

LES TRAUMATISMES PSYCHIQUES

LE TRAUMATISME PSYCHIQUE DANS LA PENSÉE PSYCHIATRIQUE FRANCOPHONE

L'attention du corps médical se porte progressivement sur les **blessés psychiques** : blessés physiques, rescapés indemnes, témoins ou impliqués.

1- La pensée psychiatrique francophone face au concept américain d'état de stress post traumatique.

1980 = DSM IV = **PTSD** (post-traumatic stress disorder)

Le champ clinique du PTSD concerne névroses de guerre, comme séquelles des accidents, agressions, et catastrophes du temps de paix.

2- Traumatisme psychique et stress

Le traumatisme :

Phénomène qui se déroule **au sein du psychisme**, sous l'impact d'un événement potentiellement traumatisant.

Il est vécu dans la **frayeur, l'horreur**, et le **sentiment d'impuissance**.

Il implique une **expérience soudaine de confrontation avec le réel de la mort, sans médiation du système signifiant** (aperception du **néant**). Par là, l'expérience traumatique renvoie à l'originaire, avec fascination du retour des enfers.

= **“parasite” ayant fait effraction dans le psychisme et provoquant de vains efforts d'expulsion ; mais aussi court-circuit dans le signifiant, avec irruption d'une expérience de mort, de néant et de non-sens.**

Le stress :

Concept bio-physiologique décrivant les **réactions adaptatives** (immédiates et éphémères) **de l'organisme** (décharge d'adrénaline et de cortisol) face à une agression ou une menace.

cf. Hans SELYE.

Un stress normal peut se muer en **stress dépassé**.

Le stress a son concomitant psychologique qui est **l'état d'alerte**.

3- De la clinique du trauma

Sur le plan clinique, on distingue trois phases dans la pathologie psycho-traumatique :

*** La phase immédiate ou “réaction émotionnelle immédiate” :**

Elle dure quelques heures à une journée, et peut être dénommée **stress**. Ce stress peut être adapté, ou dépassé avec sidération, agitation, fuite panique et action automatique.

Attention : certains stress apparemment adaptatifs sont secrètement traumatiques. **Il n'y a donc pas de correspondance étroite entre les deux oppositions stress adapté versus stress dépassé et absence de séquelles versus survenue de séquelles.**

*** La phase post immédiate :**

Elle est une phase d'**évolution et de surveillance**. Voire une phase de latence précédant l'installation d'une névrose traumatique.

Le clinicien peut alors procéder à une intervention thérapeutique ou préventive : c'est la période de choix pour un **bilan psychologique d'évènement** ou **débriefing**.

*** La phase différée ou chronicisée :**

C'est la période de mise en place du **“syndrome psycho-traumatique différé”**, totalement différent d'une phase de stress. Ces pathologies peuvent encore rester **transitoires**, ou évoluer vers des **syndromes durables**, voire des **névroses traumatiques**, ou des cas proches de la **psychose**.

Position francophone = “syndrome psycho-traumatique”

Dans l'immédiat, on peut observer des pathologies non aiguës, et le chronique peut être émaillé de poussées aiguës.

4- La dimension cathartique de l'expression des émotions :

Une des caractéristique clinique et psychopathologique du syndrome est la **compulsion à la reviviscence**.

Cf. Pierre JANET.

Ces reviviscences, formant le **syndrome de répétition**, se manifestent sous formes d'hallucinations, de ruminations mentales obsédantes et de cauchemars.

Elle donnent lieu à une angoisse intense ; cf. **l'abréaction** (réaction différée de reviviscence émotionnelle intense), mêlant épuisement et soulagement transitoire.

Si l'abréaction est intégrée à une **démarche thérapeutique**, elle peut procurer un apaisement définitif. Cf. **“méthode cathartique”** de FREUD dont le but est de réinscrire un événement jusqu'alors “parasite” dans le “grand complexe des associations”.

Mais **l'abréaction n'est pas à elle seule thérapeutique** ; elle le devient que si elle est incorporée dans un **processus thérapeutique**, qui par la **voie de la verbalisation** débouche sur la maîtrise du Trauma, par **déchiffrement de sa signification particulière** pour le sujet.

Pour cela, il y a nécessité d'un interlocuteur compétent qui incite le sujet à verbaliser "authentiquement" et "sincèrement" son expérience, pour prendre conscience de sa signification personnelle.

Cette thérapie peut se faire en **mode individuel**, ou en séances de **thérapies de groupe**, ou **débriefing**.

Le trauma a fait **effraction au travers des défenses psychiques** du sujet et **court-circuit dans son système signifiant** : il est l'irreprésentable et l'indicible.

La **thérapie** va permettre au sujet de découvrir sa propre signification de l'évènement et d'en prendre conscience : **l'évènement sera alors signifiant, représentable et communicable**. C'est la verbalisation du vécu de l'expérience traumatique et l'énonciation révélatrice de sa vérité intime qui permettront l'assomption de cette vérité dans l'histoire personnelle de vie. **Révélation = catharsis**.

I)- LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

Il a été mis en évidence par la psychiatrie de guerre et l'intérêt pour les **situations de guerre**. Cet intérêt gagne ensuite les **catastrophes naturelles**, puis les **catastrophes micro sociales**.

Biais liés au PTSD et aux conceptions anglo-saxonnes :

- 1- Prédominance du modèle de réaction au stress
- 2- L'accent mis sur la gravité ou les circonstances de l'évènement traumatique plutôt que sur le vécu personnel du sujet qui la vit.
- 3- Une évaluation du devenir en fonction d'outils psychométriques privilégiant la symptomatologie du PTSD et non l'adaptation sociale et familiale du sujet.
= il y a exclusion de l'implication personnelle de la victime qui devient passif, ainsi que du retentissement intra-psychique du trauma.

1- Traumatisme psychique et stress :

Le stress =

cf. Hans SELYE : "le stress est la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite".

Il définit également le "**syndrome général d'adaptation**".

Il y a danger en cas d'absence de stress, et donc de stimulus (=mort) ; mais aussi en cas de stimulation excessive qui peut dépasser les capacités d'adaptation du sujet qui deviennent inopérantes. **La distinction entre stress normal et stress pathologique s'établit sur l'efficacité de la phase d'adaptation**.

CROCQ définit le stress comme "la réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou une

menace”. Ce **climat de tension psychique exceptionnel** s’achève dans une sensation mitigée de soulagement et d’épuisement.

= c’est donc la **réaction physiologique naturelle de l’individu soumis à une agression, une menace, une situation imprévue. Elle touche aux domaines psychiques, somatique et moteur.**

Le stress est **éminemment réactionnel** à l’environnement : il disparaît lorsque disparaît le stresser.

En faisant du sujet la victime du stress, ces auteurs excluent le sujet et le déresponsabilisent.

Le traumatisme psychique =

Du grec = “blessure avec effraction”.

FREUD considère le trauma comme un **choc violent, surprenant** et qui s’accompagne d’**effroi**¹.

L’effroi correspond donc à un **état d’horreur**, au delà de la peur, de l’angoisse et du stress, et **qui traduit la rencontre avec le réel de la mort**. Face à cet **irreprésentable de la mort**, face à cette incapacité de voir quelque discours que ce soit cerner cette rencontre avec la mort, le trauma psychique représente une véritable effraction à l’intérieur de l’appareil psychique du sujet.

DAMIANI précise du risque de ce moment d’effroi, sans mot : “on entre dans le **domaine terrible de l’irreprésentable... La violence de la confrontation avec le réel** provoque une véritable **sidération du Moi**. L’individu court alors le **risque de la néantisation**”.

= **Si les effets du stress disparaissent dès la fin de l’action de l’agent stresser, l’image traumatique, elle, installe au coeur du psychisme du sujet une véritable “menace interne” qui produira ses effets dans l’immédiat mais aussi à long terme.**

Installée dans le psychisme du sujet, cette **image du réel de la mort ne trouve pas de représentation pour la porter**.

LEBIGOT nous précise “qu”elle ne se comportera pas comme un souvenir” : elle restera **intacte**, au détail près et, lorsqu”elle surgira à la conscience, ce sera toujours au **temps présent**, comme un événement en train de se produire.

BARROIS définit le trauma comme **rupture des liens avec le monde**, envahissement par l’**angoisse de la néantisation, bris de l’unité de l’individu et cessation de sens**.

Son **impossibilité à se référer à des signifiants** vient de ce que la mort vraie, à laquelle il vient d’être confronté, n’a **pas de représentation dans son psychisme**.

CROCQ estime qu’il faut dans une optique phénoménologique, **réintroduire la question du sens et du non-sens**².

