

Psychologie clinique et pathologique

2026/2027

Licence 1 Cours n° 1
UE102 EC2

Professeur Cyril Tarquinio

www.cyriltarquinio.com

Directeur-adjoint UMR 1319 INSPIRE - Université de Lorraine, Inserm
Directeur Centre Pierre Janet - <https://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr/>

1. Introduction à la psychologie clinique

QU'EST-CE QUE LA PSYCHOLOGIE ?

Le mot « psychologie » vient du grec :

- Psychê : âme, esprit, vie psychique
- Logos: discours, raison, connaissance

À l'origine, la psychologie désigne donc un discours rationnel sur la vie psychique.

Aujourd'hui, elle constitue une discipline scientifique qui cherche à décrire, comprendre et expliquer les conduites, les expériences et les processus psychiques.

- **LA PSYCHOLOGIE AUJOURD'HUI**

- Aujourd'hui, la psychologie peut être définie comme une discipline scientifique qui étudie les conduites, les expériences et les processus psychiques, aussi bien au niveau de l'individu que des groupes et des relations sociales. Elle cherche à comprendre comment ces phénomènes se construisent, se maintiennent et se transforment au cours de la vie.
- Pour répondre à ces questions, la psychologie contemporaine mobilise des théories et des méthodes empiriques diversifiées, expérimentales, observationnelles, quantitatives et qualitatives. Elle articule différents niveaux d'analyse, biologiques, cognitifs, émotionnels, développementaux, relationnels, sociaux et culturels, afin de mieux comprendre la complexité du fonctionnement psychologique humain.

POURQUOI PARLE-T-ON DE « CLINIQUE » ?

- La psychologie clinique se distingue plus précisément par l'usage du terme clinique, historiquement emprunté au champ médical. Issu du grec klinikos, puis du latin clinicus, il renvoie à l'idée d'être auprès du malade, au plus près de son expérience, de ses manifestations et de sa souffrance.
- En psychologie, cette proximité ne désigne pas seulement un lieu ou une position physique. Elle renvoie à une démarche de rencontre et d'observation du sujet singulier, dans laquelle le clinicien cherche à comprendre la personne dans son histoire, son fonctionnement psychique, ses relations et son contexte de vie. La clinique constitue ainsi moins un espace qu'une manière particulière de produire de la connaissance à partir de la rencontre.

LA DÉMARCHE CLINIQUE

- L'acte clinique s'inscrit d'abord dans une relation avec une personne qui présente une souffrance, une difficulté ou une demande. Le clinicien ne se contente pas de recueillir des signes isolés : il cherche à comprendre leur signification dans l'histoire et le fonctionnement du sujet, en tenant compte de ce qui est exprimé, observé et vécu au cours de la rencontre.
- Comme en médecine, la démarche clinique repose sur une méthode rigoureuse et sur des connaissances scientifiques actualisées. Elle peut conduire à une évaluation psychologique, mobilisant l'entretien, l'observation, les tests ou les échelles standardisées. Mais cette évaluation ne prend sens qu'à travers leur mise en relation avec l'ensemble de la situation clinique et avec les hypothèses formulées par le psychologue.

LA SINGULARITÉ DU SUJET

- La psychologie clinique accorde une place centrale au caractère unique et singulier de la personne. Un même symptôme, un même diagnostic ou une même situation peuvent avoir des significations très différentes selon l'histoire du sujet, ses expériences antérieures, ses ressources, ses relations et le contexte dans lequel il évolue.
- La démarche clinique ne consiste donc pas seulement à identifier ce qui est commun à plusieurs individus. Elle cherche aussi à comprendre ce qui fait la spécificité d'une trajectoire, la manière dont une personne donne sens à ce qu'elle vit et la façon dont sa souffrance s'inscrit dans une histoire particulière. C'est cette articulation entre connaissances générales et compréhension du cas singulier qui constitue l'un des fondements de la psychologie clinique.

2. PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIE

Deux champs étroitement liés,
mais qui ne se confondent pas
Comment penser leurs objets, leurs méthodes
et leurs frontières ?

🎬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.»

Pour Didier Anzieu, la psychologie clinique est une psychologie qui s'intéresse à la personne dans toutes les dimensions de son existence, aussi bien dans le fonctionnement normal que pathologique, et à tous les âges de la vie, du nouveau-né jusqu'à la fin de l'existence.

Cette conception insiste également sur la diversité des fonctions du psychologue clinicien, qui peut intervenir dans le diagnostic, l'expertise, la formation et plus largement dans l'accompagnement des situations humaines complexes. La clinique apparaît ainsi comme un champ qui dépasse largement la seule étude des troubles mentaux.

La psychologie clinique est « 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 » (Lagache, 1949).

Cette définition est importante car elle affirme d'emblée une double exigence : produire des connaissances générales sur le fonctionnement psychologique, tout en maintenant une attention précise à la singularité des situations individuelles. La psychologie clinique se situe ainsi à l'articulation entre une démarche scientifique et une compréhension approfondie du cas particulier.

CE QUI DÉFINIT LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

-Les définitions d'Anzieu et de Lagache convergent sur plusieurs points essentiels. La psychologie clinique s'intéresse à la personne à tous les âges de la vie, aussi bien dans le fonctionnement normal que pathologique, et prend en compte aussi bien le sujet individuel que les groupes et les relations dans lesquelles il s'inscrit.

-Elle mobilise des compétences variées, parmi lesquelles l'observation, l'évaluation, le diagnostic, l'analyse de cas, l'expertise, la formation et la psychothérapie. La psychologie clinique apparaît ainsi comme une discipline scientifique et appliquée qui articule compréhension du sujet, évaluation de son fonctionnement et accompagnement de la souffrance psychique.

PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHOTHÉRAPIE

La psychothérapie occupe une place particulière dans le champ de la psychologie clinique. Elle désigne un ensemble d'interventions visant à modifier certains processus psychologiques, relationnels ou comportementaux associés à la souffrance psychique, à partir de méthodes structurées et de modèles théoriques identifiés.

En France, le titre de psychothérapeute est réglementé par la loi. Son usage suppose une inscription au registre national des psychothérapeutes et répond à des exigences de formation en psychopathologie clinique et de stage, avec des dispositifs de dispense prévus notamment pour les psychologues et les psychiatres. Cette réglementation distingue ainsi le titre professionnel de psychothérapeute de la pratique plus générale des psychothérapies.

CARL ROGERS ET LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

-Avec Carl Rogers, la psychologie clinique accorde une place centrale à la qualité de la relation thérapeutique. Dans l'approche centrée sur la personne, le changement psychologique ne repose pas seulement sur des techniques, mais aussi sur les conditions relationnelles dans lesquelles la personne peut explorer son expérience, ses émotions et ses difficultés.

-Rogers insiste notamment sur trois dimensions devenues majeures dans la réflexion clinique : l'empathie, l'authenticité du thérapeute et le regard positif inconditionnel. Ces conditions relationnelles ont largement influencé la psychothérapie contemporaine et ont contribué à faire de l'alliance thérapeutique un objet central de recherche en psychologie clinique.

LES TROIS DIMENSIONS RELATIONNELLES CHEZ ROGERS

L'empathie : Capacité du thérapeute à comprendre avec précision l'expérience interne du patient, son cadre de référence et la signification qu'il donne à ce qu'il vit, sans se confondre avec lui.

L'authenticité ou congruence: Capacité du thérapeute à être réel, cohérent et présent dans la relation, sans adopter une posture artificielle ou défensive. Ce qu'il ressent, ce qu'il pense et ce qu'il exprime tendent à rester suffisamment congruents.

Le regard positif inconditionnel : Attitude consistant à accueillir la personne avec respect, considération et absence de jugement global, indépendamment de ses difficultés, de ses comportements ou de ce qu'elle exprime au cours de la relation thérapeutique.

POUR RÉSUMER, ON POURRAIT DIRE QUE...

La psychologie clinique est une discipline scientifique et appliquée qui vise à comprendre, évaluer et accompagner les difficultés psychologiques, les troubles mentaux et les différentes formes de souffrance psychique. Elle mobilise l'entretien, l'observation, les outils psychométriques et les connaissances issues de la recherche pour construire une compréhension rigoureuse du fonctionnement de la personne.

Elle repose aujourd'hui sur une approche multidimensionnelle et intégrative, attentive aux processus cognitifs, émotionnels, relationnels, développementaux, biologiques, sociaux et culturels. Elle accorde également une place centrale à la relation thérapeutique, à la singularité du sujet, à ses ressources et aux processus de changement susceptibles de favoriser l'adaptation, le rétablissement et la qualité de vie.

VERS UNE PSYCHOLOGIE CLINIQUE DE DEMAIN

La psychologie clinique évolue vers une compréhension de plus en plus dynamique, personnalisée et contextualisée des trajectoires psychologiques. Elle ne cherche plus seulement à identifier des catégories diagnostiques, mais à comprendre comment les symptômes apparaissent, se maintiennent, se transforment et interagissent avec les ressources, les vulnérabilités et les environnements de chaque personne.

VERS UNE PSYCHOLOGIE CLINIQUE DE DEMAIN

Cette évolution s'appuie sur le développement des modèles transdiagnostiques, des approches longitudinales, des méthodes intensives de mesure, des biomarqueurs, des neurosciences et des outils numériques. L'objectif est progressivement de passer d'une psychologie décrivant des groupes à une psychologie capable de mieux comprendre les variations intra-individuelles et les mécanismes propres à chaque trajectoire.

