

Unité d'Enseignement DF 4.2

*L'IA pour la sémiologie
et la psychopathologie*

Livret d'accompagnement

Licence 2 Psychologie

UPJV – Département de psychologie

PHILIPPE SPOLJAR

Courriel : philippe.spoljar@u-picardie.fr

I - IA et psychopathologie : généralités

Modification profonde, potentiellement de toutes les pratiques professionnelles
En psychologie : les bilans, les analyses, les diagnostics, etc.

- > A prendre en considération dès maintenant pour une orientation professionnelle
- > Consulter l'IA sur son propre impact (actuel et prévisionnel à court/moyen terme) !

Hypothèse forte sur la meilleure "résilience" face à l'IA : la *psychologie clinique* :

- travaux sur l'automatisation des professions
- études sur ce qui, dans la pratique clinique, échappe à la standardisation
- réflexions actuelles « IA et santé mentale », etc.

A. L'"IA mode d'emploi" en psychopathologie clinique

1.1. Outil et non substitut

C'est un outil -> il faut apprendre à s'en servir

1.2. L'art du questionnement (« prompting »)

L'efficacité de l'IA dépend en grande partie de la manière dont on l'interroge

L'IA ajuste en effet son niveau de réponse à la qualité du questionnement

Exemple de prompt faible (générique, peu contextualisé)

« Donne-moi une analyse clinique d'un patient dépressif. »

Réponse probable de l'IA :

- Une description stéréotypée de la dépression (humeur triste, perte d'intérêt, troubles du sommeil) avec des critères DSM, des traitements TCC et médicamenteux.
- = réponse assez superficielle, standardisée, très médicalisante, sans perspective psychodynamique ni singularité.

Exemple de prompt fort (contextualisé, structuré, avec consignes précises)

« Voici une vignette clinique :

Un homme de 35 ans consulte pour une perte d'énergie et une tristesse persistante depuis plusieurs mois. Il rapporte des insomnies, une perte de plaisir dans ses activités habituelles, et dit parfois se sentir inutile. Il mentionne aussi que, depuis la mort de son père, il se replie sur lui-même et évite les interactions sociales.

Analyse cette vignette en respectant les consignes suivantes :

- identifie 2 mécanismes de défense possibles.
- formule une hypothèse de conflit intrapsychique.
- propose un ou deux thèmes relationnels pertinents (lien avec la perte, relations parentales).
- précise l'affect dominant.
- conclus par une hypothèse intégrative prudente (niveau d'organisation, dynamique centrale).
- utilise un langage universitaire, formule les hypothèses de manière nuancée (« possibilité de... », « hypothèse de... »).

Réponse probable :

Défenses : déni partiel de la souffrance + évitement social.

Conflit : dépendance / autonomie, difficulté à élaborer la perte.

Thème relationnel : lien filial marqué, vécu de deuil non résolu.

Affect dominant : tristesse teintée de culpabilité.

Hypothèse intégrative : vulnérabilité dépressive avec difficultés d'élaboration du deuil paternel, organisation plutôt névrotique.

1.3. Accès à une base de connaissances quasi illimitée

Une somme de connaissances immédiatement disponible

> Restitution d'éléments de tous les corpus, articulés de manière intelligible

1.4. Variations des situations

Possibilité de variations multiples : observations, référentiels, analyses, ...

> confrontation de points de vue

1.5. Dialogue interactif et affinage de la compréhension

Capacités dialogiques

> Mode "conversationnel" pour l'affinage progressif de la compréhension et de l'apprentissage

1.6. Un formidable outil d'apprentissage (s'il est maîtrisé)

Sans la maîtrise de l'outil, l'IA peut se révéler simplificatrice, voire trompeuse

> Nécessité d'une grande vigilance critique

B. Risques épistémologiques

2.1. Erreurs et « hallucinations »

L' "hallucination" : invention de réalités non existantes

Parfois faciles à détecter (par ex. dans une bibliographie), parfois difficile (erreurs "cohérentes")

2.2. Absence de limites

Processus continu dans le jeu des questions et réponses, qui ne se limite pas lui-même

Risque de débordement et de saturation cognitive

2.3. Absence de sens critique spontané

L'IA ne dispose d'aucun sens critique spontané

> elle restitue ce qu'elle trouve dans son corpus d'entraînement

> utilisation possible et souhaitée comme levier pédagogique

- pas d'accès aux livres et articles hors du domaine public

2.4. Orientation médicalisante

Le référentiel spontané pour les réponses est la référence médicale, voire biologique de la psychopathologie

Recours primaire aux bases de données anglophones et biologisantes (DSM/TCC)

- > Mise en perspective nécessaire avec les travaux critiques en psychiatrie, psychopathologie, philosophie, sociologie ...
... qu'elle finit par fournir elle-même (si on lui demande)

Par exemple, si on l'oriente sur la controverse sur la *biopsychiatrie*, elle thématise rapidement sur :

- l'approche réductionniste et mécaniste de la psychiatrie, qui privilégie les causes neurologiques ou pharmacologiques, dans l'ignorance ou même la négation des dimensions psychodynamiques ou sociales
- la médicalisation excessive et abusive, et la domination des approches catégorielles (DSM) avec réduction des individus à des symptômes normés
- l'illusion d'une pure causalité biochimique dans les troubles mentaux du fait de l'influence commerciale de l'industrie pharmaceutique

Outil de domination culturelle et économique

Risque de « colonisation épistémologique » (ChatGPT)

2.6. Risque d'uniformisation de la pensée

L'IA s'entretient elle-même

Mais elle est également capable de présenter des alternatives, et sa propre critique

= un amplificateur qui peut :

- ou devenir un support critique d'apprentissage exceptionnel

C. Risques pédagogiques

3.1 Faux sentiment de maîtrise

Risque de passivité intellectuelle

3.2. Perte de compétences et de créativité

Perte possible de "déqualification" par délégation trop systématique

Situations déjà évaluées en médecine

D. Risques cliniques

4.1. Absence de transfert et de temporalité

4.2. Standardisation contraire à la singularité clinique

Simulations schématiques :

- appui pédagogique

- mais non accès aux singularités en contexte

E. Risques éthiques

5.1. Confidentialité des données

Ne jamais utiliser de données réelles dans un outil IA sans garanties techniques et juridiques strictes

5.2. Danger des cas fictifs non maîtrisés

Décalages – pour l'instant irréductibles - entre cas fictifs et cas réels

> toujours rester vigilant

II - IA et psychopathologie : mise en œuvre

Compétences visées :

- repérer les mécanismes de défense, conflits, organisation psychique, ...
- formuler une hypothèse clinique
- positionnement critique vis-à-vis de l'analyse proposée
- ...