¹ Dans *Au delà du Principe de Plaisir*, FREUD différencie **la peur** (le rapport à l’objet du danger est exclusif), **l’angoisse** (le rapport au danger est plus important qu’à l’objet de ce danger) et **l’effroi** (état qui survient lorsque l’on tombe dans une situation dangereuse sans y avoir été préparé).

Conséquences du trauma = blessure psychique irrémédiable se manifestant par des **troubles psychiques** importants.

Ce qui fait traumatisme psychique n'est pas la qualité de l'évènement traumatique, mais la réalité de cette rencontre avec le réel de la mort.

La **preuve de la nature réellement traumatique d'un événement** ne sera apportée qu'après coup, par la survenue d'un **syndrome de répétition**. Si celui-ci s'accompagne, comme le stress, d'une **hyperactivité neurovégétative**, il ne s'agit pas, comme pour le stress, d'une réaction d'adaptation/désadaptation face à la menace extérieure. Dans le cas du traumatisme psychique la **menace est interne** et non plus externe. Il s'agit de cet état de qui-vive permanent face à un danger intérieur qui est de l'ordre de l'horreur.

L'affrontement d'un événement exceptionnellement grave peut se dérouler de deux façons :

1- La confrontation avec la **menace de mort** = **réactions de "stress" et d'angoisse**, parfois très importantes.

2- La rencontre avec le **réel de la mort** = **traumatisme psychique**. L'impact du trauma sur le sujet peut se décomposer en deux moments =

- Premier moment de la rencontre avec le réel de la mort qui s'accompagne d'**effroi**, mais peut cependant être suivi de réactions d'angoisse et de stress.

- Apparition d'un **syndrome de répétition traumatique** qui viendra confirmer la réalité d'un traumatisme psychique = symptomatologie pathognomonique.

Dans le DSM IV, il y a non prise en compte de cette différence clinique fondamentale : il ramène tout à la question du stress escamotant l'enjeu essentiel du traumatisme psychique.

Même s'il s'en sort indemne physiquement, **le traumatisé psychique n'a pas échappé à la mort.**

2- Événement traumatique ou traumatogène ?

Parmi les sujets exposés à un événement potentiellement traumatisant, tous ne l'ont pas vécu sur un mode traumatique.

Il est plus adéquat de qualifier un événement de **traumatogène** plutôt que de traumatique. **Ce n'est pas l'évènement qui est traumatique, mais le vécu subjectif du sujet qui l'a subi.**

² "le trauma n'est pas seulement effraction, invasion et dissociation de la conscience, il est aussi déni de tout ce qui était valeur et sens et il est surtout perception du néant, mystérieux et redouté, ce néant dont nous avons l'entière certitude qu'il existe, inéluctablement, mais dont nous ne savons rien et que nous avons toute notre vie nié passionnément".

II)- PERSPECTIVE HISTORIQUE SUR LE TRAUMA.

1- Les précurseurs : d'Hérodote à Mitchell, en passant par Pinel et Dunant.

2- Les découvreurs de l'inconscient traumatique : OPPENHEIM, CHARCOT, JANET, FREUD...

C'est Hermann OPPENHEIM qui, fin 19ème, introduit le concept de "traumatisme psychique" en le liant à une thèse psychogénique

Pivot = année 1889. Cf. la thèse de Pierre JANET sur "l'automatisme psychologique" et le travail de FREUD qui rejoint JANET en parlant d'évènements traumatiques parasites³.

Rôle pathogène des souvenirs traumatiques oubliés de la conscience.

3- Les leçons de la psychiatrie de guerre : du *shell shock* à la névrose de guerre, et du torpillage faradique à la psychiatrie de l'avant.

Les guerres ont relancées la réflexion théorique. FREUD, FERENCZI, ABRAHAM, SIMMEL, KARDINER et FENICHEL sont ainsi amenés à élaborer diverses théories du trauma.

SIMMEL insiste sur le "changement d'âme".

FREUD, en 1920, identifie la "**compulsion de répétition**" comme moyen de défense. Il propose un modèle psychanalytique dynamique et relativiste du trauma, comme phénomène d'effraction du "pare excitation" par les quanta d'excitation apportés par l'évènement, et pénétration de ces excitations au sein du psychisme, qui procédera ensuite à de vains et réitérés efforts pour les expulser ou les assimiler⁴.

Seconde guerre mondiale : préconisation d'une **psychiatrie de l'avant**, immédiate et proche du front. Cf. Thomas SALMON.

Il s'agit de "traiter le psychique dans l'atmosphère même du milieu où il s'est décompensé".

Sur le **plan éthiopathogénique**, on relève le rôle néfaste de la **violence** et de la **durée de l'exposition**, mais aussi des **conflits intra-psychiques ou extra psychiques** (de groupe), ainsi que l'**isolement**.

³ Seuls les sujets qui avaient pu décharger immédiatement l'affect par une réponse libératoire, ou ceux qui avaient pu le décharger ensuite dans une abréaction chargée de tout l'affect initial, ou ceux enfin qui avaient pu intégrer plus tard leur souvenir traumatique dans le "grand complexe des associations" étaient préservés de la névrose.

⁴ "les névroses traumatiques ont toujours échappé à l'hypothèse du conflit infantile".

Ce serait l'**égo effectif** qui est débordé dans ses fonctions d'autonomie et de maîtrise et ne disposant plus comme moyen de défense que de l'inhibition, de la **répression ou de la fragmentation de la conscience** : C'est l'hypothèse de la "**dissociation péri traumatique**".

Sur le **plan thérapeutique** : **psychiatrie de l'avant** et **filtrage des évacuations** par l'arrière.

Description d'une **pathologie psychique des déportés** (cf. Charles RICHET et Eugène MINKOWSKI puis TARGOWLA) avec anesthésie affective, asthénie, hypermnésie émotionnelle et repli de la personnalité.

Des études ont été faites sur le devenir des névroses de guerre.

Les **guerres post coloniales** donnaient lieu à une nostalgie et un découragement. Il s'en suivit une pathologie psychique particulière : anxiété, insomnie, anorexie, nervosité, irritabilité, alcool et drogue avec parfois des décompensations délirantes aiguës.

Les séquelles s'extériorisent une fois que le sujet est rentré en métropole. Elles sont durables, éprouvantes, invalidantes et perturbantes.

On relève un an après la guerre des "post-Vietnam syndromes", qui comprend notamment une "transfiguration de la personnalité".

Le **DSM** récuse le terme de névrose.

1952 : 1 ère édition = diagnostic de "Gross Stress réaction"

1968 : suppression de ce diagnostic

1980 : 3ème révision du DSM = "Post traumatic stress disorder".

La **guerre du golfe** (guerre technologique) inaugure les premier débriefings militaires.

Les **guerres africaines** (massacres inter)ethniques, torture, massacres de villageois, viols...) fait mentionner un profil "schizophrenic-like".

La **guerre en Ex-Yougoslavie** fait décrire une nouvelle forme de pathologie psychique de guerre observée chez les troupes de l'ONU : pathologie anxieuse et dépressive ainsi que des réactions inadaptées (cf. LEBIGOT).

Les **personnels humanitaires** (croix rouge ; ONG) sont exposés à des **facteurs pathogènes** : insécurité, menaces de mort, obstacles, spectacles de souffrance = impression d'être face à une tâche insurmontable. D'où des syndromes anxio-dépressifs sur fond de surmenage et de sentiment d'impuissance et de culpabilité.

Le **terrorisme** donne lieu à des réactions immédiates de stress dépassé, suivies de la pathologie post immédiate de décharge émotionnelle différé, voire de syndrome psycho-traumatique transitoire, puis de syndromes psycho-traumatiques chronicisés. Sur le **plan étiopathogénique**, le fait que le terrorisme soit une "guerre en temps de paix" frappant à l'improviste des victimes civiles en **état d'impréparation et de surprise**, ajoute à l'intensité du choc émotionnel. Nouveau facteurs : **incompréhension** et **notion de malchance**. Fortes proportions de troubles psycho-traumatiques.

Prise d'otages : cf. "syndrome de Stockholm".

4 - un mythe tenace : la croyance que l'enfant est à l'abri du traumatisme psychique.

La tradition clinique a longtemps crédité l'enfant d'une certaine "**impermeabilité**" aux traumatismes psychiques, car **son psychisme était censé demeurer protégé tant par son immaturité intellectuelle que par le cocon de son univers de jeux et d'imaginaire, ainsi que sa plasticité mentale et sa faculté d'oubli.**

C'est la seconde guerre mondiale qui attiré l'attention sur la souffrance psychique des **enfants victimes de guerre**. Les étiologies traumatiques incriminées comprennent : les bombardements, les exodes et l'expérience des camps de concentration avec leurs corrélats de frayeur, d'insécurité et de carence parentale.

