

## Sémiologie Psychiatrique

Le but de ce chapitre est de vous fournir les connaissances nécessaires pour établir un diagnostic. Cette connaissance nécessite d'étudier les signes cliniques des différents syndromes que nous allons aborder.

L'humeur est un état affectif normal, considérée comme l'ensemble des réactions affectives et émotionnelles à un moment donné et dans un contexte bien déterminé.

L'humeur est "*la disposition affective fondamentale riche de toutes les instances émotionnelles instinctives qui donne à nos états d'âmes une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur*" (Delay 1946).

L'humeur pathologique est donc l'exagération anormale de ces dispositions affectives de base : la dépression est la tristesse pathologique de base alors que la manie est l'euphorie pathologique. Nous verrons que ces troubles vont mettre en place des symptômes, voire même réaliser une véritable maladie.

>> **Une psychose** est une *pathologie mentale* majeure qui perturbe gravement la relation de l'individu au monde extérieur, altère son affectivité, son jugement et sa conscience de soi. Le psychotique, pour certains, n'aurait pas conscience de ses troubles psychologiques et, en général, il n'en souffre pas. Certains disent, au niveau étiologique, que les psychoses dépendraient de tares organiques, congénitales ou acquises. Cette attitude trop simpliste n'est pas acceptable. En effet, les scientifiques cherchent des solutions concrètes. Une solution n'est pas "la solution". et si une dysfonction était le fait d'un ensemble de facteurs... pas toujours rationnels ? Au même titre que les névroses, les psychoses trouvent leurs origines dans la psychogenèse et la sociogenèse. Ainsi, le monde extérieur serait responsable de la structuration des psychoses. La psychose est destructrice, elle ne permet pas le plus souvent dans ses formes les plus graves une adaptation socioprofessionnelle. Dans les traits de caractères psychotiques, nous retrouvons :

- Le caractère schizophrénique qui présente un retrait affectif, une maladresse, une perturbation au niveau de l'imaginaire. Il ne prend pas conscience de ses émotions, son comportement est froid et non chaleureux. Il vit une grande solitude psychoaffective, il se sent abandonné ou rejeté.
- Le caractère paranoïaque qui a tendance à la projection narcissique et se défend contre ses tendances homosexuelles, ce qui entraîne une raideur générale et comportementale. Il a un sentiment de persécution voire un délire de persécution, des idées mégalomaniaques, une déformation de la réalité avec réagencement au niveau affectif, des revendications et des attitudes agressives, une exubérance de l'humeur, un refus des frustrations et des interprétations sauvages, souvent non-fondées.
- Les traits de caractère narcissique qui envahissent toutes les structures et plus principalement les états limites, en fonction des multiples traumatismes qui ont mis en place des fixations et empreintes : obsessionnelles, phobiques, dépressives, maniaques, hypochondriaques, psychasthéniques, psychopathiques...

>> **Une névrose** est une *pathologie mentale*, décrite par certains comme mineure, mais que nous considérons comme majeure, au même titre que la psychose. La névrose, même si elle est très invalidante ne désorganise pas la personnalité. S'il en a la capacité, le névrotique s'insère parfaitement dans le cadre de la vie socioprofessionnelle. Le névrotique a pleinement conscience de ses troubles et en souffre. Les névroses se manifestent par des symptômes compréhensibles, ils représentent un mode de défense contre l'angoisse liée à des conflits inconscients et réalisent un compromis acceptable pour cacher l'angoisse. Le névrotique présente certains traits de caractère spécifique. L'expression du caractère pulsionnel donne une teinte bien spécifique à la structure à la structure névrotique. Les fixations qui vont se mettre en place au moment du développement libinal vont déterminer un mode d'être caractériel, un certain type de personnalité. Le caractère névrotique vit le rapport amoureux de manière infantile, sur un mode œdipien. Le caractère névrotique est caractérisé par un Surmoi de devoir, rigide, moraliste : un Surmoi qui tyrannise, qui empêche le sujet de réaliser sa propre individualité.

Enfin, nous isolerons et nous définirons **la personnalité Psychasthénique**, décrite par Pierre Janet

"Elle se caractérise par un sentiment d'incomplétude, une tendance aux scrupules, aux doutes, aux crises de conscience et à la rumination psychique. Le psychasténique est toujours enfermé dans une réflexion introspective douloureuse et chargée de tristesse et de culpabilité entraînant des inhibitions multiples et des tendances hypochondriaques."

C'est le terrain de prédilection pour le développement d'une névrose obsessionnelle.