L'intelligence artificielle et les technologies numériques devraient également transformer l'évaluation, la prévention et certaines formes d'intervention. Mais cette évolution pose une exigence majeure : utiliser davantage de données et de technologies sans réduire la personne à ses données. L'avenir de la psychologie clinique se situera probablement dans cette articulation entre science de haute précision et clinique de la singularité.

LA TRADITION FRANÇAISE DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

-En France, la psychologie clinique s'est structurée autour de figures majeures comme Juliette Favez-Boutonier (1903–1994) et Didier Anzieu (1923–1999), puis autour d'auteurs tels que Françoise Dolto (1908–1988), Colette Chiland (1928–2016) ou Roger Perron (1926–2021). Cette tradition a profondément marqué la manière de penser le sujet, son histoire et sa vie psychique.

-Elle s'est caractérisée par une attention particulière portée à la singularité de la personne, à ses conflits psychiques, à son développement et à ses relations. Elle affirme également que la psychologie clinique ne concerne pas uniquement les troubles mentaux, mais l'ensemble des conduites humaines, dans leurs dimensions normales comme pathologiques, et cela à tous les âges de la vie.

-Cette orientation historique a longtemps été fortement influencée par la psychanalyse. La psychologie clinique contemporaine s'inscrit aujourd'hui dans un paysage beaucoup plus pluraliste, où coexistent différentes approches théoriques, méthodologiques et thérapeutiques.

Et la psychopathologie...

La psychopathologie est le champ scientifique qui cherche à décrire, comprendre et expliquer les formes de souffrance psychique et les troubles mentaux. Elle s'intéresse à leurs manifestations, à leurs mécanismes, à leurs facteurs de vulnérabilité et de protection, ainsi qu'à leur évolution au cours de la vie.

La psychopathologie contemporaine ne considère plus nécessairement les troubles comme des catégories totalement séparées les unes des autres. Elle étudie également des dimensions psychologiques, des processus communs à plusieurs troubles et des trajectoires individuelles, en tenant compte de l'interaction entre facteurs biologiques, psychologiques, relationnels, sociaux et environnementaux.

Elle pose ainsi une question fondamentale : comment un fonctionnement psychologique devient-il source de souffrance, de limitation ou de désadaptation pour une personne donnée, dans un contexte donné ?

PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET 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 peut être définie comme :

« la science de la souffrance psychique » et « l'épistémologie de la psychologie clinique et de la psychiatrie ».

Ces définitions insistent sur un point essentiel : la psychopathologie ne consiste pas seulement à nommer des troubles, mais à chercher à comprendre les formes, les mécanismes et les trajectoires de la souffrance psychique. Cette interrogation reste centrale aujourd'hui, même si les modèles utilisés pour y répondre ont profondément évolué.

DES CATÉGORIES AUX DIMENSIONS

Les classifications psychiatriques traditionnelles reposent largement sur une logique catégorielle : un individu répond ou non aux critères permettant d'identifier un trouble donné. Cette approche demeure essentielle en clinique, en recherche et dans les systèmes de soins.

Mais de nombreux travaux montrent également que certaines manifestations psychopathologiques se distribuent sur des continuums. L'anxiété, l'humeur dépressive, l'impulsivité ou les expériences dissociatives peuvent ainsi varier en intensité sans qu'une frontière naturelle sépare toujours clairement le « normal » du « pathologique ».

La psychopathologie contemporaine associe donc de plus en plus une lecture catégorielle des troubles à une lecture dimensionnelle de leur intensité et de leur organisation.

PENSER AU-DELÀ DES DIAGNOSTICS : L'APPROCHE TRANSDIAGNOSTIQUE

Un même mécanisme psychologique peut intervenir dans plusieurs troubles différents. La rumination peut par exemple participer à la dépression comme à certains troubles anxieux ; l'évitement peut intervenir dans les phobies, le trouble panique ou le trouble de stress post-traumatique.

L'approche transdiagnostique cherche donc à identifier les processus qui traversent les catégories diagnostiques traditionnelles plutôt qu'à considérer chaque trouble comme une entité totalement indépendante.

La question devient alors moins seulement : « De quel trouble cette personne souffre-t-elle ? » que : « Quels processus contribuent ici à produire et à maintenir sa souffrance ? »

DU DIAGNOSTIC À LA TRAJECTOIRE

La psychopathologie contemporaine s'intéresse de plus en plus à la dynamique des troubles dans le temps. Un diagnostic décrit un état ou une configuration clinique à un moment donné, mais il ne suffit pas toujours à expliquer comment cette situation est apparue ni comment elle va évoluer.

Les recherches cherchent donc à mieux comprendre les trajectoires individuelles : apparition des symptômes, périodes de vulnérabilité, aggravation, rémission, rechute ou rétablissement. Elles étudient également les interactions entre facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux au cours du développement.

Cette perspective conduit à considérer la psychopathologie non seulement comme une science des troubles, mais aussi comme une science des processus de changement.

UNE DISCIPLINE FONDAMENTALEMENT PLURIELLE

Capdevielle et Doucet (1999) écrivent que la psychopathologie :

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

Cette définition reste particulièrement actuelle. Aucun niveau d'analyse ne permet, à lui seul, de rendre compte de la complexité de la psychopathologie. Les troubles psychiques résultent généralement de l'interaction de multiples niveaux de détermination, biologiques, psychologiques, développementaux, relationnels, sociaux et environnementaux.

La psychopathologie contemporaine cherche donc moins à opposer ces niveaux qu'à comprendre comment ils interagissent au cours du temps pour produire différentes trajectoires de vulnérabilité, d'adaptation ou de rétablissement.

UN TROUBLE N'A PRESQUE JAMAIS UNE CAUSE UNIQUE

En psychopathologie, rechercher « la cause » d'un trouble est souvent une mauvaise manière de poser la question. Une même manifestation clinique peut résulter de combinaisons très différentes de vulnérabilités individuelles, d'expériences développementales, d'événements de vie et de contextes sociaux.

Inversement, un même facteur de risque peut conduire à des conséquences très différentes selon les individus. Une expérience traumatique, par exemple, peut être associée à des troubles anxieux, dépressifs, dissociatifs, addictifs ou à l'absence de trouble psychiatrique caractérisé.

Il est donc plus pertinent de penser en termes de facteurs de risque et de protection, mécanismes, interactions et trajectoires, plutôt qu'en termes de causalité simple et linéaire.

UNE DISCIPLINE APPLIQUÉE

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 [...] qui se manifestent au niveau psychique et/ou somatique [...] ».

Cette définition insiste sur le caractère appliqué de la psychologie clinique. Elle ne vise pas seulement à produire des connaissances, mais aussi à les mobiliser dans des situations concrètes d'évaluation, de prévention, de conseil, de réhabilitation et de thérapie.

Elle rappelle également que la souffrance psychique ne se limite pas nécessairement au seul registre mental. Les interactions entre santé psychique et santé somatique constituent aujourd'hui un champ majeur de la psychologie clinique et de la psychologie de la santé.

LA PSYCHOPATHOLOGIE : ÉTUDIER LE PATHOLOGIQUE, MAIS PAS SEULEMENT

Beauchesne (1986) définit la psychopathologie comme :

« la branche de la psychologie qui est l'étude des phénomènes pathologiques »

et précise qu'elle peut :

« englober l'étude psychologique de la maladie mentale, et des dysfonctionnements de sujets réputés normaux ».

Cette seconde formulation est particulièrement intéressante. Elle montre que la psychopathologie ne commence pas uniquement lorsque l'on peut poser un diagnostic. Des processus psychopathologiques peuvent être présents sous des formes subcliniques, transitoires ou dimensionnelles, chez des personnes qui ne présentent pas nécessairement un trouble constitué.

La frontière entre fonctionnement normal, vulnérabilité et trouble devient alors une question centrale de la psychopathologie.

CE QU'IL FAUT RETENIR

La psychologie clinique cherche à comprendre la personne dans sa singularité, son histoire, ses relations et son contexte. Elle articule observation, évaluation, raisonnement clinique, prévention et intervention.

La psychopathologie constitue l'un de ses champs majeurs. Elle étudie les formes de souffrance psychique, leurs manifestations, leurs mécanismes et leurs trajectoires, sans se réduire à une simple classification des troubles.

La psychopathologie contemporaine évolue vers des modèles plus dimensionnels, transdiagnostiques, développementaux et dynamiques. Elle cherche moins une cause unique qu'un ensemble d'interactions entre vulnérabilités, ressources, événements de vie et contextes.

Une question reste alors centrale : à partir de quand une variation du fonctionnement psychologique devient-elle pathologique ?

3. Les « psys »

PSYCHOLOGUE ET PSYCHIATRE : DEUX FORMATIONS DIFFÉRENTES

Le psychologue est titulaire d'un Master de psychologie permettant l'usage professionnel du titre de psychologue. En France, ce titre est protégé par la loi depuis 1985. Selon sa spécialisation, il peut intervenir dans l'évaluation psychologique, la prévention, l'accompagnement, la recherche et, pour certains psychologues, la psychothérapie.

Le psychiatre est un médecin spécialisé en psychiatrie. Après les études médicales, il suit une spécialisation en psychiatrie. En tant que médecin, il peut poser un diagnostic médical, prescrire des médicaments, demander des examens complémentaires et coordonner des soins somatiques et psychiatriques.

