

PRESENTATION DE LA PSYCHOLOGIE

par Serge Nicolas, professeur de psychologie expérimentale
semaine 1 du 12 au 17/10/2009

Source : Gerrig, R. et Zimbardo P. (2008) *Psychologie*, Paris : Pearson
(panorama mondial de la psychologie actuelle)

I – DEFINITIONS DE LA PSYCHOLOGIE

A - DEFINITIONS

1. *Connaissance de l'âme humaine, considérée comme une partie de la métaphysique.* (Origine philosophique de la psychologie)

Étymologiquement « science de l'âme » et de ses facultés, la philo est la base de la psycho qui s'en émancipe aux 18^{ème} et 19^{ème} siècles.

2. *Connaissance empirique spontanée des sentiments d'autrui ; aptitude à comprendre, à prévoir les comportements, la mentalité d'une personne.* (Nous sommes tous plus ou moins psychologues, mais ceci ne constitue pas une science).

3. *Etude scientifique des phénomènes de l'esprit, caractéristique de certains êtres vivants (animaux supérieurs et hommes) chez qui existe une connaissance de leur propre existence.*

Cette étude apporte une connaissance scientifique de la vie mentale, utilise les méthodes des sciences naturelles et pose des théories. (Observation, expérimentation en labo, méthodes, théories...).

La psychologie scientifique est possible car elle est *reproductible*.

La psychologie est *moderne* (détachée du discours philosophique, littéraire ou commun et génère une profession), elle est *savante* (a constitué un corps de connaissances propre et reconnu), *vivante* et *évolutive* (en rupture avec le passé, proposant différentes démarches afin d'accéder au savoir, elle permet de prévoir les actes collectifs ou individuels.)

Les objectifs de la psychologie sont de :

- décrire les comportements (observation),
- expliquer et comprendre,
- prévoir (anticiper les réactions),
- contrôler pour aider.

B – LES SPECIALITES DE LA PSYCHO, SES CHAMPS PROFESSIONNELS ET SOUS DISCIPLINES

1. QUI SONT LES « PSY » ?

a) Les psychiatres

C'est un professionnel dont le titre est protégé, il est médecin en psychopathologie, peut prescrire actes et médicaments, mais possède peu de connaissances sur la psychologie générale. Il est souvent en position hiérarchique avec le psychologue. Cette profession présente actuellement une pénurie.

b) Les psychologues

C'est également un professionnel dont le titre est protégé. Il suit le Code de Déontologie de sa profession, a fait 5 années d'études (licence et master). Il a été initié à la recherche et formé dans un champ professionnel.

Le titre officiel de psychologue naît le 23 mai 1985 par décret de l'Assemblée Nationale. Il est officialisé par la loi n°85.772 de l'article 44 du 25 juillet 1985.

On estime à 260 000 le nombre de psychologues en Europe et à 15 000 en France.

Le premier article de la loi mentionne l'obligation de diplôme, le deuxième article précise qu'il peut être fonctionnaire / agent public, le troisième stipule que l'usurpation du titre est punie par la loi.

Le psychologue se définit donc par sa formation bac +5 et non par sa pratique.

c) Les psychanalystes

Ce n'est pas une profession dont le titre est protégé. Souvent psychiatre ou psychologue, il se réfère au cadre théorique de la psychanalyse (Freud, Jung...)

d) Les psychothérapeutes

Leur titre est actuellement en cours de législation.

e) Les parapsychologues

De façon officielle, il n'existe que des psychiatres ou des psychologues dont les titres sont reconnus par décrets.

A propos du code de déontologie des psychologues

Le premier code en France fut celui des médecins en 1947. Le premier code de la SFP date de 1961. Le Code de Déontologie actuel de la profession est ratifié le 22 juin 1996 par :

- l'AEPU (Association des Enseignants de Psychologie des Universités)
- l'ANOP (Association Nationale des Organisation de psychologie)
- la SFP (Société Française de Psychologie), datant de 1901.

Ces associations sont présentes sur internet et offrent une doc fournie.

« Le respect de la personne humaine dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues. »

Les principes généraux du code sont développés dans sa première partie : le respect des droits de la personne, la compétence, la responsabilité, la probité, la qualité scientifique, le respect du but assigné, l'indépendance professionnelle.

La deuxième partie expose les conditions de l'exercice professionnel, de l'obtention du titre de psychologue et définit la profession.

La troisième partie concerne la formation, la déontologie et la réflexion éthique.

2. RAPPORTS ENTRE LES DIFFERENTES PSYCHOLOGIES

a) Différentes psychologies

Les champs professionnels de la psychologie :

- Clinique et santé
- Education et formation
- Travail et vie sociale

Les spécialités :

- Les psychologues cognitivistes travaillent sur la perception, la mémoire, l'apprentissage, le langage, le raisonnement,
- Les psychologues sociaux s'intéressent aux forces sociales qui forment les comportements,
- Les psychologues développementalistes se chargent plus particulièrement des enfants, adolescents ou personnes âgées.

Les sous-disciplines :

- Psychologie clinique (essentiellement psychanalytique),
- Psychologie du développement (bébés, enfants),
- Psychologie différentielle (différences des individus),
- Psychologie expérimentale,
- Psychologie sociale
- + Psychophysiologie (bio).

b) Les rapports entre les champs professionnels et les sous-disciplines

Peuvent être rapprochés :

La clinique santé et la clinique psychopathologie,
L'éducation, la formation et la psychologie développementale,
Le travail sur la vie sociale et la psychologie sociale.

Toutes peuvent faire appel à la psychologie expérimentale ou différentielle.
La genèse de différentes spécialisations est née de leurs différences.

Y'a-t-il alors unité ou multiplicité des psychologies ?

Les *différences* se trouvent : dans le but qu'elles visent, la connaissance ou l'action, bien que ces deux visions soient en interactions constantes, dans les méthodes et les champs de connaissance, bien que complémentaires, dans les origines historiques.

Les *similitudes* se trouvent : dans le but qu'elles visent, c'est-à-dire de former des psychologues dans la complémentarité des approches, dans l'étude de l'esprit sous différents angles.

On estime à 500 000 le nombre de psychologues dans le monde et l'Union Internationale des Psychologues réunit 70 pays.