## Les Psychoses

### >> Maniaques et dépressives

La littérature psychiatrique parle de psychose maniaco-dépressive. Nous pensons que ce terme n'est pas le plus approprié est qu'il faudrait parler de psychose à accès maniaque sur fond mélancolique.

#### 1. **Accès maniaque**

" La manie est un état de surexcitation des fonctions psychiques caractérisé par l'exaltation de l'humeur et un déchaînement des pulsions instinctivo-affectives" (H. EY).

Le début est souvent brutal avec turbulences, fugues, attitudes familières, ironiques voir arrogantes. Il existe une hyperactivité avec phases d'excitations, perte des sensations de fatigues associées à une exaltation intellectuelle (ironie, logorrhée, fuite des idées, euphorie). Si l'entourage est hostile le dépit, la rage et/ou la colère se mettent rapidement en place.

On décrit les formes hypomaniaques, les manies confuses, les manies délirantes et les états mixtes.

#### 2. **Accès mélancolique**

Il est marqué essentiellement par l'asthénie, l'anorexie, l'insomnie, le ralentissement psychomoteur associé à une grande douleur morale et une intense culpabilité. Attention, tout risque suicidaire doit vous conduire à faire hospitaliser votre patient. Les formes majeures : les mélancolies anxieuses, stuporeuses, confuses ou délirantes. La forme mineure évolue à minima, elle est très fréquente. Le diagnostic différentiel est la dépression ou domine la tristesse et le manque de dynamisme alors que, dans la mélancolie, on note une culpabilité intense avec délire d'auto-accusation, manque d'espoir associé à un grand pessimisme. Freud considérait que la mélancolie est une psychose narcissique due à la perte d'un objet investi narcissiquement.

#### 3. **La psychose maniaco-dépressive**

La PMD a été introduite par Kraepelin pour désigner les cas pathologiques de troubles de l'humeur, dits endogènes, faits d'épisodes mélancoliques (uniques ou multiples) et d'épisodes maniaques (uniques ou multiples) ou de la combinaison des deux.

#### 4. **La dépression**

Le terme de dépression qui signifie "*abaissement*" indique une modification pathologique de l'humeur vers la tristesse. La dépression est pour nous une manifestation de type névrotique, elle peut évoluer vers une forme plus psychotique qui est alors la mélancolie. La dépression associe deux symptômes : l'humeur dépressive (vision pessimiste du monde et de soi-même) et l'inhibition (effondrement de l'élan vital ainsi que des fonctions intellectuelles et de l'activité motrice avec asthénie et ralentissement psychomoteur). Les sentiments d'insatisfaction et de dévalorisation sont souvent présents. De nombreux troubles psychosomatiques accompagnent l'état dépressif (troubles digestifs, neuro-musculaires, cardio-vasculaires, troubles sexuels et du sommeil...).

Le suicide peut-être impulsif (raptus), prémédité, déclaré ou caché. Le suicide est le résultat d'un fort sentiment d'être acculé et sans avenir.

#### Différentes formes de dépressions :

- Réactionnelle, (exogène) liée à un facteur déclenchant
- Névrotique, (ou psychogène) : réactionnelle à un traumatisme déclenchant issu de la personnalité névrotique elle-même
- D'involution, qui est plus une forme mélancolique des PMD qui aujourd'hui n'est plus classée de façon autonome
- Secondaire : Somatique (maladie, intoxications, ménopause), Traumatisme d'origine socioculturelle, socio-éducative, familiale...
- Culturelles : universellement la tristesse et le pessimisme sont toujours présents mais l'expression peut différer selon les cultures (souriante chez les Anglo-saxons, avec culpabilité chez les judéo-chrétiens, à thème de possession chez les Africains, de type théâtral dans certaines cultures...).

L'affect dépressif est une expérience humaine (au même titre que l'angoisse), la dépression est liée à la perte d'amour de l'autre et à la perte d'estime de Soi.

#### Le tableau clinique de la dépression comporte :

- a) - L'humeur triste
- b) - L'inhibition des activités physiques, psychiques et sexuelles avec asthénie
- c) - L'insomnie surtout du matin
- d) - La douleur morale avec vécu dépressif entraînant une auto-dépréciation, un sentiment de culpabilité qui peuvent évoluer rapidement parfois vers l'auto-accusation, l'auto-punition et l'auto-destruction.
- e) - Le cortège des problèmes somatiques.

#### La dépression est le résultat :

- soit d'une faillite précoce de l'établissement de la relation orale dyadique mère/enfant, et l'on est dans le registre de la dépression psychotique sévère.
- soit cette relation a pu s'établir mais pour diverses raisons l'objet d'amour libidinal a été perdu plus ou moins complètement, sur le mode anal du cadeau repris, et on est alors dans le registre de la dépression névrotique.