A. Génération d'observations

a) Génération thématique

Une première demande élémentaire. Prompt :

Présente moi un cas de "paraphilie"

Réponse :

Une paraphilie désigne un intérêt sexuel intense et persistant pour des objets, des situations ou des individus atypiques, qui s'écartent des comportements sexuels considérés comme « normatifs » et qui peuvent parfois entraîner une souffrance ou des conséquences sociales négatives.

> Voici un exemple concret de cas de paraphilie. Le fétichisme des pieds :

- Description : Une personne éprouve une excitation sexuelle principalement ou exclusivement à travers les pieds (les voir, les toucher, les sentir, ou encore porter une attention particulière aux chaussures ou chaussettes).

- Comportements possibles :

- . Désir d'embrasser, caresser ou lécher les pieds de son/sa partenaire.
- . Collection d'objets liés aux pieds (chaussures, chaussettes usées, etc.).
- . Difficulté à ressentir du désir sexuel sans l'implication de cet élément fétichisé.

- Conséquences :

. Lorsque ce fétichisme reste intégré dans une vie sexuelle consentante, il ne pose pas forcément de problème.

. Cependant, si la personne ne peut être excitée qu'à travers cet objet ou qu'elle adopte des comportements non consentis (ex. voler des chaussures), cela peut devenir source de souffrance personnelle ou de difficultés relationnelles.

En psychiatrie (DSM-5), une paraphilie n'est considérée comme paraphilique au sens pathologique que si elle entraîne une détresse significative pour la personne ou cause du tort/non-consentement à autrui.

Veux-tu que je t'illustre aussi un cas plus pathologique (comme le voyeurisme ou l'exhibitionnisme), pour comparer avec cet exemple qui peut rester bénin ?

Prompt :

Je souhaite obtenir un cas d'angoisse de morcellement chez un adolescent

Réponse 1 :

« Voici un exemple fictif mais réaliste d'un cas clinique d'angoisse de morcellement chez un adolescent, basé sur des concepts issus notamment du travail de Mélanie Klein et de Donald Winnicott. »

[...]

Variante :

L'angoisse de morcellement est un concept central en psychanalyse, notamment dans les travaux de Mélanie Klein et de ses successeurs. Elle renvoie à une peur archaïque d'éclatement, de perte de l'unité corporelle et psychique, souvent présente aux stades précoce du développement. Chez l'adolescent, elle peut ressurgir dans des situations de crise identitaire et de fragilité narcissique.

[développement d'un cas : Paul 15 ans ...]

- Prompt :

Génère une observation clinique d'un cas de paranoïa d'environ 2000 mots, décrivant trois séances comme des scènes vivantes, avec des détails sensoriels. Il ne faut pas utiliser de termes techniques de la psychopathologie (sémiologie, étiologie...)

Réponse :

Voici un long récit clinique fictif, construit comme une observation en trois séances successives, avec une narration sensorielle et vivante. J'ai veillé à éviter le vocabulaire technique de la psychopathologie, et à me rapprocher d'une écriture quasi-littéraire, qui garde la forme d'un document clinique mais privilégie le regard, l'écoute et les détails sensoriels.

[...]

Études de cas évolutifs et autres possibilités

b) Ecriture des lettres fictives de patients

Prompt :

Présente moi une lettre de patient à son thérapeute, après une rechute

Réponse :

Je vous écris parce que je n'ai pas eu la force de vous appeler. J'avais promis de tenir, de garder ce que nous avions construit ensemble, mais depuis quelques jours tout m'échappe de nouveau.

Au début, ce n'était qu'une fatigue étrange, comme un brouillard derrière les yeux. Je pensais que ça passerait. Puis sont revenus les bruits que je croyais avoir appris, les impressions qui s'incrustent sans prévenir. J'entends à nouveau les rires derrière moi dans la rue, j'ai la sensation que les murs me regardent. C'est difficile à expliquer, mais c'est comme si le monde entier me faisait signe en permanence, et je ne peux plus y échapper.

[...]

Propositions :

Voulez-vous que je propose aussi une version plus brute et hachée, comme si le patient écrivait sous le coup de l'angoisse, avec phrases incomplètes et retours de ligne fréquents ?

Réponse :

Je croyais que ça allait mieux.

Je croyais que j'avais réussi à mettre tout ça derrière moi.

Mais non.

C'est revenu.

D'un coup.

Depuis trois nuits je ne dors presque pas. J'entends des pas, des chuchotements.
Ou alors c'est le vent ?
Je n'arrive plus à savoir.
Je ferme la porte.
Je vérifie.
Je reviens.
Encore.
Encore.
Ça ne suffit jamais.
[...]

c) Echanges fictifs entre patient et soignant

d) Construction d'un "prompt pour construire un prompt"

Prompt (sur le prompt) :

Comment formuler le prompt pour générer un premier entretien entre patient et soignant ?

Réponse (génération d'un prompt) :

Pour générer un premier entretien entre patient et soignant, ton prompt doit préciser plusieurs éléments :

1. Le rôle attendu

. Dire clairement si tu veux un dialogue écrit (comme une pièce de théâtre) ou une narration avec dialogues intégrés.

. Préciser si tu veux du réalisme clinique (phrases hésitantes, silences, hésitations) ou une version plus littéraire / romancée.

2. Le cadre

. Lieu (cabinet, hôpital, centre d'accueil, etc.)

. Contexte (première rencontre, adressé par un médecin, démarche volontaire, urgence...)

. Atmosphère (tendue, calme, méfiante, chaleureuse...).

3. Le patient

. Âge, sexe, ou identité floue si tu préfères rester neutre.

. Tonalité (angoissé, méfiant, triste, en colère, fatigué, bavard...).

. Thème principal (paranoïa, isolement, fatigue, idées de persécution, mal-être diffus, etc.).

4. Le soignant

. Attitude souhaitée (accueillant, neutre, bienveillant, ferme...).

. Style de parole (questions ouvertes, relances brèves, reformulations...).

5. Le format

. Nombre de répliques approximatif.

. Indications scéniques (gestes, silences, regard) ou pas.

Exemple de prompt bien formulé (fourni par l'IA) :

« Génère un dialogue détaillé d'un premier entretien entre un patient de 35 ans, venu de lui-même, qui se sent observé et méfiant, et un soignant qui l'accueille avec calme et bienveillance. Le texte doit ressembler à une scène vivante, avec des répliques courtes, parfois hachées, et quelques indications sur les silences, les gestes ou le ton de voix. »

e) Simulations d'entretiens cliniques

Prompt :

Pouvons-nous engager un entretien clinique fictif, je suis le psychologue, tu es le patient ?

Réponse :

On peut mettre en place un jeu de rôle d'entretien clinique fictif. Tu incarnes le psychologue, et moi le patient.