L'APA (Association des Psychologues Américains) regroupe 150 000 membres,
L'APS (Association des Psychologues Scientifiques) regroupe 14 000 membres,

En France cohabitent deux organisations : la FFPP (Fédération Française des Psychologues et de la Psychologie / www.ffpp.net) et la SFP (Société Française de Psychologie / www.sfpsy.org) créée en 1901 qui diffuse deux revues, Psychologie Française, essentiellement théorique et fondamentale et Pratiques Psychologiques, davantage centrée sur les applications.

c) L'évolution de la psychologie en France

1901	Naissance de la SFP à l'initiative de Pierre Janet. La même année naît la société anglaise de psychologie.
1921	Création de l'Institut de Psychologie par Henri Piéron
1947	Création de la Licence de Psychologie
1985	Loi sur la protection du titre de Psychologue
1990	Décret d'application de la loi
1996	Nouveau Code de Déontologie
2003	Création de la FFPP

On estime qu'en 1960, l'Institut de Psychologie formait presque tous les psychologues français, en 1980, la moitié et aujourd'hui, seulement 1 psychologue sur 6 ou 7 en serait issu.

Cela vient du fait que l'Institut a été le lieu de définition des spécialités en France (un professeur, un laboratoire, une spécialité).

Par la suite, Paul Fraise, successeur de Piéron aura un rôle politique important, ayant permis le développement des universités de province par rayonnement depuis Paris et par la création de nouveaux postes.

3. Les 4 grandes approches actuelles de la psychologie

a) La perspective **psycho-dynamique ou psychanalytique**

D'après Freud (1856-1939), elle affirme que le comportement est motivé par des forces internes puissantes. Les actions humaines proviennent d'instincts hérités, de pulsions biologiques et des tentatives de résolution des conflits entre les besoins personnels et les demandes extérieures. Les états de privation, l'excitation physiologique et les conflits internes ont un pouvoir sur le comportement, l'organisme arrête de réagir lorsque ses besoins sont satisfaits ou ses pulsions assouvies. Le but principal de l'action chez l'humain est alors de réduire la tension psychologique. Conflit > Tension > Action

b) La perspective **comportementaliste ou behavioriste**

Opposé diamétralement à l'approche freudienne, John B. Watson (1878-1958) affirme que le comportement est motivé par l'influence de l'environnement, les stimuli extérieurs, l'analyse expérimentale des conditions environnementales qui précèdent le comportement étant la base de ladite méthode.

L'action doit pouvoir être comprise, prévue et contrôlée (changement de situation, de paramètres, observation et compréhension).

c) La perspective **cognitive**

Plus proche de l'approche freudienne, elle affirme que les comportements sont déterminés par la pensée : les gens agissent parce qu'ils pensent et selon des intentions. La perspective cognitive domine actuellement la psychologie mondiale.

d) La perspective **biologiste**

Ce sont les gènes, le cerveau, les systèmes nerveux et endocrinien, les structures physiques, les processus biologiques qui agissent. L'activité chimique et électrique entre les cellules nerveuses explique le comportement des individus. La perspective biologiste a donné naissance aux neurosciences comportementales ou cognitives.

Selon l'approche psycho-dynamique, elle est une réaction à des frustrations, à un obstacle au plaisir, à une autorité perçue comme injuste. Elle est un déplacement de l'hostilité d'un enfant pour ses parents et devient agressivité chez l'adulte.

Selon l'approche comportementaliste, il s'agit d'identifier les renforcements d'une agressivité passée (enfant « transparent » qui « fait l'intéressant », maltraitances entraînant la violence du sujet...).

Selon l'approche cognitiviste, il s'agit d'explorer les pensées, les fantasmes hostiles des témoins d'actes violents, l'imagination aggressive, l'intention de blesser des témoins de films ou de scènes violentes, pornographiques mettant en scène viols, armes, meurtres...)

L'approche biologiste étudiera le rôle de systèmes cérébraux spécifiques, la stimulation de régions cérébrales, l'enregistrement des actions, les anomalies physiologiques ou anatomiques des tueurs en série par exemple.

Différentes approches sont donc possibles, et même nécessaires. Différentes théories et différents concepts mis en parallèle, différentes approches et différentes combinaisons aideront le professionnel à se faire une idée plus juste du problème.

II – MALADIES MENTALES – LA PSYCHOPATHOLOGIE

Pour affirmer qu'une personnalité est pathologique ou déviante, il faut tout d'abord différencier le « Normal » du « Pathologique ».

On considère la « normalité » selon plusieurs critères imparfaits, dont :

- la normalité *statistique* (le pourcentage majoritaire),
- la normalité *idéale* (issue d'un idéal collectif),
- la normalité *fonctionnelle* (selon des règles préétablies).

En psychopathologie, à quel moment peut-on affirmer que la personne est déviante ? L'anormalité est une souffrance psychologique, elle peut entraîner des profils caractériels types, des déviations de la personnalité d'origine, une souffrance subjective, une inadaptation sociale comme chez les personnalités hystériques, paranoïaques, psychasthéniques, obsessionnelles, psychopathiques, limites (borderline). Ces personnalités sont dites pré-morbides.

Les maladies mentales sont présentées ici en une nosographie issue d'une synthèse entre divers travaux européens et américains qui constitue une description et une classification méthodique des divers troubles : psychotiques de l'humeur, psychotiques délirants schizophréniformes et névrotiques.

A. L'HUMEUR (OU PSYCHOSES)

La tristesse et la manie sont les deux extrêmes de l'humeur et entraînent toutes deux des psychoses graves.

a) L'euphorie, exaltation maniaque ou manie se distingue par :

- l'exaltation croissante,
- l'insomnie parfois totale,
- des répercussions somatiques,
- l'intolérance au milieu social,
- la mégalomanie ou impression de toute puissance,
- la négation des troubles.

b) La tristesse, dépression mélancolique ou mélancolie se distingue par :

- des sentiments d'incapacité, d'échec, d'insuffisance, d'infériorité,
- un ralentissement moteur et psychique,
- une fatigue dépressive, l'anxiété, des idées délirantes, des symptômes somatiques (digestion, sommeil...)

