

Unité d'Enseignement DF 4.2

*Sémiologie et  
entités psychopathologiques*

Livret d'accompagnement du CM

Licence 2 Psychologie

UPJV – Département de psychologie

PHILIPPE SPOLJAR

Courriel : [philippe.spoljar@u-picardie.fr](mailto:philippe.spoljar@u-picardie.fr)

## **Présentation**

### **Objectifs**

- Etude théorique des principaux objets et concepts de la psychopathologie
- Connaissance des symptômes et signes cliniques
- Présentation de plusieurs entités psychopathologiques : paranoïa, problématiques narcissiques, perversions (sadisme, masochisme, fétichisme, perversion narcissique)

### **Manuels de référence :**

---

*Tribolet Serge, Shahidi Mazda, Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*, Paris, Editions Heures de France, 2005.  
*Kapsambelis Vassilis (dir.), Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, Paris, PUF, 2012.  
*Rabeyron Thomas, Psychologie clinique et psychopathologie*, Paris, Armand Colin, 2018.  
*Pirlot Gérard, Classifications et nosologies des troubles psychiques : approches psychiatrique et psychanalytique*, Paris, Armand Colin, 2013.

---

### **Evaluation**

Examen terminal (ETE), pour les deux sessions, sous forme de QCM composé de 20 questions, avec à chaque fois plusieurs réponses possibles

#### **Barème de notation :**

- aucune erreur = 1 point
- 1 erreur = 1/2 point
- plus d'une erreur = 0 point

Une partie des questions repose sur une courte observation (semblable à celles étudiées en TD)

# **1. Signes et symptômes**

## **1.1. La structure théorique du symptôme**

La définition de formes typiques de maladies, syndromes et structures, d'après :

- les symptômes et les signes (*sémiologie*)
- les causes (*étiologie*)
- les modes de formation (*pathogénie*)
- les significations

Les particularités de l'examen clinique en psychopathologie :

---

*« Sur le plan sémiologique, l'examen psychiatrique est caractérisé par une multitude d'obstacles, de pièges, de difficultés en tous genre : des symptômes cachés par d'autres symptômes psychiques, des symptômes prenant le masque organique, l'expression bruyante de symptômes mineurs, la discrétion de symptômes majeurs, la possible réticence du patient, et l'absence de symptômes pathognomoniques. »*  
(S. Tribolet, M. Shahidi, *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*, 2005, p. XVI).

---

Point de départ : l'appréhension des symptômes

Cadre de l'analyse :

- 1/ Décrire (signe/symptôme/syndrome/tableau).
- 2/ Classer (nosographie/nosologie).
- 3/ Comprendre/interpréter

### **1.2.1.1. Du côté du sujet : les symptômes**

*« Le symptôme est un langage qu'il faut entendre »* (S. Tribolet, M. Shahidi, *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*, 2005, p. XIX)

Le symptôme est du côté du sujet, c'est ce dont il se plaint

C'est un phénomène complexe : le reflet extérieur d'un phénomène interne

Dans une approche compréhensive, le symptôme est considéré comme ce qui constitue la "demande" du sujet. Il faut examiner :

- le contenu symptomatique
- éventuellement les termes de sa genèse
- les significations attribuées *par le patient* à ce qui fait symptôme
- la manière dont le symptôme se manifeste dans la vie du patient et son histoire
- les mots utilisés pour l'évoquer

Le symptôme cache et manifeste en même temps. Il s'agit donc de comprendre :

- le "message" dont il est porteur
- ses effets
- les raisons de son apparition

Il correspond à la manifestation "d'autre chose" : le symptôme a une valeur symbolique et/ou indicielle, aussi bien au niveau organique que psychique

**La dimension intersubjective est essentielle : le symptôme est "adressé"**

***1.2.1.2. Du côté de l'observateur : les signes et syndromes***

*« Si le diagnostic a un sens en psychiatrie, c'est avant tout, selon nous, comme aide pour mieux reconnaître, mieux voir, mieux entendre le signe que nous fait le patient dans sa souffrance. Un signe que le patient lui-même, le plus souvent, ne perçoit pas ou ne déchiffre pas. Ainsi le soin psychiatrique ne consiste pas à traiter un diagnostic mais à répondre à un symptôme ou une situation. » (S. Tribolet, M. Shahidi, Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques, Editions Heures de France, 2005, p. XIX)*

**Le signe résulte de la transformation du symptôme, prenant place dans une sémiologie, dans le cadre d'une nosographie**

**Le travail sémiologique : traduire les symptômes en signes**

**Ambiguïté terminologique :**

- soit : le symptôme est la part subjective du signe
- soit : les deux termes sont équivalents

***1.2.1.3. Signe et sémiologie***

**Un signe n'existe jamais seul ; un signe isolé n'a aucune valeur diagnostique :**

- seul un ensemble de signes a une signification
- les signes peuvent se manifester hors structure psychopathologique
- un même signe peut appartenir à plusieurs tableaux (cf. infra la question transnosographique)
- il n'y a pas de signes pathognomoniques

**Etude sémiologique : recueil et organisation de l'ensemble des signes présents dans une situation clinique**

**Le travail d'analyse sémiologique consiste à caractériser des signes**

**L'absence d'un signe (ou l'absence d'une représentation dans le discours du patient) peut être importante**

## 1.2. Le statut du symptôme dans les différentes psychopathologies

Le statut du signe varie selon les différentes orientations en psychopathologie.

### 1.2.2.1. Les "dys-"

La perspective de la variation autour de la norme :

- l' « hyper- » : en trop
- l' « hypo- » : en moins
- le « para- » : à côté

### 1.2.2.2. L'exemple de la phobie

Le statut de la phobie change totalement selon la psychopathologie sous-jacente :

- approche psychanalytique : la phobie comme déplacement symbolique
- approche systémique : la phobie comme symptôme d'une organisation familiale
- approche comportementale : la phobie comme mauvais conditionnement
- approche cognitiviste : la phobie comme distorsion cognitive et schéma dysfonctionnel
- approche psychiatrique/biologique : la phobie comme angoisse excessive à dissoudre
- approche phénoménologique : la phobie comme actualisation d'une angoisse existentielle

Synthèse des perspectives dans le cas de la phobie :