Selon une étude de Anna FREUD et Dorothy BURLINGHAM, **l'état psychique de ces enfants était directement corrélé avec la propre réaction de leurs parents.**

Cf. SPITZ et BOWLBY, dont les travaux confortèrent le mythe de l'étonnante résistance de l'enfant au stress : seuls les "enfants prédisposés" présentent des séquelles psychiques traumatiques.

A. et F. BRAUNER, au sujet de la guerre d'Espagne, décrivent un syndrome psycho-traumatique où figurent cachés par une **apparente froideur affective**, la **persistance des vécus d'insécurité et d'abandon** et une **intense angoisse de néantisation**. Son **incapacité à verbaliser** l'expérience traumatique peut faire passer inaperçus un intense besoin de secours.

Anna FREUD et DANN insistent également sur le rôle néfaste de la privation d'amour maternel et de l'instabilité des environnements affectifs.

MOSKOWITZ parle de "l'anesthésie affective" retrouvée dans "le syndrome de Buchenwald". Les travaux de HEMMENDINGER et ROBINSON confirment ce dessèchement affectif.

SNODGRASS et YAMAMOTO subdivisent les expériences traumatiques en 4 catégories :

-**séparation**

- **déprivation**

- avoir été **témoin** d'un assaut, de la mort et de la destruction.

- avoir **perdu des proches** lors des combats ou par mort violente ou par maladie.

PYNOOS souligne la complexité de la question du stress traumatique chez l'enfant, du fait de **l'interaction des souvenirs traumatiques dans le développement d'une personnalité en devenir**. Il prône une **intervention thérapeutique précoce et pluridisciplinaire** pour normaliser les représentations internes du sujet. Il insiste sur la **capacité de résilience et d'adaptation des jeunes**.

L'évaporation des symptômes peut être due à des facteurs de cohésion familiale et de soutien social.

Des études effectuées durant la guerre du golfe montrent que les niveaux élevés de stress initiaux sont corrélés avec le niveau élevé des symptômes.

Lionel BAILLY mentionne en particulier la fréquence des **reviviscences visuelles et ludiques**, et chez les plus grands les **remaniements morbides de la personnalité**. La souffrance psychique s'exprime également souvent chez ces enfants de plaintes somatiques.

Dans cette crise où “le **tabou du meurtre est transgressé en toute légalité**”, l’enfant n’est pas moins sensible que l’adulte, mais il l’est **différemment**. De toutes façons, le “traumatisme va fausser son destin psychique”.

Meurtris, les **adultes ne sont plus disponibles** pour répondre aux besoins d’amour, de dialogue, de protection des enfants. Livrés à eux mêmes, ils ruminent, en plus de leur propre expérience traumatique, des **fantasmes d’anéantissement et d’absence d’avenir empruntés aux adultes**, et développent ainsi des **états psycho-traumatiques sévères**, dont les manifestations les plus visibles sont **l’énurésie** et les **troubles du sommeil** chez les plus jeunes, et les **troubles caractériels et anti-sociaux, alcoolisme précoce** chez les plus grands.

Place importante également de l’auto-censure culturelle.

D’autres symptômes que ceux du syndrome psycho-traumatique occupent le devant de la scène :

- des **plaintes somatiques**,
- des **comportements régressifs**,
- des **troubles caractériels**,
- des **blocages scolaires**,
- la **perte de l’envie de jouer**.

Le test des trois dessins : “ta famille et toi sous la guerre” :

C’est un dérivé de la technique de BRAUNER, mais intégrant le cadre familial comme référence de l’expérience vécue.

En centrant le dessin sur la constellation familiale, on élude les hésitations et difficultés de l’enfant à représenter un thème aussi abstrait que la guerre.

Ce test détient une **grande valeur cathartique** permettant à l’enfant d’exprimer ce qu’il ne parvient pas à dire faute d’un vocabulaire adéquat, et surtout faut d’une disponibilité à “parler” son expérience. Parfois même, le test donne lieu à une abréaction émotionnelle.

La succession des trois dessins **aide l’enfant à replacer l’évènement de guerre dans son histoire**, et donc à se le **ré-approprier**, et ouvre sur l’aspect “**avenir**” en tant qu’ouverture thérapeutique vers l’assimilation de l’évènement.

Question des enfants-soldats :

Ils se révèlent profondément changés par la violence et incapable de se réadapter à une existence pacifique, ne rencontrant plus de freins à leurs fantasmes de toute-puissance. Ils se laissent ainsi entraîner dans la spirale d’un univers absurde, où les valeurs traditionnelles sont bafouées au bénéfice de la seule loi de la horde et où, finalement, celui qui tue se trouve décontenancé, car “on ne peut demeurer à la fois sujet parlant et tuer celui qui est censé être à l’écoute de sa propre parole”.

LES NEVROSES

	NEVROSES OBSESSIONNELLES	NEVROSES PHOBQUES	NEVROSE HYSTERIQUES
SYMPTOMATOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> - touchent + les hommes - idées qui s'imposent (souvent liées à la mort) => peur de les exécuter (~ jamais passage à l'acte) => rituels pour se rassurer - pense que dire, penser = actions (comme enfants). - sont dans le doute permanent, aboulique - craignent de tuer 	<ul style="list-style-type: none"> - surgit quand sujet est en présence de certains objets, animaux ou situations => mécanismes contraphobiques et d'évitement - forme extrême = panphobie : peur de tout => angoisse permanente 	<ul style="list-style-type: none"> - touchent + les femmes - symptômes corporels variables sans lésions (migraines, spasmophilie, crise de nerfs) - labilité affective - théâtralisme, falsification du vécu, dramatisation, mythomanie pour attirer l'attention - besoin de séduction et insatisfaction sexuelle et affective <=> attirer l'amour de l'autre mais jamais à la hauteur de ses attentes => chantage au suicide
ETIOLOGIE	meurtre du père a eu lieu => culpabilité, angoisse	problème de différenciation des sexes	<ul style="list-style-type: none"> - séduction du père et peur que ça ne dégénère, répétée sur les personnes de son environnement - fantasmes d'abus sexuels
STADE DE FIXATION	anal => formation réactionnelle = adopte comportements paradoxaux	période œdipienne, stade phallique : moment de la différenciation des sexes	oral : avidité orale, veut dévorer l'autre
POSITION PAR RAPPORT A LA CASTRATION	se donne constamment des interdits qui l'empêche de réussir (combat Moi/Surmoi)	vit dans l'angoisse de castration	complexe de castration => frigidité, impuissance. Différence sexuelle non intégrée. La femme revendique le pénis = insatisfaction permanente et attitude séductrice
NIVEAU DU CONFLIT	entre le Moi et Surmoi	entre le Ça et le Moi	entre le Ça et le Moi
FANTASMATIQUE PRINCIPALE	homosexuelle et sadomasochiste	castration	séduction, envie de pénis
MECANISME DE DEFENSE	isolation et déplacement	projection et refoulement	conversion (devient somatique) refoulement des scènes d'attentat
LIEU DU CONFLIT	tout se passe au niveau de la pensée : ruminant intellectuelle sans fin	espace	corps
TRAITS DE CARACTERE	doute permanent, scrupules excessifs, non légitimes, irrésolus => tendance à la passivité	anxiété, peur, fuite	théâtralisme, labilité émotionnelle, refuge dans la maladie

LES PSYCHOSES

	P.M.D.	SCHIZOPHRENIE	PARANOIA			
			Délire de persécution	Délire de préjudice et de revendication	Délire de jalousie	Érotomanie
SYMPTOMATOLOGIE	1 - mélancolie 2 - manie	- dissociation (incohérence de l'action) - discordance (incohérence de la pensée)	- sentiment de persécution => cherche le persécuteur => passe à l'attaque	- on lui fait du tort, on lui porte préjudice - revendique quelque chose qu'on lui aurait pris ou qu'on lui aurait refusé	- sentiment délirant de jalousie - chasse méthodique (pour preuves) - trouve un coupable (n'importe qui)	- conviction délirante d'être aimé - pas de remise en question - désir de vengeance devant la passivité de l'être aimé (possible passage à l'acte)
ÉTIOLOGIE	- deuil impossible - identification à l'objet d'amour	- fixé dans un stade narcissique (fusionné avec sa mère) - problème de langage digital et analogique (gestes ≠ mots)	Freud : amour homosexuel vers le persécuteur (je l'aime => il me hait) Lacan : auto-engendrement (pas de parents) Enriquez : pas de position dans la filiation car n'intègre pas la scène originare Aulagnier : haine envers les parents, mais pense que c'est normal			
ANGOISSE	1 - culpabilité de mort 2 - persécution	- morcellement corporel - anéantissement - possession	angoisse de persécution			
FANTASMATIQUE	1 - cannibalisme 2 - mégalomanie	- incestueuse (fusion avec la mère) => parfois passage à l'acte meurtrier sur les parents	homosexuelle			
MÉCANISME DE DÉFENSE	1 - déni de la perte de l'objet 2 - déni de la dépression	- déni (rejet, forclusion) - dénégation - intellectualisation - clivage	- projection - attaque - rationalisation			
TRAITS DE CARACTÈRE	1 - anxieux, découragé 2 - excité, irritable	introverti, renfermé, difficile d'accès, froideur affective	paranoïaque se sent persécuté...			