La dépression *endogène* (vitale, autonome, psychotique) présente une grande intensité de l'humeur dépressive, un ralentissement moteur et psychique, des troubles somatiques et des idées de suicide. *Exogène* (psychogène, réactionnelle, névrotique), elle affaiblit la capacité sociale du sujet, présente une moindre intensité des symptômes et est marquée par l'absence de thèmes délirants.

c) la PMD ou psychose maniaco-dépressive est une combinaison des précédentes décrite par Falret en 1854. La psychose périodique maniaco-dépressive présente une alternance de manie et de dépression mélancolique avec des intervalles libres entre les deux troubles (dépenses inconsidérées, culpabilité, etc....)

B. LES TROUBLES PSYCHOTIQUES DELIRANTS SCHIZOPHRENIFORMES

a) Psychoses délirantes aiguës

Elle est caractérisée par des bouffées délirantes aiguës qui inaugurent ou ponctuent l'évolution d'une schizophrénie. Si persistance sur plusieurs semaines, elle peut évoluer en chronique. Hallucinations auditives, délire...

b) Schizophrénies

Kraepelin (1856-1926) distingue la PMD de la Dementia Praecox dans ses travaux entre 1887 et 1898 et donne à cette dernière deux caractéristiques :

- la maladie est chronique, sans cause extérieure et évolue de façon déficitaire,
- le trouble fonctionnel est l'appauvrissement émotionnel, la démence affective et pas seulement intellectuelle.

C'est Eugen Bleuler (1857-1939) qui crée en 1911 le terme de schizophrénie.

Il existe 4 symptômes majeurs pour la schizophrénie :

- dissociation de la vie psychique (perturbation des pensées, de l'affectivité, du comportement),
- idées délirantes dominées par des thèmes centrés sur la persécution et l'influence,
- hallucinations acoustique ou verbales,
- autisme qui conduit à la rupture avec le monde extérieur et au repliement sur soi.

Il existe plusieurs sous-types de schizophrénie :

- la forme paranoïde (idées délirantes, hallucinations auditives),
- la forme hébéphrénique (dissociation de la vie psychique, difficulté à lier les idées),
- la forme catatonique (troubles psychomoteurs, repli, immobilité).

c) Psychoses délirantes chroniques systématisées

Classe n'existant pas aux USA qui regroupent ces troubles avec la schizophrénie.

L'Ecole Française de Psychiatrie a gardé ce terme qui regroupe :

- les psychoses hallucinatoires chroniques (ex : syndrome d'influence imaginaire ou réel)
- la paraphrénie (délire inventifs, idées de grandeur),
- les délires paranoïaques ou paranoïa (patients méfiants, froids, psychorigides donc difficiles à manipuler, délire passionnels, jalousies extrêmes, délires d'interprétation ou folies raisonnantes).

On distingue les PDCS par leur caractère permanent, par opposition aux crises de délire aiguës.

C. LES TROUBLES NEVROTIQUES (OU NEVROSES)

Longtemps inspirée de la psychanalyse, la classification a évolué.

Autrefois, on distinguait :

- les *psychonévroses de transfert ou névroses structurées* (hystérique, phobique et obsessionnelle) liées à des perturbations anciennes de la vie antérieure (enfance),
- des *névroses actuelles ou névroses d'angoisse* liées à des perturbations récentes.

Cette distinction n'était que théorique et non pas descriptive, donc insatisfaisante.

Aujourd'hui, la DSM (Manuel diagnostique et statistique de l'Association Américaine de Psychiatrie) a fait disparaître le terme de névrose au profit d'une classification basée sur la description et distingue :

- Les troubles névrotiques anxieux (angoisses, phobies, obsessions)
- Des troubles névrotiques hystériformes ou névroses hystériques.

a) Les troubles névrotiques anxieux

- i. *La névrose d'angoisse* (Freud 1895) se manifeste par :
 - des crises d'angoisse aiguës (attaques de panique) avec incapacité à se maîtriser,
 - des manifestations d'anxiété généralisées chroniques (état de tension intérieure pénible, attitude de doute, sentiment d'insécurité),
 - des conduites d'isolement ou d'évitement de type agora-phobique (crainte de ne pouvoir s'échapper...)
- ii. *La névrose phobique* (Freud 1895) présente :
 - des craintes angoissantes déclenchées par un objet, une situation, une personne n'ayant pas en eux-mêmes de caractère objectivement dangereux,
 - un comportement d'évitement face à des phobies sociales ou simples.
- iii. *La névrose obsessionnelle* (Freud 1894-1895) se retrouve décrite dans l'œuvre de Pierre Janet en 1903 : [Les obsessions et la psychasthénie.](#)

L'obsession consiste en l'intrusion chez un sujet dont la conscience reste claire d'une idée ou d'une représentation ressentie par le patient lui-même comme étrangère à sa volonté. C'est une idée étrangère qui s'impose et dans les faits, apparaissent des actes compulsifs, répétitifs (lavage de mains, vérifications, ordonnancement...) ou actes mentaux (prier, compter, répéter des mots...) pour se débarrasser de la représentation obsédante, neutraliser ou diminuer le sentiment de détresse, empêcher un événement ou une situation redoutée. (TOC)

b) Les troubles névrotiques hystéroides ou névroses hystériques

En 1878, J. M. Charcot (1825-1893) décrit la « Grande hystérie » : période épileptoïde, période des contorsions, période des attitudes passionnelles, période terminale avec délire et hallucinations).

Connue depuis l'antiquité, l'hystérie n'est étudiée qu'à partir du 19^{ème} siècle où elle suscite l'intérêt et est parfois soupçonnée de simulation.

Il était d'usage de croire alors que puisque les sujets atteints étaient en majorité des femmes, l'origine devait être organique et plus particulièrement utérine. Charcot lui-même prônait ce point de vue à l'origine, mais avec Pierre Janet, l'un de ses étudiants à la Salpêtrière qui défendait le point de vue qu'il puisse s'agir d'une origine mentale, ils développèrent des travaux sur l'hystérie qui leur valurent une grande renommée. Leur technique d'hypnose inspira Freud lors d'un passage à Paris.

La Grande hystérie est le stade le plus extrême de l'hystérie et n'apparut que chez quelques patientes. Elle a pu être assimilée à des « possessions ».