Orientation	Statut précis du symptôme	Localisation / situation théorique du symptôme	Traitement privilégié (et objectifs)
Systémique / familiale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indice d'un déséquilibre dans le système</li> <li>• Fonction régulatrice dans la communication familiale (stabilisation, protection, régulation des tensions)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscrit dans les interactions, alliances, règles implicites et hiérarchies familiales/groupales</li> <li>• Porteur d'un message relationnel (ex. : éviter un conflit, maintenir une coalition)</li> </ul>	Thérapie familiale : restructuration du système, modification des interactions, clarification des alliances → But : redistribuer les fonctions, réduire les interdépendances pathogènes
Psychanalytique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symbole inconscient résultant d'un compromis entre pulsions, défenses et conflits internes</li> <li>• Déplacement de l'angoisse vers un objet substitut</li> <li>• Formation de symptôme qui protège le sujet d'un conflit plus menaçant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situé dans la dynamique intrapsychique inconsciente</li> <li>• Articulé à l'histoire infantile, aux fixations et aux identifications</li> <li>• Expression indirecte d'un conflit ou d'un désir refoulé</li> </ul>	Cure analytique : associations libres, interprétation, élucidation du sens du symptôme → But : dénouer le conflit, intégrer la signification inconsciente, permettre l'assouplissement des défenses
Comportementale (béhavioriste)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réponse apprise par conditionnement classique ou opérant</li> <li>• Réaction inadaptée maintenue par l'évitement et le renforcement négatif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strictement située dans le comportement observable</li> <li>• Déterminée par l'histoire d'apprentissage du sujet</li> <li>• Sans lien avec l'histoire subjective ni la cognition interne</li> </ul>	Exposition graduée (désensibilisation systématique, immersion), prévention de l'évitement → But : extinction de la réponse anxieuse, réapprentissage d'une réponse adaptée
Cognitiviste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distorsion cognitive spécifique (catastrophisme, sur-généralisation, attention sé-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situé dans les pensées automatiques, croyances centrales, schémas fonamen-</li> </ul>	Restructuration cognitive : identification des pensées, débat socratique, expérimentation

	lective au danger...) • Activation de schémas dysfonctionnels (vulnérabilité, danger, contrôle) • Erreur de traitement de l'information et mauvaise interprétation du danger	taux • Articulé aux processus cognitifs (anticipation, évaluation, mémoire) • L'objet phobique devient le support de croyances erronées sur soi et le monde	comportementale + Travail sur les schémas (modèles de Beck, Young) → But : modifier les croyances, corriger les biais, réviser les schémas de vulnérabilité
Psychiatrique / biologique	• Réponse anxieuse disproportionnée liée à une hyperactivité neurobiologique • Dysfonctionnement des circuits de la peur (amygdale, neurotransmetteurs) • Trouble anxieux parmi d'autres, sans valeur symbolique	• Situé au niveau physiologique et neurochimique • Rapporté à des vulnérabilités biologiques, une hyperexcitabilité corporelle ou une dérégulation émotionnelle	Pharmacothérapie : régulateurs de l'anxiété → But : réduire la réactivité physiologique, stabiliser le système anxieux, améliorer le fonctionnement global
Phénoménologique / existentiel	• Manière d'habiter le monde sous le mode de la menace • Cristallisation singulière d'une angoisse universelle • Structure vécue du rapport au monde et aux objets	• Situé dans l'expérience subjective du sujet (vécu, corporéité, perception, temporalité) • Le symptôme exprime un certain mode « d'être-au-monde » (Heidegger, Binswanger)	Analyse du vécu : exploration de l'expérience, du sens existentiel et du rapport au monde → But : transformation de la compréhension de soi, réorganisation du rapport à l'existence et à la liberté

### Synthèse générale (statut du symptôme) :

Orientation	Statut du symptôme	Sa situation / localisation	Traitement privilégié
Systémique	Expression d'un dysfonctionnement du système familial	Inscrit dans les interactions, communications et régulations familiales	Thérapie familiale, restructuration du système
Psychanalytique	Compromis psychique, symbole inconscient	Au croisement des conflits intrapsychiques, déplacement d'une angoisse plus profonde	Analyse, interprétation, mise à jour du sens inconscient
Comportementale	Erreur d'apprentissage, conditionnement inadapté	Observé comme un comportement isolé renforcé par l'évitement	Désensibilisation progressive, exposition graduée
Cognitiviste	Distorsion cognitive, activation de schémas dysfonctionnels	Dans les pensées automatiques, croyances, schémas de vulnérabilité ou danger	Restructuration cognitive, travail sur les schémas, exposition
Psychiatrique (biologique)	Réponse anxieuse excessive, dérèglement neurochimique	Dans les processus physiologiques et neurobiologiques	Médication anxiolytique, antidépresseurs
Phénoménologique	Actualisation d'une angoisse existentielle	Dans le mode d'être-au-monde, le vécu conscient du rapport à l'objet et au monde	Exploration du vécu, accompagnement existentiel, verbalisation de l'expérience

### 1.3. Méthodologie de l'étude de cas (Mme V., 40 ans)

Premières phases d'une étude de cas (à partir d'une observation ou d'un entretien) :

1. Lecture/écoute linéaire et relevé sémiologique
2. Regroupement des signes par catégories
3. Proposition d'un diagnostic (psychiatrique)

Mme V., 40 ans, est hospitalisée en service de médecine, pour fatigue et amaigrissement. Les examens somatiques ne montrent aucune anomalie. Il est demandé au psychiatre de la rencontrer. Son discours est assez pauvre, monotone, le débit est lent. Elle se plaint de ne plus avoir de force, de n'avoir envie de rien, d'être opprimée : « *je ne dors plus, toutes les nuits je me réveille, pourtant je suis fatiguée, je ne fais rien, je ne suis capable de rien, je suis tout le temps triste* ». Elle dit elle-même qu'elle n'a plus faim, qu'elle pense ne pas pouvoir aller mieux et qu'elle se sent abandonnée. A plusieurs reprises, elle pleure au cours de l'entretien et dit qu'elle a peur de mourir. Le reste du temps, son visage exprime la tristesse. Il n'existe ni antécédents familiaux, ni antécédents personnels. *Aucun événement marquant* n'a pu être relevé dans les mois précédents l'apparition de son état qui dure depuis environ 5 semaines.

Le recueil et le regroupement des signes indiquent :

- *Troubles de l'humeur* :

Symptômes (données cliniques) >	Signes
"elle ne pense pas pouvoir aller mieux"	Pessimisme
"je suis tout le temps triste" ; "son visage exprime la tristesse"	Tristesse
"elle pleure au cours de l'entretien"	Pleurs
"elle se plaint [...] de n'avoir envie de rien"	Perte des intérêts
"je ne suis capable de rien" ; "je n'arrive pas..."	Idées d'incapacité, dévalorisation de soi

- *Activité psychomotrice* :

Symptômes (données cliniques) >	Signes
"elle est hospitalisée pour fatigue"	Fatigue
"elle se plaint de ne plus avoir de forces"	Asthénie
"je ne fais rien"	Apathie
"son discours est assez pauvre, monotone", débit lent	Bradypsychie

- *Troubles des conduites* :

Symptômes (données cliniques)	Signes
"elle n'a pas faim", amaigrissement	Anorexie
"je ne dors plus, toutes les nuits je me réveille"	Insomnies (milieu de nuit)

- *Peur et angoisse* :

Symptômes (données cliniques)	Signes
<i>"Elle se plaint [...] d'être opprimée"</i>	Sentiment d'oppression
<i>"elle se sent abandonnée"</i>	Angoisse d'abandon
<i>"elle a peur de mourir"</i>	Angoisse de mort (idées suicidaires ?)
<i>"toutes les nuits je me réveille"</i>	Angoisses nocturnes, cauchemars ?