La dépression dite "cryptique" est étroitement liée à des frustrations et des manques liés à la phase orale. Certains sujets allèguent : fatigue, insomnie, manque d'appétit, mais au niveau de l'humeur, ne manifestent pas d'attitude de type dépressif. Ils se disent atteints de "dépression nerveuse". La dépression nerveuse n'existe pas, c'est une expression utilisée par les médecins, les pharmaciens et les médias. En réalité, c'est la dépression cryptique (dépression cachée). Dans ce cas, comme dans celui de la psychonévrose, il arrive que l'aspect oral soit alimenté par un blocage du cou, blocage narcissique qui amène le sujet à se nourrir énergiquement aux dépens du cou, maintenant la tête bien solide sur les épaules, dans une situation constante de self-control, évidemment inconsciente. Cette tension permanente entraîne la fatigue. Quand à la fin de la journée il va se coucher, il est fatigué plus que las, à tel point qu'il souffre d'insomnie. Un certain type de thérapies énergisantes, par exemple à base de miel et d'extraits cortico-surréniens, s'avèrent néfaste en dernière analyse parce qu'elles ne font que renforcer la tendance réactionnelle du sujet mise en œuvre pour ne pas déprimer.

D'une phrase du Professeur Maldiney : *"Le seul éclair de l'être est la déchirure du rien"*, Ado Huygens nous propose une lecture plus philosophique de la dépression et de la mélancolie qui, nous l'espérons, vous permettront de saisir ce qui ne peut être posé par des définitions universitaires : *"La mélancolie est un rien en déchirure et la dépression un rien qui ne peut se déchirer. Ainsi le dépressif est en manque d'avoir pour être et le mélancolique en manque d'être pour avoir."* (Ado Huygens).

*"Puisque la dépression a toujours à voir avec la dialectique de la perte plus ou moins précoce de l'objet d'amour libidinal, la seule défense efficace est l'aptitude à faire son deuil de cet objet perdu. Cette aptitude s'acquiert à chaque stade libidinal par la substitution progressive des objets réels par des objets de remplacement (le mamelon par le pouce, la mère par la voix de la mère, etc... au stade oral, l'objet transitionnel le nounours, le cadeau*

au stade anal, la petite voisine ou la copine de maman au stade génital). L'ancien objet libidinal est de ce fait désinvesti partiellement d'affect au profit du nouveau, l'ancien peut donc trouver maintenant une place dans l'imaginaire et dans le souvenir et par conséquent, même perdu il ne l'est qu'en partie puisqu'il est désormais évocable et révocable à la demande. Seul l'établissement d'un amour de transfert avec le thérapeute et l'acceptation, un jour, d'en faire le deuil permettra au véritable déprimé d'antan d'en être sorti." (G. Vallès in le Processus de changement).

## 5. Les Traitements

Le traitement de l'accès maniaque est l'hospitalisation, voir si nécessaire une mise sous sauvegarde judiciaire. La chimiothérapie fait appel aux neuroleptiques et/ou sel de lithium. Haldol (halopéridol) 20 mg/24 H voir plus, Loxapac (loxapine) 200 à 400 mg/24 H, Nozinan (lévomépromazine) 100 à 300 mg/24 H, quant-aux sels de Lithium, laissons là encore aux médecins psychiatres le soin de prescrire le Teralithe ou le Neurolithium.

Le traitement de la dépression en urgence est l'hospitalisation, si le risque suicidaire est élevé et la chimiothérapie antidépressive. Laissons toujours au psychiatre le soin de prescrire :

- les psychotoniques (actifs sur le ralentissement), les IMAO, Alival, Survector, Pertofran, Vivalan, Kinupril,
- les sédatifs (actifs sur la composante anxieuse) Laroxyl, Elavil, Surmontil, Ludiomil, Athymil,
- les intermédiaires Anafranil, Tofranil, Moxadil, Prothiaden

Une chimiothérapie anxiolytique est un complément indispensable, soit par neuroleptique sédatif (Nozinan, Tercian) si la dépression est *psychotique*, soit une benzodiazépine si la dépression est *névrotique*.

### >> Les psychoses délirantes

Le délire est une construction mentale non conforme à la réalité environnante, auquel le patient apporte une conviction absolue. Le délire va donc orienter le comportement de l'individu. D'un point de vue métapsychopathologique, le délire étant défini par rapport à la réalité, il est nécessaire pour tout thérapeute de réfléchir au sens profond et à la notion de réalité avant de porter un diagnostic de délire.