Descriptions classiques de la névrose hystérique

- Survenue de divers troubles somatiques, transitoires ou durables, sans lésions anatomo-cliniques, troubles de la motricité, du tonus, sensitifs, neurovégétatifs (gastro-intestinaux, cardiorespiratoires),
- Symptômes psychiques transitoires ou dissociatifs (amnésie, fugues, personnalités doubles ou multiples, dépersonnalisation, etc.).

Le sujet est indifférent à ses troubles mais peut paradoxalement présenter une dramatisation d'apparence factice via des traits de personnalité marqués histrioniques ou passif-dépendants.

Le DSM évite de recourir au terme d'hystérie à cause de la multiplicité des troubles apparents qui introduit une dispersion de catégories et préfère le terme de troubles dissociatifs. Ils comptent :

- i. *l'amnésie* où le sujet est incapable d'évoquer des souvenirs personnels importants ou amnésie rétrograde (Cas de Emma Duteuple ou Mme D. par P. Janet en 1892). L'amnésie psychogène ou dissociative ne présente pas de lésions, est 100% psychologique. Sous hypnose, il arrive que le patient recouvre la mémoire.
- ii. *la fugue dissociative* (Cas Albert par Ph. Tissier (1852-1935) en 1886) pour laquelle les critères diagnostiques sont le départ soudain, l'incapacité à se souvenir du passé ou encore l'adoption d'une nouvelle identité partielle ou complète.
- iii. *les troubles de personnalités doubles ou multiples* (DSM 1980) où l'existence de 2 ou + personnalités chez un individu est observée, chacune d'entre elles dominant les autres à tour de rôle et où la personnalité dominante détermine le comportement du sujet (Cas Felida X par Etienne Eugène Azam (1822-1899) en 1876 et Cas Miss Beauchamp par Morton Prince (1854-1929) en 1906)

III – PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET PSYCHANALYSE

La psychologie clinique correspond à l'image de la psychologie. Elle provient de la médecine. « Clinique » signifie « au lit du patient » ; pour le psychologue, c'est plutôt « à l'écoute du patient », dans le but de l'aider à surmonter ses troubles psychologiques. La Clinique n'est pas uniquement constituée de la psychanalyse, même si, en France, il s'agit de la pratique la plus connue ou la plus utilisée.

Daniel Lagache, professeur de psychologie clinique a donné un programme, une définition de sa discipline :

« Envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation... COMPLETER »

Le cadre théorique le plus connu de la clinique est la psychanalyse dont l'inventeur est Sigmund Freud (1856-1939).

A) VIE ET ŒUVRE DES PRINCIPAUX PSYCHANALYSTES

1. Sigmund Freud

Y vivant depuis son enfance, Freud étudiant fréquente l'université de Vienne.

1881

Il obtient son titre de médecin physiologiste et effectue des travaux sur la neurologie, la moelle épinière, la cocaïne, les systèmes nerveux.

1885

Ayant obtenu une bourse, il voyage à Paris et rencontre Charcot à la Salpêtrière, s'intéresse à ses travaux sur l'hystérie et à sa méthode de l'hypnose.

Avec son ami Joseph Breuer (1842-1925), il se construit une clientèle à Vienne et travaille sur la neurologie clinique ainsi que théorique.

1891

Il présente un premier ouvrage sur l'Aphasie.

1889

Il voyage à Nancy et rencontre plusieurs professeurs de médecine hypnotiseurs. Il se rend à divers congrès.

1893

Avec Breuer, il publie [Communication préliminaire sur le mécanisme psychique des phénomènes hystériques](#), 20 pages qui posent la base de leur réflexion sur la névrose hystérique et l'hypnose.

Leur proposition fondamentale est que : « *les hystériques souffrent de réminiscences* » (souvenirs inconscients d'expériences personnelles émotionnellement chargées).

1893 (suite)

La souffrance psychologique est due à la mémoire inconsciente.

Pour atteindre la guérison, Freud et Breuer proposent une méthode thérapeutique basée sur deux notions :

- la **catharsis** qui consiste à décharger les effets pathogènes en remontant à l'origine de la formation des symptômes par l'hypnose, le principe consistant à provoquer
- **l'abréaction** des affects bloqués, c'est-à-dire leur décharge par les voies normales.

Les souvenirs inconscients traumatiques doivent remonter à la conscience du patient. Le premier pas vers la guérison est alors l'expression verbale sous hypnose. Mais Freud et Breuer réalisent que cette technique est imparfaite : le sujet, dans un état modifié de conscience, ne peut justement pas prendre conscience des affects bloqués et des expériences traumatiques passées.

Le travail du thérapeute consiste justement à éveiller la conscience du patient puisque les symptômes hystériques se rapportent à un traumatisme psychique précis disparu de cette conscience.

C'est par une expression verbale ou émotionnelle en état de conscience normal du sujet que la guérison peut être obtenue.

1895

Nouvel ouvrage avec Breuer : **Etudes sur l'hystérie** où il reprend la Communication... en première partie et complète en deuxième lieu par une série d'exemples de cas pathologiques de patientes hystériques :

- le cas princeps est le **Cas Anna O.** (Bertha Pappenheim, 1860-1936).
- le **Cas Emmy von N.**, qui est la première patiente de Freud en 1889 à être soignée par catharsis et hypnose,
- le **Cas Elisabeth von R.**, qui suggéra à Freud sa nouvelle méthode d'association libre.

Peu après, Freud délaissera l'hypnose dont les effets sont superficiels et de courte durée.

1896-1899

Il nomme la psycho-analyse.

Il entreprend sa propre analyse psychologique et s'investit de plus en plus dans l'étude des rêves. Il étudie ses propres rêves et établit un lien théorique entre ses concepts (études pathologiques) et les sujets normaux sur la base du rêve.

Il publie un ouvrage fondamental : **L'interprétation des rêves.**

Cet ouvrage présente une théorie originale qui pose les jalons de sa nouvelle psychologie, ici se dessine l'essence de la psychanalyse.

La recherche médicale de l'époque expliquait le rêve comme « phénomène somatique dépourvu de sens et de signification ». La psychanalyse propose un nouveau concept et va élever le rêve au rang d'acte psychique (mental) **sensé**.

Personne avant Freud n'avait abordé le rêve sous cet angle.

La signification du rêve étant cachée, le travail de l'analyste est de dégager le sens de ce rêve. L'étrangeté ou l'incohérence du rêve proviennent des déformations subies ou entreprises pour l'expression de son sens. Son absurdité est **intentionnelle**.

