes, attention pour les odeurs, comme l’haleine aux senteurs « pomme » chez un diabétique, etc.).

- Le terme « clinique », passé en psychologie, renvoie en partie aux mêmes notions. Il s’agit d’un acte qui s’inscrit dans un relationnel (on est avec un patient), où les seuls sens vont être utilisés auprès d’un patient qui est atteint (ou possiblement atteint) d’un certain nombre de troubles. Comme en médecine, le travail clinique va obéir à une certaine méthode et analyse, en fonction d’un savoir donné.

- Comme en médecine également, l’acte clinique pourra aboutir à une proposition de bilan (psychologie : tests, échelles...) ou d’examens complémentaires plus techniques (médecine : IRM, radiographie, bilan sanguin...)

- « La psychopathologie peut être définie au sein de la psychologie, comme la branche de la psychologie qui est l'étude des phénomènes pathologiques par opposition à une psychologie sociale, de l'enfant (normal), animale ou générale » (Beauchesne, 1986).
- « La psychopathologie peut englober l'étude psychologique de la maladie mentale, et des dysfonctionnements de sujets réputés normaux ». (Beauchesne, 1986).

2. Psychopathologie et psychologie clinique : un problème de positionnement.

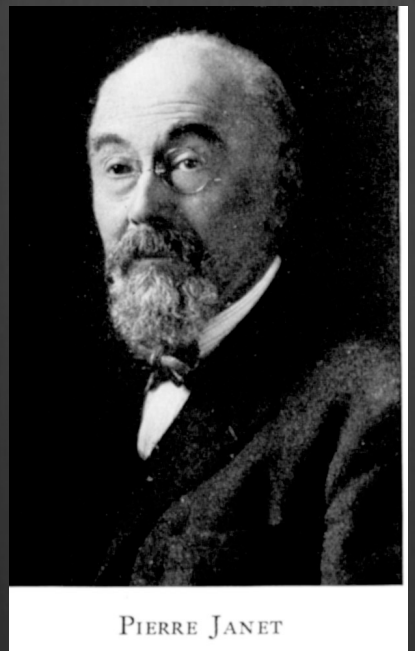
2.1. Histoire de la psychologie clinique strico sensu

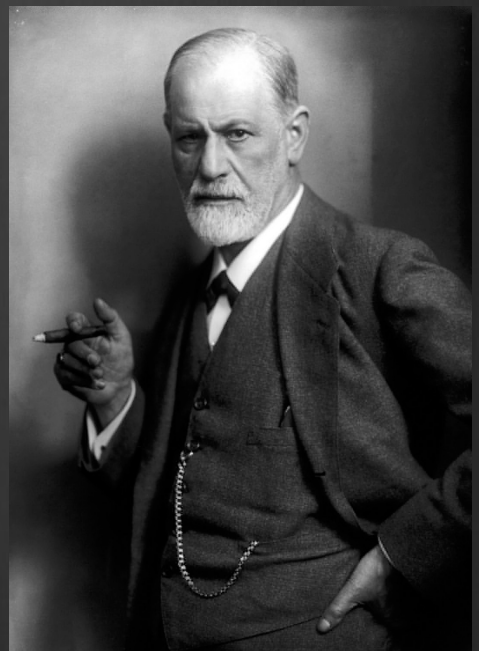
Trois sources :

Lightner Witmer (1867-1956)

Pierre Janet (1851-1947)

Sigmund Freud (1856-1939)





2.2. Fondation de la discipline

Daniel Lagache en donne en fait la première définition en 1949. Selon lui, il s'agit d'une science de la conduite humaine, fondée principalement sur l'observation et l'analyse approfondie des cas individuels, aussi bien normaux que pathologiques, et pouvant s'étendre à celle des groupes

2.2. Fondation de la discipline

-En termes plus précis, la psychologie clinique a pour objet l'étude de la conduite humaine individuelle et de ses conditions (hérédité, maturation, conditions psychologiques et pathologiques, histoire de la vie), en un mot, l'étude de la personne « en situation»

2.2. Fondation de la discipline

- Anzieu en 1983, parle de la psychologie clinique de la manière suivante:«Elle est une psychologie individuelle et sociale, normale et pathologique ; elle concerne le nouveau-né, l'enfant,l'adolescent, l'homme mûr et enfin le mourant. Le psychologue clinicien remplit 3 grandes fonctions : de diagnostic, de formation, d'expert, apportant le point de vue du psychologue auprès d'autres spécialistes.»

2.2. Fondation de la discipline

-Juliette Favez-Boutonier et de Didier Anzieu, contribueront à donner à la psychologie clinique française son originalité

-Françoise Dolto, Colette Chiland, Roger Perron…Pour tous ces auteurs, la psychologie clinique s'intéresse à tous les secteurs de la conduite humaine, normal et/ou pathologique, selon tous les âges de la vie.

2.2. Fondation de la discipline

Jean Louis Pedinielli (1994) propose une définition opératoire de la psychologie clinique. Il conteste les conceptions précédentes qui restreignent la psychologie clinique à des conceptions non objectivantes, très proche du modèle psychanalytique

Ces différences témoignent de l'existence du clivage épistémologique en deux tendances qui caractérise la psychologie clinique contemporaine.

- une tendance humaniste subjectivante proche de la psychanalyse qui vise à la compréhension synchronique et diachronique de la personne et qui préfère une clinique de la parole ;

- une tendance naturaliste objectivante qui privilégie une clinique instrumentée et tend à se rapprocher du modèle des sciences de la nature.

2.3. Psychologie clinique et/ou psychopathologie

- « La psychopathologie peut englober l'étude psychologique de la maladie mentale, et desdysfonctionnements de sujets réputés normaux ». (Beauchesne, 1986).

- De nos jours, la psychopathologie est l'objet de définitions multiples, dont le dénominateur commun est le suivant : « il s'agit de l'étude des troubles mentaux, des maladies mentales, du fonctionnement mental anormal, soit encore de la psychologie des conduites pathologiques.

2.3. Psychologie clinique et/ou psychopathologie

- Pedinielli (1994) considère que la psychopathologie fait partie de la psychologie clinique qu'il définit comme « la sous-discipline de la psychologie qui a pour objet l'étude, l'évaluation, le diagnostic, l'aide et le traitement de la souffrance psychique, quelle que soit son origine ».

- Ménéchal (1997) affirme pour sa part que la psychopathologie doit être définie comme « la science de la souffrance psychique » et « l'épistémologie de la psychologie clinique et de la psychiatrie ».

2.3. Psychologie clinique/ psychopathologie

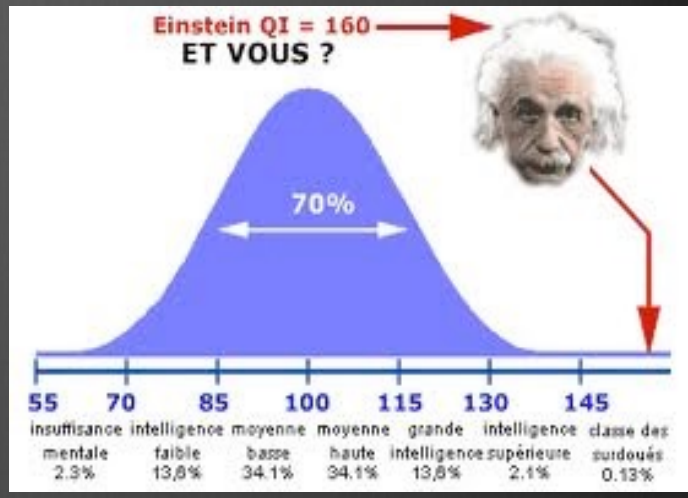
- La psychopathologie « fait appel à l'ensemble des cadres de références et des disciplines (psychiatrie, psychologie, psychanalyse, sociologie, anthropologie, linguistique, psychopharmacologie, neurobiologie, …) susceptible d'apporter des éléments de connaissance sur la maladie mentale et les dysfonctionnements psychiques sous tous leurs aspects » (Capdevielle, Doucet, 1999)

2.3. Psychologie clinique/ psychopathologie

Pour Schmidt (1984) « la psychologie clinique est l'application et le développement autonomes de théories, de méthodes et de techniques de la psychologie et de ses disciplines voisines, à des personnes ou groupes d'individus de tous âges qui souffrent de troubles ou de maladies (quelle qu'en soit la cause primaire) qui se manifestent au niveau psychique (comportement et expérience vécue) et/ou au niveau somatique, ou qui semblent menacés par des pareils troubles et maladies. Ce faisant on utilise dans la pratique des méthodes de prévention, de diagnostic, de conseil, de réhabilitation et de thérapie....