- Pour que ce soit plus réaliste, donne-moi quelques indications de départ :
- *Veux-tu que je sois un patient anxieux, méfiant, triste, agité, replié, bavard... ?*
- *Veux-tu que le motif de consultation soit plutôt paranoïa, isolement, dépression, angoisse diffuse, crise existentielle... ?*

Préfères-tu que je réponde avec des phrases longues et détaillées, ou plutôt de manière hachée, pleine de silences et d'hésitations (comme ça arrive souvent en entretien) ? Cela m'aidera à « habiter » le rôle de patient de façon crédible.

- etc.

f) Jeux de rôle

Simulation plus complète, de type jeux de rôle, avec contraintes spécifiques

Prompt :

Je voudrais engager un entretien clinique fictif (je suis le psychologue, tu es le patient) qui mette en exergue les phénomènes projectifs

Réponse :

Merci de la précision.

Alors je vais incarner un patient fictif qui utilise massivement la projection : il attribue à l'extérieur ses propres affects ou pensées, voit chez les autres des intentions hostiles, doute de la neutralité du thérapeute, etc.

Je vais répondre comme si nous étions en séance, avec un ton incarné, parfois haché, parfois défiant. À toi de jouer ton rôle de psychologue, je serai le patient.

[Le patient entre dans le bureau, regarde autour de lui avec méfiance. Il s'assoit sans ôter son manteau.]

Patient :

« Vous... vous avez sûrement déjà entendu des choses sur moi. On vous a prévenu, non ? Je vois bien à votre regard. Vous savez des choses... On vous dit toujours tout, à vous, dans ce métier. »

[...]

On peut également jouer le rôle du patient !

Prompt :

Je voudrais engager un entretien clinique fictif : je suis le patient, avec une problématique obsessionnelle, tu es la psychologue.

Réponse :

Alors, toi tu seras le patient, moi j'incarnerai la psychologue.

Je vais donc répondre avec des interventions de thérapeute : accueil, relances, reformulations, silences, sans jargon, de manière simple et clinique.

[Début de séance fictive]

Le bureau est calme. La psychologue attend que le patient prenne la parole, sans précipitation.

Psychologue :

« Bonjour... prenez votre temps. Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ? »

> *À toi de jouer le patient obsessionnel : tu peux commencer à parler de ce qui t'inquiète, de tes rituels, de tes pensées envahissantes, etc., et je répondrai en tant que psychologue tout au long de l'entretien.*

Veux-tu que je propose un style de psychologue plutôt neutre et sobre, ou un style plus chaleureux et impliqué ?

[...]

B. Analyse sémiologique

a) Demande simple

Prompt :

Analyse cette vignette clinique et propose un tableau sémiologique + présentation "Mme V., 40 ans, hospitalisée pour fatigue et amaigrissement..."

Réponse IA : Version courte et représentative de la réponse générée par l'IA.

Par exemple :

- Symptômes de dépression : tristesse, perte d'intérêt, fatigue.
- Hypothèse : trouble dépressif majeur.
- Traitement proposé : TCC + antidépresseurs.

Analyse critique à faire par l'étudiant :

- forces : ...
- limites : ...
- omissions : ...
- à compléter : ...

Interroger ici l'IA sur sa "partialité" :

Critère	Analyse IA	Analyse humaine
Type de référentiel	DSM / biomédical	Compréhensif / psychodynamique
Singularité du cas	Faible (standardisation)	Forte (prise en compte du récit)
Valeur symbolique du symptôme	Absente	Présente
Hypothèse dynamique	Non formulée	Oui
Niveau d'organisation psychique	Non évalué	Évoqué (névrotique)
Recommandation thérapeutique	Médicamenteuse + TCC	Possible psychothérapie analytique ou intégrative

b) Vérification du cadrage

Prompt :

Indique moi les caractéristiques d'une analyse sémiologique

Prompt :

Selon une perspective psychodynamique ?

Prompt :

Selon une perspective systémique (version courte) ?

Réponse :

En systémique, le symptôme n'appartient pas seulement au sujet : il appartient au système.

L'analyse sémiologique devient une analyse interactionnelle :

- *Le symptôme est un message relationnel.*
- *Le signe est un indicateur du mode de communication.*
- *Le tableau clinique est un schéma de fonctionnement familial ou groupal.*

Prompt :

Selon une perspective phénoménologique (version courte) ?

Réponse :

Centrée sur l'expérience vécue : description fine de ce que le sujet éprouve, pas seulement des « symptômes ».

Sens existentiel : chaque signe exprime une manière d'être-au-monde (ex. phobie = mise à distance d'une angoisse fondamentale).

Qualitative et structurale : recherche de cohérence interne dans le vécu, pas addition de signes isolés.

Intersubjective : le signe se manifeste toujours dans la rencontre patient-clinicien.

> Le but n'est pas seulement de diagnostiquer, mais de comprendre le sens de l'expérience pathologique.

Aide pédagogique :

Peux tu m'établir la liste (simple mais catégorisée) de tous les signes cliniques exposés dans la partie 2 [et la fiche-mémo / sur une page / en tableau à double colonne...] ?

c) *Ajout de précisions*

Prompt :

Etabli une analyse sémiologique [détailée] en distinguant a/ les signes ; b/ les éléments justificatifs présents dans l'observation c/ la signification clinique

Réponse :

Je vais construire une analyse sémiologique détaillée à partir d'un cas fictif, en suivant la structure que tu demandes :

a) *Signes observés*

b) *Éléments justificatifs (issus de l'observation ou du discours du patient)*

c) *Signification clinique*

Observation fictive de départ

Un homme de 34 ans consulte pour la première fois. Il arrive avec 15 minutes d'avance, reste debout dans la salle d'attente et jette régulièrement des coups d'œil vers la fenêtre. Pendant l'entretien, il garde sa veste, parle d'une voix tendue, entre-coupée de silences. Il raconte qu'il « se sent suivi », qu'il « entend des chuchotements dans la cage d'escalier » et qu'il évite désormais de sortir le soir. À plusieurs reprises, il demande : « Vous enregistrez, là ? » en regardant l'ordinateur.

[... analyse ...]

d) Analyse avec contraintes formelles/référentielle

Prompt :

Établir une analyse sémiologique/psychopathologique en suivant le référentiel structural de J. Bergeret

Réponse :

1. Éléments sémiologiques repérables

Conduite à l'arrivée

Arrive en avance (15 minutes) → vigilance, anticipation anxiante.

Reste debout, ne s'assoit pas → tension, impossibilité de se déposer, hypervigilance.

Regarde fréquemment par la fenêtre → recherche de contrôle de l'environnement, peur d'être observé ou suivi.

Attitude et comportement en séance

Garde sa veste → maintien d'une carapace, difficulté à investir un espace de confiance.

Voix tendue, silences → tonalité anxiante, retenue, suspicion.

Vérification de l'ordinateur → crainte d'être enregistré, question répétée.

Discours

Thématique centrale : persécution.

Contenu : sentiment d'être suivi, perception de chuchotements menaçants dans la cage d'escalier.