1996-1998 (suite)

Un nouveau lexique apparaît : distinction entre le contenu **manifeste** (souvenir du rêve au réveil) et le contenu **latent** du rêve (interprétation des pensées dissimulées représentées par le contenu manifeste), auquel on accède via le **travail du rêve** qui exécute la déformation par les mécanismes de **déplacement**, de **condensation**...

On observe alors une distorsion du contenu latent vers le contenu manifeste, distorsion créée par la **censure**, une instance examinatrice qui décide si une représentation naissante peut ou non parvenir à la conscience. La censure est un processus, un mécanisme de refoulement qui rejette dans les limites de sa puissance, ce qui constitue une représentation inadmissible et pourrait produire ou réveiller un déplaisir.

Naissance de la première topique : Inconscient-Préconscient-Conscient qui sera remplacée en 1923 par la seconde topique.

La censure se situe topiquement au point de barrage des systèmes Inconscient et Préconscient-Conscient.

1900

Il trouve ses premiers disciples (Kahane, Reitler, Adler et Stekel)

1902

Il fonde la Société Psychologique du Mercredi.

1904

Il publie [Psychopathologie de la vie quotidienne](#) (cas Dora).

1905

Il publie [Trois essais sur la théorie de la sexualité](#) et rencontre deux confrères, Carl Gustav Jung (1875-1961) et Ludwig Binswanger (1881-1966).

1908

Il fonde la Société Psychanalytique de Vienne.

1909

Il fonde la première revue de psychanalyse.

C'est la consécration. Il est invité à une série de conférences aux USA par Hall.

1910

Son assise est internationale. Il rejoint l'Association Internationale de Psychanalyse.

Peu à peu, l'opposition des psychiatres s'accroît et ses premiers disciples le « lâchent » : Alfred Adler (1870-1937), Wilhelm Stekel (1868-1940) et Jung.

Malgré les attaques et la dissidence, la psychanalyse poursuit son essor.

1915

Il publie [Introduction à la métapsychologie](#)

1920

Il publie [Au-delà du principe de plaisir](#)

1923

Il publie [Le Moi et le Ça](#) qui introduit sa seconde topique, Ça, moi et surmoi.

1938

Il quitte Vienne en mars et part s'installer à Londres.

Sa fille Anna (1895-1982) et Marie Bonaparte (1882-1962) l'aident dans ses travaux, la France étant l'un des derniers pays à accepter les idées psychanalytiques. Il faudra attendre les années 20 pour que l'opposition des psychiatres français soit surmontée.

1939

Il publie [Moïse et le monothéisme](#) et meurt le 23 septembre 1939 à l'âge de 83 ans.

L'apport de Freud est d'avoir démontré que l'activité psychique inconsciente est beaucoup plus étendue et importante que celle qui nous est connue et qui est reliée à la conscience.

Freud n'a pas inventé le mot « inconscient », qui appartenait déjà à la littérature philosophique ou médicale, notamment en Allemagne, mais il est l'auteur de la [Théorie de l'Inconscient](#).

« *La psychologie EST la psychanalyse* » dit-il vers 1910, cela signifie que la psychologie, science des pensées conscientes n'est que le côté visible de l'iceberg. La psychanalyse appartient tout autant au psychisme et approfondit sa connaissance. Freud élargit de ce fait le champ de la psychologie.

Son intention dans l'Interprétation des rêves est de démontrer que [l'inconscient existe également chez le sujet non pathologique](#) (lapsus, oublis, manque de mots...), ce qui fera l'objet en 1904 de la [Psychopathologie de la vie quotidienne](#).

Freud est la figure de proue de la psychanalyse et reste aujourd'hui incontournable, mais le mouvement de la psychanalyse n'est pas unitaire.

D'autres psychanalystes considèrent la théorie freudienne comme un point de départ de leur propre conception.

2. Jacques Lacan (1901-1981)

Emblématique de la psychanalyse française, il a créé l'Ecole Lacanienne et fait une relecture des textes de Freud où il développe ses propres conceptions dans les années 1960/1970.

Il donne ses « séminaires » entre 1951 et 1979.

La conception lacanienne est principalement enseignée à Paris VII.

3. Daniel Lagache (1903-1972)

Professeur de psychologie clinique, il a un rôle universitaire important et présente la psychanalyse comme un outil d'investigation pour la Clinique utilisant :

- les techniques historiques (testimoniales, documents...)
- les techniques d'observation,
- les techniques de tests (projectifs, taches de Rorcha...),
- les techniques auxiliaires (graphologie, morphologie...),
- les techniques psychanalytiques (Freud).

La psychanalyse devient *psychologie de la conduite*.

Daniel Lagache a beaucoup lutté pour l'autonomie universitaire de la psychologie face à la philosophie ou à la médecine et pour l'intégration de la Clinique dans la psychologie.

Il a fondé la Fédération Française de Psychanalyse avec Françoise Dolto.

Il est l'auteur du [Que sais-je ? La Psychanalyse](#).

4. Didier Anzieu (1923-1999)

Son œuvre est marquée par l'originalité.

- a) Il développe des *techniques projectives* dans l'approche psychanalytique (tests T.A.T, Rorcha...) qui consistent en l'interprétation d'objets ambigus.

La projection est une « *opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre (personne ou chose) des qualités, des sentiments, des désirs, voire des objets qu'il méconnaît ou refuse en lui.* »

- b) Il développe de nouvelles notions comme le « moi-peau » en 1974. (Le moi enveloppe l'appareil psychique comme la peau enveloppe le corps) ou le « penser » en 1994, mais toujours dans le champs de la psychanalytique.

B) LES DIFFERENTES METHODES DE PSYCHOTHERAPIES

Outre la psychanalyse freudienne, il existe d'autres sortes de psychothérapies analytiques. Il existe également des psychothérapies comportementales ou cognitives. Enfin, il existe des psychothérapies de soutien, des méthodes de relaxation, le Courant psychologique humaniste ou encore les thérapies familiales qui ne constituent pas des « théories ».

L'enseignement du psychologue étant basé sur la théorie, c'est pour cette raison qu'il comporte la **psychanalyse**, les **thérapies comportementales** et **cognitives**.