Psychologue et psychiatre peuvent donc travailler auprès des mêmes patients, mais avec des formations, des compétences réglementaires et des outils différents.

PSYCHANALYSTE ET PSYCHOPRATICIEN : ATTENTION AUX TITRES

Le psychanalyste se définit par son appartenance à une tradition théorique et clinique issue de la psychanalyse. Sa formation repose généralement sur une analyse personnelle, des enseignements théoriques et une supervision au sein d'une école ou d'une association. Le titre de psychanalyste n'est pas, en lui-même, un titre professionnel réglementé comparable à celui de psychologue ou de psychothérapeute.

Le terme psychopraticien est utilisé par différents professionnels proposant un accompagnement ou des pratiques psychothérapeutiques. Il ne correspond pas à un titre professionnel réglementé par l'État et ne garantit donc pas, à lui seul, un niveau déterminé de formation universitaire ou clinique.

Pour le patient, le mot « psy » recouvre ainsi des réalités très différentes. Avant de consulter, il est essentiel de distinguer le titre porté, la formation suivie, les compétences reconnues et le cadre légal d'exercice.

LE PSYCHOTHÉRAPEUTE : UN TITRE RÉGLEMENTÉ

Le psychothérapeute n'est pas défini par une profession d'origine unique. Il s'agit d'un titre réglementé, dont l'usage suppose une inscription au registre national des psychothérapeutes.

La réglementation prévoit une formation en psychopathologie clinique de 400 heures minimum et un stage pratique d'au moins cinq mois, avec des dispenses totales ou partielles selon la formation initiale et le statut professionnel. L'accès à cette formation est notamment ouvert aux médecins et aux titulaires d'un Master en psychologie ou en psychanalyse.

Il faut donc distinguer trois choses : être psychologue, porter légalement le titre de psychothérapeute et pratiquer une psychothérapie. Ces trois réalités se recouvrent parfois, mais ne sont pas synonymes.

3. Le normal et le pathologique

LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE

La frontière entre le normal et le pathologique paraît souvent évidente... jusqu'au moment où l'on essaie de la définir.

Une anxiété avant un examen est-elle pathologique ? Un comportement rare est-il nécessairement anormal ? Une souffrance psychique suffit-elle à parler de trouble ? À partir de quel moment une différence devient-elle une maladie ?

Ces questions montrent qu'en psychopathologie, le normal et le pathologique ne constituent pas deux catégories parfaitement séparées. Leur distinction dépend à la fois de critères statistiques, cliniques, fonctionnels, sociaux, culturels et subjectifs.

La question fondamentale devient alors : selon quels critères décidons-nous qu'un fonctionnement psychologique est pathologique ?

COMMENT DÉFINIR LE PATHOLOGIQUE ?

Il n'existe pas un seul critère permettant de distinguer le normal du pathologique. Selon McMahon (1976), plusieurs manières de définir le pathologique peuvent être distinguées : une définition statistique, fondée sur l'écart à la moyenne ; une définition professionnelle, reposant sur le jugement des experts ; une définition sociale, liée aux normes d'un groupe ; une définition existentielle, centrée sur la souffrance vécue ; et une définition pratique, attentive aux conséquences concrètes sur le fonctionnement quotidien.

Buss (1966) propose pour sa part trois indicateurs souvent associés à la pathologie : l'inconfort, lorsque la personne souffre ; la bizarrerie, lorsque les conduites apparaissent très éloignées des normes habituelles ; et l'inefficacité, lorsque le fonctionnement devient durablement inadapté ou entrave la vie quotidienne.

Ces critères sont utiles, mais aucun ne suffit à lui seul. Une conduite rare n'est pas nécessairement pathologique, une souffrance n'implique pas toujours un trouble, et une norme sociale peut elle-même être discutable.

COMMENT DÉFINIR LE PATHOLOGIQUE ?

Il n'existe pas un seul critère permettant de distinguer le normal du pathologique. Selon McMahon (1976), plusieurs manières de définir le pathologique peuvent être distinguées : une définition statistique, fondée sur l'écart à la moyenne ; une définition professionnelle, reposant sur le jugement des experts ; une définition sociale, liée aux normes d'un groupe ; une définition existentielle, centrée sur la souffrance vécue ; et une définition pratique, attentive aux conséquences concrètes sur le fonctionnement quotidien.

Buss (1966) propose pour sa part trois indicateurs souvent associés à la pathologie : **l'inconfort**, lorsque la personne souffre ; **la bizarrerie**, lorsque les conduites apparaissent très éloignées des normes habituelles ; et **l'inefficacité**, lorsque le fonctionnement devient durablement inadapté ou entrave la vie quotidienne.

Ces critères sont utiles, mais aucun ne suffit à lui seul. Une conduite rare n'est pas nécessairement pathologique, une souffrance n'implique pas toujours un trouble, et une norme sociale peut elle-même être discutable.

FOUCAULT : QUI DÉFINIT LA FOLIE ?

Dans *Histoire de la folie à l'âge classique* (1961), Michel Foucault (1926–1984) montre que la manière dont une société pense, nomme et traite la folie varie profondément selon les périodes historiques. La folie n'est pas seulement appréhendée à partir de symptômes : elle est aussi saisie à travers des discours, des institutions, des pratiques médicales et des normes sociales.

Son analyse montre notamment comment, à partir de l'époque moderne, certaines formes de conduite auparavant pensées autrement vont progressivement être isolées, classées puis médicalisées. La constitution de la maladie mentale comme objet médical s'inscrit donc dans une histoire où se rencontrent savoir scientifique, institutions et organisation sociale.

Foucault nous invite ainsi à poser une question qui reste essentielle en psychopathologie : quand nous qualifions un comportement de pathologique, décrivons-nous uniquement une réalité clinique ou mobilisons-nous également les normes de notre époque et de notre société ?

LE TDAH : CATÉGORIE OU CONTINUUM ?

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) constitue un exemple particulièrement intéressant pour penser la frontière entre normal et pathologique. L'inattention, l'impulsivité ou l'agitation ne sont pas en elles-mêmes pathologiques : elles sont présentes, à des degrés variables, dans l'ensemble de la population.

Les recherches suggèrent que les caractéristiques associées au TDAH se distribuent largement selon un continuum, plutôt qu'en deux groupes naturellement séparés, les personnes « avec » et « sans » TDAH. Le diagnostic implique donc de déterminer à partir de quel niveau d'intensité, de persistance et surtout de retentissement fonctionnel ces caractéristiques deviennent cliniquement significatives.

Le TDAH illustre ainsi une question centrale de la psychopathologie contemporaine : comment fixer un seuil diagnostique lorsqu'un phénomène psychologique varie de manière continue dans la population ?

CANGUILHEM : LE NORMAL N'EST PAS LA MOYENNE

Dans *Le normal et le pathologique*, Georges Canguilhem (1904–1995) critique l'idée selon laquelle le normal pourrait être défini uniquement à partir d'une moyenne statistique. Un fonctionnement peut être fréquent sans être souhaitable, et un fonctionnement rare peut parfaitement être compatible avec une vie satisfaisante.

Pour Canguilhem, le vivant est normatif : il est capable de créer, modifier et réorganiser ses propres normes en fonction des contraintes de son environnement. La santé ne correspond donc pas simplement à l'absence de maladie, mais à une certaine capacité d'adaptation et de transformation.

Le pathologique apparaît alors lorsque cette capacité se restreint, lorsque la personne devient moins capable de faire face à de nouvelles situations ou de créer de nouvelles manières de vivre.

Cette perspective conduit à une idée essentielle : être différent de la moyenne ne signifie pas nécessairement être pathologique.

UN CHANGEMENT MAJEUR DANS LES CLASSIFICATIONS

L'homosexualité figurait encore parmi les troubles mentaux dans le DSM-II, publié par l'American Psychiatric Association en 1968. En 1973, l'APA décide de retirer l'homosexualité en tant que telle de sa classification des troubles mentaux.

Une catégorie résiduelle, l'homosexualité égo-dystonique, subsistera ensuite avant d'être supprimée du DSM-III-R en 1987.

Du côté de l'Organisation mondiale de la santé, l'étape décisive intervient le 17 mai 1990, lorsque l'Assemblée mondiale de la Santé cesse de classer l'homosexualité comme trouble mental. Cette décision accompagne l'adoption de la CIM-10, entrée en vigueur en 1993.

CE QUE NOUS APPREND LA FRONTIÈRE NORMAL / PATHOLOGIQUE

La distinction entre normal et pathologique ne peut pas reposer sur un critère unique. Une conduite peut être rare sans être pathologique, fréquente sans être souhaitable, source de souffrance sans constituer un trouble, ou socialement désapprouvée sans relever de la psychopathologie.

Les approches contemporaines invitent donc à croiser plusieurs dimensions : intensité des symptômes, souffrance subjective, retentissement fonctionnel, durée, contexte, trajectoire et normes sociales ou culturelles.

La psychopathologie consiste ainsi moins à tracer une frontière fixe qu'à comprendre dans quelles conditions un fonctionnement devient source de souffrance, de limitation ou de perte d'adaptation pour une personne donnée.

QUI DÉCIDE DE CE QUI EST PATHOLOGIQUE ?

Les classifications diagnostiques sont indispensables pour décrire, communiquer, comparer, rechercher et organiser les soins. Mais elles restent des constructions scientifiques qui évoluent avec les connaissances, les méthodes et parfois avec les transformations sociales.