3. Le normal et le pathologique

3.1. Le normal?



- Le normal comme concept statistique
- La normalité comme norme sociale
- La normalité comme idéal
- La normalité comme absence de maladie
- La normalité fonctionnelle
- La normativité

3.2. Le pathologique ?

- Qu'est-ce que le pathologique ?

- Mc Mahon (1976) décrit 5 types de définitions :

  - Définition statistique
  - Définition professionnelle
  - Définition sociale
  - Définition existentielle
  - Définition pratique
  - Définition de Buss (1966) basée sur la présence de trois indicateurs de pathologie : l'inconfort ; la bizarrerie, l'inefficacité.

  - Continuité ou discontinuité entre le normal et le pathologique?

3.3. De la pathologie à la normalité: le cas de l'homosexualité

- La médicalisation, voire la psychiatrisation de l'homosexualité commence en 1869, avec un article de Karl Westphal qui décrit le « cas » d'une femme de 34 ans qui, dès l'âge de 8 ans, éprouvait un penchant pour ses compagnes.
- 1869 est aussi l'année d'apparition du mot *homosexuel*, créé par l'écrivain et médecin hongrois Karl Maria Benkert (ou Kertbenv, car il avait changé son nom).
- A partir des années 1870, les aliénistes prennent le relais des médecins légistes pour traiter l'homosexualité qui est considérée comme une maladie mentale.

3.3. De la pathologie à la normalité: le cas de l'homosexualité

- Ce n'est qu'au cours de la seconde moitié du XXe siècle que le statut de maladie mentale de l'homosexualité a été remis en cause. Dans la deuxième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (ou *DSM- II),* publiée en 1968, l'homosexualité figurait comme trouble mental. Dès 1970, de nombreux débats, parfois violents, ont surgi entre les psychiatres américains. A cela, se rajouta la campagne des groupes homosexuels pour retirer l'étiquette de trouble mental attribuée à cette orientation sexuelle.

- Les sociétés psychanalytiques étaient les plus violemment opposées' au retrait de l'homosexualité du *DSM-II.* A leur réunion de mars 1973, elles concluaient que « l'homosexualité est un désordre du développement psychosexuel résultant d'expériences précoces et qu'il est traitable par l'intervention psychothérapeutique » (Gayda *et al.,* 1985, p. 115).

3.3. De la pathologie à la normalité: le cas de l'homosexualité

- Ce n'est qu'en mai 1973, au congrès d'Honolulu de l'Association américaine de psychiatrie, que lut adoptée la décision de ne plus considérer l'homosexualité, en tant que telle, comme un état pathologique. Cette modification a été introduite dans la septième impression du *DSM-II,* et figure dans les toutes les impressions suivantes.

- Lorsque les travaux pour l'élaboration du *DSM-III* débutèrent en 1974, les opposants au retrait de l'homosexualité ouvrirent à nouveau le débat.

3.3. De la pathologie à la normalité: le cas de l'homosexualité

- La modification suivante apparaît en 1987 dans la révision du *DSM-III*, donc dans le *DSM-III-R* (American Psychiatrie Association, 1987/1989), où l'on constate la disparition du diagnostic d'homosexualité égo-dystonique

- Ce n'est que dans la dixième édition de la Classification internationale des troubles mentaux que l'Organisation mondiale de la santé (1992/1993) a éliminé de manière catégorique la référence à l'homosexualité comme trouble mental.

3.3. De la pathologie à la normalité: le cas de l'homosexualité

- Les décisions de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Association américaine de psychiatrie ne doivent pas conduire à la conclusion que ce changement est mondial.

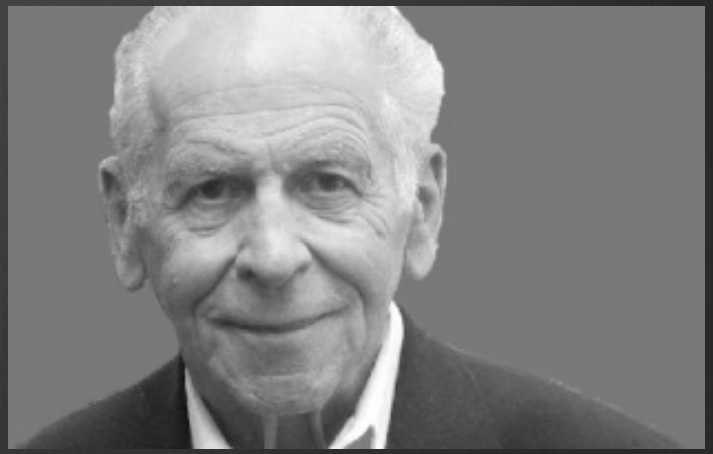
- Dans une présentation récente de la situation dans dix pays, le journal La Presse de Montréal nous informe que l'homosexualité n'est plus considérée officiellement comme maladie mentale seulement depuis 1999 en Russie et depuis 2001 en Chine.

- Dans d'autres pays, pour des raisons religieuses, l'homosexualité est, aujourd'hui encore, **punie par la mort.**

3.4. La maladie mentale en question(s)

- Les difficultés rencontrées pour définir le pathologique, l'absence d'indices objectifs, de marqueurs permettant de faire le diagnostic de maladie mentale constituent un des problèmes majeurs de la psychopathologie.

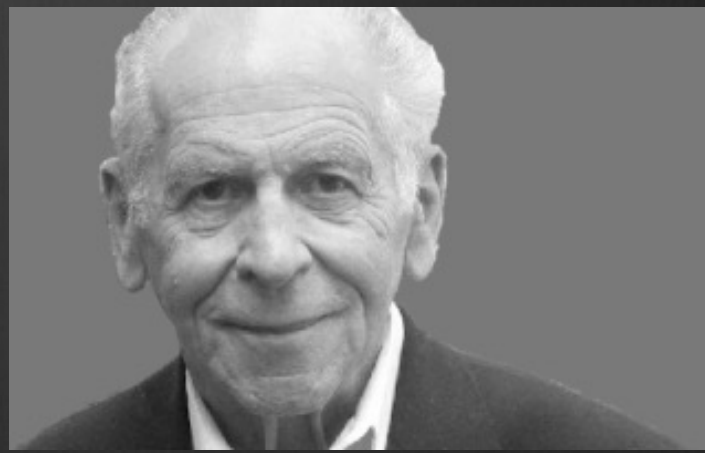
- La personnalité qui a soutenu avec le plus d'ardeur cette thèse est Thomas S. Szasz qui a déclaré une véritable guerre à la psychiatrie (surtout institutionnelle), telle qu'elle était pratiquée aux Etats-Unis après Guerre mondiale.



3.4. La maladie mentale en question(s)

- Szasz considère que la maladie mentale n'existe pas. « La maladie mentale est, en tant que concept, un mythe » ; « en tant qu'événement particulier et concret, le phénomène qualifié de maladie mentale est une maladie métaphorique » (Szasz, 1961/1975, p. 7).

- Avec l'humour qui lui est caractéristique, Szasz. nous rappelle que, si nous parlons à Dieu, nous prions ; en revanche, si Dieu nous parle, alors nous sommes schizophrènes. De la même manière, si un mort nous parle, nous taisons du spiritisme ; si nous parlons, cependant, à un mort, nous sommes qualifiés de schizophrènes.



4. L’Etiologie

- Le terme étiologie désigne en médecine l’étude des causes des maladies. Ce terme a été repris en psychopathologie pour désigner l'étude des causes des troubles mentaux.