Conséquences comportementales : restriction des sorties le soir (retrait social, adaptation défensive à la menace ressentie).

2. Mécanismes de défense dominants

Projection massive : les vécus internes d'angoisse sont attribués à l'extérieur (les « suiveurs », les « chuchotements »).

Clivage : le thérapeute est à la fois potentiel allié et potentiel persécuteur (« vous enregistrez ? »).

Rationalisation délirante : justification de ses comportements de retrait par un système interprétatif cohérent à ses yeux.

3. Type d'angoisse

Angoisse de persécution : sentiment que l'extérieur est envahissant, menaçant, prêt à attaquer.

Cette angoisse relève de la dynamique psychotique paranoïaque : elle s'organise comme défense contre une angoisse plus primitive (morcellement, perte des limites du Moi).

4. Rapport à la réalité

Altération du jugement de réalité : les chuchotements et le sentiment d'être suivi sont rapportés comme des faits réels et non comme des doutes.

Faible possibilité de remise en question : conviction ferme et méfiance renforcée par la répétition (« vous enregistrez, là ? »).

5. Relation d'objet

Relation marquée par la méfiance et la suspicion.

Le thérapeute est rapidement investi comme figure potentiellement menaçante.

Difficulté à établir une alliance stable : la relation d'objet est fragile, envahie par la projection.

6. Repérage structural (selon Bergeret)

Organisation psychotique :

Défense dominante : projection.

Angoisse : persécution (masquant l'angoisse de morcellement).

Rapport à la réalité altéré.

Relation d'objet persécutrice.

Sous-type clinique : tendance paranoïaque.

Suspicion, conviction de surveillance, repli défensif.

Construction d'un système interprétatif persécutoire qui donne une cohérence au vécu.

7. Enjeux cliniques

Alliance thérapeutique précaire : le risque est que le thérapeute soit perçu comme persécuteur.

Cadre : nécessité d'un dispositif contenant, stable et rassurant.

Attitude du clinicien : accueillir sans contester de front les convictions, offrir une écoute ferme mais non intrusive.

Objectif : permettre au patient de déposer une partie de son vécu persécutif sans alimenter davantage le système interprétatif.

En résumé : selon le référentiel structural de J. Bergeret, cet homme de 34 ans présente une organisation psychotique à dominante paranoïaque, caractérisée par l'usage massif de la projection, l'angoisse de persécution, un rapport altéré à la réalité et une relation d'objet marquée par la suspicion.

e) Annotations d'observations

Prompt :

« Voici phrases extraites d'une observation clinique. Identifie et annote les passages qui illustrent : (1) projection, (2) clivage, (3) idéalisation, (4) angoisse de perte d'objet. Mets l'annotation en marge. »

« Depuis que mon père est mort, je me sens vide, mais je dis à ma femme que tout va bien. / Si elle insiste, c'est qu'elle veut me contrôler, comme tout le monde. / Je n'ai pas besoin d'aide ; les psy, c'est pour les faibles. / Parfois je me dis qu'elle est parfaite, la seule qui puisse me comprendre. / Et puis je me surprends à penser qu'elle complotte contre moi avec ses amis. / Quand elle s'absente, j'ai la gorge nouée et je vérifie son téléphone. »

Consigne donnée : Annote chaque phrase en indiquant s'il y a : projection, clivage, idéalisation, dévalorisation, déni, angoisse de perte d'objet, et justifie en une ligne.

Réponse :

Phrase extraite	Annotation (mécanisme + justification)
« Depuis que mon père est mort, je me sens vide, mais je dis à ma femme que tout va bien. »	Déni : nie la souffrance manifeste en affirmant que « tout va bien ».
« Si elle insiste, c'est qu'elle veut me contrôler, comme tout le monde. »	Projection : attribue à l'autre son propre vécu d'oppression et de méfiance.
« Je n'ai pas besoin d'aide ; les psy, c'est pour les faibles. »	Dévalorisation : rabaisse l'aide psychologique pour éviter de reconnaître sa dépendance.
« Parfois je me dis qu'elle est parfaite, la seule qui puisse me comprendre. »	Idéalisation : l'autre est perçue comme toute-puissante et unique.
« Et puis je me surprends à penser qu'elle complotte contre moi avec ses amis. »	Clivage : bascule de l'idéalisation à la persécution, sans nuance. Projection : attribue ses propres pensées hostiles à l'autre.
« Quand elle s'absente, j'ai la gorge nouée et je vérifie son téléphone. »	Angoisse de perte d'objet : peur intense d'abandon, exprimée par l'angoisse et le contrôle.

Propositions :

- développe le fil logique global indiquant comment s'enchaînent ces mécanismes chez la personne :

Réponse 1 étayée sur la succession des phrases :

Perte et déni (phrase 1) : Le sujet fait l'expérience d'un vide après la mort du père, mais se défend en niant la douleur devant son entourage. Cela évite d'entrer en contact avec l'angoisse de perte réelle.

Méfiance projetée (phrase 2) : Face à une demande de l'autre, il projette ses propres craintes d'être contrôlé. L'autre devient persécuteur.

Dévalorisation défensive (phrase 3) : Pour maintenir une image de force, il dévalorise l'aide psychologique et nie sa propre dépendance affective.

Idéalisation (phrase 4) : Lorsqu'il se sent compris, il a tendance à idéaliser la partenaire, la voyant comme parfaite et toute bonne.

Clivage et retournement (phrase 5) : Rapidement, sous l'effet d'angoisses relationnelles, l'objet idéalisé devient menaçant : il y a clivage (tout bon / tout mauvais) et projection de pensées hostiles.

Angoisse d'abandon (phrase 6) : Enfin, quand la partenaire s'absente, l'angoisse de perte d'objet apparaît, entraînant des comportements de contrôle (vérification du téléphone).

Réponse 2 plus "narrative" étayée sur la dynamique des mécanismes :

On peut dégager un fil narratif psychodynamique qui montre comment ces mécanismes se succèdent et s'articulent. Voici une lecture globale :

1. Point de départ : une perte réelle (le décès du père)

Affect brut : vide, douleur, angoisse.

Déni (phrase 1) : la souffrance est désavouée conscientement, il affirme que « tout va bien ». → Premier verrouillage défensif.

2. Face aux sollicitations relationnelles (la femme qui insiste)

Projection (phrase 2) : le besoin d'aide est vécu comme intrusion ; il prête à l'autre une intention hostile (« contrôler »).

Cela traduit une difficulté à reconnaître ses propres sentiments de dépendance et de vulnérabilité.

3. Défense identitaire contre la faiblesse

Dévalorisation (phrase 3) : les psychologues = « faibles ».

Ici, l'orgueil défensif protège de l'angoisse d'avoir besoin d'un soutien.