L'histoire de l'homosexualité, les débats sur les seuils diagnostiques ou les approches dimensionnelles montrent qu'un diagnostic n'est jamais une simple photographie objective de la réalité. Il repose sur des critères, des conventions et des décisions qui doivent pouvoir être discutés et révisés.

La question à conserver tout au long du cursus est donc la suivante :
Comment reconnaître la souffrance et le trouble sans transformer toute différence humaine en pathologie ?

4. L'Étiologie

QU'EST-CE QUE L'ÉTIOLOGIE ?

En médecine comme en psychologie, l'étiologie désigne l'étude des facteurs et des mécanismes qui participent à l'apparition d'une maladie ou d'un trouble. Elle cherche à comprendre pourquoi un trouble survient, chez qui, à quel moment et dans quelles conditions.

En psychopathologie, cette question est particulièrement complexe. Les troubles mentaux résultent rarement d'une cause unique. Ils émergent le plus souvent d'une combinaison de vulnérabilités biologiques, psychologiques, développementales et sociales, qui interagissent entre elles au cours du temps.

L'enjeu contemporain n'est donc plus seulement de rechercher « la cause » d'un trouble, mais de comprendre les trajectoires causales multiples qui peuvent conduire à une même manifestation clinique.

TROIS GRANDES PERSPECTIVES ÉTIOLOGIQUES

La psychogenèse considère que les troubles psychiques peuvent trouver une partie de leur origine dans les expériences vécues, les apprentissages, les conflits psychologiques, les modes de régulation émotionnelle ou encore les relations précoces.

L'organogenèse met davantage l'accent sur les facteurs biologiques susceptibles de participer à la vulnérabilité psychopathologique : variations génétiques, développement cérébral, fonctionnement neurobiologique, systèmes hormonaux ou immunitaires.

La sociogenèse insiste sur le rôle des conditions sociales et environnementales : précarité, discriminations, violences, isolement, conditions de travail, environnement familial ou événements collectifs.

Ces trois perspectives ont longtemps été opposées. La psychopathologie contemporaine cherche plutôt à comprendre comment elles interagissent dans le temps au sein d'une trajectoire individuelle.

ÉQUIFINALITÉ ET MULTIFINALITÉ

L'équifinalité désigne le fait que des trajectoires développementales différentes peuvent conduire à une même issue psychopathologique (Cicchetti & Rogosch, 1996). Deux personnes présentant un même trouble peuvent donc y être arrivées par des chemins très différents.

La multifinalité désigne le phénomène inverse : une même condition initiale, un même facteur de risque ou une même exposition peuvent conduire à des issues différentes selon les individus (Cicchetti & Rogosch, 1996).

Ces deux notions sont devenues centrales en psychopathologie développementale. Elles montrent que l'étiologie ne peut généralement pas être pensée selon une logique simple de type « une cause → un trouble », mais doit être comprise en termes de trajectoires, interactions et combinaisons de facteurs (Beauchaine & Constantino, 2018).

LE CAS DE LA DÉPRESSION : UN MODÈLE MULTIFACTORIEL

La dépression constitue un bon exemple de la complexité étiologique des troubles psychiques. Elle ne résulte ni d'une cause unique ni d'un mécanisme biologique spécifique, mais de l'interaction entre plusieurs niveaux de vulnérabilité et d'exposition.

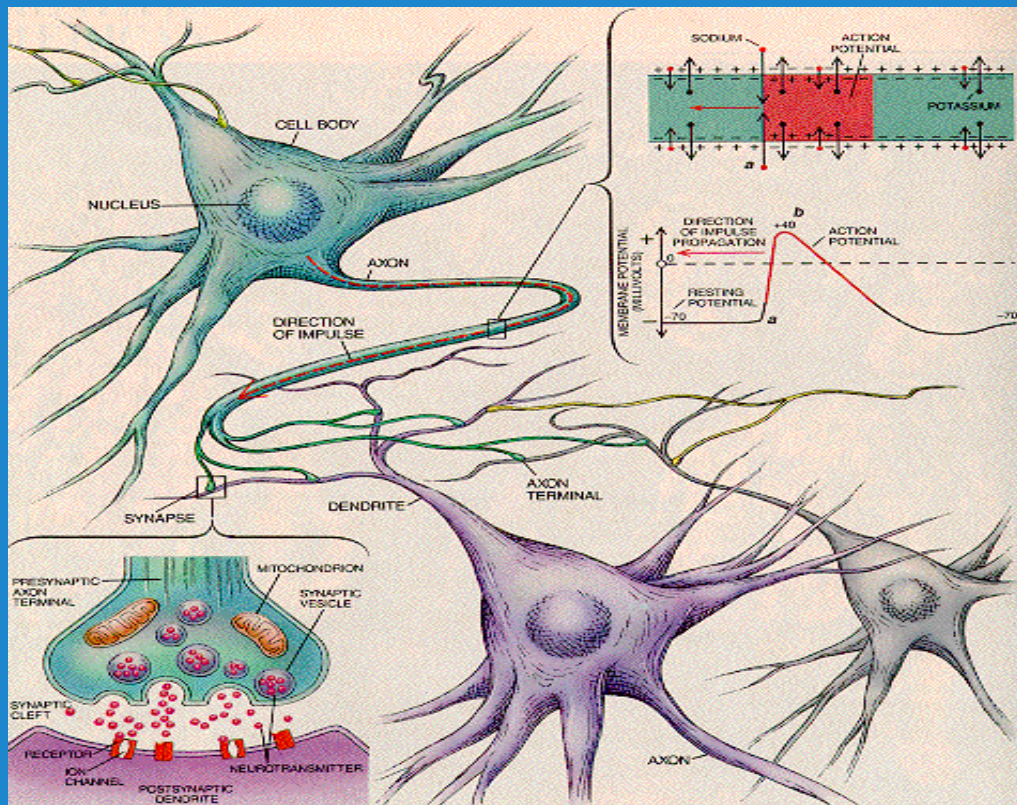
Les études montrent une héritabilité modérée, généralement estimée autour de 30 à 50 %, ainsi qu'une architecture hautement polygénique : de très nombreux variants génétiques contribuent chacun très faiblement au risque de dépression (Sullivan et al., 2000 ; Kendall et al., 2021).

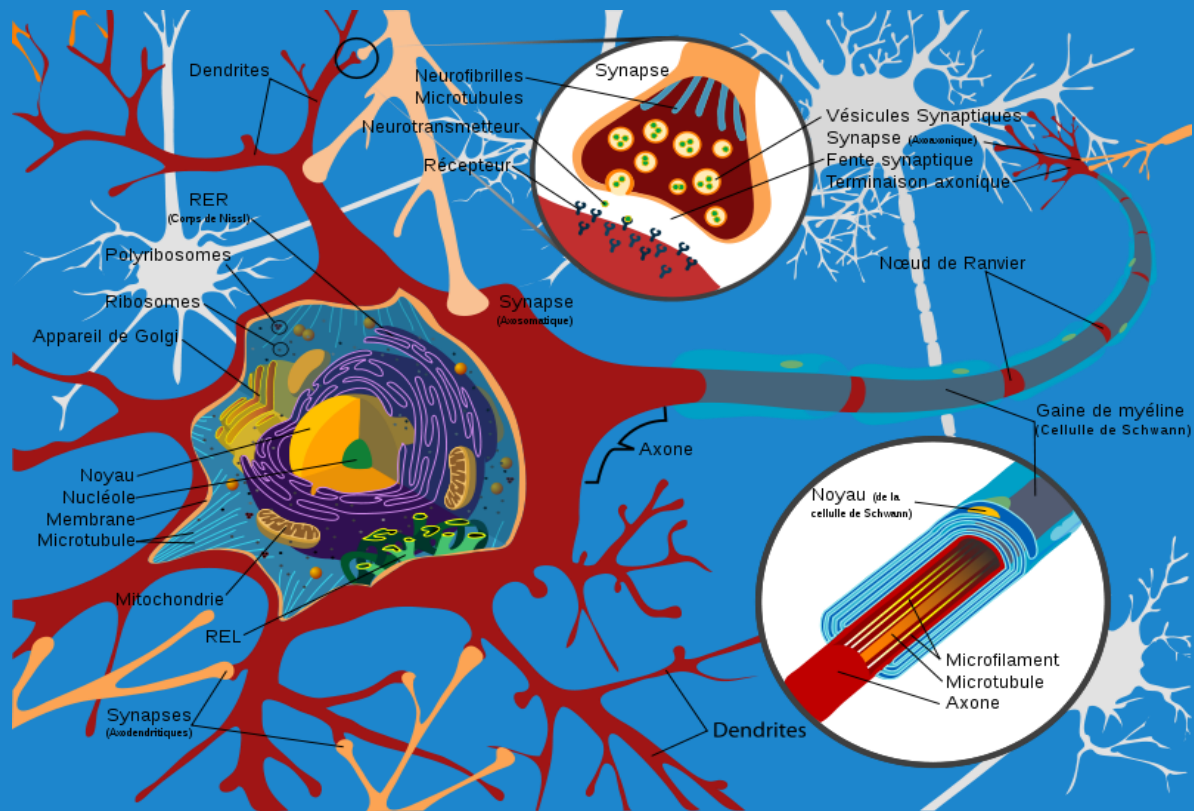
Cette vulnérabilité génétique n'est pas déterministe. Les expériences de vie, les adversités précoces, le stress, les relations sociales et d'autres facteurs environnementaux participent également au risque et peuvent interagir avec les vulnérabilités individuelles (Kendler & Gardner, 2017).