Vocabulaire de psychanalyse

ABREACTION

De l'allemand *abreagieren*. Concept créé par Breuer et Freud. Décharge émotionnelle à retardement d'une tension due à un souvenir traumatisant oublié jusque là et non liquidé. Grâce à l'abréaction, le malade, en se remémorant et en exprimant l'événement traumatique, se libère d'un ensemble d'idées et de sentiments douloureux qui le perturbaient.

C'est une décharge émotionnelle par laquelle le sujet se libère de l'affect attaché au souvenir d'un événement traumatique, lui permettant de ne pas devenir ou rester pathogène. L'abréaction peut être provoquée au cours de la psychothérapie et produire alors un effet de catharsis. Faire sortir le traumatisme de soi, le lier, comme pour le cauchemar ou le rêve.

ACME DE LA RELATION AU MOI

C'est le point le plus intense de la relation au Moi. Les patients dont l'expérience instinctuelle est inhibée vont se défendre et avoir recours à un autre état qui est l'orgasme du Moi. Utiliser l'orgasme du Moi c'est tenter de trouver un contenant.

ACTE MANQUE

Ce n'est pas l'acte qui est manqué, mais son résultat qui ne satisfait pas celui qui l'a accompli. On parle d'acte manqué pour désigner les conduites que le sujet est habituellement capable de réussir. Freud a montré que les actes manqués étaient, comme les symptômes, des formations de compromis entre l'intention consciente du sujet et le refoulé. Tous les actes manqués ont un sens : ils expriment les pulsions et les intentions que l'on veut cacher à sa conscience. "C'est par eux que l'homme traduit le plus souvent ses secrets les plus intimes."

ACTING

Terme introduit par James Strachey (1945) pour traduire *agieren*. Le sujet met en acte au lieu de se remémorer (Freud) les souvenirs pathogènes. Les actings surgissent dans la cure lorsqu'il y a défaut ou excès d'interprétation.

AFFECT

Du latin *affectare*, "destiné à un usage". Terme désignant tout état affectif partiel agréable ou désagréable, à la différence du sentiment qui implique une continuité et une durée plus importante. Freud désigne l'affect comme étant la traduction subjective de la quantité d'énergie pulsionnelle.

AGORAPHOBIE

Du grec *agora*, "place publique" et *phobos*, "crainte". Impossibilité de traverser sans angoisse de larges espaces vides.

AMBIVALENCE

Présence simultanée dans la relation à un même objet, de tendances, d'attitudes et de sentiments opposés, par excellence l'amour et la haine.

ANACLITIQUE	Du grec <i>anaclito</i> , “se coucher sur, s’appuyer sur”. L’adjectif a été introduit pour reprendre le mot allemand <i>Anlehungs-</i> . Il désigne l’étayage <i>et</i> le choix d’objet par étayage.
ANACLITIQUE (DEPRESSION -)	Terme créé par René Spitz : troubles qui évoquent cliniquement ceux de la dépression chez l’adulte et qui surviennent progressivement chez l’enfant privé de sa mère après qu’il a eu avec elle, pendant au moins les six premiers mois de sa vie, une relation normale.
ANALYSE DIDACTIQUE	La psychanalyse que suit celui qui se destine à la profession d’analyste a aussi une visée dite “didactique”. Elle constitue la pièce maîtresse de sa formation. Ainsi ne peut être analyste que celui qui s’est soumis à une analyse de longue durée et qui a expérimenté sur lui-même les effets de l’inconscient.
ANAMNESE	Du grec <i>mnesis</i> , “mémoire”. Evocation volontaire d’un passé. Ensemble de renseignements recueillis auprès d’un malade et de son entourage relatifs à son histoire personnelle et à sa maladie.
ANGOISSE	Le sujet est en attente de quelque chose, un danger connu ou inconnu. Il rassemble son énergie pour se défendre et souffre de diverses manifestations somatiques. Angor : angine de poitrine précédant l’infarctus. Peur dans le corps.
ANGOISSE AUTOMATIQUE	Réaction du sujet chaque fois qu’il se trouve dans une situation traumatique, c’est à dire soumis à un afflux d’excitation d’origine externe ou interne qu’il est incapable de maîtriser. Sensations physiques de constriction et d’oppression.
ANGOISSE DE CASTRATION	Selon Mélanie Klein, l’angoisse de castration provient de la projection faite par l’enfant de sa propre agressivité. Freud fait de l’angoisse de castration le moteur de la résolution du complexe d’Œdipe chez le petit garçon.
ANXIETE	Sentiment pénible d’attente, peur sans objet, sentiment d’insécurité indéfinissable.
APPAREIL PSYCHIQUE	Terme qui souligne certains caractères que la théorie freudienne attribue au psychisme : sa capacité de transmettre et de transformer une énergie déterminée et sa différenciation en systèmes ou instances.
ASSOCIATION	Du latin <i>adsociare</i> , “joindre, associer”. Terme désignant la liaison entre des images, des pensées ou des signifiants. L’analyste incite son patient à “associer” sur le matériel amené dans la séance, l’association permettant de remonter aux contenus latents du discours conscient du sujet.
ATTAQUE DE CAUCHEMARS	Cauchemars terrifiants associés à une angoisse intense et qui reviennent plusieurs fois chez le sujet.

AUTISME	Terme introduit par Bleuler en 1907. Repliement sur soi, entraînant un détachement de la réalité et une intensification de la vie imaginative. Cet éloignement de notre monde conduit à une situation déficitaire grave.
BOULIMIE	Cas de faim morbide. A la nourriture sont associées l'image maternelle et la tendresse. Le sujet cherche à combler un manque affectif.
ÇA	De l'allemand <i>das Es</i> , "le cela". Chez Nietzsche, le Ça désigne ce qu'il y a dans notre être d'impersonnel et de soumis aux nécessités naturelles. Dans la seconde topique, le Ça désigne l'une des trois instances de l'appareil psychique qui correspond aux pulsions inconscientes, pour une part héréditaires et innées, pour l'autre refoulées et acquises. Du point de vue "économique", le Ça est le réservoir énergétique ; il exprime la poussée de la libido cherchant à se satisfaire selon le principe de plaisir.
CARENCE AFFECTIVE	Manque ou insuffisance d'affection. Absence ou insuffisance de la relation affective de l'enfant avec sa mère pendant la première enfance. Si personne ne vient remplacer la mère quand son absence dure trop longtemps, on remarque un arrêt du développement physique et une régression généralisée.
CATHARTIQUE (METHODE)	Du grec <i>katharsis</i> , "purification, purgation". Pour Aristote, c'est l'effet produit chez le spectateur par la tragédie. En psychiatrie, le mot recouvre toute forme de psychothérapie qui recherche la décharge des affects pathogènes et cherche à faire revivre au sujet les traumatismes. Freud, dans ses <i>Etudes sur l'hystérie</i> , a montré que les affects qui n'ont pas réussi à trouver la voie vers la décharge restent "coincés", entraînant des symptômes. La méthode cathartique a donc pour objet de libérer ces affects. Cette "libération" est l'"abréaction". Les affects cathartiques se retrouvent non seulement dans la psychanalyse, mais aussi dans la plupart des psychothérapies comme le psychodrame, dans lequel le jeu permet une délivrance des conflits intérieurs.
CENSURE	Du latin <i> censura</i> , "charge et exercice du censeur". Mécanisme psychique qui tend à interdire aux désirs inconscients l'accès au conscient. Terme utilisé par Freud la première fois dans une lettre du 22 décembre 1897 à Fliess. La notion de censure sera ensuite développée dans <i>L'Interprétation des rêves</i> .
CHLORPROMAZINE	1 ^{er} neuroleptique datant de 1952 et créé par Laborit, Delay et Deniker.
CLAUSTROPHOBIE	Du latin <i> claustrare</i> , "clôture". Peur morbide des espaces clos. Le sujet éprouve une impression intense d'étouffement.
CLIVAGE DE L'OBJET	D'après M. Klein, défense la plus primitive contre l'angoisse : l'objet est scindé en un "bon" et un "mauvais" objet. Il est particulièrement actif dans la position paranoïde des premiers mois de la vie.