4. Mouvement oscillant dans la relation d'objet

Idéalisation (phrase 4) : la femme devient toute-puissante, réparatrice, « parfaite ». L'angoisse est momentanément apaisée par cette fusion idéalisée.

5. Retour brutal de l'ambivalence

Clivage (phrase 5) : la même femme, de parfaite, devient persécutrice (« elle complotte »).

Cette bascule illustre l'incapacité à tolérer la coexistence d'émotions contradictoires (amour et haine).

Projection s'ajoute : ses propres pensées hostiles sont attribuées à elle.

6. Noyau anxieux central : peur de l'abandon

Angoisse de perte d'objet (phrase 6) : dès que la femme s'éloigne, surgit l'angoisse massive, avec comportements de contrôle (vérifier son téléphone).

Cela révèle le noyau fondamental : une fragilité du lien à l'objet, marqué par la perte paternelle et ravivé dans la relation de couple.

Fil logique résumé

- Déni de la douleur →

- Projection de l'hostilité sur l'autre →

- Dévalorisation de l'aide extérieure →
- Idéalisation de l'objet proche →
- Clivage entre amour et haine →
- Angoisse de perte d'objet qui maintient tout le cycle.

On peut donc lire cet enchaînement comme un cercle défensif : la perte ravive l'angoisse, déni et projections tentent de la contenir, mais l'ambivalence (idéalisation/dévalorisation) fragilise le lien et alimente l'angoisse d'abandon.

f) Grille standard

Prompt générique :

Tu es un formateur en psychologie clinique d'orientation psychodynamique.

Ta tâche est d'annoter le texte clinique fourni selon la grille ci-dessous, comme si tu formais des étudiants en Licence de psychologie.

Consignes :

- 1 à 2 hypothèses max par catégorie
- Langage technique universitaire
- Formulations prudentes ("hypothèse de...", "possibilité de...")

Texte clinique à analyser : [vignette clinique]

Grille :

Catégorie	Annotation Étudiant	Annotation IA	Écarts / Points communs
Mécanismes de défense			
Conflits psychodynamiques			
Thèmes relationnels			
Affect dominant			
Processus associatifs			
Transfert / contre-transfert			
Organisation psychique			
Hypothèse intégrative			

g) Grille d'annotation psychodynamique

Catégorie	Sous-catégories / exemples	Question-guide pour l'IA	Exemple attendu
Mécanismes de défense	Déni, projection, clivage, rationalisation, acting out, etc.	« Quels mécanismes de défense repérez-vous ? »	« Clivage : les autres décrits comme entièrement bons ou mauvais. »
Conflits psychodynamiques	Dépendance-autonomie, soumission-contrôle, reconnaissance-dévalorisation...	« Quel conflit latent est suggéré ? »	« Dépendance-autonomie : difficulté à exprimer ses besoins sans crainte de rejet. »
Thèmes relationnels	Figures parentales, relations anaclitiques/narcissiques...	« Ce passage renvoie-t-il à un scénario relationnel ? »	« Relation anaclitique : besoin fort de soutien et peur de l'abandon. »
Affect dominant	Honte, anxiété, culpabilité, am-	« Quel affect principal	« Honte : le patient évoque ne

Catégorie	Sous-catégories / exemples	Question-guide pour l'IA	Exemple attendu
	bivalence...	se manifeste ? »	pas être à la hauteur. »
Processus associatifs	Association libre, résistances, lapsus...	« Y a-t-il une association ou résistance notable ? »	« Association chef ↔ père critique. »
Transfert / contre-transfert	Positif, négatif, parental, érotisé...	« Indices de transfert/contre-transfert ? »	« Transfert négatif sur figures d'autorité. »
Organisation psychique	Névrotique, borderline, psychotique...	« Quel niveau d'organisation est suggéré ? »	« Borderline : alternance idéalisations/dévalorisations. »
Hypothèse intégrative	Formulation synthétique	« Quelle hypothèse globale pouvez-vous proposer ? »	« Vulnérabilité narcissique avec peur de l'abandon. »

C. Progressivité

a) Progression du niveau de difficulté des observations

Vignette simple :

« Depuis que ma compagne m'a quitté, je n'arrive plus à me concentrer au travail. Mon chef me dit que je fais des erreurs, et ça me replonge immédiatement dans cette sensation d'être un enfant qui déçoit. Avec ma mère, il fallait toujours que je fasse parfaitement les choses sinon elle ne me parlait plus pendant des jours. Je pensais avoir dépassé ça... mais en fait, non. Parfois je me dis que c'est moi qui pousse les gens à partir, alors je me referme sur moi-même. Et le soir, je reste sur mon téléphone pendant des heures, je regarde des vidéos sans vraiment les suivre, juste pour ne pas penser. »

Vignette plus complexe :

« Depuis la séparation récente, il m'est difficile de maintenir mon attention dans le cadre professionnel. Les remarques de mon supérieur sur mes fautes me renvoient à une impression ancienne, celle d'avoir constamment déçu. J'avais cru m'être affranchi de ce vécu lié à l'enfance : l'exigence maternelle, le silence prolongé en guise de sanction. Pourtant, ces échos semblent resurgir. Je me demande parfois si je ne contribue pas moi-même aux éloignements des autres, ce qui me conduit alors à me retirer davantage. Le soir, je m'abandonne à un défilé passif d'images et de vidéos, comme pour suspendre la pensée. »

Vignette avec des ambiguïtés :

« Depuis la rupture, je peine à garder mon esprit disponible au travail. Les remarques de mon chef résonnent d'une manière que je ne m'explique pas entièrement : une impression familière, comme si je retombais dans un rôle ancien. J'avais eu l'illusion de m'être libéré de certaines attentes d'autrefois, mais il semble qu'elles me rattrapent. Chez moi, le moindre faux pas avait parfois des conséquences difficiles à supporter, un silence qui s'installait, pesant, durable. Peut-être est-ce cela qui resurgit... ou autre chose. J'en viens à penser que j'ai une part active dans le fait que les gens s'éloignent, ce qui me conduit à réduire mes échanges. Alors, le soir, je m'égare des heures dans un flot de contenus en ligne, sans trop savoir ce que je cherche à éviter. »

Ici, plusieurs zones de travail sont laissées ouvertes :

La nature exacte du lien avec la mère est moins directement décrite (on devine sans certitude).

Le rôle de la compagne dans la rupture n'est pas explicité, laissant place à l'interprétation.

Le lien entre présent et passé est formulé de manière plus flottante, ce qui invite à analyser les mécanismes de répétition, transfert, projection.

Le recours aux écrans n'est pas présenté comme pure stratégie d'évitement, mais plutôt comme une dérive à interroger.

b) Progression du niveau d'analyse

Elaboration d'une mini-série de prompts progressifs

Vignette de base :

« Une femme de 28 ans consulte pour une anxiété persistante. Elle dit avoir des crises d'angoisse au travail, avec palpitations et peur de s'évanouir. Elle évite désormais les réunions. Elle mentionne aussi qu'enfant, sa mère était souvent absente et qu'elle devait se débrouiller seule. »

Prompt faible (générique)

Prompt :

« Analyse ce cas clinique. »

Réponse attendue :

Diagnostic type : trouble anxieux / trouble panique.