4.1 Trois perspectives

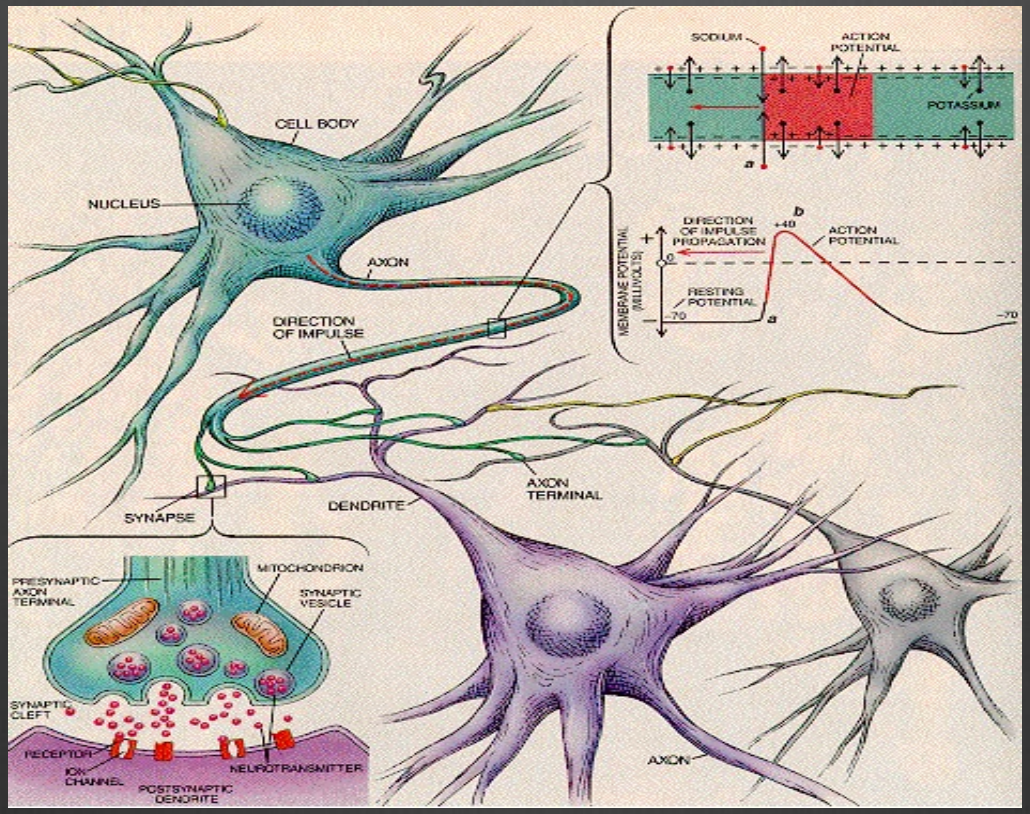
- La Psychogenèse
- L’organogenèse
- La Sociogenèse

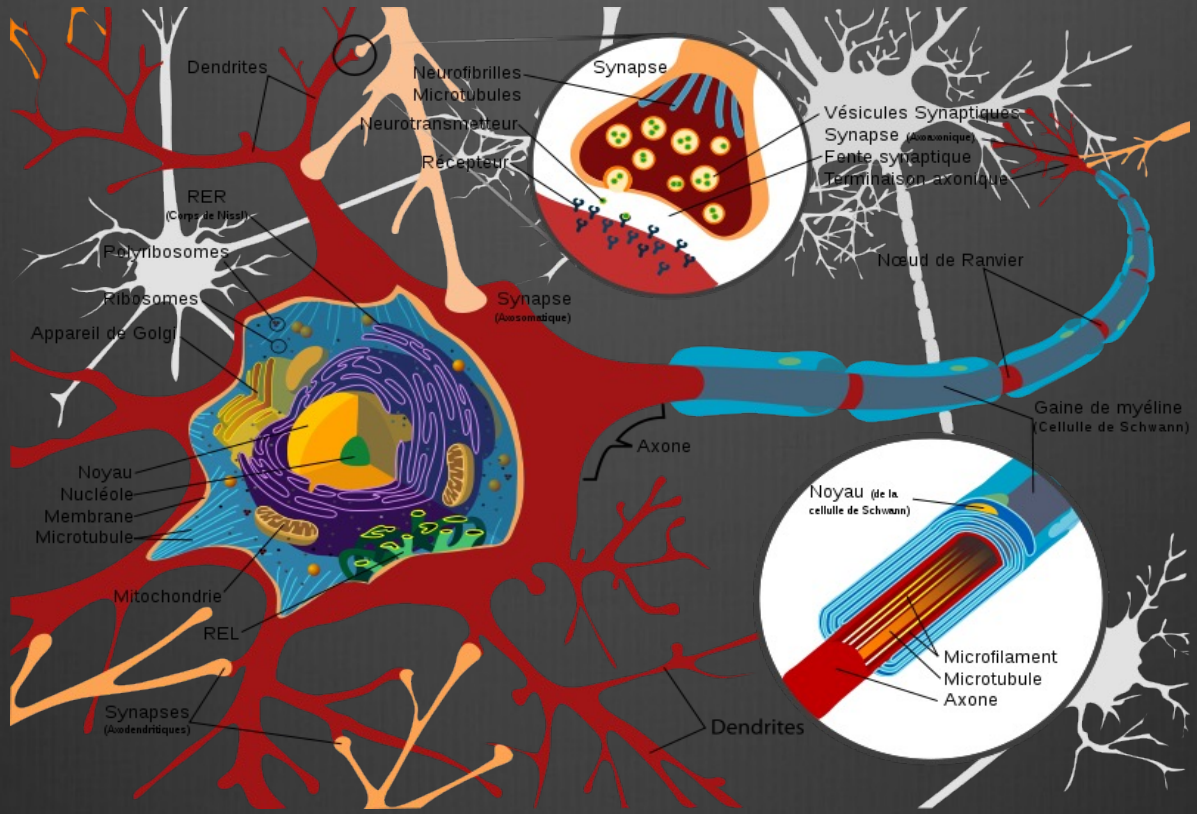
4.2 Le cas de la dépression

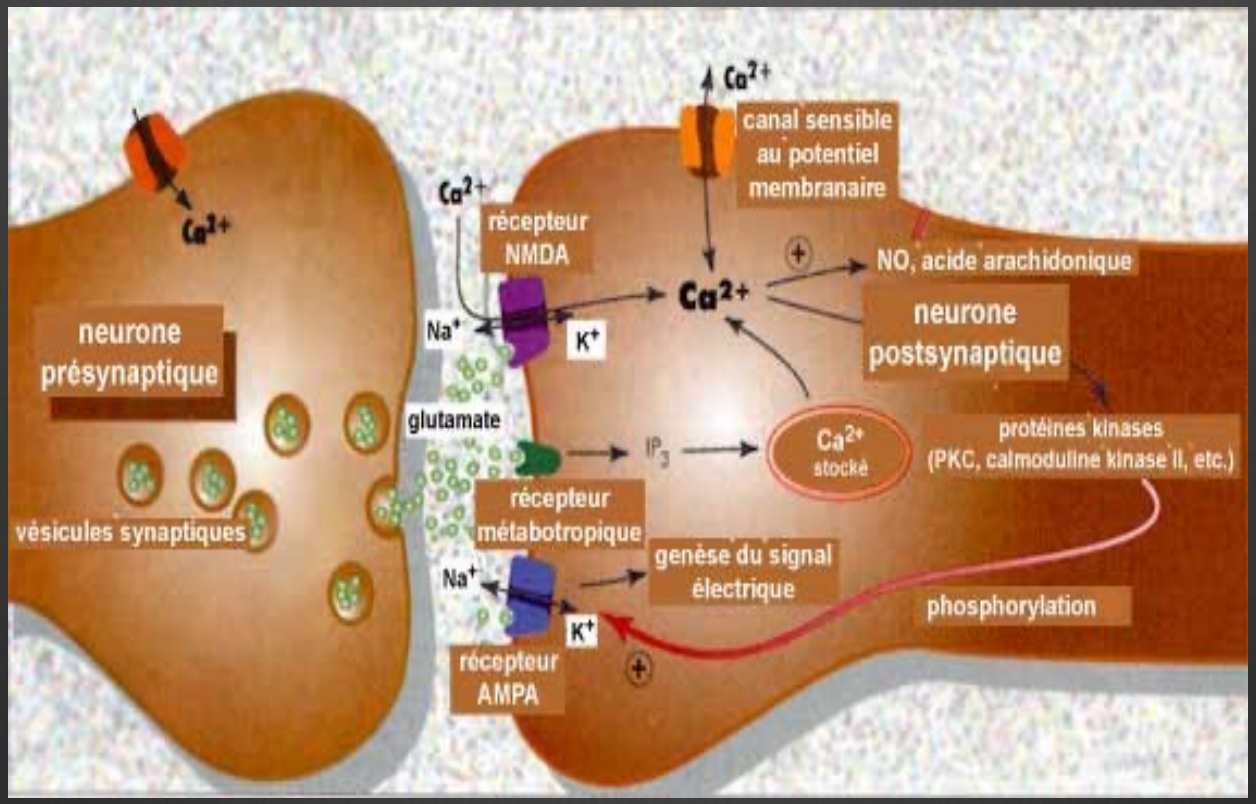
- **Une prédisposition héréditaire soutenue par différentes résultats de recherche:** les apparentés de premier degré des personnes avant une dépression sont de deux à cinq fois plus susceptibles de développer à leur tour une dépression, comparativement à ce qu'on observe dans la population générale