- CLIVAGE DU MOI** Freud introduit ce concept en 1927 dans son article sur le fétichisme. Il en fait un mode de défense très particulier où le sujet “se scinde”, en quelque sorte, par rapport à la réalité ou à la différence des sexes. Une partie du sujet tient compte de la réalité qu’une autre ne connaît pas. Octave Mannoni a magistralement illustré ce mécanisme par la formule “Je sais bien, mais quand même”.
- COMPLEXE** Ensemble organisé de représentations et de souvenirs à forte valeur affective, partiellement ou totalement inconscients.
- COMPLEXE D’ŒDIPE** Ensemble organisé de désirs amoureux et hostiles que l’enfant éprouve à l’égard de ses parents. Sous sa forme dite *positive*, il se présente comme dans l’histoire d’Œdipe-Roi : désir de la mort de ce rival qu’est le personnage du même sexe et désir sexuel pour le personnage de sexe opposé. Sous sa forme *négative*, il se présente à l’inverse : amour pour le parent du même sexe et haine jalouse du parent du sexe opposé. En fait ces deux formes se retrouvent à des degrés divers dans la forme dite *complète* du complexe d’Œdipe.
- COMPULSION** Du latin *compulsio*, de *compellere*, “presser, contraindre”. En psychanalyse, la compulsion, dite compulsion de répétition (*Wiederholungszwang*), est une tendance irrésistible chez un sujet à répéter certains actes ou certaines conduites (lavage des mains, manie des rangements, etc.). Processus incoercible et d’origine inconsciente par lequel le sujet se place activement dans des situations pénibles, répétant ainsi les expériences antérieures sans se souvenir du prototype et avec au contraire l’impression très vive qu’il s’agit de quelque chose qui est pleinement motivé dans l’actuel.
- Type de conduites que le sujet est poussé à accomplir par une contrainte interne. Une pensée (obsession), une action, une opération défensive, voire une séquence complète de comportements sont qualifiés de compulsions lorsque leur non-accomplissement est ressenti comme devant entraîner une montée d’angoisse.
- CONDENSATION** Du latin *condensare*, “rendre compact”, traduit l’allemand *Verdichtung*. Processus inconscient, et surtout onirique, par lequel une représentation, un mot, une idée en viennent à en représenter plusieurs. Exemple : le personnage du rêve ne représente pas la seule personne réellement évoquée, mais remplace plusieurs personnes ou idées auxquelles il est associé.
- CONFLIT** Du latin *cum*, “avec”, et *finis*, “battre”. Il s’agit pour le psychanalyste de l’opposition entre des désirs contradictoires, ou de la lutte entre un désir et un interdit. Quand le conflit est insoluble, des symptômes névrotiques apparaissent.

CONSCIENCE	Du latin <i>conscencia</i> , “connaissance”. C’est l’une des trois instances psychiques de la première topique freudienne, conçue comme un point de rencontre entre le psychisme et la réalité.
CONSCIENCE DE SOI	C’est l’image que nous élaborons de notre personne, de notre existence, de nos actes, du monde extérieur par rapport à l’idée que s’en font les autres.
CONTRE-TRANSFERT	Freud introduit cette notion en 1910 pour désigner l’“influence du malade sur les sentiments inconscients du médecin”. Le contre-transfert est donc la réponse inconsciente de l’analyste aux émois provoqués par le patient, et en particulier au transfert que fait celui-ci sur le thérapeute.
CONVERSION	Du latin <i>conversio</i> , “action de retourner vers”. Transposition d’une excitation psychique en symptôme somatique durable. Défense contre l’angoisse, mécanisme fondamental de l’hystérie.
CULTURALISME	Etude des comportements en fonction des cultures (Kardiner, Head, Linton) (Cf. ethnopsychiatrie, ethnopsychologie)
DELIRE	Du latin <i>delirare</i> , “s’écarter du sillon”. Grande agitation causée par des émotions, des passions. En psychanalyse, c’est la production psychopathologique de contenus et de formes variés (jalousie, persécution, culpabilité) caractéristique des psychoses.
DENEGATION	Le sujet évoque une idée, un sentiment, tout en niant qu’ils puissent le concerner en quoi que ce soit. Procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu’ici refoulé, continue à s’en défendre en niant qu’il lui appartienne.
DENI	Mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d’une perception traumatisante. Ce mécanisme est particulièrement invoqué par Freud pour rendre compte de fétichisme et des psychoses.
DEPLACEMENT	Mécanisme inconscient par lequel une charge affective (émotion, pulsion) est transférée de son objet véritable sur un autre. Le déplacement est rendu visible en particulier dans le travail du rêve, par lequel “un élément latent est remplacé par une allusion et par lequel l’accent psychique est transféré d’un élément à un autre, peu important, de sorte que le rêve apparaît étrange”.
DEPRESSION	Du latin <i>depressio</i> . Etat morbide plus ou moins durable caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus de l’énergie.
DOCIMOLOGIE	Du grec <i>dokimê</i> , “épreuve” et <i>logos</i> , “connaissance”. Science qui a pour objet l’appréciation des différents moyens de contrôles de connaissances.

DYSMORPHOPHOBIE	Du grec <i>morpho</i> , “forme” et <i>phobos</i> , “crainte”. Phobie se traduisant par des angoisses vis-à-vis de certaines parties de son corps. Se voit souvent à l’adolescence. Communément appelée complexe.
ELABORATION PSYCHIQUE	Terme utilisé par Freud pour désigner dans différents contextes, le travail accompli par l’appareil psychique en vue de maîtriser les excitations qui lui parviennent et dont l’accumulation risque d’être pathologique. Ce travail consiste à intégrer les excitations dans le psychisme et à établir entre elles des connexions associatives.
EPILEPSIE	Maladie nerveuse, caractérisée par des manifestations pathologiques aiguës et transitoires (convulsions).
EPREUVE DE REALITE	Aptitude qu’acquiert le sujet au cours de son développement à différencier les images dont il est l’auteur de celles qui parviennent du monde extérieur.
EROS	Dieu de l’Amour chez les Grecs. Freud l’utilise dans sa dernière théorie des pulsions pour désigner l’ensemble des pulsions de vie par opposition aux pulsions de mort (Thanatos).
EROTOMANIE	Du grec <i>eros</i> “amour” et <i>mania</i> , “folie”. Illusion délirante d’être aimé.
ETAT LIMITE	Trouble mental, structure pathologique de la personnalité, se définissant sur le plan nosologique et structural comme intermédiaire ou “à la frontière” entre une structure névrotique et une structure psychotique.
FANTASME	Du grec <i>phantasma</i> , “apparition, vision, image, fantôme”, dérivé de <i>phainein</i> , “apparaître”. Désirs inconscients du sujet. Le fantasme serait donc un essai détourné et imaginaire pour satisfaire la pulsion.
LE FAUX-SELF DE WINNICOTT	Il rend compte de certaines formes de régression dans la cure psychanalytique et d’organisations psychopathologiques entrant dans la cadre des états limites. Dans ces comportements et attitudes, le sujet dès la 1 ^{ère} enfance se soumet aux exigences de son entourage au prix d’un clivage du self qui laisse persister un vrai self archaïque, privé de moyens d’expressions et de satisfaction, non-élaboré par des échanges avec l’entourage. Winnicott y voit une défense contre la partie malade de la mère qui cherche à rendre malade l’enfant. Dans le clivage du soma et de la psyché, cette dernière est investie par le faux self ainsi coupée des expériences corporelles. Il en résulte des sentiments de futilité, d’inconsistance, de vie ou de rester étranger aux expériences vécues. D’où la nécessité d’aménagement techniques dans la cure psychanalytique.

**FANTASME
ORIGINAIRE**

Ce terme apparaît dans les écrits de Freud en 1915 : “Il est possible que tous les fantasmes que l’on rencontre dans l’analyse aient été jadis, aux temps originaires de la famille humaine, réalité et qu’en créant des fantasmes, l’enfant comble seulement, à l’aide de la vérité préhistorique, les lacunes de la vérité individuelle.” En psychanalyse, les fantasmes originaires sont ceux qui “décrivent” l’origine du sujet (fantasme de scène primitive), la différenciation sexuelle (fantasme de castration) et la vie sexuelle (fantasme de séduction).

FETICHISME

Du latin *facticius*, “artificiel”. Déviation sexuelle se manifestant par un attachement érotique à un objet (chaussure, culotte, ...) ou l’une des parties du corps d’autrui. Cette perversion se rencontre chez les sujets immatures, fixés à un stade du développement.

FIXATION

Mécanisme par lequel la libido du sujet s’est attachée de manière “fixe” à un objet d’amour ou à un mode particulier de satisfaction pulsionnelle. Ainsi parle-t-on en psychanalyse de fixation à une image parentale ou de fixation à un stade (orale, anal) de développement libidinal.