Critères DSM.

Recommandations générales : TCC, relaxation, traitement médicamenteux.

Prompt moyen (ciblé mais encore large)

Prompt :

« Analyse ce cas en psychologie clinique. Propose :

- un diagnostic probable,
 - des hypothèses sur l'origine,
 - et des pistes thérapeutiques. »
-

Réponse attendue :

- Diagnostic : trouble anxieux avec attaques de panique.

- Origine : stress au travail + vécu d'abandon dans l'enfance.

- Thérapies possibles : TCC, psychodynamique, soutien relationnel.

> Limite : réponse plus contextualisée, mais encore assez descriptive, peu approfondie sur les mécanismes internes.

c) Variations niveau d'analyse + référentiel

1. Prompt fort dans le référentiel de la psychodynamique

Analyse cette vignette selon une approche psychodynamique. Respecte ces consignes :

- Identifie 1 à 2 mécanismes de défense possibles.
 - Propose une hypothèse de conflit intrapsychique.
 - Décris un thème relationnel en lien avec l'histoire personnelle.
 - Indique les affects dominants.
 - Conclus par une hypothèse intégrative prudente (niveau d'organisation, dynamique centrale).
-

- Utilise un langage universitaire, formule les hypothèses de manière nuancée (« possibilité de... », « hypothèse de... »). »

Réponse attendue :

Défenses : évitements (fuite des réunions), rationalisation.

Conflit : dépendance □ autonomie (angoisse face à la séparation, mais peur de dépendre).

Thème relationnel : vécu d'abandon précoce lié à la mère absente.

Affect dominant : angoisse de séparation, peur de perdre le contrôle.

Hypothèse intégrative : vulnérabilité anxieuse avec angoisse de séparation non élaborée, organisation névrotique.

2. Prompt fort dans référentiel de la phénoménologie

Analyse cette situation selon une approche phénoménologique. Respecte ces consignes :

- Décris l'expérience vécue du sujet, sans l'interpréter.

- Distingue les dimensions corporelles, affectives, temporelles et intersubjectives de son vécu.

- Mets en évidence la structure intentionnelle de son rapport au monde (ce qui est visé par son angoisse, ce qui se ferme ou s'ouvre).

- Évite toute référence au DSM ou aux mécanismes de défense.

- Conclus en une hypothèse prudente sur la manière dont ce vécu exprime une modalité d'être-au-monde.

- Utilise un langage descriptif de la phénoménologie. »

Réponse attendue (probable) :

Dimension corporelle : les palpitations et la peur de s'évanouir sont vécues comme une menace d'effondrement physique, une perte de maîtrise du corps.

Dimension affective : l'angoisse est diffuse, envahissante, associée à une tonalité d'insécurité.

Dimension temporelle : anticipation anxieuse des crises à venir ; fermeture du futur qui se présente sous le signe de la menace.

Dimension intersubjective : peur du regard des autres dans les réunions ; retrait des interactions sociales qui accroît l'isolement.

Rapport intentionnel au monde : le monde professionnel se donne comme menaçant, imprévisible, porteur d'un danger vital (s'évanouir devant autrui). L'existence est rétrécie à l'horizon de cette menace.

Hypothèse intégrative : ce vécu traduit une modalité d'être-au-monde caractérisée par l'angoisse comme structure de fond, où le rapport au monde est dominé par l'insécurité corporelle et relationnelle.

3. Prompt fort dans le référentiel de la systémique

« Analyse cette vignette clinique selon une approche systémique. Respecte ces consignes :

Identifie les interactions circulaires possibles entre la patiente et son environnement (travail, famille, entourage).

Mets en évidence les rôles et positions que la patiente pourrait occuper dans ses systèmes relationnels (professionnel, familial).

Propose une ou deux hypothèses de maintien du symptôme en termes de fonction dans le système (ex. régulation des tensions, demande de reconnaissance, évitement d'un conflit).

Décris les rétroactions possibles (comment le comportement de la patiente influence et est influencé

par son environnement).

Conclus par une hypothèse intégrative prudente sur la place du symptôme dans l'économie globale du système relationnel.

Utilise un langage systémique, en formulant les hypothèses de manière circulaire et non linéaire. »

Réponse attendue (probable) :

- > Interactions circulaires : au travail, les évitements de réunions entraînent une incompréhension ou une pression accrue de la part des collègues/hiérarchie, ce qui augmente l'anxiété et renforce l'évitement. Dans la famille, son récit d'autonomie précoce peut avoir installé un schéma relationnel où elle ne demande pas d'aide, ce qui accentue son isolement actuel.
- > Rôles et positions : dans sa famille d'origine, elle a pu occuper la place de « celle qui se débrouille seule » en l'absence de la mère. Dans le système professionnel, elle risque d'être perçue comme « fragile » ou « peu fiable » du fait de ses évitements, ce qui redouble le sentiment de menace.
- > Hypothèses de maintien du symptôme : le symptôme anxieux pourrait remplir une fonction de signal (rappel de ses limites, appel indirect à une reconnaissance de ses besoins), ou encore protéger d'un conflit ouvert avec l'autorité hiérarchique (se retirer au lieu d'affronter).
- > Boucles de rétroaction : son évitement entraîne davantage d'isolement → ce qui alimente l'angoisse → ce qui génère encore plus d'évitement. De plus, son entourage peut soit minimiser (« tu exagères ») soit surprotéger (« repose-toi »), renforçant ainsi l'anxiété en maintenant le cycle d'impuissance.
- > Hypothèse intégrative : le symptôme anxieux apparaît comme une modalité d'adaptation qui a du sens dans le système global : il exprime à la fois la difficulté à assumer seule une charge relationnelle/professionnelle trop lourde et la tentative de maintenir une cohérence avec son rôle ancien d'autonomie contrainte.

4. Prompt fort dans le référentiel de la psychothérapie institutionnelle

« Analyse cette vignette clinique selon l'approche de la psychothérapie institutionnelle. Respecte ces consignes :

Situe le symptôme dans son rapport au collectif et aux institutions (travail, famille, soins).

Identifie les possibles effets d'exclusion, de stigmatisation ou de marginalisation vécus par la patiente.

Interroge la fonction de l'institution (familiale, professionnelle, soignante) dans la production ou la régulation de l'angoisse.

Mets en évidence les dimensions de circulation de la parole, de place reconnue ou empêchée de la patiente dans ses collectifs.

Propose des pistes d'intervention institutionnelle visant à soutenir un processus de subjectivation (espaces collectifs, dispositifs de parole, médiations).