## 2. Les principaux signes cliniques

### 2.1. La pensée

#### a) Le jugement et le raisonnement

- le *rationalisme morbide* : raisonnements poussés jusqu'à l'absurde
- l'*incohérence* : illogisme, absurdité
- la *fausseté du jugement* : erreurs de jugement déterminées par des affects puissants
- l'*interprétation* : attribution de significations erronées

#### b) Le cours de la pensée

- la *tachypsychie* / *fuite des idées* : accélération de tous les processus psychiques, notamment de la pensée.
- la *bradypsychie* : ralentissement de la pensée et mono-idéisme.
- les *troubles de la synthèse mentale* : difficulté à organiser la pensée et confusion mentale.
- la *discontinuité* de la pensée : interruption du cours de la pensée ("barrage" / "fading")

#### c) Le contenu de la pensée

- les *troubles imaginatifs* : expansion de l'activité imaginative (mythomanie, fabulation...)
- les *idées fixes* ou *idées prévalentes* : mobilisation totale de la pensée
- les obsessions : représentations qui s'imposent au sujet qui reconnaît leur caractère pathologique
  - . les obsessions *idéatives* : pensées obsédantes, compulsives
  - . les obsessions *phobiques* : angoisses phobiques en l'absence de l'objet
  - . les obsessions *impulsives* : peur de commettre un acte incontrôlé
- les *distorsions globales* de la pensée :
  - . la pensée *autistique* : enfermement dans ses pensées
  - . l'*hermétisme* : pensées opaques
  - . la pensée *déréelle* : pensée sans ancrage dans la réalité
  - . la pensée *magique* : croyance aux pouvoirs de la pensée sur la matière
  - . la pensée *paralogique* : raisonnement d'apparence logique, dont les prémisses sont fausses
- . l'*automatisme mental* (syndrome de Clérambault) :
  - 1. syndrome d'influence : pensée imposée, entravée, contrôlée de l'extérieur
  - 2. hallucinations psychiques : voix intérieures, vol et devinement de pensée

#### *d) Les idées délirantes*

Croyance en une idée erronée, en opposition avec la réalité ou le sens commun du groupe socio-culturel

##### *1/ Thèmes*

- idées de *grandeur* (*mégalo*manie)
- idées d'*érotomanie*
- idées de *jalousie*
- idées de *persécution*
- idées de *quérulence*
- idées de *négation* (*négativisme*)
- idées d'*influence*
- idées de *référence*
- idées *mystiques*
- idées d'*indignité*
- idées de *filiation*

##### *2/ Mécanismes*

- l'*intuition*
- l'*imagination*
- l'*illusion*
- l'*interprétation*
- l'*hallucination*

##### *3/ Degré de systématisation*

- *systématisé* : développement ordonné, d'apparence "cohérente"
- *polymorphe* : multiplicité de thèmes et de mécanismes

##### *4/ Extension*

- en *secteur* : ne concerne qu'un domaine circonscrit
- en *réseau* : extension graduelle à toute la vie du sujet

##### *5/ Acuité ou chronicité*

- *aigu* : épisodes critiques
- *chronique* : présence permanente

##### *6/ Degré de conviction*

Rapport du sujet à son délire : conviction, certitude ...

## **2.2. L'humeur et les émotions**

### **a) L'expression des émotions**

- l'*hyperémotivité* : réaction émotionnelle excessive
- la *froideur affective* / *ataraxie* : absence d'expression
- la *labilité émotionnelle* : variabilité des manifestations émotionnelles
- l'*inhibition* : blocage ou affaiblissement d'une fonction psychique
- l'*alexithymie* : difficulté à identifier/exprimer ses émotions
- la *discordance* : inadéquation entre le discours et les émotions exprimées
- les *réactions critiques* : colère, crises, tension chronique ...

### **b) Les troubles de l'humeur**

- la *dysthymie* : tristesse pathologique
- l'*anhédonie* : perte de plaisir
- la *perte d'intérêt* (pour soi, pour le monde)
- le *sentiment d'absence d'avenir*
- le *sentiment d'incurabilité*
- l'*euphorie* : joie démesurée
- l'*athymie* : indifférence thymique {voir froideur affective}
- la *cyclothymie* : alternances brusques d'humeur, d'allure périodique

### **c) La peur et l'angoisse, les phobies**

- l'*angoisse* : une sensation d'oppression et d'étouffement
- la *peur* : crainte devant un danger externe
- l'*anxiété* : appréhension d'un danger imminent
- la *phobie* : angoisse suscitée par un objet ou une représentation spécifique
  - la *nosophobie* : crainte des contaminations
  - la *mysophobie* : peur d'être en contact avec la souillure
  - l'*agoraphobie* : crainte des espaces ouverts
  - la *claustrophobie* : crainte des espaces fermés
  - l'*acrophobie* : peur des hauteurs
  - la *misophonie* : aversion pour certains bruits
  - la *sitiophobie* : peur d'être empoisonné par la nourriture
  - la *phagophobie* : crainte de s'étouffer en avalant
  - la *phobie scolaire* : aversion pour l'école
  - la *phobie sociale* : peur du regard des autres
  - l'*oikophobie* : aversion pour sa famille, maison, milieu ou culture

- la *dysmorphophobie* : crainte concernant une déformation physique

### **2.3. La perception**

#### *a) Les illusions*

Déformation de la perception d'un objet réel

#### *b) Les hallucinations*

Perception d'objets qui n'existent pas dans la réalité extérieure

##### *1/ Les hallucinations psycho-sensorielles*

- Les hallucinations *psycho-sensorielles* ont la qualité d'une perception normale : auditive, visuelles, olfactives, gustatives et tactiles
- Les hallucinations *cénesthésiques* concernent la sensibilité proprioceptive et intéroceptive

##### *2/ Les hallucinations psychiques*

Les hallucinations *psychiques* correspondent au vécu d'une intrusion dans la vie psychique (cf. automatisme mental)

#### *c) La conscience de soi*

- le *trouble du schéma corporel* : illusions de déformations relatives au corps
- l'*altération de l'image du corps* : impression de changement de forme du corps
- le *signe du miroir* : examen long et fréquent de soi (essentiellement le visage) dans un miroir
- la *dépersonnalisation* : sentiment de désincarnation, de détachement de soi

### **2.4. Le langage**

#### *a) L'expression verbale*

- le *mutisme* : absence de langage, intentionnelle ou non
- la *bradyphémie* : lenteur du rythme verbal
- la *logorrhée* : flot incoercible de paroles
- l'*écholalie* : répétition immédiate et fidèle des derniers mots de l'interlocuteur
- le *psittacisme* : répétition mécanique des paroles d'autrui (perroquet)
- le *bégaiement* : difficulté d'expression portant sur le débit de la parole
- le *barrage* : brusque suspension du fil du discours
- les *impulsions verbales* : parasitage du discours, souvent par des jurons
- le *maniérisme* : mode d'expression emphatique
- la *schizophasie* : langage hermétique

**b) La sémantique et la syntaxe**

- le *néologisme* : création d'un mot nouveau n'ayant de sens que pour le sujet
- la *glossolalie* : création d'un nouveau langage
- Les *paralogismes (délirants)* : détournement du sens des mots ; énoncés faux d'apparence logique
- l'*agrammatisme* : expression télégraphique ou monosyllabique