**FORMATION
REACTIONNELLE**

Attitude psychologique de sens opposé à un désir refoulé et constitué en réaction contre celui-ci.

En termes économiques, la formation réactionnelle est un sur-investissement d’un élément conscient de force égale et de direction opposée à l’investissement inconscient.

FORCLUSION

De *forclore*, d’après exclusion. Terme proposé par Lacan pour désigner un mécanisme de défense spécifique de la psychose. Consistant en un rejet du sujet de l’univers symbolique d’une représentation insurmontable et de l’affect qui lui est attaché.

**FRAYEUR
PSYCHIQUE**

Afflux d’excitation qui surgit, le sujet ne peut pas élaborer. C’est un amoncellement d’excitation et le sujet est incapable de travailler avec et de lier.

C’est un état particulier où l’appareil psychique est incapable de travailler, les excitations sont comme étrangères, elles viennent à l’intérieur du sujet et ressortent dans le rêve, sous la forme de cauchemars, comme si le sujet faisait émerger ailleurs.

HALLUCINATION

Perception par un sujet éveillé d’un objet sensible qui n’existe pas dans la réalité. Perception sans objet.

HOSPITALISME

Terme employé depuis les travaux de René Spitz pour désigner l’ensemble des perturbations somatiques et psychiques provoquées sur des enfants (pendant les 18 premiers mois) par un séjour prolongé dans une institution hospitalière où ils sont complètement privés de leur mère.

HYPOCHONDRIE	Préoccupation excessive d'une personne au sujet de l'état de sa santé. Se rencontre aussi bien dans les névroses que dans les psychoses. Dans le premier cas elle garde habituellement un caractère bénin. Dans le deuxième elle prend une forme délirante. Le délire hypochondriaque peut faire croire au malade qu'il est mort-vivant.
HYSTERIE	Du grec <i>hustericos</i> , "utérus". Classe de névroses présentant des tableaux cliniques très variés. Les deux formes les mieux isolées sont l' <i>hystérie de conversion</i> et l' <i>hystérie d'angoisse</i> .
IDEAL DU MOI	Terme employé par Freud dans le cadre de sa seconde théorie de l'appareil psychique : instance de la personnalité résultant de la convergence du narcissisme (idéalisation du Moi) et des identifications aux parents, à leurs substituts et aux idéaux collectifs. Il constitue un modèle auquel le sujet cherche à se conformer.
IDEALISATION	Processus psychique par lequel les qualités et la valeur de l'objet sont portées à la perfection.
IDENTIFICATION	Du latin <i>identitas</i> . Processus inconscient par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. Chez l'enfant, par exemple, "s'identifier à son père signifie, en pratique, adopter son mode de parler et d'agir, comme s'il était exactement semblable à lui et n'avait pas d'individualité distincte de la sienne" (Jung). Chez l'enfant, l'identification est une étape de la formation de la personnalité. Celle-ci se constitue et se différencie par une série d'identifications partielles (à telle attitude ou tel comportement particulier) ou totales. L'identification au parent du même sexe signe le déclin du complexe d'Œdipe.
INCORPORATION	Processus par lequel le sujet fait pénétrer et garde un objet à l'intérieur de son corps. Elle constitue le prototype corporel de l'introjection et de l'identification.
INTERIORISATION	Processus par lequel les objets du monde externe acquièrent une représentation mentale permanente, c'est-à-dire que ce qui est perçu est converti en images intrapsychiques. Processus par lequel des relations inter-subjectives sont transformées en relations intra-subjectives (intérieurisation d'un conflit, d'une interdiction...).
INTERPRETATION	Acte subjectif visant à donner du sens au discours, à la conduite du patient, suivi dans un second temps de l'intervention de l'analyste.

INTROJECTION

Du latin *intro*, “en dedans”, et *jacere*, “jeter, projeter à l’extérieur”. Processus psychologique par lequel un sujet, notamment un enfant, incorpore de façon imaginaire une personne ou un objet à son Moi ou à son Surmoi. L’introjection est le prototype de l’identification. Ainsi l’introjection des interdits venants des parents ou des éducateurs engendre la conscience morale.

Le sujet fait passer, sur un mode fantasmatique, du dehors au dedans des objets et des qualités, inhérentes à ces objets. L’introjection est proche de l’incorporation qui constitue un prototype corporel mais elle n’implique pas nécessairement une référence à la limite corporelle (introjection dans le Moi...). Elle est dans un rapport étroit avec l’identification.

INTROSPECTION

Du latin *introspicere*, “regarder à l’intérieur”. Observation d’une conscience individuelle par elle-même.

ISOLATION

Mécanisme de défense qui consiste à séparer l’affect de la représentation à laquelle il était originalement attaché. Freud décrit ce mécanisme, pour lui typique de la névrose obsessionnelle, dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926).

LAPSUS

Du latin *lapsus*, “action de glisser, de trébucher”. Un lapsus consiste à dire, écrire ou entendre un mot pour un autre. En psychanalyse, c’est la faute d’inattention dans la parole ou l’écriture consistant à dire, lire, écrire ou entendre un mot pour un autre, apparemment par hasard. Le lapsus exprime en réalité, selon Freud, des pulsions et des intentions que l’on veut cacher à sa propre conscience et qui ont leur source dans des désirs refoulés. Freud a mis en évidence le sens caché des lapsus et des actes manqués.

LIBIDO

Du latin *libido*, “désir amoureux, sexualité”, de *libet*, “il plaît”, il fait plaisir”. Pour Freud, la libido désigne les manifestations dynamiques de la sexualité. Elle se définit par ses sources (zones érogènes), son but (la satisfaction pulsionnelle) et ses objets. Elle peut subir les mêmes destins que les pulsions, à savoir le refoulement ou la sublimation. La libido représente l’énergie vitale du sujet.

MANIE

Du grec *mania*, “folie”. Etat d’excitation psychomotrice et d’exaltation de l’humeur, avec euphorie morbide, à évolution habituellement périodique et cyclique, entrant dans le cadre de la P.M.D.

MASOCHISME	Terme créé par le sexologue Krafft-Ebing à partir du nom de l'écrivain autrichien Sacher Masoch (1835-1895). Il désigne une perversion sexuelle qui fait dépendre la satisfaction d'une souffrance éprouvée par le sujet. Freud élargira ce concept en distinguant le masochisme moral (le sujet, en raison d'un sentiment de culpabilité, recherche la position de victime et se punit), le masochisme érogène (perversion sexuelle qui lie le plaisir sexuel à la douleur) et le masochisme féminin (fantasmes masochistes qui placent le sujet dans une situation caractéristique de la féminité, "c'est-à-dire, pour Freud, la passivité").
MECANISME DE DEFENSE	Terme générique recouvrant toutes les stratégies psychiques inconscientes par lesquelles le sujet cherche à protéger son moi.
MELANCOLIE	Du grec <i>melagkholia</i> , "humeur noire". Etat morbide caractérisé essentiellement par la tristesse ou la perte du goût de vivre. Le temps vécu étant ralenti, figé par inhibition de la pensée. Lassé, prostré, enfermé dans sa douleur morale, le malade rumine des idées d'indignité, de culpabilité et d'autopunition. Caractéristique de la P.M.D.
METAPSYCHO-LOGIE	Terme créé par Freud pour désigner la psychologie qu'il a fondée, considérée dans sa dimension la plus théorique. La métapsychologie prend en considération trois points de vue : dynamique, topique et économique.
MOI	Freud introduit ce concept dans le cadre de sa deuxième description de l'appareil psychique (deuxième topique). Siège de la conscience et aussi lieu de manifestations inconscientes. C'est l'instance du registre imaginaire par excellence dans les identifications narcissiques. Lieu de l'identité personnelle. Lacan en fera une structure imaginaire.
MOI IDEAL	Formation intrapsychique que certains auteurs, la différenciant de l'idéal du Moi, définissent comme un idéal de toute-puissance narcissique forgé sur le modèle infantile.
NARCISSISME	Amour que l'on porte à soi-même. Freud reprend ce terme aux sexologues, qui l'avaient créé à partir du mythe de Narcisse, amoureux de son image. En 1910, Freud introduit ce terme pour rendre compte du choix d'objet chez les homosexuels. En 1911, il pose l'existence d'un stade de l'évolution sexuelle intermédiaire entre l'auto-érotisme et l'amour-objet. En 1914, dans <i>Pour introduire le narcissisme</i> , il intègre le terme dans l'ensemble de la théorie psychanalytique. Le narcissisme, fixation orientée sur soi-même qui se traduit par un investissement de la libido sur le Moi, est une étape normale du développement de l'enfant. Le narcissisme est chez l'adulte un retour à ce stade archaïque du développement.