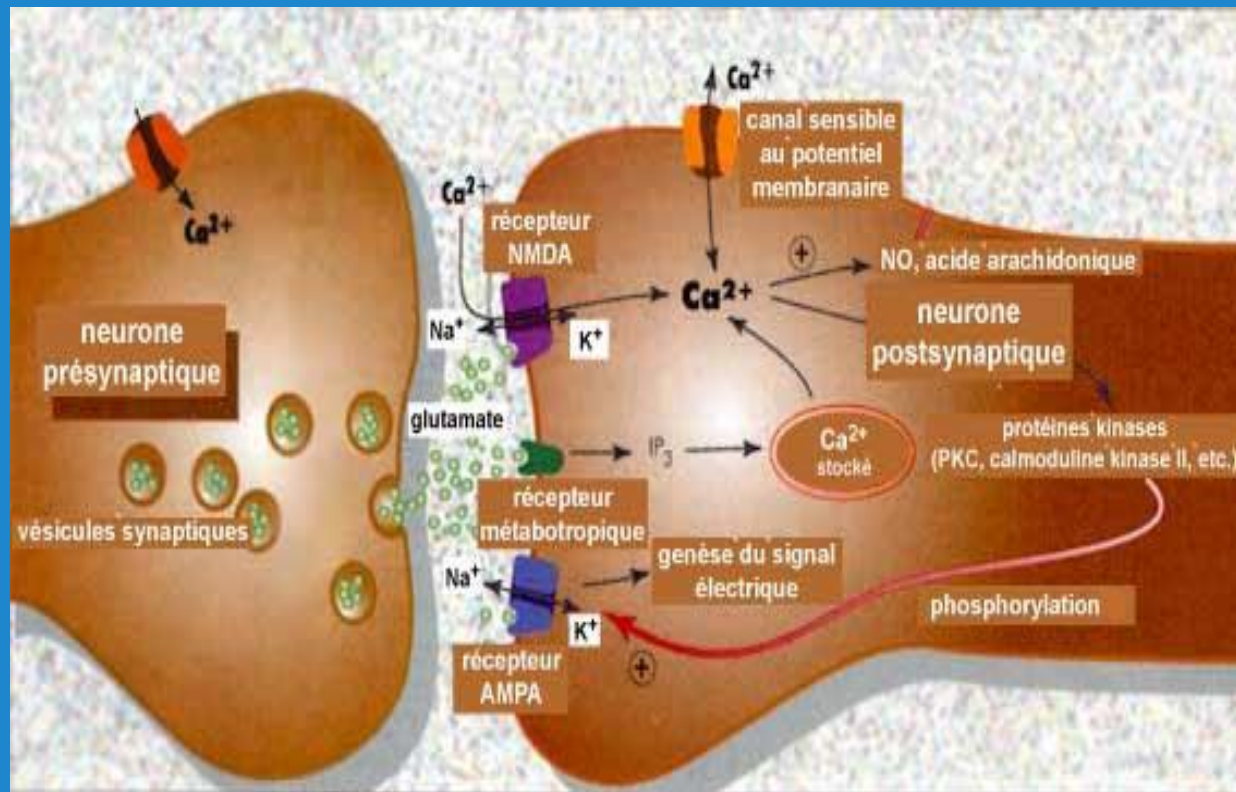
La dépression n'a donc pas une cause unique : elle peut émerger de combinaisons différentes de facteurs chez des personnes différentes.