**c) La dyslexie**

Difficulté d'apprentissage de la lecture

**d) Les aphasies**

Troubles du langage dus à des lésions cérébrales

**2.5. La mémoire**

**a) Les amnésies**

- l'amnésie *antérograde (d'évocation)* : incapacité de fixer de nouveaux souvenirs
- l'*amnésie rétrograde (de fixation)* : incapacité d'évoquer des souvenirs antérieurs au début de la maladie
- les *amnésies psychogènes/"affectives"* : amnésies électives, périodiques et post-traumatiques

**b) Les libérations mnésiques**

- l'*hypermnésie* : flux de remémoration permanent ou paroxystique

**c) Les paramnésies (illusions de mémoire)**

- les illusions mnésiques ("*ecmnésie*")
- le sentiment de "*déjà vu*", les fausses reconnaissances
- le *flashback* : souvenir intrusif d'un événement traumatique

**2.6. L'intelligence**

- l'*arriération* : limitation ou retard du développement intellectuel
- la *détérioration* : baisse de l'efficacité intellectuelle (avec l'âge ou la maladie)

**2.7. La conscience**

**a) La vigilance**

Troubles quantitatifs de la vigilance :

- l'*hypervigilance* : très haut niveau de vigilance
- l'*hypovigilance* : très faible niveau de vigilance

- l'*obnubilation* : lenteur de la pensée et difficulté de compréhension
- l'*hébétude* : désintégration plus profonde
- le *coma* : perte complète de conscience
- la *désorientation temporo-spatiale* : perte des repères dans le temps et l'espace

Troubles qualitatifs de la vigilance :

- le *rétrécissement de la conscience* : diminution du champ de conscience
- les *états oniroïdes* (ou *crépusculaires*) : monde proche du rêve qui envahit la conscience
- l'*onirisme* : états de rêve pathologique
- la *déréalisation* : perte du caractère familier de l'environnement

#### **b) L'attention**

- l'*hyperprosexie* : augmentation de l'attention
- l'*hypoprosexie* ou *aprosexie* : diminution de l'attention
- l'*aprosexie* : perte de la capacité attentionnelle

## **2.8. L'activité (psychomotrice)**

#### **a) Les déficits**

- le *ralentissement psychomoteur* : lenteur, fatigue, asthénie
- la *catatonie* : négativisme, passivité
- la *catalepsie* : immobilité, "prise en masse" du sujet
- la *stupeur* : état de sidération
- certaines *paralysies hystériques* (sans causes neurologiques) :
  - *astasia* : impossibilité de se tenir debout
  - *abasia* : impossibilité de marcher
  - *aboulie* : absence ou diminution de la volonté

#### **b) L'agitation**

Formes / expressions motrices de l'excitation psychique :

- l'agitation *agressive*
- l'agitation *onirique*
- l'agitation *anxieuse*
- l'agitation *euphorique*
- l'agitation *discordante*
- l'agitation *théâtrale*

*c) Les impulsions*

- l'*impulsivité* : besoin impérieux d'accomplir soudainement un geste (brutal, dangereux, incongru...)
- le *raptus* : passage à l'acte clastique
- les *parakinésies* : mouvements anormaux parasites
- les *stéréotypies* : grattage, balancements, rotations, etc.
- les *dyskinésies* : hyperextensions
- les *hyperkinésies* : instabilité impulsive
- les *tics* : mouvements involontaires de groupes de muscles en liaison fonctionnelle

*d) Les apraxies*

Les *apraxies* : impossibilité d'exécuter volontairement des mouvements orientés vers un but

## **2.9. Les conduites**

*a) La présentation*

- les *inadaptations remarquables* (à l'âge, aux normes sociales...)
- le *maniérisme* : conduite affectée, désuète
- l'*incurie* : négligence extrême de soi
- la *clinophilie* : alitement permanent

*b) Les mimiques*

- les *hypermimies* : exagération des mimiques
- les *hypomimies* : réduction de l'expressivité du visage

*c) Le sommeil*

- les *insomnies* : manque ou mauvaise qualité du sommeil
- la *somnolence* (assoupissement diurne) et l'*hypersomnie* (besoin excessif de dormir)
- le *somnambulisme* : conduite motrice pendant le sommeil

*d) L'alimentation*

- les *restrictions alimentaires* : limitations volontaires
- la *dysphagie* : difficulté à déglutir ou à avaler
- l'*anorexie* : diminution ou perte d'appétit
- la *boulimie* : sensation de faim intense et ingestion rapide d'une grande quantité de nourriture
- l'*hyperphagie* : prise d'aliments en quantités importantes
- la *potomanie* : ingestion de grandes quantités de liquide

- la *dipsomanie* : impulsion périodique à boire des boissons alcoolisées

*e) Les sphincters*

- l'*énurésie* : émission involontaire d'urine
- l'*encoprésie* : incontinence fécale

*f) La sexualité*

- l'*impuissance* : dysfonction érectile
- l'*éjaculation* précoce, ou absente : délai très court entre pénétration et jouissance
- la *frigidité* : absence de plaisir
- la *dyspareunie* : douleurs lors des rapports sexuels
- le *vaginisme* : empêchement de toute pénétration
- l'*addiction sexuelle* : appétit sexuel insatiable et compulsif

*g) Les rituels*

- domaines : alimentation, sexualité, santé...

*h) Les transgressions*

- les *fugues* : fuite, souvent avec prise de risque
- la *kleptomanie* : vol pathologique
- les *perversions* sexuelles (fétichisme, masochisme, voyeurisme, exhibitionnisme, sadisme, zoophilie, ondinisme)
- le *suicide*, *tentative* ou *équivalents* : intention consciente ou inconsciente de mourir
- l'*homicide* : action de tuer, volontairement ou non, un autre être humain



### **3. Catégories et structures**

#### **3.1. Les classifications sémiologiques**

##### *3.1.1. Les catégorisations*

La classification est un mode de pensée, sous-tendu par un raisonnement

Les classifications "a-théoriques" (DSM) reposent *de facto* sur des théories de la maladie mentale

##### *3.1.2. Les syndromes*

Le syndrome se constitue à partir d'une combinaison de signes

Un syndrome est un regroupement spécifique de signes, qui peuvent avoir plusieurs étiologies et se trouver dans plusieurs pathologies. Par exemple :

- syndrome de Cotard [humeur dépressive, négation d'organes] : mélancolie, schizophrénie, hypocondrie
- syndrome de Korsakoff [amnésie antérograde sévère, troubles de la marche et de l'équilibre, fabulations, fausses reconnaissances] : alcoolisme, carence vitaminique, traumatisme

##### *3.1.3. Les tableaux cliniques*

Un tableau clinique correspond à l'ensemble des signes présentés par un patient, et constituant généralement une variante clinique d'une entité pathologique

#### **3.2. Les entités psychopathologiques**

##### *3.2.1. Nosographie et nosologie*

*Nosographie* : description des maladies

*Nosologie* : doctrine de la maladie (logique, classification, étiologie)

*Formes cliniques* : tableaux sémiologiques distincts relevant d'une même entité

Une entité ou maladie correspond à une abstraction (schématisation d'une situation complexe)

Les entités psychopathologiques ont des définitions instables

La notion de "maladie mentale" : une médicalisation de la souffrance psychique

##### *3.2.2. Les entités psychiatriques et psychopathologiques*

###### *3.2.2.1. Les regroupements traditionnels*

Les entités psychiatriques sont traditionnellement regroupées dans les ensembles suivants :

- 1 - les névroses (psychonévroses de défense et névroses actuelles)
- 2 - les psychoses
- 3 - les états dépressifs (non psychotiques)

- 4 - les démences
- 5 - les arriérations
- 6 - les troubles du comportement et du caractère
- 7 - les troubles mentaux liés à une affection organique
- 8 - les pathologies psychosomatiques

Les problèmes liés aux regroupements des entités : la pluralité de critères (forme, étiologie, évolution...)