NEVROSE

Du grec *neudron*, “nerf”. Terme introduit par W. Cullen en 1777 dans un traité de médecine. Les névroses sont des affections psychiques qui perturbent la vie relationnelle et sexuelle du sujet, lequel garde cependant un contact satisfaisant avec la réalité. Elles s’expriment par des symptômes d’angoisse, de dépression, des phobies, des rituels obsessionnels et des somatisations hystériques. Selon la théorie psychanalytique, les symptômes sont l’expression symbolique d’un conflit psychique trouvant ses racines dans l’histoire infantile et constituant des compromis entre le désir et la défense.

Conflit psychique qui réalise un compromis entre le désir et la défense.

NEVROSE TRAUMATIQUE

Type de névrose où l’apparition des symptômes est consécutive à un choc émotionnel lié à une situation où le sujet a senti sa vie menacée.

Elle se manifeste, au moment du choc, par une crise anxieuse paroxystique pouvant provoquer des états d’agitation, de stupeur ou de confusion mentale. Le traumatisme agit comme élément déclenchant et prend une part déterminante dans le contenu même du symptôme (avec ressassement de l’événement traumatique, cauchemars répétitifs, troubles du sommeil) qui apparaît comme une tentative répétée pour lier et abrégier le trauma.

OBSESSION

Conflit psychique s’exprimant par :

- des symptômes compulsifs : idées obsédantes, compulsion à accomplir des actes indésirables, lutte contre ces pensées et ces tendances, rites conjuratoires, etc.,
- mode de pensée caractérisé par la rumination mentale, le doute, les scrupules et qui aboutit à des inhibitions de la pensée et de l’action.

ORGANISATEUR

Moment critique, stade de développement de l’enfant.

- 1^{er} organisateur : “sourire intentionnel” (3 mois),
- 2^{ème} organisateur : “l’angoisse du 8^{ème} mois”,
- 3^{ème} organisateur : “1^{er} mot signifiant” (vers 1 an),
- 4^{ème} organisateur : “stade du miroir” (18 mois),
- 5^{ème} organisateur : acquisition du “je”, (vers 2 ans) (d’ap Chartier).

PARANOIA

Du grec *para*, “contre”, et *nous*, “esprit”. Sentiment de persécution. En psychanalyse, c’est une psychose chronique caractérisée par un délire à base d’interprétations erronées de la réalité. Le caractère paranoïaque est fondé sur quatre éléments : hypertrophie du moi, méfiance, fausseté du jugement, inadaptabilité sociale. La présence de ce caractère n’implique pas forcément celle de la psychose paranoïaque, dont le délire de persécution est la forme la plus classique.

PATHOLOGIE

Du grec *pathos*, “souffrance, passion” et *logos*, “discours”. Discipline ayant pour objet les troubles du comportement, de la conscience et de la communication.

PERLABORATION

Processus qui rend compte des changements intrapsychiques chez le patient au fur et à mesure qu'il intègre les interprétations. Elle permet la fin de l'analyse.

Processus par lequel un individu intègre une interprétation et surmonte les résistances qu'elle suscite. C'est un travail psychanalytique qui permet au sujet d'accepter certains éléments refoulés et de se dégager de l'emprise des mécanismes répétitifs.

Elle est à l'œuvre à des moments de stagnation dans la cure et qu'une résistance, bien qu'interprétée, persiste.

Corrélativement, elle est favorisée par des interprétations de l'analyste consistant à montrer comment les significations en cause se retrouvent dans des contextes différents.

**PERSONNALITE
« COMME SI »**

Terme introduit par H. Deutsch pour rendre compte de tableaux cliniques particuliers. Il s'agit de personnalités ne présentant pas de symptômes psychonévrotiques ni de traits de caractère ouvertement pathologiques et dont le comportement est bien adapté aux exigences de l'environnement.

Cette apparente normalité est en contraste avec un manque d'authenticité et de chaleur, associé à une pseudo affectivité. Le monde extérieur est posé comme tel que le sujet ne peut que s'y soumettre. La réalité fait fonction de Surmoi si bien qu'en lieu et place d'un conflit intra-psychique, c'est le conflit entre le sujet et l'extérieur qui se révèle prévalent.

PERVERSION

Déviation sexuelle par rapport à une norme (accès à l'orgasme par pénétration génitale). Quand l'orgasme est obtenu avec d'autres objets sexuels (homosexualité, bestialité, pédophilie), ou par d'autres zones corporelles, quand l'orgasme est subordonné de façon impérieuse à certaines conditions extrinsèques (fétichisme, travestisme, voyeurisme, exhibitionnisme, sadomasochisme).

PHOBIE

Du grec *phobos*, "peur". Peur intense, irraisonnée et obsédante, relative à certains objets ou à certaines situations. Les plus connues sont l'agoraphobie, la claustrophobie et les phobies se rapportant aux animaux et aux humains. Le mécanisme de cette névrose est un conflit inconscient : c'est parce qu'il ne peut assumer ses pulsions que le sujet, pour nier leur réalité, déplace son angoisse sur un objet symbolique.

PLAISIR ET PRINCIPE DE PLAISIR

Du latin *placere*, “plaire, être agréable”. En psychologie, pôle de la vie affective caractérisée par la prise de conscience de la satisfaction d’une tendance. On distingue généralement les plaisirs physiques, qui proviennent soit de certaines propriétés des corps perçues par les sens externes (couleurs, sons, impressions tactiles, saveurs, odeurs), soit du corps propre (plaisir sexuel, jeu libre des organes), des plaisirs moraux dans lesquels les éléments d’ordre intellectuel, spirituel, social sont prédominants par rapport aux éléments sensibles et physiologiques. Freud postule que l’être humain recherche avant tout à écarter le déplaisir et à se procurer du plaisir. “L’évolution des processus psychiques est déclenchée chaque fois par une tension agréable ou pénible et s’effectue de façon à aboutir à une diminution de cette tension, c’est-à-dire à la substitution d’un état agréable à un état pénible.”

Cependant, les difficultés du monde extérieur font que le principe de plaisir s’efface et cède la place au principe de réalité qui fait que, sans renoncer au but final que constitue le plaisir, nous consentons à en différer la réalisation et à accepter la douleur d’un déplaisir momentané pour y arriver. Le principe de plaisir est indissociable du mécanisme adaptateur et régulateur que constitue le principe de réalité.

PROCESSUS PRIMAIRE

Ensemble des lois régissant l’inconscient. (ex : A = non-A + ...)

PROCESSUS SECONDAIRE

Ensemble des lois régissant le conscient et le préconscient, par exemple, la logique, la raison (A est différent de non-A).

PROJECTION

Action de jeter, de lancer en avant. En psychanalyse, la projection trouve son principe le plus général dans la conception freudienne de la pulsion. Il s’agit de rejeter au-dehors ce qu’on refuse de reconnaître en soi-même ou d’être soi-même. Mécanisme défensif par lequel le sujet attribue inconsciemment à autrui des sentiments de désirs. La projection est particulièrement utilisée par le paranoïaque.

Il existe deux types de projection :

- la projection spéculaire : je projette sur l’autre mon image (c’est la base de toute possibilité de communication),
- la projection optative : je projette sur l’autre ce que je souhaiterais être en tant que mon idéal = je vois chez autrui des qualités que j’aimerais avoir.

PSYCHANALYSE

Discipline fondée par Freud et dans laquelle on peut distinguer trois (ou quatre) niveaux :

- une méthode d’investigation de phénomènes non observables directement,
- une méthode psychothérapeutique fondée sur cette investigation et sur des théories,
- un ensemble de théories du fonctionnement psychique humain normal et pathologique, fondé sur la notion d’un inconscient,
- une cure, ou l’application des ces méthodes.