Conclus par une hypothèse intégrative prudente sur la manière dont le symptôme se comprend comme effet d'une organisation institutionnelle et non seulement comme un problème individuel.

Utilise un langage en lien avec la psychothérapie institutionnelle (collectif, circulation, dispositifs, subjectivation, institution). »

Réponse attendue (probable) :

- **Rapport au collectif et aux institutions** : au travail, l'angoisse se cristallise autour des réunions, espaces collectifs où la place de la patiente n'est pas sécurisée. Dans la famille, l'absence maternelle a pu fragiliser très tôt l'expérience de l'institution familiale comme cadre soutenant.
- **Effets d'exclusion et de marginalisation** : le retrait progressif des réunions peut entraîner un risque d'isolement professionnel et de stigmatisation comme « incapable » ou « peu fiable », renforçant la vulnérabilité.
- **Rôle des institutions dans la régulation ou l'aggravation** : l'institution familiale a laissé un vide de soutien ; l'institution professionnelle, centrée sur la performance, peut accentuer la souffrance ; l'institution soignante pourrait être un lieu de reconstruction d'une inscription collective.
- **Circulation de la parole et place reconnue** : l'absence de lieux où la patiente peut exprimer son vécu (au travail comme dans la famille) limite les possibilités de subjectivation et accentue l'enfermement dans le symptôme.
- **Pistes d'intervention institutionnelle** : mise en place d'espaces collectifs de parole (groupes de patients, dispositifs d'analyse de la pratique au travail), soutien par des médiations institutionnelles favorisant la reconnaissance de sa parole et de sa place.
- **Hypothèse intégrative** : le symptôme anxieux n'est pas seulement l'expression d'un trouble individuel mais l'effet d'une organisation institutionnelle marquée par un défaut de soutien et de reconnaissance. Le travail thérapeutique viserait à réinscrire la patiente dans des dispositifs collectifs porteurs, où la parole et la place de sujet peuvent circuler.

5. Prompt fort en référentiel de psychiatrie biologique

« Analyse cette vignette clinique selon une approche de psychiatrie biologique. Respecte ces consignes :
Identifie un ou deux diagnostics différentiels selon les classifications nosographiques internationales (DSM / CIM).

Décris les hypothèses physiopathologiques actuelles pouvant rendre compte des symptômes (neuro-transmetteurs, circuits cérébraux, facteurs génétiques ou épigénétiques).

Prends en compte les interactions entre facteurs biologiques, environnementaux et développementaux (modèle vulnérabilité-stress).

Propose des pistes thérapeutiques centrées sur le traitement médicamenteux et leur justification neurobiologique.

Évoque les examens complémentaires ou outils d'évaluation utiles pour préciser le diagnostic et adapter la prise en charge.

Conclus par une hypothèse intégrative prudente qui articule le niveau biologique avec les autres dimensions possibles (psychologique, sociale).

Utilise un langage médical et psychiatrique, en formulant les hypothèses de manière raisonnée et nuancée. »

Réponse attendue (probable) :

- **Diagnostics différentiels** : trouble panique avec ou sans agoraphobie ; trouble anxieux généralisé ; possible épisode dépressif caractérisé à explorer.
- **Hypothèses physiopathologiques** : hyperactivité de l'amygdale et dysfonction de la régulation préfrontale ; dysrégulation du système sérotoninergique et noradrénergique

que ; rôle possible de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (HHS) dans la réponse au stress.

- **Facteurs biologiques et environnementaux** : vulnérabilité anxiouse constitutionnelle ; majorée par un vécu développemental d'insécurité affective (mère absente) qui peut avoir entraîné une hypersensibilité au stress (modèle vulnérabilité-stress).

- **Pistes thérapeutiques** : prescription d'un ISRS (par ex. sertraline, paroxétine) comme traitement de première ligne ; possibilité de benzodiazépines en début de traitement mais avec prudence (risque de dépendance). La justification se fonde sur la modulation des systèmes sérotoninergiques et gabaergiques impliqués dans l'angoisse.

- **Examens complémentaires** : échelles d'évaluation de l'anxiété (HAM-A, Panic Disorder Severity Scale), bilan biologique général pour éliminer une cause somatique (hyperthyroïdie, anomalies cardiovasculaires).

- **Hypothèse intégrative** : les symptômes s'inscrivent dans une vulnérabilité anxiouse d'origine multifactorielle, où la dimension biologique (dysrégulation des systèmes neurobiologiques du stress) interagit avec l'histoire personnelle et l'environnement actuel. Une approche pharmacologique est centrale mais doit être articulée à des interventions psychothérapeutiques et sociales.

Poursuite le référentiel cognitif, psychanalytique, de la psychiatrie communautaire, voire même de la sociologie, ou de l'histoire .

d) Tableau comparatif

Référentiel	Focale d'analyse	Hypothèses explicatives	Axes d'intervention privilégiés	Langage / concepts clés
Psychodynamique	Conflits intrapsychiques, histoire infantile, défenses	Dépendance ↔ autonomie ; vécu d'abandon maternel ; défenses : évitement, rationalisation	Psychothérapie psychodynamique, travail sur transfert, élaboration des affects	Mécanismes de défense, conflit intrapsychique, organisation névrotique
Phénoménologique	Vécu subjectif, être-au-monde, description sans interprétation	Monde professionnel perçu comme menaçant ; corps vécu comme fragile ; futur fermé par la menace	Approches centrées sur l'expérience (analyse existentielle, accueil du vécu)	Corps vécu, intentionnalité, temporalité, angoisse comme modalité d'être
Systémique	Relations et interactions circulaires dans les systèmes (famille, travail)	Évitement ↔ pression du groupe ; rôle ancien de l'enfant autonome ; symptôme comme régulateur du système	Thérapie familiale ou systémique, travail sur communication et rôles	Boucles de rétroaction, fonctions du symptôme, positions dans le système
Psychothérapie institutionnelle	Inscription dans les collectifs et institutions (famille, travail, soin)	Défaillance du collectif familial (absence maternelle), isolement dans le collectif professionnel, absence d'espaces de parole	Dispositifs collectifs, espaces de parole, médiations institutionnelles	Institution, collectif, circulation de la parole, subjectivation
Psychiatrie biologique	Bases neurobiologiques et physiopathologiques	Dysfonction sérotonine/noradrénaline, hyperactivité amygdalienne, vulnérabilité génétique + stress développemental	ISRS, benzodiazépines ponctuelles, échelles d'évaluation, bilan somatique	Neurotransmetteurs, circuits cérébraux, vulnérabilité-stress

Ce tableau montre bien comment **le même cas clinique** est lu différemment selon le référentiel :

- Le **psychodynamique** s'oriente vers les conflits internes et l'histoire infantile.