1. Les psychothérapies ANALYTIQUES (analyse de l'intériorité du sujet)

a) Freud

Le terme Psychanalyse désigne :

- une *méthode* thérapeutique d'investigation des processus mentaux,
- une *théorie*, des connaissances théoriques.

Les objectifs de la cure analytique sont de :

- *réactualiser les conflits infantiles* par une prise de conscience,
- *réorienter l'énergie pulsionnelle* ainsi libérée,
- étendre l'emprise du *Moi* sur l'ensemble de la vie mentale.

Globalement, de faire venir à la conscience du Moi les représentations *refoulées*.

La méthode consiste en deux points essentiels :

- un **protocole précis** (divan, thérapeute hors de vue, séances fixées à l'avance, fréquents, régulières dans leur fréquence et leur durée), protocole destiné à faciliter la régression, le relâchement du contrôle conscient et à permettre l'expression des pensées anciennes ou archaïques.

- une règle : **l'association libre des idées**.

Le sujet s'exprime verbalement, librement et délivre ses pensées, images, sensations, émotions sans exercer de contrôle (discours fluide). La réalisation de cette règle se heurte à des résistances conscientes ou inconscientes car les systèmes de défense du sujet prennent le pas. La première tâche de la psychanalyse consiste donc à analyser ces résistances.

Il est un phénomène central dans la cure analytique : le **transfert**.

C'est un processus par lequel les désirs inconscients du sujet et ses attitudes émotionnelles vont se porter sur la personne de l'analyste.

L'analyste doit rester neutre, sa neutralité permettant au patient de l'utiliser comme support de projection pour mettre en scène ses fantasmes inconscients et faciliter leur interprétation, *communication au patient du sens latent de son discours*.

L'interprétation doit rester prudente, abordable et tolérable pour le sujet qui peut alors donner sens à un matériel inconscient.

La prudence est de mise pour les psychoses, la cure étant plus indiquée pour les névroses.

b) Jung

Peu différente de l'approche freudienne, la cure jungienne est plus courte, les interventions de l'analyste sont plus courantes et plus poussées.

Jung accorde moins d'importance au transfert, privilégie l'analyse du matériel du rêve et de son interprétation, accorde plus d'importance au contenu symbolique du rêve.

Il prend davantage en compte la réalité de vie du patient, l'orientation de cette cure est plus pédagogique (capacité du moi, réalisation de l'individualité...)

L'inconscient jungien n'est pas uniquement pulsionnel mais aussi archétypal, issu « d'images primordiales de valeur universelle ».

Jung défend l'existence d'un inconscient collectif tout autant qu'individuel.

Il est à l'origine des notions de caractères introvertis ou extravertis.

c) Adler

Plus différente de Freud, Adler prône une psychologie individuelle.

La personnalité est un « ensemble dynamique orienté vers la réalisation du Soi ».

Il ne tient pas compte du transfert ni du contenu de l'inconscient.

La pathologie est centrée sur les sentiments d'infériorité, d'agressivité, les attitudes compensatoires, l'échec, les difficultés sociales.

Il s'agit d'établir une relation d'aide en vue de l'adaptation du patient.

d) Les psychothérapies brèves ou focales

Inspirées de Freud, seule la technique de ces thérapies est aménagée pour limiter le travail thérapeutique à un objectif précis. La cure ne comporte généralement que 10 à 20 séances, dont le nombre est fixé au départ. Peu développées en France, leurs indications sont assez limitées.

e) Les psychothérapies de groupe

A travers des psychodrames, il s'agit de faire ressortir les aspects expressifs et d'encourager la catharsis.

2. Les psychothérapies COMPORTEMENTALES (analyse du comportement extérieur du sujet)

En vogue actuellement, ces théories sont donc basées sur un cadre théorique tout comme les théories analytiques.

Elles sont issues de la psychologie développementale et des lois d'apprentissage : les comportements pathologiques ont été acquis par apprentissage, tout comme les comportements normaux.

Il s'agit alors de désapprendre les conditionnements : les psychothérapies comportementales proposent des contre-conditionnements.

L'application est essentiellement préconisée pour des comportements déviants, des phobies, l'agressivité, la délinquance, et des types de problèmes spécifiques plutôt que généraux (une anxiété vague par exemple.)

Il existe deux techniques de contre-conditionnement qui exposent toutes deux le sujet à l'objet ou à des stimuli qui provoquent son anxiété, sa phobie:

- la désensibilisation systématique, apprentissage progressif d'une réponse incompatible avec l'anxiété par l'exposition graduelle (images, puis vidéos, puis réalité virtuelle, puis réalité de loin, puis de près),
- l'immersion (avec accord du sujet), qui propose une exposition rapide (traitement de la claustrophobie, peur de l'eau...)

On peut reprocher à ces thérapies leur superficialité, puisque l'on y traite les effets et non les causes de la phobie.

Le couplage d'une cure analytique et d'une thérapie comportementale peut donc parfois être bénéfique, notamment dans le traitement des TOC (saleté, etc.)

On compte également parmi les psychothérapies comportementales le bio feedback, les programmes intégrés de renforcement, les techniques aversives...

3. Les thérapies COGNITIVES

Non développées.

C – PSYCHOPHYSIOLOGIE EN RAPPORT AVEC LES PSYCHOTHERAPIES

Les médicaments peuvent agir sur les neurones et leur potentiel d'action, les neurotransmetteurs. :

- l'Acétylcholine sur l'Alzheimer,
- le GABA (Acide Gamma Aminobutyrique), inhibiteur (si niveau trop bas, anxiété),
- la Dopamine (schizophrénie),
- les Endorphines...

Il existe actuellement trois catégories de traitements :

- les neuroleptiques modifient les symptômes schizophréniques de délire ou de retrait autistique, agissant sur la Dopamine
 - Thorazine, Chlorpromazine...
- les antidépresseurs augmentent l'activité des neurotransmetteurs en agissant par exemple sur la Sérotonine
 - Effexor (Venlafaxine), Prozac...
- les anxiolytiques comme les benzodiazépines qui agissent sur les neurotransmetteurs GABA et atténuent les sentiments d'anxiété
 - Vallium (Diazepam), Xanax (Alprazolam)...

Pour les troubles bipolaires, l'efficacité des Sels de Lithium a été démontrée, etc.