4.2 Le cas de la dépression

- **Une présence d'altérations neurobiologiques :** Elle a été fréquemment notée chez les patients dépressifs.

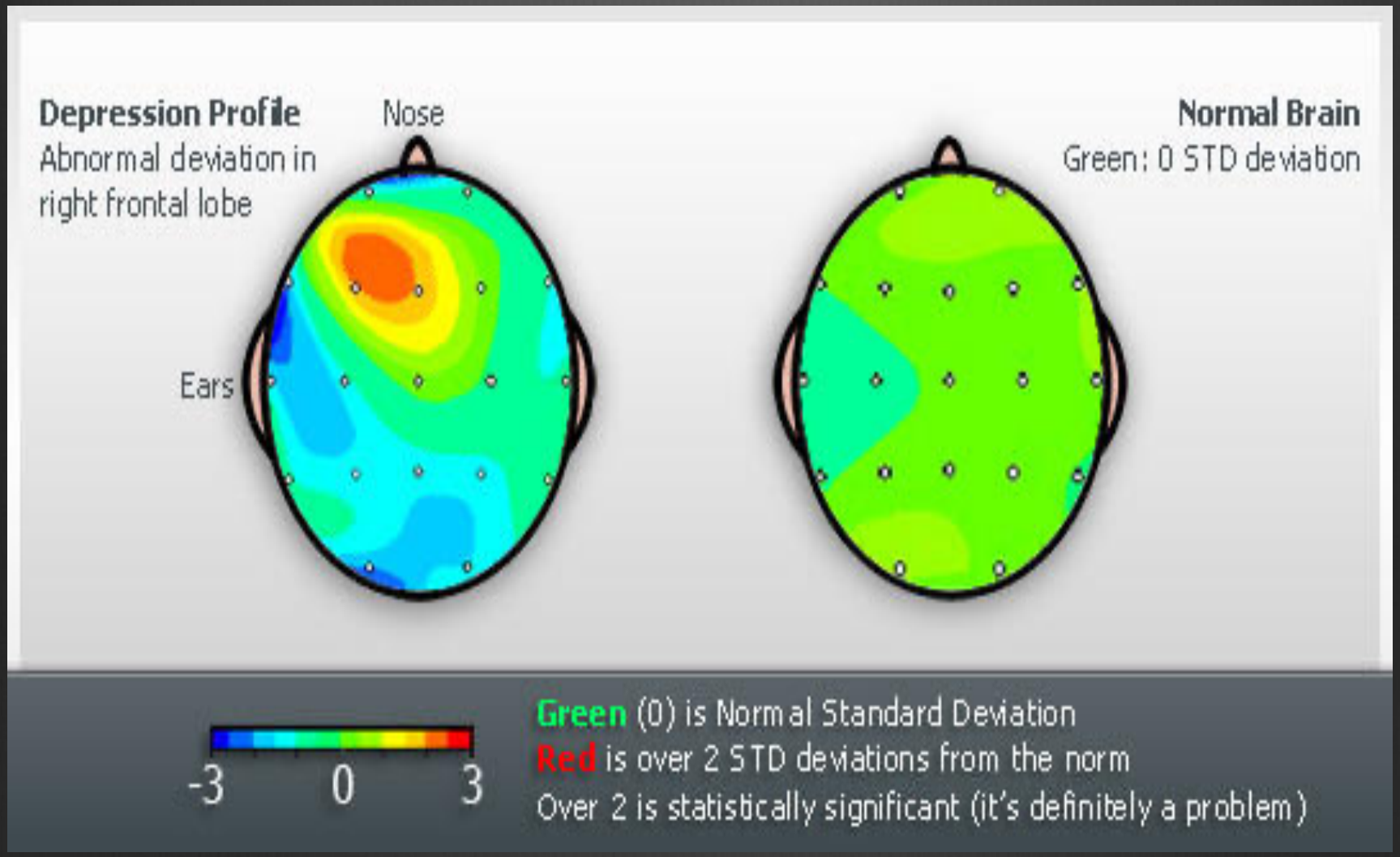

CELL BODY
NUCLEUS
AXON
DIRECTION OF IMPULSE
SYNAPSE
DENDRITE
AXON TERMINAL
AXON
SODIUM
ACTION POTENTIAL
POTASSIUM
a
b
DIRECTION OF IMPULSE PROPAGATION
+40
ACTION POTENTIAL
MEMBRANE POTENTIAL (MILLIVOLTS)
+
0
RESTING POTENTIAL
-70
a
-70
PRESYNAPTIC AXON TERMINAL
MITOCHONDRION
SYNAPTIC VESICLE
SYNAPTIC CLEFT
RECEPTOR
ION CHANNEL
NEUROTRANSMITTER
POSTSYNAPTIC DENDRITE


Dendrites
Neurofibrilles
Microtubules
Neurotransmetteur
Récepteur
Synapse
Vésicules Synaptiques
Synapse (Axoaxonique)
Fente synaptique
Terminaison axonique
RER
(Corps de Nissl)
Polyribosomes
Ribosomes
Appareil de Golgi
Synapse
(Axosomatique)
Nœud de Ranvier
Gaine de myéline
(Cellulle de Schwann)
Axone
Noyau
Nucléole
Membrane
Microtubule
Mitochondrie
REL
Synapses
(Axodendritiques)
Dendrites
Noyau (de la cellulle de Schwann)
Microfilament
Microtubule
Axone


Ca2+
canal sensible au potentiel membranaire
Ca2+
récepteur NMDA
NO, acide arachidonique
Ca2+
neurone postsynaptique
neurone présynaptique
Na+
K+
glutamate
IP3
Ca2+ stocké
protéines kinases (PKC, calmoduline kinase II, etc.)
récepteur métabotropique
vésicules synaptiques
genèse du signal électrique
Na+
phosphorylation
K+
récepteur AMPA