Le cas de la dépression

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





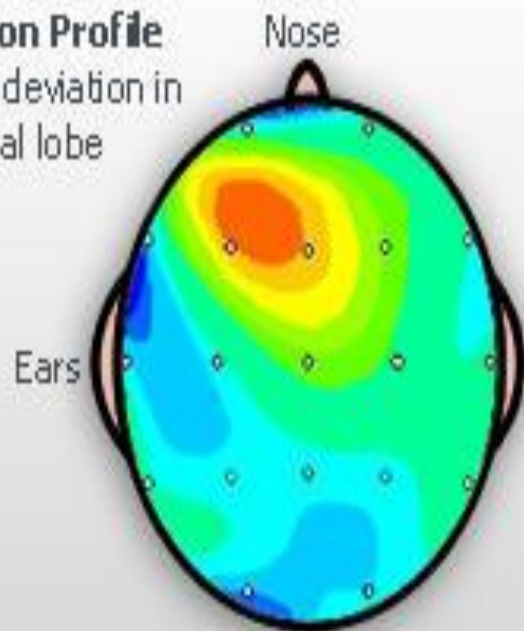


Le cas de la dépression

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

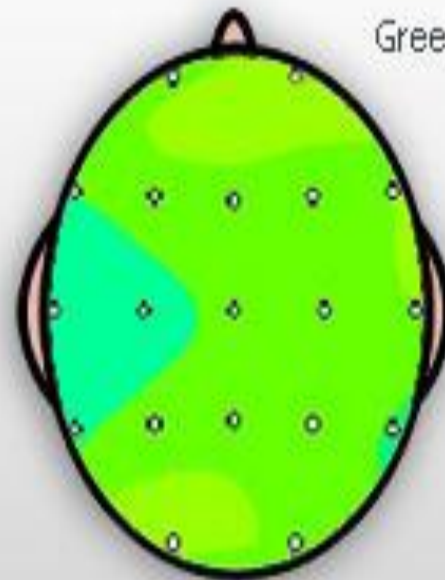
Depression Profile

Abnormal deviation in
right frontal lobe



Normal Brain

Green: 0 STD deviation



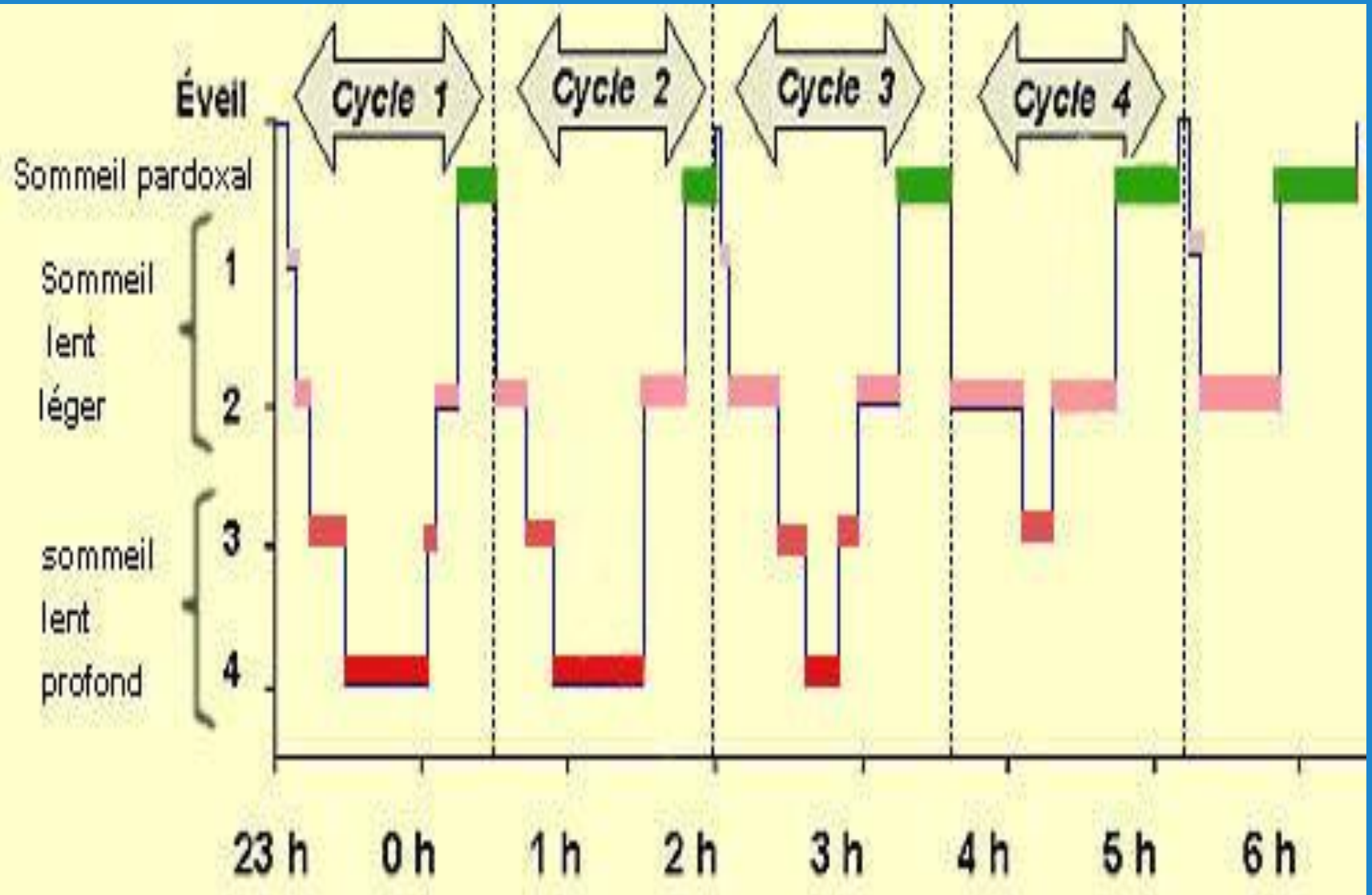
Green (0) is Normal Standard Deviation

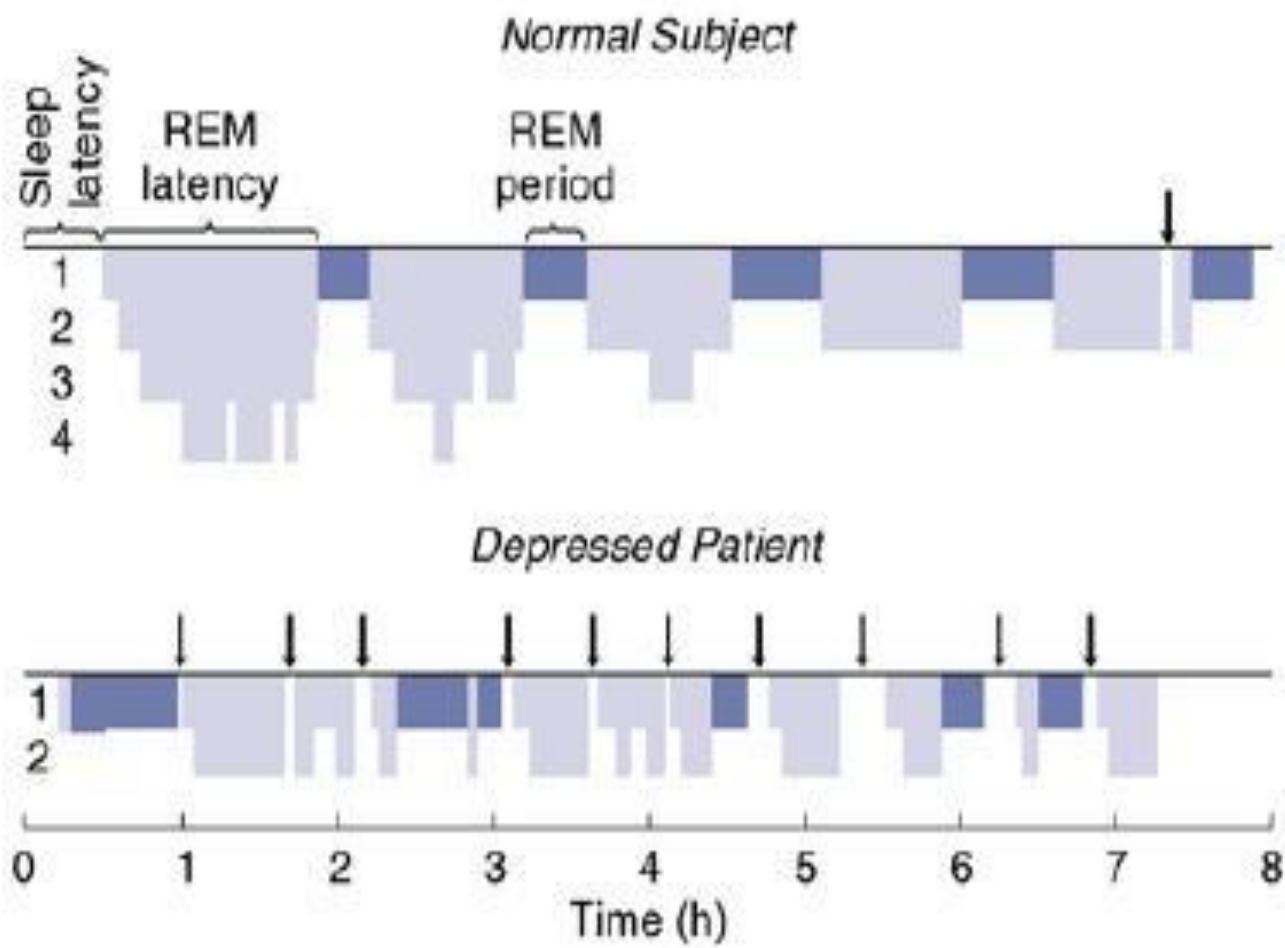
Red is over 2 STD deviations from the norm

Over 2 is statistically significant (it's definitely a problem)

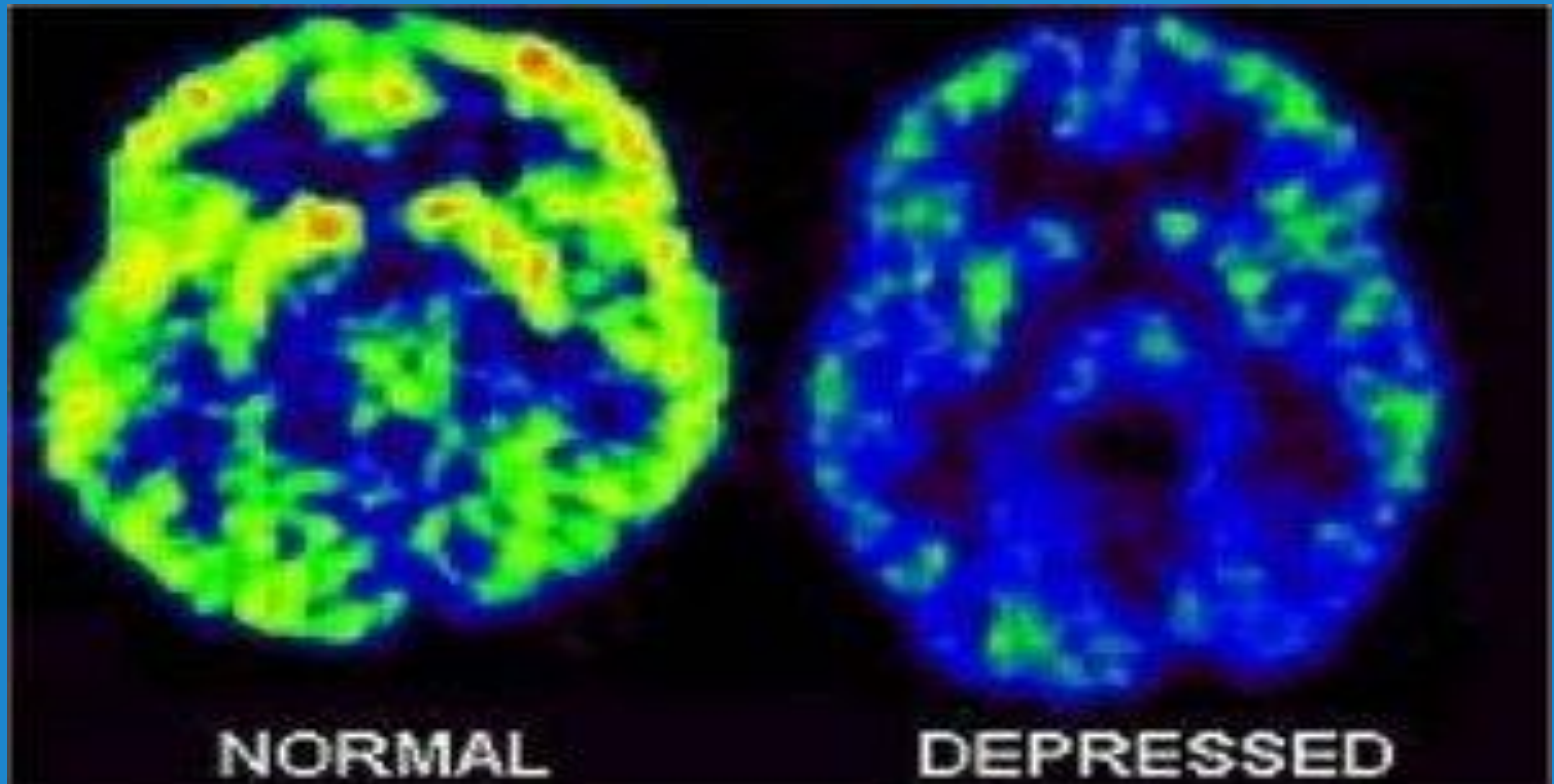
Le cas de la dépression

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.





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



5. Sémiologie et psychopathologie de l'adulte

SYMPTÔME, SIGNE ET SÉMIOLOGIE

Le symptôme désigne une manifestation ressentie ou rapportée par la personne. Il renvoie à son expérience subjective : douleur, tristesse, angoisse, impression d'irréalité, fatigue, pensées intrusives ou difficultés de concentration.

Le signe clinique correspond davantage à un élément repérable ou observable au cours de l'examen clinique : ralentissement psychomoteur, agitation, incohérence du discours, retrait relationnel ou modification manifeste du comportement.

La sémiologie est l'étude organisée de ces signes et symptômes. Elle constitue le premier niveau de l'analyse clinique : décrire précisément ce qui est présent avant de chercher à l'expliquer.

En psychopathologie, cette distinction reste essentielle : observer n'est pas encore comprendre, et décrire n'est pas encore interpréter.

DÉCRIRE AVANT D'INTERPRÉTER

La sémiologie psychopathologique vise à décrire de manière rigoureuse les manifestations cliniques observées ou rapportées. Elle cherche à préciser leur forme, leur intensité, leur fréquence, leur durée, leur contexte d'apparition et leur retentissement sur le fonctionnement de la personne.

Cette étape descriptive est indispensable, car un même symptôme peut avoir des significations différentes selon le contexte clinique. Une insomnie, par exemple, peut être associée à un trouble dépressif, à un trouble anxieux, à une consommation de substance ou à une situation de stress aigu.