- Le **phénoménologique** décrit le vécu sans chercher à l'expliquer causalement.
- Le **systémique** met l'accent sur les interactions et rôles relationnels.
- La **psychothérapie institutionnelle** analyse la place du sujet dans les collectifs et dispositifs.
- La **psychiatrie biologique** cherche les mécanismes neurobiologiques et pharmacologiques.

Et l'IA continue ...

Veux-tu que je pousse encore plus loin en ajoutant une comparaison transversale des hypothèses de maintien du symptôme (comment chaque référentiel explique pourquoi l'angoisse se répète et persiste) ?

...

D. Construction de QCM pour l'entraînement

Prompt :

"Construit un QCM de 20 questions avec à chaque fois quatre réponses possibles, qui peuvent éventuellement toutes vraies ou toutes fausses"

Prompt :

"Peux tu me donner un exemple de question pour Licence 2 et pour Master 2 de psychopathologie clinique ?"

QCM différenciés

E. Niveau épistémologique : « l'objectivité en psychologie »

Dialogue de départ : question banale, réponse banale

Prompt initial :

« En psychologie, quelles sont les orientations les plus "objectives" »

Questionnements intermédiaires : nécessité de "bousculer" son "interlocuteur" virtuel

> poser les bonnes questions et opposer les bons arguments. Par exemple :

- La désignation du "début" et de la "fin" d'un "comportement" étant arbitraire si l'on ne prend pas en compte l'intentionnalité de ce comportement, il n'y peut pas y avoir d'objectivité
- Qu'est-ce qui prouve que la description d'un comportement correspond à l'essentiel de ce "comportement"
- Quelle preuve scientifique peut-on apporter sur l'existence d'un "biais cognitif" chez un patient plutôt que chez le soignant ?
- Qu'est-ce qui permet d'affirmer que la psychologie est réductible à la médecine ?
- Quelle est la preuve que le formalisme des lois de la nature et de la matière sont entièrement ou partiellement applicables en psychologie ?

Etc.

Etape finale : retournement de perspective

Réponse possible :

Oui — on peut aller jusque-là : dans les sciences humaines, et particulièrement en psychologie, l'objectivité fonctionne souvent comme une **illusion opératoire**.

C'est-à-dire :

1. Une **fiction partagée**

On agit comme si nos méthodes permettaient d'accéder à une vérité neutre et stable.

En réalité, cette neutralité absolue est inaccessible : l'objet d'étude (l'humain) est changeant, contextualisé, interactif avec l'observateur.

Mais en entretenant cette fiction, on peut :

Normaliser les pratiques de recherche.

Publier, comparer, cumuler des données.

Obtenir des financements et une légitimité institutionnelle.

2. Une **illusion "utile"**

Utile scientifiquement : permet la cumulativité (relative) des résultats et le dialogue entre chercheurs.

Utile socialement : donne un statut de science "dure" à la psychologie, ce qui favorise sa reconnaissance dans les politiques publiques ou le champ médical.

Utile économiquement : soutient l'industrialisation d'outils psychométriques, de diagnostics, de programmes d'intervention.

3. Mais... une **illusion à double tranchant**

Côté positif : cadre commun, communication intersubjective, amélioration progressive des méthodes.

Côté négatif :

Risque de rigidité et d'exclusion des approches non quantifiables (phénoménologie, psychanalyse, ethnographie, ethnométhodologie).

Tendance à confondre validité méthodologique et vérité ontologique.

Possibilité d'instrumentaliser l'argument d'objectivité pour imposer des modèles dominants.

Formule synthétique :

En psychologie, l'objectivité est moins une propriété de la réalité qu'une stratégie institutionnelle et méthodologique. Elle est illusoire au sens où elle prétend capter le réel "tel qu'il est", mais opératoire car elle rend possible un travail collectif structuré.

Donne moi la liste des critiques qui ont été adressées à l'affirmation d'une supposée "a-théoricité"/neutralité/objectivité du DSM...

Sommaire

I - IA ET PSYCHOPATHOLOGIE : GENERALITES

- A. L'"IA mode d'emploi" en psychopathologie clinique
 - 1.1. *Outil et non substitut*
 - 1.2. *L'art du questionnement (« prompting »)*
 - 1.3. *Accès à une base de connaissances quasi illimitée*
 - 1.4. *Variations des situations*
 - 1.5. *Dialogue interactif et affinage de la compréhension*
 - 1.6. *Un formidable outil d'apprentissage (s'il est maîtrisé)*
- B. Risques épistémologiques
 - 2.1. *Erreurs et « hallucinations »*
 - 2.2. *Absence de limites*
 - 2.3. *Absence de sens critique spontané*
 - 2.4. *Orientation médicalisante*
 - 2.6. *Risque d'uniformisation de la pensée*
- C. Risques pédagogiques
 - 3.1 *Faux sentiment de maîtrise*
 - 3.2. *Perte de compétences et de créativité*
- D. Risques cliniques
 - 4.1. *Absence de transfert et de temporalité*
 - 4.2. *Standardisation contraire à la singularité clinique*
- E. Risques éthiques
 - 5.1. *Confidentialité des données*
 - 5.2. *Danger des cas fictifs non maîtrisés*

II - IA ET PSYCHOPATHOLOGIE : MISE EN ŒUVRE

- A. Génération d'observations
 - a) *Génération thématique*
 - b) *Ecriture des lettres fictives de patients*
 - c) *Echanges fictifs entre patient et soignant*
 - d) *Construction d'un "prompt pour construire un prompt"*
 - e) *Simulations d'entretiens cliniques*
 - f) *Jeux de rôle*
- B. Analyse sémiologique
 - a) *Demande simple*
 - b) *Vérification du cadrage*

- c) *Ajout de précisions*
 - d) *Analyse avec contraintes formelles/référentielle*
 - e) *Annotations d'observations*
 - f) *Grille standard*
 - g) *Grille d'annotation psychodynamique*
- C. Progressivité
- a) *Progression du niveau de difficulté des observations*
 - b) *Progression du niveau d'analyse*
 - Prompt faible (générique)*
 - Prompt moyen (ciblé mais encore large)*
 - c) *Variations niveau d'analyse + référentiel*
 - 1. *Prompt fort dans le référentiel de la psychodynamique*
 - 2. *Prompt fort dans référentiel de la phénoménologie*
 - 3. *Prompt fort dans le référentiel de la systémique*
 - 4. *Prompt fort dans le référentiel de la psychothérapie institutionnelle*
 - 5. *Prompt fort en référentiel de psychiatrie biologique*
 - d) *Tableau comparatif*

D. Construction de QCM pour l'entrainement

E. Niveau épistémologique : « l'objectivité en psychologie »

*Dialogue de départ : question banale,
réponse banale*

*Questionnements intermédiaires : nécessité
de "bousculer" son "interlocuteur" virtuel*

Etape finale : retournement de perspective

SOMMAIRE