#### *3.2.2.2. Déplacement nosographique et analyse transnosographique*

Les classifications sont instables, du fait d'un certain polymorphisme des symptômes

Les déplacements nosographiques désignent les zones de recouvrements sémiologiques

Exemple de déplacement nosographique entre paranoïa, névrose obsessionnelle et hypochondrie

L'analyse transnosographique consiste en une étude comparée entre les différentes affections psychiques

Les structures sont différentes, mais il existe des processus communs et donc des symptomatologies partiellement partagées. L'analyse sémiologique est donc :

- nécessaire pour étayer une analyse clinique précise de la réalité psychique singulière du patient
- mais insuffisante pour accéder pleinement à la compréhension des phénomènes psychopathologiques

La *psychopathologie clinique* va donc établir les relations à chaque fois particulières entre :

- la sémiologie
- les entités psychopathologiques
- et les processus mentaux

#### *3.2.3. Les classifications psychanalytiques*

Une composition spécifique de critères structuraux et processuels :

- la structure
- le type de relation d'objet
- le mécanisme de défense primaire
- l'étiologie

La classification de J. Bergeret est composée à partir de quatre critères :

- la symptomatologie
- le type d'angoisse
- la relation d'objet
- les mécanismes de défenses

Tableau des structures psychopathologiques, d'après Jean Bergeret, et al., *Psychologie pathologique*, Masson, 1982 :

	<i>Symptômes/signes</i>	<i>Type d'angoisse</i>	<i>Relation d'objet</i>	<i>Défenses</i>
<i>Psychoses</i>	Dépersonnalisation Délire	Morcellement	Fusionnelle	Déni Clivage du moi Régression
<i>Etat-limite</i>	Dépression	Perte d'objet Abandon	Anaclitique	
<i>Névroses</i>	Obsessionnels, hystériques, phobiques...	Castration	Génitale	Refoulement Déplacement

### **3.3. Structure, personnalités et pathologies**

#### **3.3.1. La notion de structure**

La définition d'entités psychopathologiques comme "l'ordre du désordre" :

---

« Les divers syndromes mentaux se répètent dans leurs grandes lignes, d'individu à individu, avec une régularité surprenante à première vue, comme s'ils étaient soumis à une loi, de sorte que les aliénés se laissent grouper plus facilement à première vue que les êtres normaux. Le nombre de syndromes est limité, les dégradations de structure semblent suivre des tracés préformés, toujours les mêmes. Il y a de l'ordre dans le désordre. » (E. Minkowski, *Traité de psychopathologie*, 1966)

---

Origine de la notion de structure dans l'étude du langage

Un ensemble de "places" relatives les unes aux autres

Définition de la structure () :

- 1 - il existe un *ordre symbolique* irréductible et antérieur à l'ordre du réel et de l'imaginaire
- 2 - les places désignées dans l'espace structural sont *premières* par rapports aux éléments
- 3 - les places occupées déterminent des *effets subjectifs*
- 4 - la structure est inconsciente

##### **3.3.1.1. La structure psychique**

L'organisation inconsciente du sujet

Le passage du niveau des manifestations (clinique) à celui des organisations (structure)

La métaphore du cristal, les "lignes de fragilité"

Une structure stabilisée est dite "*compensée*"

La *décompensation* s'effectue selon l'organisation (structurale) de la personnalité

Une cohérence essentielle existe entre situation normale et situation pathologique : la structure reste la même (qu'elle soit compensée ou décompensée)

##### **3.3.1.2. Les processus mentaux**

Les processus mentaux désignent des activités psychologiques/psychiques

Ils sont inobservables directement

La perspective pathogénique (comment) complète la perspective étiologique (pourquoi)

Processus et théorie du psychisme

### 3.3.2. Structure et personnalité pathologique

*Personnalité* : organisation dynamique des aspects intellectuels, affectifs et physiologiques de l'individu. Elle est une manifestation et expression de la structure psychique

*Personnalité pathologique / organisation pathologique de la personnalité* : une déviation permanente d'un type de personnalité

Exemples de personnalités pathologiques et leurs évolutions (fréquentes mais *non systématiques*) :

- Personnalité obsessionnelle -> névrose obsessionnelle
- Personnalité hystérique -> névrose hystérique
- Personnalité schizoïde ou schizotypique -> schizophrénie
- Personnalité anxio-phobique -> névrose d'angoisse et phobique
- Personnalité limite -> état dépressif majeur
- Personnalité paranoïaque ou sensitive -> délires chroniques

Deux conceptions différentes des rapports entre "personnalité" et "entité pathologique"

## 4. La paranoïa

Seconde partie du cours : description de plusieurs "entités" (paranoïa, perversions narcissique et sexuelles) en utilisant les différentes notions présentées dans la première partie

### 4. 1. Une psychose passionnelle

Continuité sémiologique entre personnalité pathologique et pathologie décompensée

Une « passion narcissique » : un Moi grandiose et un monde "rétrécit" :

« Nous pensons que la passion paranoïaque est assimilable à un état passionnel chronique susceptible d'exacerbations émotionnelles. [...] Ce qui distingue la "passion" paranoïaque de la passion normale c'est sa fixité, son irréductibilité, sa chronicité, et on emploiera à ce propos l'excellent terme de psychorigidité. [...] La passion [non pathologique] est peut-être aveugle, c'est entendu, par là elle rétrécit et trouble la raison ; mais dans la passion il y a de l'élan, il y a du vivant. [...] tandis que dans les manifestations étudiées [pathologique] il y a avant tout rétrécissement, psychorigidité, tout différent de la fixation exclusive à l'objet que la passion vécue peut engendrer. » (E. Minkowski, *Traité de psychopathologie*, p. 840).

Une pathologie liée à l'hypertrophie du Moi : une psychose passionnelle dont l'objet est le Moi

« L'avare est entièrement dans son avarice, le paranoïaque dans son orgueil. » (E. Minkowski, *Traité de psychopathologie*, p. 838).

### 4. 2. Les deux formes cliniques de la paranoïa

Deux formes complémentaires :

- la paranoïa active : autoritarisme, intolérance, sthénicité, quérulence, suspicion, interprétativité, susceptibilité...
- la paranoïa sensitive (passive, ou dépressive), inerme : hyper-susceptibilité, défensivité, hyperesthésie, rumination, inertie...