La sémiologie ne répond donc pas encore à la question « pourquoi ce symptôme est-il présent ? ». Elle répond d'abord à une autre question : « qu'observe-t-on exactement ? »

DE LA SÉMIOLOGIE À LA COMPRÉHENSION PSYCHOPATHOLOGIQUE

La sémiologie décrit ce qui se manifeste. La psychopathologie cherche à comprendre comment ces manifestations s'organisent, ce qu'elles traduisent et quelle place elles occupent dans le fonctionnement psychologique de la personne.

Un symptôme ne prend donc pleinement sens qu'en étant replacé dans une configuration clinique plus large, qui comprend l'histoire du sujet, son contexte, ses relations, ses ressources, ses vulnérabilités et l'évolution temporelle des difficultés.

Certaines approches considèrent également que les symptômes peuvent avoir une fonction adaptative ou défensive. Cela ne signifie pas qu'ils sont bénéfiques, mais qu'ils peuvent constituer, à un moment donné, une tentative de régulation face à une tension, une menace ou un conflit psychique.

LA RENCONTRE CLINIQUE COMME MÉTHODE

La démarche clinique repose sur la rencontre avec un sujet singulier. Cette rencontre constitue une source essentielle d'informations, car elle permet d'accéder à ce que la personne dit, à la manière dont elle le dit, à ce qu'elle éprouve, à ce qu'elle montre et à la façon dont elle entre en relation.

L'entretien clinique en est la modalité principale, mais d'autres médiations peuvent être utilisées selon l'âge et la situation, comme le jeu, le dessin ou certaines tâches structurées.

Pour organiser les informations recueillies, il est utile de distinguer deux niveaux complémentaires : la description sémiologique, qui repère les signes et symptômes, et la compréhension psychopathologique, qui cherche à leur donner sens dans l'histoire et le fonctionnement de la personne.

DU SYMPTÔME AU DIAGNOSTIC

Le repérage des symptômes constitue le point de départ de l'analyse clinique, mais un symptôme isolé possède généralement une valeur diagnostique limitée. Ce qui importe est la manière dont plusieurs signes et symptômes s'organisent entre eux et évoluent dans le temps.

Un même symptôme peut apparaître dans des tableaux cliniques très différents. De même, un même syndrome peut être observé dans plusieurs troubles. Le diagnostic suppose donc de replacer les manifestations cliniques dans une configuration plus large et de les confronter à différentes hypothèses.

La démarche diagnostique repose ainsi sur un raisonnement progressif : repérer, regrouper, comparer et différencier les manifestations cliniques avant de retenir une hypothèse diagnostique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL, SYNCHRONIE ET DIACHRONIE

Lorsqu'une hypothèse diagnostique se dégage, il est nécessaire d'envisager les autres diagnostics possibles et d'examiner les éléments qui permettent de les retenir ou de les écarter. Cette démarche constitue le diagnostic différentiel.

L'analyse clinique doit également tenir compte de deux dimensions complémentaires. La dimension synchronique décrit l'organisation des symptômes à un moment donné, tandis que la dimension diachronique s'intéresse à leur apparition, leur évolution et leur transformation dans le temps.

Le diagnostic n'est donc pas seulement une étiquette. Il constitue une hypothèse clinique structurée, qui doit intégrer la forme actuelle du trouble, son histoire et les alternatives diagnostiques possibles.

L'ANALYSE PSYCHOPATHOLOGIQUE

L'analyse psychopathologique vise à comprendre les processus psychiques sous-jacents aux symptômes. Elle ne se limite donc pas à décrire ce qui est observable, mais cherche à replacer les manifestations cliniques dans le fonctionnement global de la personne.

Cette compréhension prend en compte l'histoire du sujet, sa personnalité, ses modes de relation, ses conflits, ses vulnérabilités et les contextes dans lesquels les symptômes apparaissent et se maintiennent.

Dans certaines approches, le symptôme peut être envisagé comme ayant une fonction défensive ou adaptative dans la vie psychique. Il ne s'agit pas de dire qu'il est souhaitable, mais qu'il peut représenter une tentative de régulation face à une tension, une menace ou un conflit.

L'ANALYSE PSYCHOPATHOLOGIQUE

L'analyse psychopathologique vise à comprendre les processus psychiques sous-jacents aux symptômes. Elle ne se limite donc pas à décrire ce qui est observable, mais cherche à replacer les manifestations cliniques dans le fonctionnement global de la personne.

Cette compréhension prend en compte l'histoire du sujet, sa personnalité, ses modes de relation, ses conflits, ses vulnérabilités et les contextes dans lesquels les symptômes apparaissent et se maintiennent.

Dans certaines approches, le symptôme peut être envisagé comme ayant une fonction défensive ou adaptative dans la vie psychique. Il ne s'agit pas de dire qu'il est souhaitable, mais qu'il peut représenter une tentative de régulation face à une tension, une menace ou un conflit.

LE SYMPTÔME PEUT-IL AVOIR UNE FONCTION ?

Reconnaître qu'un symptôme peut avoir une fonction défensive ou adaptative signifie qu'il ne doit pas être considéré uniquement comme un dysfonctionnement à supprimer. Il peut aussi représenter une manière, parfois coûteuse, de faire face à une tension interne, une menace, un conflit ou une situation devenue difficile à élaborer.

Cette perspective peut sembler paradoxale : comment un phénomène douloureux ou handicapant pourrait-il avoir une fonction ? L'idée est que le symptôme peut contribuer, au moins temporairement, à réduire une tension, éviter une expérience jugée insupportable ou maintenir un certain équilibre psychique.

Comprendre cette fonction ne signifie pas justifier le symptôme, mais chercher à saisir ce qu'il permet, ce qu'il évite et ce qu'il protège dans le fonctionnement de la personne.

LES MÉCANISMES DE DÉFENSE

Ionescu et al. (1997/2005) définissent les mécanismes de défense comme des processus psychiques, le plus souvent inconscients, qui visent à réduire ou à atténuer les effets désagréables de dangers réels ou imaginaires.

Ils agissent en modifiant la manière dont la personne perçoit, interprète ou organise la réalité interne et externe. Leurs manifestations peuvent apparaître dans les pensées, les émotions ou les comportements.

Un mécanisme de défense n'est donc pas, en lui-même, pathologique. Il peut avoir une fonction protectrice et adaptative, mais devenir problématique lorsqu'il est trop rigide, trop fréquent ou qu'il limite durablement les capacités d'adaptation de la personne.

LES MÉCANISMES DE DÉFENSE

Ionescu et al. (1997/2005) définissent les mécanismes de défense comme des processus psychiques, le plus souvent inconscients, qui visent à réduire ou à atténuer les effets désagréables de dangers réels ou imaginaires.

Ils agissent en modifiant la manière dont la personne perçoit, interprète ou organise la réalité interne et externe. Leurs manifestations peuvent apparaître dans les pensées, les émotions ou les comportements.

Un mécanisme de défense n'est donc pas, en lui-même, pathologique. Il peut avoir une fonction protectrice et adaptative, mais devenir problématique lorsqu'il est trop rigide, trop fréquent ou qu'il limite durablement les capacités d'adaptation de la personne.

LES MÉCANISMES DE DÉFENSE NE SONT PAS PATHOLOGIQUES EN EUX-MÊMES

Les mécanismes de défense font partie du fonctionnement psychique ordinaire. Ils permettent de réduire l'angoisse, de protéger l'équilibre psychologique et de faire face à certaines situations difficiles ou menaçantes.

Ce qui peut devenir problématique n'est donc pas l'existence d'un mécanisme de défense, mais son usage excessif, rigide ou inadapté au contexte. Un même mécanisme peut être utile dans une situation et devenir coûteux dans une autre.

L'enjeu clinique consiste ainsi à comprendre quels mécanismes sont mobilisés, dans quelles situations et avec quelles conséquences sur l'adaptation, les relations et le fonctionnement global de la personne.

QUELQUES MÉCANISMES DE DÉFENSE

Le déni consiste à ne pas reconnaître une réalité trop difficile à accepter.
Exemple : une personne qui vient d'apprendre un diagnostic grave affirme que « les médecins se trompent forcément » malgré plusieurs confirmations.

La projection consiste à attribuer à autrui des pensées, des émotions ou des intentions que l'on éprouve soi-même mais que l'on accepte difficilement.

Exemple : une personne très hostile à l'égard d'un collègue affirme que c'est ce collègue qui « lui en veut ».

QUELQUES MÉCANISMES DE DÉFENSE

La rationalisation consiste à donner une explication logique ou acceptable à un comportement dont les motivations réelles sont plus difficiles à reconnaître.

Exemple : après un échec à un examen, un étudiant affirme que l'épreuve « ne valait de toute façon rien » plutôt que de reconnaître sa déception.

Le déplacement consiste à reporter une émotion vers une cible moins menaçante que sa source réelle.

Exemple : après une journée conflictuelle avec son supérieur, une personne rentre chez elle et se montre excessivement irritable avec ses proches.

D'AUTRES MÉCANISMES DE DÉFENSE

La régression correspond à un retour vers des modes de fonctionnement plus anciens dans une situation de stress.

Exemple : un enfant hospitalisé recommence à demander à dormir avec ses parents alors qu'il ne le faisait plus depuis longtemps.

La formation réactionnelle consiste à exprimer de manière excessive l'attitude opposée à un sentiment difficilement acceptable.

Exemple : une personne éprouvant une forte jalousie se montre ostensiblement admirative et bienveillante envers la personne qu'elle envie.