La recherche est toujours en quête de nouveaux médicaments plus efficaces, mieux tolérés, et présentant de moindres effets secondaires (sur la motricité notamment).

En conclusion, selon chaque cas particulier, il s'agira d'associer la meilleure psychothérapie (analytique, comportementaliste ou cognitive) à la thérapie médicamenteuse la mieux adaptée, d'où l'intérêt et la nécessité de l'étude de la physiologie.

IV – PSYCHOLOGIES DIFFERENTIELLE ET SOCIALE

A – PSYCHOLOGIE DIFFERENTIELLE

La psychologie différentielle étudie l'origine entre différents individus. Ce n'est pas l'étude du comportement d'un sujet moyen.

Les tests ont été élaborés en réponse à la demande sociale d'évaluation des personnes.

Ses domaines sont l'éducation, la psychopathologie, l'orientation, le travail, l'armée. C'est à travers ces applications que cette nouvelle branche se développe dès 1920.

1. ETUDE DES TESTS D'INTELLIGENCE

Pionnier de la psycho différentielle, Alfred Binet (1857-1911) est connu mondialement pour ses théories novatrices. Il a été le collaborateur de Charcot à la Salpêtrière vers 1885 dans ses travaux sur l'hystérie.

a) Mesure de l'intelligence avant Alfred Binet

i. *la physiognomonie de Johann Kaspar Lavater (1741-1801)*

On reconnaît l'intelligence d'un homme à des signes physiques, l'homme intérieur correspond à l'homme extérieur. On étudie les lignes de contour du visage : plus l'angle facial est ouvert, plus le cerveau est développé.

ii. *la phrénologie de Franz Joseph Gall (1758-1828)*

La conformation de la surface interne du crâne est déterminée par la surface externe du cerveau. (ex : bosse des maths). La moitié supérieure des lobes frontaux développée indique une grande intelligence, un esprit métaphysique, une disposition pour la philosophie, un talent poétique, etc.

iii. *la contribution de Francis Galton (1822-1911)*

Cet anglais, cousin germain de Darwin (1809-1882) pensait être un être supérieur. Enfant doué, admiré, considéré comme prodige. Sa famille consulte des phrénologues qui confirment ses dons, mais lorsque Galton entreprend des études universitaires, ses résultats sont décevants. Un autre phrénologue lui explique que ses capacités supérieures sont plus à même de s'exprimer dans la vie quotidienne. Galton devient explorateur en Afrique et sera élu à la Société des Sciences de Londres.

En 1859, il lit l'ouvrage de Darwin sur l'évolution et étend les conséquences de la « sélection naturelle » des animaux aux hommes. Il développe deux idées :

1. les caractéristiques mentales de l'homme sont innées, ses capacités intellectuelles héritées,
2. l'évolution humaine pourrait être accélérée par sélection (*Eugénisme*)

Galton étudie les connexions neuronales et vers 1880, il se réfère à la mesure de temps de réaction : les individus les plus intelligents et à la meilleure connectivité neuronale répondent plus vite. Il s'inspire de...

iv. [l'apport de J. Mc K. Cattell sur les tests mentaux](#)

1. pression dynamométrique,
2. vitesse de mouvement,
3. zones sensibles,
4. pression douloureuse,
5. seuil différentiel de poids,
6. temps de réaction auditif,
7. temps de dénomination des couleurs,
8. bissection d'une ligne de 50 cm,
9. jugement d'une durée de 10 secondes,
10. nombre de lettres mémorisées après une écoute.

Allant de mesures psychophysiques vers des mesures purement mentales (mémorisation, jugement), ce test est un échec mais reste la première tentative objective de mise au point d'une méthode de mesure de l'intelligence.

b) Les travaux de Alfred Binet et de Théodore Simon

Après ses travaux avec Charcot sur l'hystérie, Binet se tourne vers la psychologie expérimentale (+ normale que pathologique). La naissance de ses filles l'incite à étudier plus particulièrement les enfants. Dès 1890, il s'intéresse à leur perception, au développement de leur mémoire à travers des études expérimentales.

En 1896, alors directeur d'un labo à la Sorbonne, à la tête d'une revue, L'Année Psy, il rédige un article sur la psychologie individuelle / différentielle.

Dans cet article, il relate les tentatives américaines de Galton.

Selon lui, pour réussir, il faut proposer des tests de plus haut niveau, interrogeant les capacités supérieures de l'individu. Il prouve qu'il n'y a pas de lien entre l'intelligence et les caractéristiques physiques d'un individu.

En 1904, le gouvernement français décide d'ouvrir des classes pour les enfants « arriérés » ou en retard intellectuel, mais sur quels critères, sur quelles bases peut-on décider de définir un enfant comme tel ?

Binet affirme que parmi les trois méthodes médicale, pédagogique et psychologique, seule la troisième est fiable et efficace.

En 1904-1905, il publie [l'Ebauche de l'échelle métrique de l'intelligence](#).

Des épreuves sont utilisées auprès des enfants en retard : tests sur le regard, la préhension, la recherche et la connaissance d'aliments, l'exécution d'un ordre simple, l'imitation de gestes.

Ceci permet une première classification, une première définition des niveaux de retard.

- Les enfants les moins intelligents ou idiots ont un âge mental entre 0 et 2 ans et ne maîtrisent pas le langage,
- Les « imbéciles » ont un âge mental situé entre 2 et 5 ans,
- Les « débiles » se situent au-delà des 5 ans,
- Normalité.

Les enfants les plus atteints doivent intégrer des HP. Les débiles voire les imbéciles sont adaptés aux classes pour retardés.

La frontière imbécillité / débilité est marquée par la connaissance verbale des images, la nomination des objets, les comparaisons, la répétition de trois chiffres et par les épreuves de jugement, de définition verbale d'objets connus, la répétition de phrases de 15 mots, d'exercices et dessins de mémoire, la comparaison de longueurs, la mise en ordre de poids différents, des exercices sur les rimes, des phrases à trous, des épreuves de synthèse où il s'agit de former une phrase à partir de trois mots.

La normalité est définie par la possibilité d'abstraction et de travail mental.

En 1908, [l'Echelle Métrique de l'Intelligence](#), et en 1911, la dernière version.