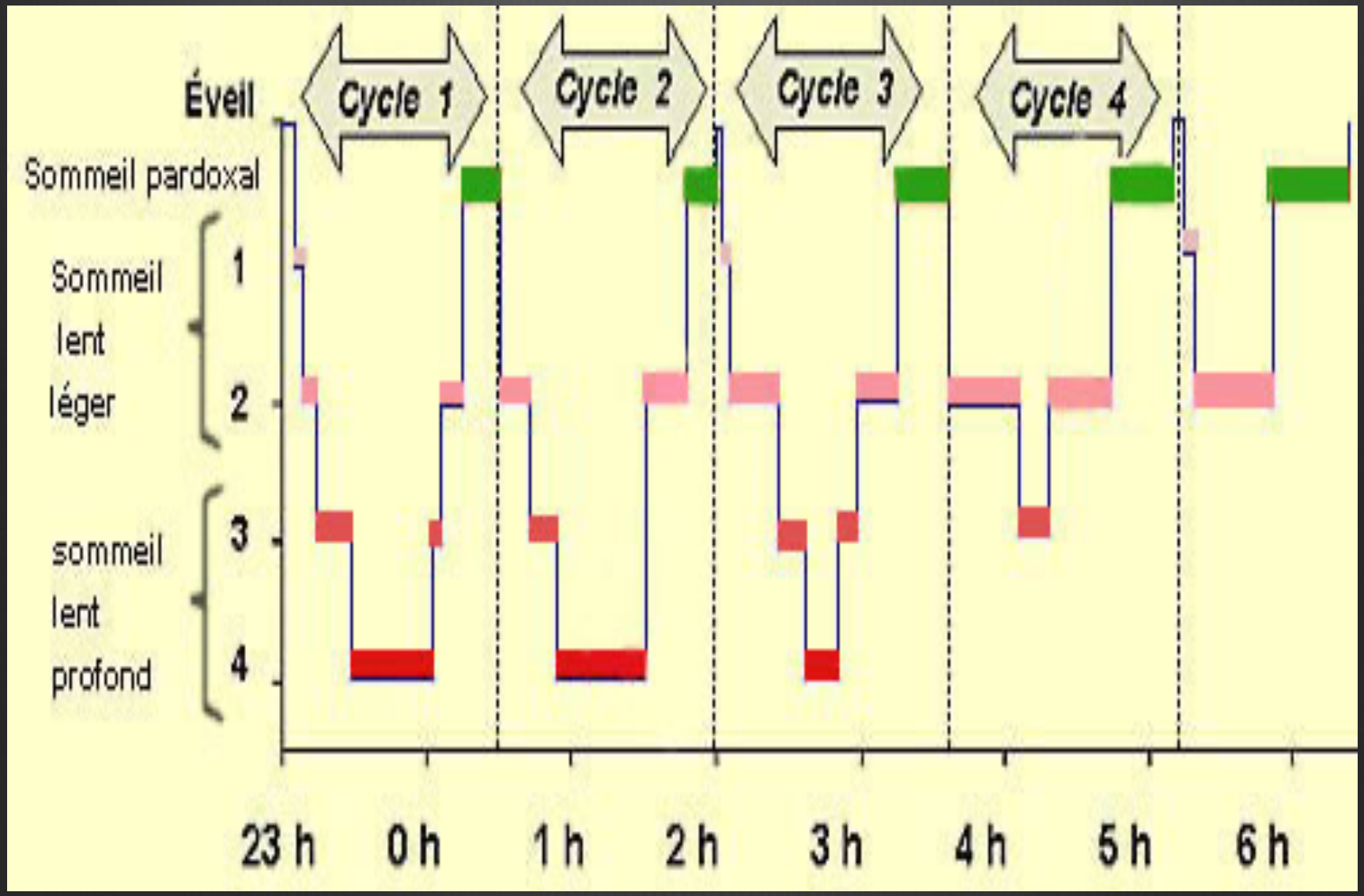
4.3 Le cas de la dépression

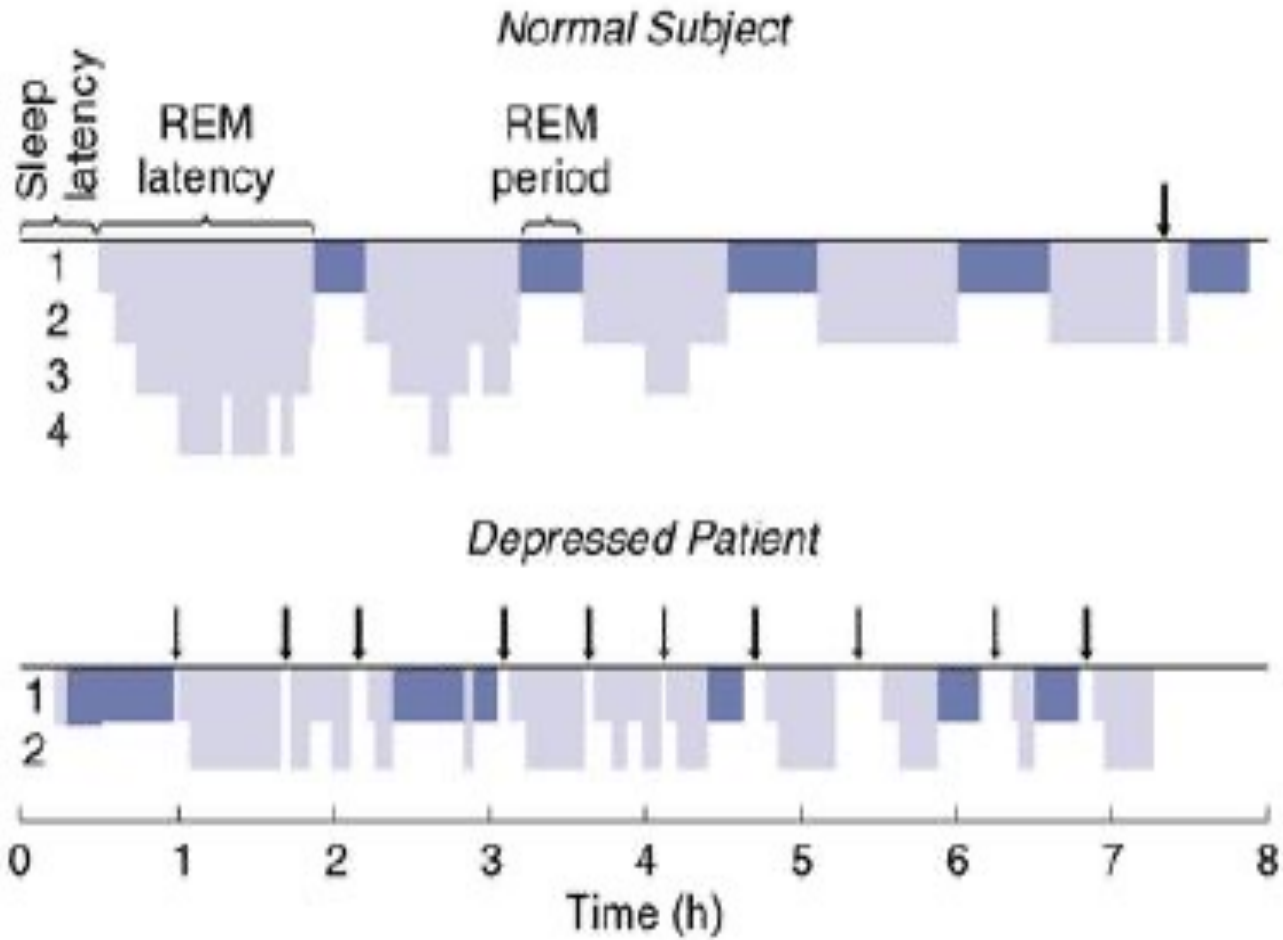
- **Des modifications électroencéphalographiques :** Elles mettent en évidence, chez les patients dépressifs, une plus faible activité dans le cortex frontal gauche.