La sublimation consiste à transformer une pulsion ou une tension en activité socialement valorisée.

Exemple : une forte agressivité peut être investie dans une pratique sportive intense ou dans une activité professionnelle compétitive.

L'humour peut également fonctionner comme un mécanisme de défense lorsqu'il permet de prendre une certaine distance avec une situation pénible sans en nier la réalité.

CE QU'IL FAUT RETENIR

La sémiologie décrit les signes et les symptômes. Elle cherche à préciser ce qui est observé ou rapporté, leur intensité, leur durée, leur fréquence et leur contexte.

La psychopathologie va plus loin : elle cherche à comprendre comment ces manifestations s'organisent dans le fonctionnement global de la personne.

Un symptôme isolé a une valeur limitée. Il doit être replacé dans une configuration clinique plus large, confronté à d'autres hypothèses et analysé dans une perspective à la fois synchronique et diachronique.

Le diagnostic constitue ainsi une hypothèse clinique structurée, et non une simple étiquette. Il doit intégrer la description sémiologique, l'histoire du sujet, son contexte, ses vulnérabilités, ses ressources et les alternatives diagnostiques possibles.

Enfin, certains symptômes ou mécanismes de défense peuvent avoir une fonction adaptative ou protectrice. L'enjeu clinique n'est donc pas seulement de repérer ce qui dysfonctionne, mais aussi de comprendre ce que le symptôme exprime, protège ou tente de réguler.

6. Classifications des maladies mentales

POURQUOI CLASSER LES TROUBLES MENTAUX ?

Les classifications diagnostiques ont pour fonction d'organiser les signes et les symptômes en ensembles cliniques relativement cohérents. Elles permettent de disposer d'un langage commun entre professionnels, de faciliter le diagnostic, la recherche, la comparaison des données et l'organisation des soins.

Mais classer les troubles mentaux est plus complexe que classer certaines maladies somatiques. Les manifestations psychopathologiques peuvent varier selon les cultures, les époques, les contextes et les trajectoires individuelles, et leurs causes ne sont généralement pas réductibles à un mécanisme biologique unique.

Les classifications sont donc des outils cliniques et scientifiques indispensables, mais elles ne constituent pas une description définitive de la réalité psychique. Elles évoluent avec les connaissances, les méthodes et les débats scientifiques.

LES GRANDES CLASSIFICATIONS ACTUELLES

Deux grandes classifications structurent aujourd'hui la description des troubles mentaux : la CIM-11, publiée par l'Organisation mondiale de la Santé, et le DSM-5-TR, publié par l'American Psychiatric Association.

La CIM-11 constitue une classification internationale des maladies et des problèmes de santé. Elle est utilisée dans de nombreux systèmes de soins et permet de comparer les données de morbidité et de mortalité entre pays et au cours du temps.

Le DSM-5-TR est une classification spécifiquement centrée sur les troubles mentaux. Il propose des critères diagnostiques standardisés largement utilisés en clinique, en recherche et dans la formation.

Ces deux systèmes ont des logiques proches, mais ils ne se superposent pas totalement. Ils constituent des outils de repérage et de communication, et non des théories complètes du fonctionnement psychique.

CE QU'UN DIAGNOSTIC DIT... ET NE DIT PAS

Un diagnostic permet d'identifier une configuration de signes et de symptômes correspondant à des critères définis par une classification. Il facilite la communication entre professionnels, l'orientation des soins et la recherche.

Mais un diagnostic ne renseigne pas, à lui seul, sur l'origine du trouble, son évolution future, la manière dont la personne le vit ni les mécanismes qui l'entretiennent. Deux personnes partageant le même diagnostic peuvent présenter des trajectoires, des vulnérabilités et des besoins thérapeutiques très différents.

Le diagnostic constitue donc un niveau de description clinique, mais il ne résume jamais la personne. La démarche clinique doit l'articuler à l'histoire du sujet, à son contexte, à ses ressources et à son fonctionnement psychologique.

Diagnostiquer, c'est classer une configuration clinique ; comprendre, c'est reconstruire une trajectoire.

NÉVROSE, PSYCHOSE ET ÉTAT LIMITE : DES CATÉGORIES HISTORIQUES À RÉINTERROGER

Les termes névrose, psychose et état limite ont longtemps structuré la psychopathologie clinique, en particulier dans les traditions psychiatriques et psychodynamiques. Ils visaient à distinguer de grands modes de fonctionnement psychique selon le rapport à la réalité, l'organisation de la personnalité, les mécanismes de défense et la nature des symptômes.

Aujourd'hui, ces notions n'ont plus toutes le même statut diagnostique. La psychose reste un concept clinique central, notamment à travers les troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques.

En revanche, la névrose n'est plus utilisée comme grande catégorie diagnostique dans les classifications contemporaines, tandis que le trouble de la personnalité borderline est désormais défini selon des critères spécifiques et ne doit plus être compris simplement comme un état « entre névrose et psychose ».

Ces termes restent néanmoins utiles pour comprendre l'histoire des modèles psychopathologiques et l'évolution de notre manière de penser les troubles mentaux.

Névrose, psychose et état-limite

Définition de la Névrose

La névrose est un terme utilisé en psychologie et en psychiatrie pour désigner un ensemble de troubles mentaux où l'individu conserve un contact avec la réalité, mais éprouve des souffrances psychologiques importantes. Les névroses se caractérisent généralement par une anxiété chronique, des obsessions, des compulsions, des phobies, ou des troubles de l'humeur, mais sans déformation majeure de la réalité. Les patients névrosés sont conscients de leurs troubles et souffrent de symptômes tels que l'angoisse, les conflits internes, et une incapacité à gérer efficacement ces émotions. La névrose n'affecte pas les fonctions de base du jugement et du raisonnement, permettant ainsi à l'individu de fonctionner relativement bien dans la vie quotidienne.

LA NÉVROSE : UN CONCEPT HISTORIQUE

Le terme névrose a longtemps désigné un ensemble de troubles caractérisés par une souffrance psychique importante, en l'absence d'altération majeure du rapport à la réalité. Il regroupait notamment des manifestations anxieuses, phobiques, obsessionnelles ou somatiques.

Dans les classifications contemporaines, la névrose n'est plus utilisée comme une grande catégorie diagnostique autonome. Les tableaux autrefois qualifiés de « névrotiques » sont aujourd'hui répartis entre plusieurs familles diagnostiques, notamment les troubles anxieux, les troubles obsessionnels-compulsifs, certains troubles somatoformes ou encore les troubles liés au stress.

Le concept reste toutefois important sur le plan historique et théorique, car il a profondément structuré la psychopathologie clinique et la distinction classique entre fonctionnement névrotique et fonctionnement psychotique.

À retenir : la névrose reste un concept historique utile, mais n'est plus une catégorie diagnostique actuelle.

Définition de la Psychose

La psychose désigne un ensemble de troubles dans lesquels le rapport à la réalité peut être profondément perturbé. Elle peut se manifester notamment par des idées délirantes, des hallucinations, une désorganisation de la pensée ou du comportement et, dans certains cas, une altération importante du jugement.

Les troubles psychotiques comprennent notamment la schizophrénie, le trouble schizo-affectif et certains épisodes psychotiques pouvant survenir dans le cadre de troubles bipolaires ou d'autres pathologies psychiatriques.

La psychose ne doit pas être pensée comme un état uniforme. Son expression clinique peut varier fortement selon les personnes, les phases d'évolution du trouble, les facteurs de vulnérabilité et le contexte.

À retenir : la psychose renvoie à une perturbation du rapport à la réalité, mais elle recouvre des tableaux cliniques très différents.

LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE

Le trouble de la personnalité borderline se caractérise par une instabilité importante des émotions, des relations interpersonnelles, de l'image de soi et du comportement. Il peut s'accompagner d'une peur intense de l'abandon, d'impulsivité, de sentiments chroniques de vide et de relations marquées par des alternances d'idéalisation et de dévalorisation.

Dans les modèles historiques, l'« état limite » était souvent présenté comme une organisation située entre névrose et psychose. Cette formulation doit aujourd'hui être utilisée avec prudence : le trouble borderline constitue une catégorie clinique spécifique et ne se réduit pas à une simple position intermédiaire entre ces deux registres.

La prise en charge repose principalement sur des psychothérapies structurées, notamment les approches dialectique-comportementales, basées sur la mentalisation ou centrées sur les schémas, selon les situations cliniques.

À retenir : le borderline n'est pas une "demi-psychose", mais un trouble complexe de la régulation émotionnelle, relationnelle et identitaire.

CE QU'IL FAUT RETENIR SUR LES CLASSIFICATIONS

Les classifications diagnostiques comme la CIM-11 et le DSM-5-TR sont des outils indispensables pour décrire les troubles, partager un langage commun, organiser les soins et produire des connaissances scientifiques. Mais elles ne constituent pas une photographie parfaite ou définitive de la réalité psychique.

Les catégories diagnostiques ont des limites importantes : hétérogénéité des profils au sein d'un même trouble, comorbidités fréquentes, frontières parfois floues entre normal et pathologique, et évolution des critères au fil des connaissances.

Il faut donc distinguer deux niveaux : classer permet de repérer et de communiquer ; comprendre suppose d'intégrer l'histoire, la trajectoire, le contexte, les mécanismes et les ressources de la personne.

À retenir : un diagnostic peut être utile sans résumer la personne ni épuiser la compréhension de son fonctionnement.