Les échelles suivantes hiérarchisent selon l'âge du sujet. Un retard de plus de deux ans correspond à une arriération mentale.

Seule cette méthode, à cette époque est fiable car objective et indépendante de la somme de connaissance scolaire (pour la plupart) amassée par les enfants.

c) Le développement des tests d'intelligence

- i. [Henry Herbert Goddard](#) (1866-1957) traduit Binet aux USA,
- ii. [William Stern](#) (1867-1947), pédopsychologue allemand amène la notion de quotient d'intelligence vers 1912
- iii. [Lewis Terman](#) (1877-1956), psy US, abrège l'expression en Q.I.
- iv. [David Wechsler](#) (1896-1981) crée le test d'intelligence le plus employé aujourd'hui : « Bellevue Wechsler Scale » en 1955.
WAIS : Wechsler Adult Intelligence Scale 1955
WICS : Wechsler Intelligence Scale for Children (1949)
WPPI : Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (1967)
Etendant les travaux de Binet aux adultes, ces tests connaissent aujourd'hui encore un franc succès.

Mais il existe une controverse sur la mesure de l'intelligence, le QI peut être « bon » mais les résultats peuvent être hétérogènes aux divers tests. Il en résulte que l'intelligence est multidimensionnelle.

- v. [Charles Spearman](#) (1863-1945) affirme que toutes les branches de l'activité intellectuelle ont en commun *le Facteur G* ou Facteur Général d'Intelligence
- vi. [Louis Thurstone](#) (1887-1955) explique qu'il existe divers facteurs et que les aptitudes sont indépendantes : compréhension, fluidité verbale, aptitude numérique, inférence, aptitude spatiale, vitesse perceptive, mémoire.

Y-a-t-il alors une unidimensionnalité ou une multidimensionalité de l'intelligence ?

[Les deux affirmations sont vraies, il existe DES formes d'intelligence.](#)

L'enseignement à Paris V est centré sur les propriétés mentales, l'étalonnage et la confection des tests d'intelligence et l'évaluation de la personnalité.

2. ETUDE DES TESTS DE PERSONNALITE

a) Cattell (1950-1960)

Il a dégagé 16 facteurs de personnalité et créé une première méthode.

b) Eysenk

Il simplifie la méthode de Cattell de façon un peu restrictive à partir de descriptions cliniques :

- extraversion / introversion,
- névrotisme (émotivité forte et instable, hyperréactivité...)
- psychotisme (froideur, hostilité, non émotivité, individu « personnel »...)

c) Les Big Five ou Neo PI. R.

Ce modèle est l'aboutissement de 50 ans de recherches en psychologie différentielle et est validé mondialement. Il permet une mesure objective de la personnalité.

- extraversion / introversion,
- agréabilité (bienveillance, altruisme, disponibilité),
- conscience (méticulosité, organisation, être « consciencieux »),
- névrosisme,
- ouverture (intérêts larges, goût des expériences originales, curiosité, imagination)

Pourquoi ces 5 notions sont-elles essentielles ? Pas encore de réponse !
Ce test est disponible en bibliothèque.

En conclusion, la psychologie différentielle évolue beaucoup et ne se réduit plus aux évolutions et à la psychométrie (tests). Elle s'intéresse aux différences entre individus et groupes, aux origines de ces différences (hérédité, milieu) et à la créativité (artistique, sociale).

Le rapprochement entre la psycho différentielle et la psycho cognitive expérimentale est visible dans deux courants de la recherche :

- l'un s'appuie sur les méthodes, les modèles de la psychologie cognitive pour réinterpréter les différences individuelles de performances observées dans les tests,
- l'autre s'appuie sur la psychologie différentielle pour tester des modèles généraux de fonctionnement cognitif.

B – PSYCHOLOGIE SOCIALE

Elle cherche à rendre compte des relations entre l'individu et l'environnement social, elle est née au 20^{ème} siècle et observe le point de vue du fonctionnement psychologique individuel.

Les références sont les mêmes qu'en sociologie :

- Auguste Comte (1798-1857), « L'individu est un être social »
- W. Wundt (comprendre l'individu par son milieu),
- G. Le Bon et G. Tarde (psychologie des foules),
- E. Durkheim (sociologie).

1. LES DOMAINES D'ETUDE MAJEURS

a) la relation sociale

L'humain est un être relationnel. Les premières relations sont motivées par notre enfance, l'attachement et la socialisation.

L'attachement constitue la première construction de la relation sociale (travaux de Bowlby, psy am. En 1969) et est une relation sociale instinctuelle qui se constitue en réponse à la façon dont les parents s'occupent de l'enfant.

La *socialisation* est un processus d'apprentissage des attitudes, normes, valeurs propres à un groupe qui permet l'intégration sociale.

Elle répond à trois besoins fondamentaux : **l'inclusion, le contrôle et l'affection**.

L'enfant entre dans la relation sociale via l'attachement aux parents et est confronté à de nouvelles interactions qui l'intègrent progressivement à la famille, au groupe social, etc.

Les facteurs de relations sociales, selon la Sociométrie de Jacob Moreno (1889-1974) affirme que toute relation est par essence de nature affective. Moreno transcrit graphiquement les relations affectives entre les individus (sociogramme).

Les facteurs de relations sociales sont :

- la **proximité** (probabilité des rencontres, respect des distances),
- la **similitude** (qui se ressemble s'assemble, phénomène de modes),
- le **besoin** (complémentarité),
- **l'apparence physique** (on a l'idée abusive qu'un physique agréable signifie intelligence et critères moraux).

b) l'influence sociale (très étudiée)

- La **normalisation**
Sherif (1936) confronte ses sujets à des situations ambiguës : un repère de groupe va se former par convergence des jugements intellectuels.
- La **conformité**
Elle n'existe que pour éviter le conflit. Asch confronte en 1956 un sujet à une situation non ambiguë, mais entouré de personnes « trompeuses ». Il en résulte que pour 40 à 50 % des cas, la majorité arrive à imposer son point de vue fallacieux sans faire explicitement pression sur l'individu !
Les déterminants de la conformité sont :
1) les caractéristiques individuelles,
2)
- L'**obéissance** et la **soumission**
- Les **minorités**

c) la représentation sociale

d) la communication sociale

e) l'identité sociale

2. XXXXXXXXXX