Depression Profile
Abnormal deviation in right frontal lobe
Nose
Ears
Normal Brain
Green: 0 STD deviation
-3
0
3
Green (0) is Normal Standard Deviation
Red is over 2 STD deviations from the norm
Over 2 is statistically significant (it's definitely a problem)

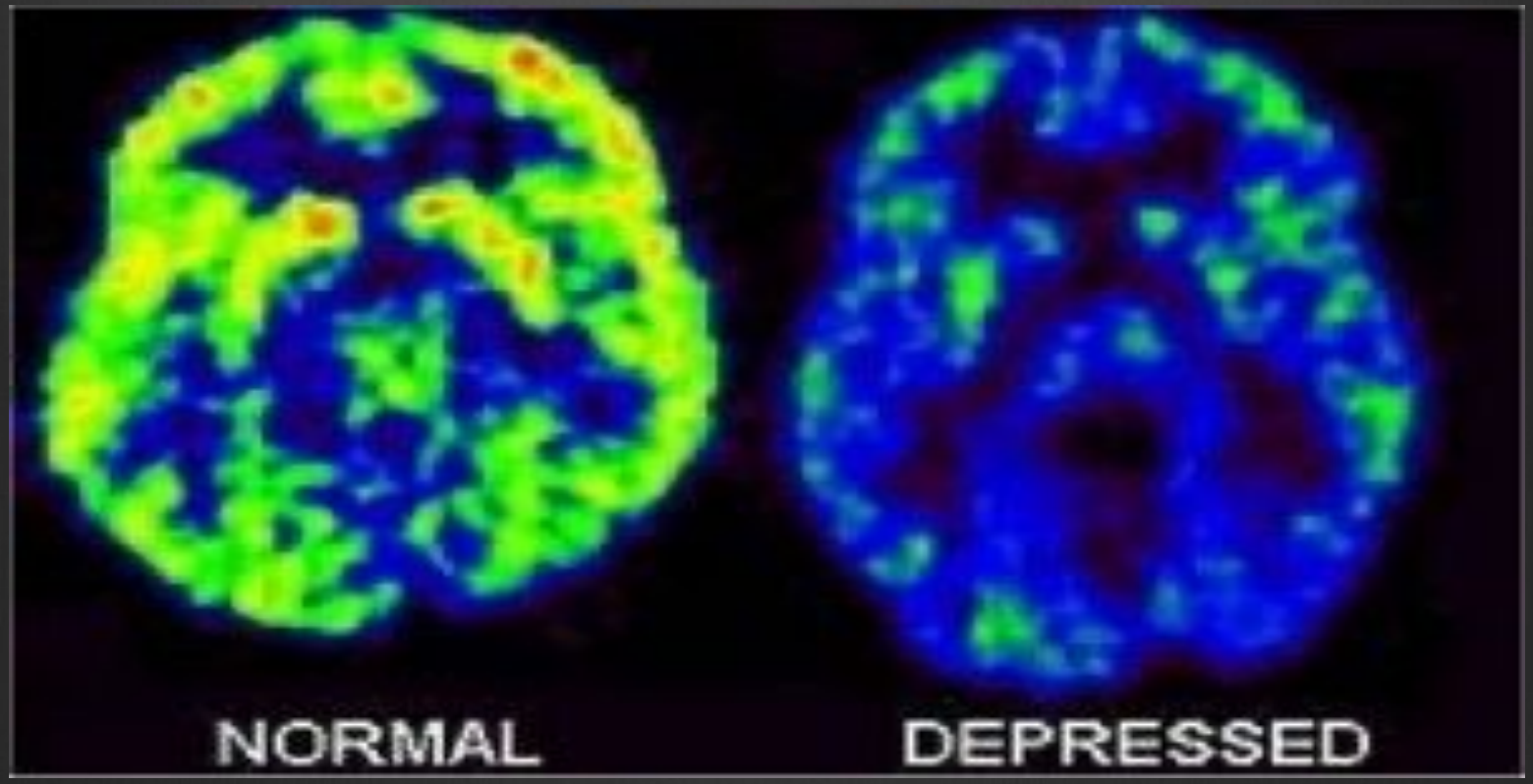
6.2 Le cas de la dépression

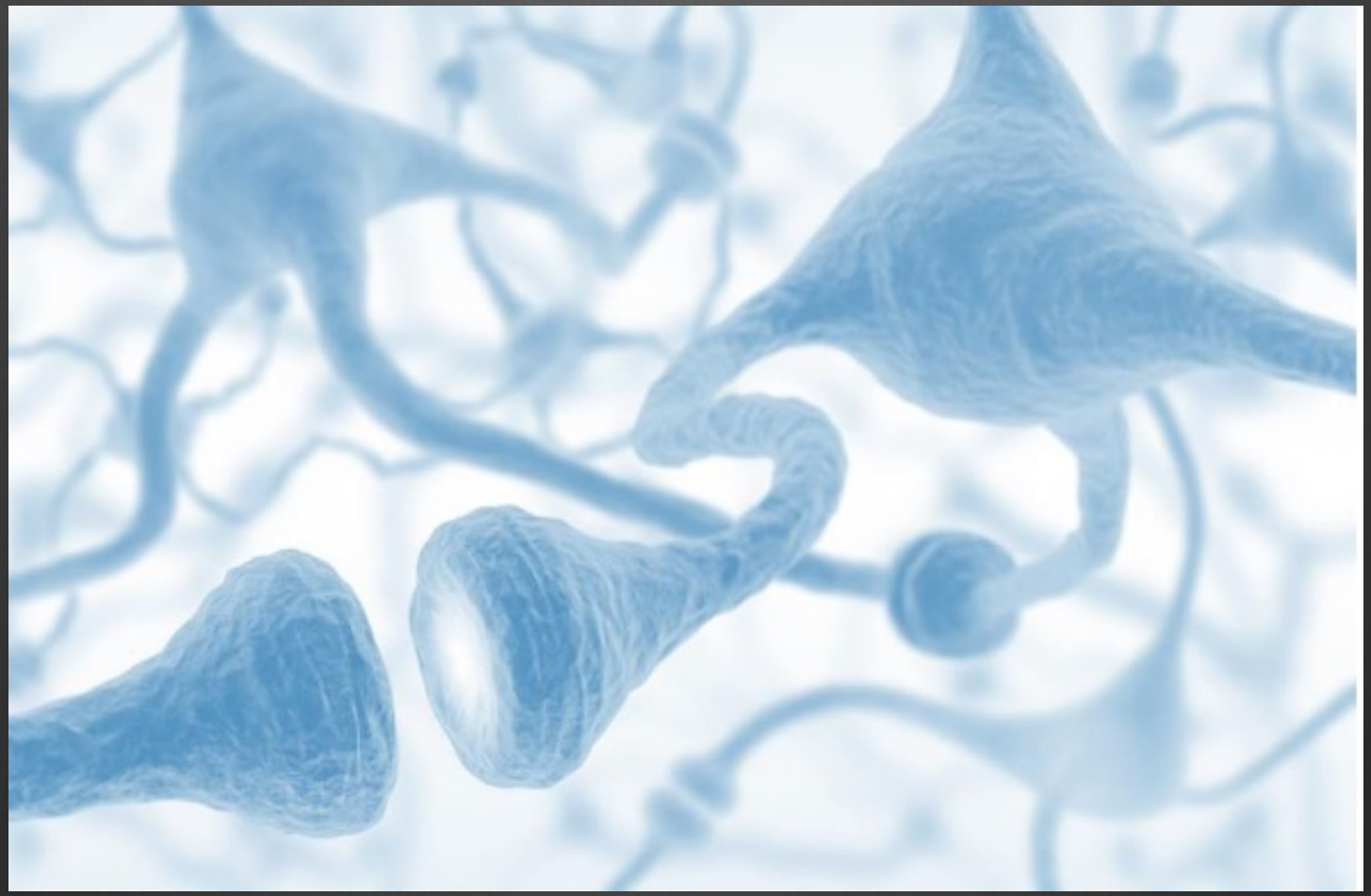
- **Des patterns de sommeil différents:** Elle a montré que les patients souffrant de dépression ont des patterns de sommeil différents de ceux des non-déprimés.