### 4. 3. Les caractéristiques du délire

#### 4.3.1. Systématisation et extension

1 - Le délire est très "systématisé" :

- le paranoïaque est le contraire du paranoïde
- un déroulement cohérent à partir d'un noyau primaire
- pas de dissociation : maintien de la vie professionnelle
- une affectation limitée du Moi, en secteur

2 - Il n'y a pas ou peu d'hallucinations

3 - Les contenus délirants sont habituellement assez vraisemblables et possèdent une grande force de conviction

#### 4.3.2. *Les thèmes*

##### *a) Les délires mégalomaniques*

L'hypertrophie du Moi atteint des dimensions délirantes

##### *b) Les délires de persécution*

Le sujet se sent victime de l'agressivité des autres

Les thématiques mégalomaniacale et persécutoire se déterminent et s'alimentent réciproquement

##### *c) Les délires de revendication*

La quérulence (revendications expriment des exigences excessives et insatiables), dans différents domaines :

- le domaine judiciaire
- le domaine scientifique
- le domaine politique

##### *d) Les délires de filiation*

##### *e) Les délires de jalousie et d'érotomanie*

Le délire de jalousie : l'invention d'un rival sur lequel la haine est projetée

Le délire érotomane : la conviction délirante d'être aimé

##### *f) Les délires sensitifs*

Le "délire sensitif de relation" (Kretschmer)

#### 4.3.3. *Les mécanismes*

##### *a) L'intuition*

- une visée directe de la réalité, proche des mécanismes (normaux) de l'empathie/sympathie, et des processus projectifs et identificatoires
- la perte de toute distance critique : certitude et conviction absolue

##### *b) L'interprétation*

Cf. Sérieux et Capgras, *Les Folies raisonnantes* (1909)

- un principe d'explication généralisé, voire universel
- une nécessité interne
- l'exclusion du hasard et de la contingence

##### *c) La projection*

- dans le sentiment de persécution :
  - . le sujet projette sa propre haine sur autrui
  - . l'objet de la haine s'inverse
  - > le sujet devient l'objet de sa propre haine

- dans la jalousie délirante :
  - . un conflit naît entre une libido homosexuelle et le Moi
  - . le désir propre concernant un tiers est projeté sur le conjoint
  - . la conviction délirante d'être trompé peut alors viser ce conjoint

#### **4.4. La question étiologique**

##### **Le cas Schreber (Freud, 1911)**

Daniel Paul Schreber, *Mémoire d'un névropathe* (1903), Paris, Seuil, 1985.

Sigmund Freud, « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (*Dementia paranoïdes*) : Le Président Schreber », *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1954, p. 263-324.

---

« Des investigations récentes ont attiré notre attention sur un stade par lequel passe la libido au cours de son évolution de l'autoérotisme à l'amour objectal. On l'a appelé stade du narcissisme [...]. Ce stade consiste en ceci : l'individu en voie de développement rassemble en une unité ses pulsions sexuelles qui, jusque-là, agissaient sur le mode autoérotique, afin de conquérir un objet d'amour, et il se prend d'abord lui-même, il prend son propre corps, pour objet d'amour avant de passer au choix objectal d'une autre personne. » (S. Freud, « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (*Dementia paranoïdes*) : Le Président Schreber » (1911), *Cinq psychanalyses*, PUF, 1954).

---

##### **Le cas Aimé (Lacan, 1932)**

Jacques Lacan, *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Thèse de doctorat de médecine, 1932, Paris, Seuil, 1980.

##### **Les travaux de P. Racamier :**

Paul Racamier, « Esquisse d'une clinique psychanalytique de la paranoïa », *Revue Française de psychanalyse*, vol 30, n° 1, 1966.

Paul Racamier, « La paranoïa revisitée », *Perspective psychiatriques*, vol. 21, n° 21, 1990.

##### **Deux angoisses fondamentales :**

- l'angoisse de *dissolution* de soi
- l'angoisse de *dévalorisation* de soi, de "chute"

#### **4.5. Sémiologie contrastive : la schizophrénie paranoïde**

##### **La « schizophrénie de type paranoïaque » :**

- présence importante du phénomène dissociatif (schize, discordance)
- et délires d'allure paranoïaque :
  - . persécution
  - . mégalomanie
- des hallucinations auditives

Un différentiel est parfois difficile à établir (hallucinations visuelles, discordances...)

## 5. Les perversions sexuelles et narcissiques

### 5.1. Clinique des perversions

#### 5.1.1. Critères et caractéristiques cliniques

La perversion comme conduite : "*déviation*" et "*transgression*" dans les conduites sexuelles

Une problématique difficile à situer entre science et morale

Description, classification et médicalisation au XIX<sup>ème</sup> siècle : distinction entre ce qui doit être jugé et ce qui doit être traité

Organisation des classifications (Krafft-Ebing, *Psychopathia sexualis*, 1886) selon :

- leurs *objets* : pédophilie, gérontophilie, zoophilie
- leurs *moyens/buts* : sadisme, masochisme, fétichisme, voyeurisme, exhibitionnisme

Paraphilies atypiques : clystérophilie, mysophilie, nécrophilie, scatologie, ondinisme/urophilie

Le trait commun aux perversions (sexuelles et narcissiques) : la domination d'autrui

Une position *descriptive* (et non *morale*, relativement aux "*déviation*"), sur les critères suivants :

- l'*exclusivité* du mode de satisfaction
- le *rabaissement* de l'objet libidinal

> une vie sexuelle dominée par des conduites inhabituelles, exclusives et instrumentalisantes

#### 5.1.2. La structure perverse

Distinction entre *conduite* perverse et *organisation/structure* (mentale) perverse

#### 5.1.3. Perspective différentielle

##### 5.1.3.1. Fantômes pervers et conduites perverses

---

« L'absence de différence entre comportement et fantasme dans le DSM-IV ne permet plus de distinguer la névrose - avec le respect de la réalité de l'autre qu'elle implique - et la psychose ou la perversion. Les critères psychopathologiques et ceux du DSM sont donc en opposition sur ce point, même si la plupart des perversions sont repérées par les deux classifications » (J.-L. Pédinielli, G. Pirlot, *Les perversions sexuelles et narcissiques*, Armand Colin, 2013, p. 30).

---

##### 5.1.3.2. Les "troubles de la sexualité"

Distinction des perversions d'avec :

- l'emploi non pathologique de fantasmes et comportements sexuels non exclusifs
- les dysfonctions sexuelles :
  - . la baisse du désir
  - . les troubles de l'excitation sexuelle
  - . les troubles de l'orgasme (éjaculation précoce...)



. les douleurs (vaginisme, dyspareunie...), etc.

#### **5.1.3.3. Perversion et perversité**

---

*« la perversité a trait à un contenu moral, comme la cruauté d'un sujet, son plaisir à faire, consciemment, du mal à autrui. Ainsi la perversité est associée à la perfidie, à la malignité, autant d'attitudes qui impliquent une dimension de profit narcissique et évoquent tant la perversion sexuelle que la perversion narcissique. »* (J.-L. Pédinielli, G. Pirlot, *op. cit.*, p. 100).