- PSYCHISME** Pour rendre compte des processus qui caractérisent la vie mentale et qui ne produisent des phénomènes de la conscience que dans certaines conditions. Freud propose le modèle d'un appareil psychique où des fonctions différentes s'exerceraient dans les différentes parties qui le constituent.
- PSYCHOSE** Terme générique désignant les maladies mentales qui affectent la totalité de la conscience et aliènent la personnalité. Elle se traduit par divers symptômes, comme les hallucinations, les interprétations délirantes, l'autisme, l'altération des relations avec autrui et le retrait dans un univers singulier et clos. La psychose organique est liée à l'état général ou cérébral. La psychose fonctionnelle n'a pas de lésion organique décelable. Selon Freud, la psychose serait causée par une rupture originelle entre le Moi et la réalité, qui laisse le Moi sous l'emprise du Ça, le Moi reconstruisant ensuite une réalité conforme aux désirs du Ça. Les principales psychoses sont la schizophrénie, la paranoïa et la psychose maniaco-dépressive.
- PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVE** Maladie bipolaire qui provoque en alternance des accès de manies et de mélancolie. Le passage de l'un à l'autre représente un risque de passage à l'acte.
- PULSION** Du latin *pulsio*, "action de pousser", traduction de l'allemand *Trieb*. Concept limite entre le psychique et le somatique désignant une force inconsciente d'ordre biologique (faim, soif, besoin sexuel), douée d'une forte charge énergétique et orientant le sujet vers un certain objet pour lui donner satisfaction et "réduire" la tension produite par la pulsion (*Trieb* a d'abord été traduit par "instinct"). Freud distingue la pulsion de vie (*Au-delà du principe de plaisir*, 1920), qui comprend les pulsions sexuelles et d'auto-conservation, et qui relève du principe de plaisir (Eros), et la pulsion de mort, qui représente l'effort de l'être pour se soustraire aux tensions et retourner à l'état inorganique. Tournée d'abord vers l'intérieur et tendant à l'auto-destruction, elle serait secondairement dirigée vers l'extérieur se manifestant alors sous la forme de la pulsion d'agression ou de destruction (Thanatos). Il faut souligner, dans le cadre de cette dernière théorie des pulsions, l'importance de la notion de liaison. La liaison est la caractéristique majeure des pulsions de vie, par opposition à la pulsion de mort.
- REFOULEMENT** Du latin *fullo*, qui "presse les étoffes". Le refoulement est un mécanisme d'origine inconsciente qui entraîne puis cherche à maintenir en dehors de la conscience des représentations ou des affects qui sont incompatibles avec les exigences du Moi et du Surmoi du sujet. C'est le principal mécanisme de défense à l'œuvre dans l'hystérie, mais aussi le véritable promoteur de l'inconscient, qu'il constitue au fur et à mesure qu'il opère.

REGRESSION	Du latin <i>regretio</i> , “le retour”. Mécanismes psychologiques inconscients de défense du Moi par lesquels les sentiments, les souvenirs et les pulsions pénibles ou en désaccord avec la personne sociale sont maintenus hors du champ de la conscience.
RESISTANCE AU TRANSFERT	Du latin <i>resistencia</i> , de <i>resistere</i> , “ne pas avancer davantage, résister”. Fait de résister, d’opposer une force à une autre, de ne pas subir les effets d’une action. En psychanalyse, les résistances désignent l’ensemble des procédés langagiers et comportementaux qui entravent l’accession du sujet aux contenus de son inconscient. Elles s’expriment dans la cure avec des formes variées (silence) et constituent les limites de l’intervention thérapeutique.
RESISTANCE PAR LE TRANSFERT	Idéalisation du psychologue empêchant tout travail.
SADISME	Du nom du marquis de Sade. Perversion qui consiste à prendre plaisir à faire souffrir autrui physiquement ou moralement, ou à l’asservir et à le dominer.
SADO-MASOCHISME	Association des pulsions agressives dirigées contre autrui ou contre soi-même. En psychanalyse, c’est l’alternance ou le mélange, chez le même sujet, d’un besoin, pour trouver la jouissance, de faire souffrir le partenaire et de rechercher sa propre souffrance. Les tendances sadiques et masochistes sont le plus souvent imbriquées.
SCENE PRIMITIVE (OU ORIGINALE)	Freud créé ce terme en 1897 pour désigner certaines expériences infantiles traumatisantes. C’est un fantasme du rapport sexuel entre les parents dont l’enfant serait le produit. Elle est généralement décrite comme une scène de violence. C’est dans “L’homme aux loups” (1918) que l’observation du coït parental est décrite sous le nom de “scène originale”.
SCHIZOPHRENIE	Du grec <i>schizein</i> , “couper”. Etat pathologique caractérisé par une rupture de contact ambiant, le retrait de la réalité. Pensée autistique.
SIGNE PATHOLOGIQUE	Du grec <i>pathognomikos</i> , “qui connaît la maladie”. Un symptôme qui se rencontre seulement dans une maladie déterminée et qui suffit à établir le diagnostic.
SIGNIFIANT	Entité expressive à laquelle est associé un concept. Par extension, il désigne la face expressive de toute unité sémiotique (indice, signal, symbole). Forme concrète du signe linguistique.
SOUVENIR ECRAN	Concept introduit précocement, puis “oublié” par Freud, pour désigner une catégorie particulière de souvenirs d’enfance. Il s’agit de souvenirs très précis quant à leurs qualités sensorielles et d’un contenu apparemment insignifiant. Pour Freud, ils condensent l’essentiel de la vie sexuelle infantile du sujet.

STADE DU MIROIR	Au Congrès international de psychanalyse de Marienbad, en 1936, Lacan décrit le moment où l'enfant appréhende pour la première fois son unité et sa singularité corporelles dans l'expérience de reconnaissance de sa propre image dans le miroir. Le stade du miroir constituerait en quelque sorte la matrice du Moi du sujet.
SUBLIMATION	Du latin <i>sublimare</i> , "élever". En psychanalyse, c'est un mécanisme inconscient ayant pour effet de dériver la libido vers des activités socialement et culturellement valorisantes. Freud éclaire en partie le travail artistique et intellectuel en en faisant le résultat de l'énergie sexuelle dérivée vers des buts artistiques.
SURMOI	De l'allemand <i>Überich</i> , terme créé par Freud et introduit dans <i>Le Moi et le Ça</i> en 1923. Le Surmoi est l'une des instances de la personnalité telle que Freud l'a décrite dans le cadre de sa seconde théorie de l'appareil psychique. Il est souvent assimilé, à tort, à la conscience morale. Le Surmoi est en fait une instance inconsciente née de l'intériorisation des interdits familiaux. Pour Freud, il est l'"héritier du complexe d'Œdipe". M. Klein a introduit la notion d'un "Surmoi" précoce particulièrement dur et cruel avec le sujet.
SYMPTOME	Phénomène perceptible qui révèle un processus caché envisagé en terme de conflit. Le symptôme peut être conçu comme une réaction de l'organisme à un agent pathogène.
SYNDROME	Du grec <i>sundromê</i> , "réunion". Ensemble des symptômes qui caractérisent une maladie.
TOPIQUE	Du grec <i>topikos</i> , qui concerne le lieu, <i>topos</i> . Description de l'appareil psychique en différents systèmes obéissant chacun à des lois propres et où se localisent des phénomènes spécifiques. Dans une première topique (1895), Freud distingue les trois systèmes : inconscient, préconscient, conscient. Dans la seconde topique (1920), il distingue les trois instances, Ça, Moi, Surmoi, qui ne viennent pas se substituer à la première mais apportent un éclairage différent sur le fonctionnement de la psyché.
TRANSFERT	Du latin, au sens propre, "il transfert". Désigne le processus par lequel les fantasmes inconscients s'actualisent au cours de la cure et s'extériorisent dans la relation avec le psychanalyste. Les deux concepts de répétition et de déplacement sont essentiels. Le transfert est un agent du processus thérapeutique.

TRAUMATISME

Choc violent, susceptible de déclencher des troubles somatiques et psychiques. Freud appelle traumatisme tout événement qui perturbe l'équilibre affectif d'une personne et provoque la mise en œuvre de mécanismes de défense. Il se caractérise par un afflux d'excitations excessif relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations.

C'est un événement de la vie du sujet caractérisé par son intensité, par l'incapacité où le sujet se trouve d'y répondre adéquatement, par le bouleversement et les effets pathogènes et durables qu'il provoque dans l'organisation psychique (intensité du trauma).

En terme d'économie psychique, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitation qui est excessif par rapport à la tolérance du sujet et sa capacité à maîtriser et élaborer psychiquement ses excitations.

Le traumatisme est à la fois psychique et corporel.

Sur le plan psychanalytique, il y a 3 points importants :

- Le choc
- L'effraction
- Les conséquences sur l'organisme.

Le traumatisme se découpe en plusieurs éléments :

- Une 1^{ère} scène dont le modèle est celui de la séduction infantile.
- Une seconde scène pourrait être simple et sans signification apparente mais elle vient rappeler les éléments de la 1^{ère} scène.

⇒ C'est bien le souvenir de la 1^{ère} scène qui déclenche un afflux d'excitation qui déborde les défenses du Moi.

L'élément de la scène actuelle rappelle la scène antérieure. Une scène particulière rappelle et devient traumatisante dans l'après-coup. S'il y a un traumatisme au sens strict, le traumatisme est à l'intérieur comme un corps étranger. Le traumatisme est quelque chose de somatique et psychique. Il y a un ébranlement corporel associé à la frayeur et à l'angoisse.

TROUBLES REACTIONNELS

Troubles de la conduite consécutifs à une situation existentielle dramatique. L'angoisse due à un événement traumatique submerge l'individu, qui, incapable d'y faire face, réagit selon son tempérament, par des crises, des sanglots, ou le suicide.