Éveil
Cycle 1
Cycle 2
Cycle 3
Cycle 4
Sommeil pardoxal
Sommeil lent léger
1
2
sommeil lent profond
3
4
23 h
0 h
1 h
2 h
3 h
4 h
5 h
6 h

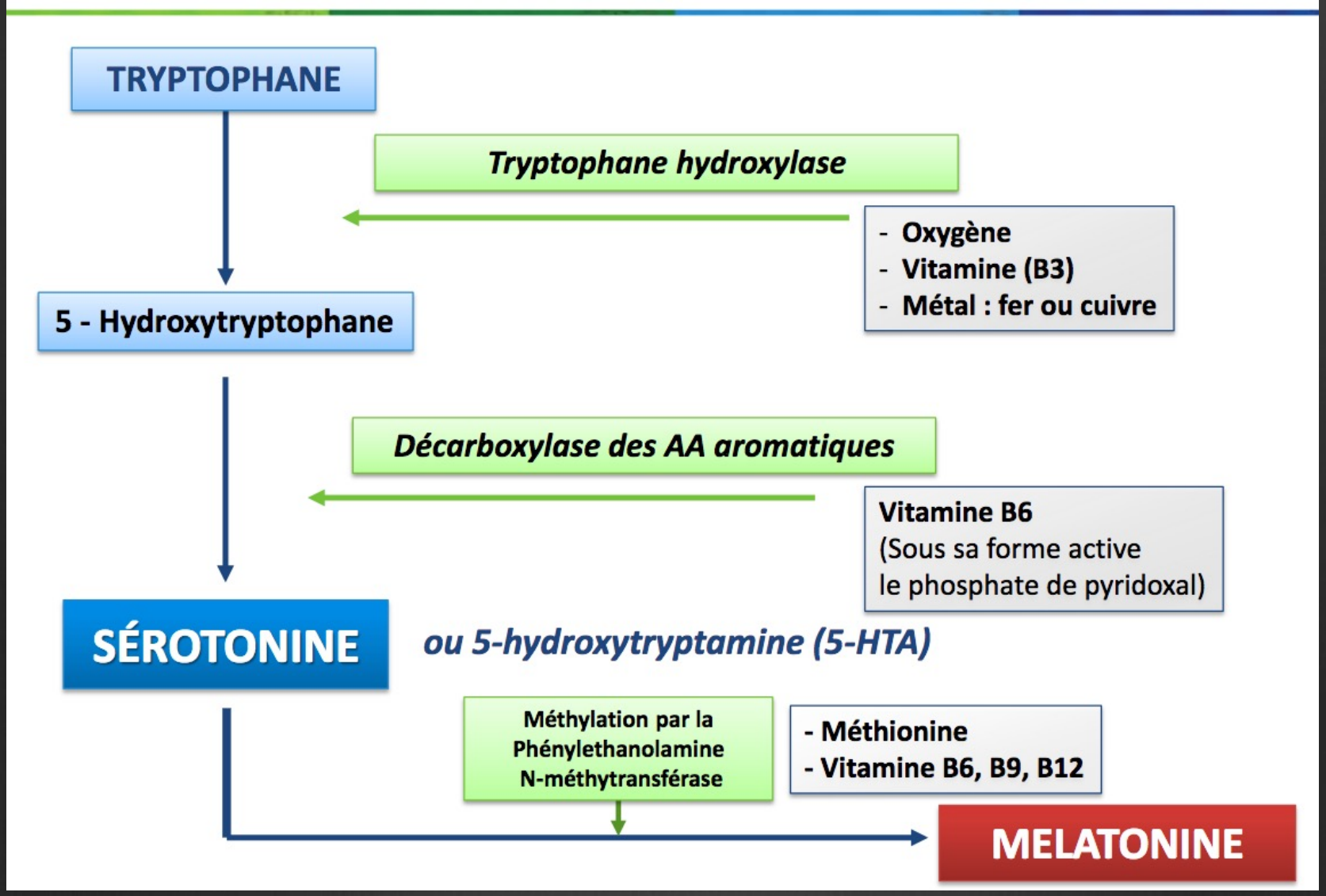

Normal Subject
Sleep latency
REM latency
REM period
1
2
3
4
Depressed Patient
1
2
0
1
2
3
4
5
6
7
8
Time (h)

- **Des modifications révélées par des études de neuro-imagerie:** Ces études permettent de constater une diminution du volume de l’hippocampe.

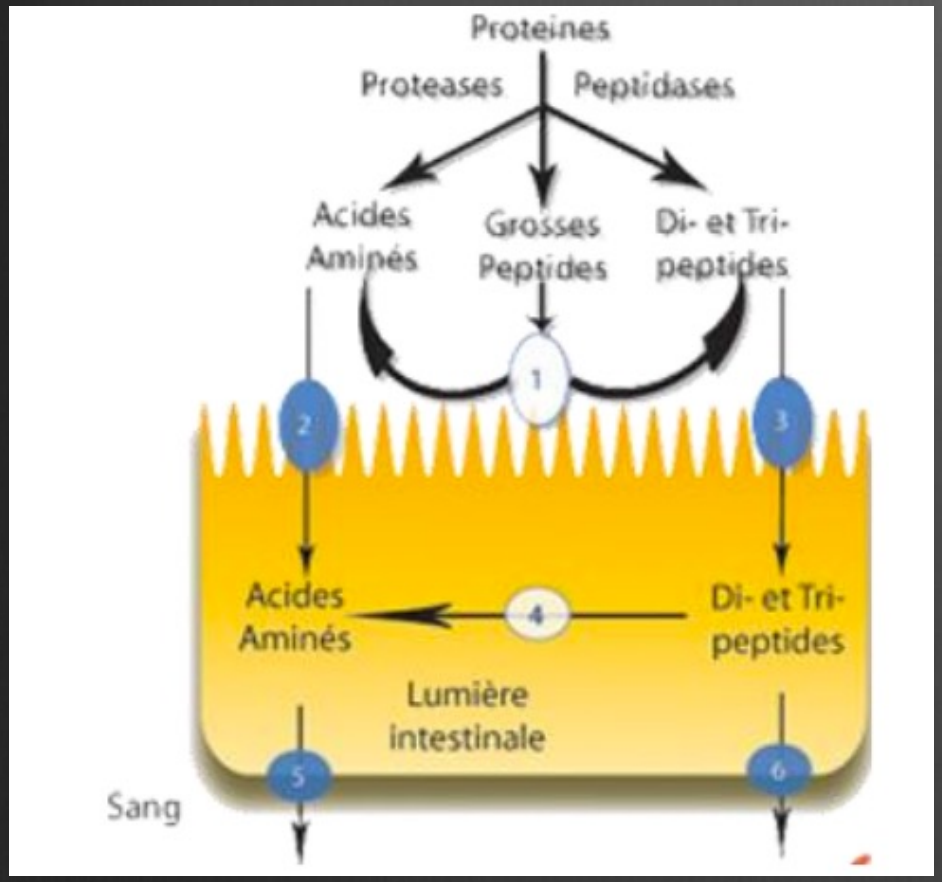

NORMAL
DEPRESSED



Agir sur tous les facteurs du métabolisme des neurotransmetteurs



Biosynthèse de la Sérotonine



Apport suffisant en protéines

Food	Protein (g/100 g edible portion)	Tryptophan (mg/100 g edible portion)
Asparagus (boiled)*	2.9	
Avocado	2.0	26
Bananas	1.7	28
Beans (baked, canned)	4.6	66
Beetroot (canned, drained)	1.3	9
Brown rice	2.9	38
Cashew nuts (roasted)	16.7	319
Cheese (cheddar)	25.9	357
Chicken breast (baked, lean)	29.0	394
Chickpeas (canned, drained)*	6.3	
Cream of chicken soup (canned, reconstituted)*	1.8	
Dates (dried)*	2.0	
Eggs (hard boiled)	13.0	209
Hazelnuts (raw)*	14.8	
King prawns (cooked)	23.7	178
Lamb leg (roasted, lean)	29.7	400
Lentils (boiled)	6.8	49
Lobster (steamed or boiled)*	22.0	
Milk (full cream)	3.3	42
Milk chocolate	8.2	112
Oats (rolled, boiled as porridge)	2.0	25
Pawpaw (papaya)*	0.4	
Peanuts (roasted)	25.1	285
Pineapple (raw, peeled)*	0.6	
Soy beverage (regular fat, unflavoured, unfortified)	2.6	39
Soybeans (boiled)	13.5	203
Sunflower seeds	22.7	347
Tofu (soft)*	8.9	
Tuna (canned in brine, drained)	23.8	208
Turkey breast (baked, lean)	29.4	372
Wholemeal bread	8.8	112

Source: NUTTAB 2006 (53).