---

## **5.2. Dynamique et développement pulsionnels**

L'« ordre du désir » s'oppose au déterminisme instinctuel :

---

*« La sexualité humaine, pulsionnelle, désirante et liée aux interdits et à la loi, est d'un autre ordre que celle, instinctuelle, de l'animal. Elle révèle, comme les perversions, un arrachement de l'ordre (humain) à l'ordre de la nature »* (J.-L. Pédinielli, G. Pirlot, *op. cit.*, p. 10).

---

### **5.2.1. Les caractéristiques de la sexualité infantile**

S. Freud, *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905), Paris, Gallimard, coll. "Folio/Essais", 2001.

L'enfant « pervers polymorphe »

Traits spécifiques de la sexualité infantile :

- elle est "auto-érotique"
- elle se développe par étayage sur une fonction physiologique qui satisfait un besoin
- le plaisir obtenu est dispersé sur chaque partie ou fonction du corps (pulsion partielle)

Les pulsions partielles constituent l'origine et le modèle des perversions

Arrêts du développement et constitution de points de fixation

### **5.2.2. Névroses et perversions**

La névrose est le négatif de la perversion

## **5.3. Les principales formes de perversion**

### **5.3.1. Le sadisme et le masochisme**

#### **5.3.1.1. Description**

Définition du sadisme : l'humiliation et la domination *de* l'autre

---

*« Le sadisme consiste en des actes, souvent ritualisés, visant la douleur et/ou l'humiliation, voire la destruction de l' "objet" afin d'obtenir une satisfaction sexuelle. Il peut s'exprimer dans l'acte pervers, mais appartient aussi au fantasme et il est présent en chacun de nous, sans qu'il s'agisse de perversion. Des siècles de civilisation, l'éducation nous ont contraints à le réprimer et à le refouler, voire à le sublimer »* (J.-L. Pédinielli, G. Pirlot, *Les perversions sexuelles et narcissiques*, Armand Colin, 2013, p. 63).

---

Définition du masochisme : l'humiliation et la domination *par* l'autre

---

*« Le terme est un néologisme créé par Krafft-Ebing qui se réfère à l'écrivain Sacher-Masoch, auteur de la Vénus à la fourrure. Il décrit là l'obtention du plaisir sexuel par la recherche de sa propre soumission douloureuse et humiliante : les manifestations cliniques sont la quête de douleurs physiques, d'humilia-*

*tions morales par une attitude servile de soumission à une femme (ou un homme), accompagnées de châtiments corporels jugés indispensables. » (J.-L. Pédinielli, G. Pirlot, *Les perversions sexuelles et narcissiques*, Armand Colin, 2013, p. 66).*

---

Les traits infantiles du masochisme (cf. *Les Confessions* de J.-J. Rousseau)

Le masochisme moral

Auto-punition *versus* masochisme : la névrose obsessionnelle

#### 5.3.1.2. *Les destins pulsionnels*

Deux "destins pulsionnels" impliqués dans la genèse des perversions :

- le renversement dans son contraire : de l'activité à la passivité
- le retournement sur la personne propre

Le *renversement dans son contraire* permet un changement de but :

- faire souffrir -> s'exposer à la souffrance
- voir -> être vu

Le *renversement sur la personne propre* procède à un changement d'objet :

- le masochisme est un sadisme envers le moi propre
- l'exhibitionnisme est un voyeurisme retourné sur son propre corps

Les quatre étapes de la transformation du sadisme en masochisme

1. Exercice d'une violence active contre l'autre
2. Abandon de l'objet et remplacement par la personne propre
3. Transformation du but actif en but passif
4. Recherche d'un autre objet

Les quatre étapes de la transformation de l'exhibitionnisme en voyeurisme

Hypothèse d'un masochisme originaire *érogène* (Freud, « Le problème économique du masochisme », 1924)

Hypothèse d'un « exhibitionnisme primaire »

---

*« Si nous tenons compte du stade préliminaire narcissique que nous avons construit dans le cas du sadisme, nous approchons de la conception plus générale, selon laquelle ces destins pulsionnels que sont le retournement sur le moi propre et le renversement de l'activité en passivité dépendent de l'organisation narcissique du moi et portent la marque de cette phase. » (Freud, *Métopsychoanalyse*, 1915, p. 29).*

---

#### 5.3.2. *Le fétichisme*

S. Freud, « Le fétichisme » (1927), *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1989, p. 133-138.

##### 5.3.2.1. *Description*

Le fétichisme désigne cette nécessité de recourir à l'usage d'un objet (partie du corps ou objet matériel) pour pouvoir accéder à la satisfaction et la jouissance. Cf. :

Guy de Maupassant, « La chevelure » (1884), *Contes et nouvelles*, t. II, Paris, Gallimard, "La Pléiade", 1979, Yunichiro Tanizaki, « Le Pied de Fumiko » (1919), *Œuvres*, t. I, Paris, Gallimard, "La Pléiade", 1997, p. 431-458.

Octave Mirbeau, *Journal d'une femme de chambre* (1900), Paris, Folio/Gallimard (mis en film par Luis Buñuel, 1964) :

#### 5.3.2.2. *Le déni*

L'objectivation de la croyance en un organe phallique féminin

La valeur symbolique du fétiche

---

*« Il [le prince] fit asseoir Cendrillon, et approchant la pantoufle de son petit pied, il vit qu'il y entraît sans peine, et qu'elle y était juste comme de cire »* (Charles Perrault, « Cendrillon ou la Petite Pantoufle de Verre », *Histoires ou Contes du temps passé*, Editions Barbin, 1697).

---

Une formation de compromis (comme le rêve ou le symptôme) :

- . en tant qu'objet concret, le fétiche est tangible et visible
- . en tant que symbole, il atteste (magiquement) de ce qu'il symbolise

Un « triomphe » sur l'angoisse :

---

*« La stupeur devant les organes génitaux réels de la femme qui ne fait défaut chez aucun fétichiste demeure aussi un stigma indélébile [...] Le fétiche accomplit et ce par quoi il est maintenu. Il demeure le signe d'un triomphe sur la menace de castration et une protection contre cette menace, il épargne aussi au fétichiste de devenir homosexuel en prêtant à la femme ce caractère par lequel elle devient supportable en tant qu'objet sexuel »* (S. Freud, « Le fétichisme » (1927), *La Vie sexuelle*, PUF, 1989, p. 135).

---

#### 5.3.2.3. *Le clivage du Moi*

Le travail du déni consiste à maintenir deux éléments contradictoires, au prix d'une "déchirure" dans le Moi :

- reconnaître la réalité
- nier la réalité

Dynamique globale : angoisse > déni > clivage du Moi > stagnation (ou régression) sur une fixation infantile

#### 5.3.2.4. *Le fétichisme féminin*

Des formes cliniques plus "plastiques" (cf. Catherine Millet, *La vie sexuelle de Catherine M.*, 2001)

L'anorexie-boulimie

L'hystérie : le corps équivalent phallique

Une prédominance de la perversité sur la perversion

L'« incestuel » (Racamier)

#### 5.3.3. *La perversion narcissique*

Initialement : la perversion des narcissiques

L'autre composante : l'emprise sur autrui

Les descriptions de l'entité par Racamier :

---

*« Le pervers narcissique obéit à deux impératifs : ne jamais dépendre d'un objet, ne jamais se sentir inférieur à lui »* (P.-C. Racamier, *Le Génie des origines*, Payot, 1992).

---

L'extension actuelle (excessive) de la notion de pervers narcissique :

#### *5.4.1. La dynamique narcissique*

Une synthèse originale à partir de la perversion et du narcissique

La quête permanente de reconnaissance et la vampirisation de l'autre

Déni de l'altérité sexuelle *versus* déni de l'altérité de l'autre dans son identité

Angoisse de castration *versus* angoisse d'abandon/de séparation

Le lien du pervers narcissique à sa victime : une dépendance (asymétrique) réciproque

L'émergence de syndromes anxio-dépressifs et traumatiques

#### *5.4.2. Les positions défensives*

- le déni
- le clivage
- l'identification projective

#### *5.4.3. Les procédés du pervers narcissique*

- des manoeuvres de communication
- une manipulation mentale
- des falsifications de la réalité
- une surestimation mensongère de soi-même et de sa pensée
- une dévalorisation de l'autre

#### *5.4.3. De la perversion narcissique au harcèlement moral*

---

« Le harcèlement moral est une stratégie d'anéantissement « moral » de l'autre aboutissant à empêcher la victime de s'exprimer, à l'isoler, à la déconsidérer auprès de ses collègues, à la discréditer dans son travail/sa famille et à compromettre sa santé mentale ou physique. » (J.-L. Pédinielli, G. Pirlot, *Les perversions sexuelles et narcissiques*, Armand Colin, 2013, p. 109).

---

La spécificité du harcèlement en milieu de travail

La nécessaire complicité apportée au pervers narcissique

Le harcèlement institutionnel

Une "jouissance narcissique"

# Sommaire

## PRESENTATION

Objectifs

Evaluation

## 1. SIGNES ET SYMPTOMES

### 1.1. La structure théorique du symptôme

*1.2.1.1. Du côté du sujet : les symptômes*

*1.2.1.2. Du côté de l'observateur : les signes et syndromes*

*1.2.1.3. Signe et sémiologie*

### 1.2. Le statut du symptôme dans les différentes psychopathologies

*1.2.2.1. Les "dys-"*

*1.2.2.2. L'exemple de la phobie*

### 1.3. Méthodologie de l'étude de cas (Mme V., 40 ans)

## 2. LES PRINCIPAUX SIGNES CLINIQUES

### 2.1. La pensée

*a) Le jugement et le raisonnement*

*b) Le cours de la pensée*

*c) Le contenu de la pensée*

*d) Les idées délirantes*

*1/ Thèmes*

*2/ Mécanismes*

*3/ Degré de systématisation*

*4/ Extension*

*5/ Acuité ou chronicité*

*6/ Degré de conviction*

### 2.2. L'humeur et les émotions

*a) L'expression des émotions*

*b) Les troubles de l'humeur*

*c) La peur et l'angoisse, les phobies*

### 2.3. La perception

*a) Les illusions*

*b) Les hallucinations*

*1/ Les hallucinations psycho-sensorielles*

*2/ Les hallucinations psychiques*

*c) La conscience de soi*

### 2.4. Le langage

*a) L'expression verbale*

*b) La sémantique et la syntaxe*

*c) La dyslexie*

*d) Les aphasies*

### 2.5. La mémoire

*a) Les amnésies*

*b) Les libérations mnésiques*

*c) Les paramnésies (illusions de mémoire)*

### 2.6. L'intelligence

### 2.7. La conscience

*a) La vigilance*

*b) L'attention*

### 2.8. L'activité (psychomotrice)

*a) Les déficits*

*b) L'agitation*

*c) Les impulsions*

*d) Les apraxies*

### 2.9. Les conduites

*a) La présentation*

*b) Les mimiques*

*c) Le sommeil*

*d) L'alimentation*

*e) Les sphincters*

*f) La sexualité*

*g) Les rituels*

*h) Les transgressions*

## 3. CATEGORIES ET STRUCTURES

### 3.1. Les classifications sémiologiques

*3.1.1. Les catégorisations*

*3.1.2. Les syndromes*

*3.1.3. Les tableaux cliniques*

### 3.2. Les entités psychopathologiques

*3.2.1. Nosographie et nosologie*

*3.2.2. Les entités psychiatriques et psychopathologiques*

*3.2.2.1. Les regroupements traditionnels*

*3.2.2.2. Déplacement nosographique et analyse transnosographique*

*3.2.3. Les classifications psychanalytiques*

### 3.3. Structure, personnalités et pathologies

*3.3.1. La notion de structure*

*3.3.1.1. La structure psychique*

*3.3.1.2. Les processus mentaux*

*3.3.2. Structure et personnalité pathologique*

## 4. LA PARANOÏA

- 4. 1. Une psychose passionnelle
- 4. 2. Les deux formes cliniques de la paranoïa
- 4. 3. Les caractéristiques du délire
  - 4.3.1. *Systématisation et extension*
  - 4.3.2. *Les thèmes*
    - a) *Les délires mégalomaniques*
    - b) *Les délires de persécution*
    - c) *Les délires de revendication*
    - d) *Les délires de filiation*
    - e) *Les délires de jalousie et d'érotomanie*
    - f) *Les délires sensitifs*
  - 4.3.3. *Les mécanismes*
    - a) *L'intuition*
    - b) *L'interprétation*
    - c) *La projection*
- 4.4. La question étiologique
- 4.5. Sémiologie contrastive : la schizophrénie paranoïde

## 5. LES PERVERSIONS SEXUELLES ET NARCISSIQUES

- 5.1. Clinique des perversions
  - 5.1.1. *Critères et caractéristiques cliniques*
  - 5.1.2. *La structure perverse*
  - 5.1.3. *Perspective différentielle*
    - 5.1.3.1. *Fantasmes pervers et conduites perverses*
    - 5.1.3.2. *Les "troubles de la sexualité"*
    - 5.1.3.3. *Perversion et perversité*
- 5.2. Dynamique et développement pulsionnels
  - 5.2.1. *Les caractéristiques de la sexualité infantile*
  - 5.2.2. *Névroses et perversions*
- 5.3. Les principales formes de perversion
  - 5.3.1. *Le sadisme et le masochisme*
    - 5.3.1.1. *Description*
    - 5.3.1.2. *Les destins pulsionnels*
  - 5.3.2. *Le fétichisme*
    - 5.3.2.1. *Description*
    - 5.3.2.2. *Le déni*
    - 5.3.2.3. *Le clivage du Moi*
    - 5.3.2.4. *Le fétichisme féminin*
  - 5.3.3. *La perversion narcissique*
    - 5.4.1. *La dynamique narcissique*
    - 5.4.2. *Les positions défensives*

*5.4.3. Les procédés du pervers narcissique*

*5.4.3. De la perversion narcissique au harcèlement moral*

## SOMMAIRE