Cent Eur J Public Health 2014; 22 (2): 90–97

FOOD AND MENTAL HEALTH: RELATIONSHIP BETWEEN FOOD AND PERCEIVED STRESS AND DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG UNIVERSITY STUDENTS IN THE UNITED KINGDOM

Walid El Ansari[1], Hamed Adetunji[2], Reza Oskrochi[3]
[1]Faculty of Applied Sciences, University of Gloucestershire, Gloucester, United Kingdom
[2]Faculty of Public Health and Health Informatics, Umm Al Qura University, Makkah Al Mukarrama, Kingdom of Saudi Arabia
[3]Faculty of Technology, Design and Environment, Oxford Brookes University, Oxford, United Kingdom

Table 3. *Associations between food consumption behaviour and perceived stress and depressive symptoms (multivariable analysis)*

	Perceived Stress Score (PSS)				Depressive Symptoms Score (M-BDI)			
	Female		Male		Female		Male	
Food group or subscale	p-value	Estimate#	p-value	Estimate#	p-value	Estimate#	p-value	Estimate#
Sweets/cookies/snacks/fast food*	**0.017**	**0.051**	0.853	0.008	**0.001**	**0.072**	**< 0.001**	**0.158**
Fruits/vegetables**	**0.002**	**-0.067**	**0.025**	**-0.092**	**< 0.001**	**-0.081**	**0.004**	**-0.115**
Lemonade/soft drinks	0.207	0.027	0.949	-0.003	0.128	0.032	0.270	-0.047
Meat/sausage products	0.950	0.001	0.398	-0.035	0.788	-0.006	0.112	-0.065
Fish/sea food	0.894	-0.003	0.156	0.057	0.196	0.027	**0.006**	**0.108**
Dairy/dairy products	0.873	-0.003	0.582	0.023	0.095	-0.036	0.339	0.039
Cereal/cereal products***	0.059	-0.042	0.869	-0.007	0.976	-0.001	0.872	0.007

Each food group adjusted for university and for all other variables in the table, separate models for males and females and for both mental health indicators; estimates are the Standardized Coefficients; #change in the corresponding score (PSS or MBDI) per one unit of the food group frequency scale; *Sweets/cookies/snacks/fast food subscale: mean of four items (sweets, cakes/cookies, snacks, fast food); **Fruits/vegetables subscale: mean of three items (fresh fruits, salads, cooked vegetables); ***e.g. whole-wheat bread, cereals, oatmeal, etc.; bolded cells indicate significant relationships.

5. Sémiologie et psychopathologie de l’adulte

5.1 Positionnement

Symptôme

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

- Certains auteurs différencient signe et symptôme, en désignant par signe la manifestation objective, perceptible d'un état pathologique et par symptôme les plaintes subjectives du patient.

- La *sémiologie* — étude des signes - devrait être l'outil permettant de décrire les troubles psychiques qu'étudie la *psychopathologie.* Mais qu'est-ce qu'un trouble psychique ? Comment définir le normal et le pathologique ? Peut-on étudier objectivement ce qui est éminemment subjectif? Quels sont les poids respectifs de l'organique et du mental dans ce qui constitue une entité pathologique ?

- Nous essaierons ici d'articuler sémiologie et psychopathologie en proposant une description des troubles guidée par la logique élémentaire organisant les symptômes.

- Un axiome sous-tendra notre exposition de cette logique : *tout phénomène pathologique a une fonction dans la vie psychique du sujet, c'est-à-dire une valeur de défense*. Autrement dit, nous adopterons un point de vue *psychodynamique* au sens où la vie psychique est animée par une tension susceptible de déterminer angoisse et conflits, dont les symptômes sont le reflet défensif.

5.2. Sémiologie, psychopathologie et démarche clinique

- La démarche clinique constitue la méthode fondamentale en psychopathologie. Cette méthode est essentiellement empirique car elle se définit par *l'expérience d'une rencontre avec un sujet singulier.* Le plus souvent, cette rencontre donne lieu à un « entretien » via la parole mais il arrive que d'au très modalités d'échange soient fécondes *(e.g.* dessin ou jeu avec le jeune enfant).

- Pour élaborer ce qui se donne dans une rencontre clinique, il est utile en première instance de distinguer deux niveaux d'analyse, l'un correspondant à la description sémiologique, l'autre à la compréhension psychopathologique.

La description sémiologique

- Le point de départ est le repérage de *symptômes*
- Un symptôme isolé n'a pas grande valeur
- Un même syndrome peut s'observer dans des tableaux cliniques distincts, correspondant à différents *diagnostics*
- Un diagnostic n'a de sens que relativement à l'ensemble autres diagnostics, donc en référence à une classification des troubles ou *nosographie*

1. La description sémiologique

- Lorsqu'on parvient à un diagnostic, il est important de discuter les autres diagnostics qui pourraient être envisagés, avant de mieux les écarter. Celte démarche est appelée *diagnostic différentiel.*
- Les troubles ont une dimension *diachronique*
- Les troubles ont une dimension *synchronique*
- Le diagnostic permet en principe de proposer une *thérapeutique,* c'est-à-dire une méthode de traitement.

2. Eléments sur l’ analyse psychopathologique

- L'analyse psychopathologique vise à comprendre les processus mentaux sous-jacents aux symptômes. Ceux-ci reflètent en effet un fonctionnement psychique dépendant de la structure de la personnalité et de l'histoire du sujet.

- Rappelons l'axiome énoncé en introduction et dont nous admettrons qu'il peut guider la réflexion du clinicien : *tout phénomène pathologique a me fonction dans la vie psychique du sujet, c'est-à-dire une valeur de défense dans la dynamique de son rapport à lui-même et au monde*

- Admettre qu'un symptôme a une fonction défensive implique qu'on lui reconnaît une certaine valeur positive pour le sujet, ce qui peut paraître parfois étrange au non clinicien : comment un phénomène d'allure pénible ou dommageable pourrait avoir une valeur positive ?

- Il faut bien comprendre qu'un processus de défense n'est pas en soi pathologique.

-→ Au contraire…..

5.3. Une sémiologie psychopathologique fonctionnelle

Mécanismes de défense

⦿A partir de l'analyse de neuf définitions existantes, Ionescu et al. (1997/2005, p. 27) proposent la définition suivante : « les mécanismes de défense sont des processus psychiques inconscients visant à réduite ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires, en remaniant les réalités interne et/ou externe et dont les manifestations - comportements, idées ou affects - peuvent être inconscients ou conscients »

Historiquement, la notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense, développée depuis la fin du 19e siècle par la psychanalyse et à celle d'adaptation, développée depuis la deuxième moitié du 19è siècle et commune à la biologie, à l'éthologie et à la psychologie animale (et à la perspective évolutionniste de DARWIN en particulier).

Plusieurs classifications des mécanismes de défense ont été proposées. Parmi celles-ci figure la classification de Vaillant (détaillée dans son ouvrage de 1993) qui propose quatre catégories de défenses, définies en fonction de leur caractère adaptatif au cours de la vie adulte, caractère établi par un suivi à long terme.

PREMIERE CATEGORIE : LES DEFENSES PSYCHOTIQUES

projection délirante, distorsion psychotique , déni psychotique

DEUXIEME CATEGORIE : LES DEFENSES IMMATURES

projection , *rêverie autistique* , *l'hypocondrie* , l'*agression passive* , *l'activisme* , la *dissociation* ….

le *clivage* , la *dépréciation* (ou dévalorisation) , l'*idéalisation* , *l'identification projective*

TROISIEME CATEGORIE : LES DEFENSES NEVROTIQUES

le *déplacement* , *l'isolation de l'affect* , le *refoulement* et la *formation réactionnelle*

QUATRIEME CATEGORIE : LES DEFENSES MATURES

l'altruisme , la *sublimation* , la *mise à l'écart* , *l'anticipation* , *l'humour*