#### Le thème :

Le plus fréquent est la persécution qui peut s'accompagner d'idées mégalomaniaques,

La revendication (cela est fait contre moi, pour me nuire...)

Le mysticisme (envoyé de Dieu ou possession démoniaque)

La jalousie morbide ou l'érotomanie (illusion d'être aimé)

Les idées mégalomaniaques

#### Le mécanisme délirant :

L'imagination est débordante avec d'importants mécanismes d'interprétations et des phases hallucinatoires. Le sujet peut décrire des états dans lesquels il se sent sous influence. Les hallucinations peuvent être sensorielles (auditives, visuelles, olfactives, gustatives, cénesthésiques ou tactiles) ou psychiques (voix et pensées intérieures). Le délire peut-être plus ou moins systématisé (construit et cohérent). Plus le délire est systématisé plus il y a danger car le délire est construit, voir même cohérent, la conviction du sujet est inébranlable. Le délire systématisé peut être accepté comme la réalité par des sujets faibles, influençables... . Les réactions du sujet délirant peuvent être de type auto-agressif ou hétéro-agressif.

**Le délire paranoïaque** est une affection qui débute vers trente à quarante ans, souvent à la suite d'une perturbation psycho-affective, il est bien systématisé, à base interprétative, les réactions hétéro-agressives sont violentes et fréquentes. Il y aurait prédominance d'atteinte dans le sexe masculin. Il apparaît sur un caractère paranoïaque qui comprend la méfiance, l'orgueil, une hypertrophie du Moi, une grande susceptibilité, la fausseté dans le jugement et la psychorigidité.

La littérature psychiatrique décrit :

- **le délire d'interprétation** de Sérieux et Capgras (délire de persécution et mégalomaniaque),
- **les psychoses passionnelles** (délire de revendication, délire érotomaniaque et délire de jalousie)
- **le délire de relation** de Kretschmer (installé après un échec sentimental humiliant chez un sujet psychasthénique, le délire a pour thème la persécution, la culpabilité sexuelle et la frustration active).

### >> **La psychose hallucinatoire chronique**

C'est un délire de persécution à mécanisme hallucinatoire (hallucinations psychiques et sensorielles), les délires sont systématisés. Les réactions sont de types antisociaux avec une très grande instabilité.

### **La paraphrénie**

Le paraphrénique arrive à rester maître de son délire, à prendre une certaine distance avec ce dernier, mais il existe un important délire juxtaposé à la réalité. L'adaptation sociale est tout à fait possible. Le délire emprunte beaucoup de ses thèmes aux mythes infantiles et archaïques, le langage n'est pas altéré, il est même très riche et très imagé, l'affectivité et les fonctions intellectuelles ne sont pas altérées. C'est donc un délire fantastique, coloré et riche tant dans ses différents modes d'expression que dans sa forme et son fond.

### >> **La Schizophrénie**

C'est une psychose d'évolution progressive comprenant la dissociation de la personnalité psychique qui regroupe une importante indifférence affective, l'ambivalence des sentiments et des actes, d'importants troubles de la pensée, des idées délirantes mal systématisées et la catatonie.

Le syndrome dissociatif commun regroupe les troubles de l'affectivité (indifférence et désintérêt), l'ambivalence des sentiments, les impressions d'étrangeté), les troubles psychomoteurs (le maniérisme, l'ambivalence des actes et la catatonie) et les troubles intellectuels (désordres de la pensée, discordances dans le langage, délires et hallucinations).

**L'hébéphrénie** est la schizophrénie du sujet jeune, la dissociation porte sur l'affectif (indifférence et désintérêt, ambivalence, impression d'étrangeté), l'attitude psychomotrice (inertie motrice) et le comportement (maniérisme théâtral) et les fonctions intellectuelles.

Il peut y avoir des idées délirantes avec hallucinations.

**L'autisme** est la forme la plus poussée avec perte de contact avec la réalité, repliement sur soi-même et introversion totale. L'autisme peut aller jusqu'à la rupture complète avec le monde extérieur et le refuge total dans le monde intérieur imaginaire du sujet.

### **Le syndrome catatonique**

- Stupeur catatonique : le malade reste figé, voir couché en position fœtale, il y a perte totale des fonctions psychomotrices, ce qui entraîne une attitude figée et pétrifiée, la contracture des sphincters entraîne une constipation et une rétention d'urine,
- Négativisme : forme d'opposition à toute tentative pour le mobiliser, il fait souvent le contraire de ce qu'on lui demande,
- Catalepsie : maintien des positions imposées, les mouvements s'accompagnent d'une importante raideur,
- Agitation catatonique : attitudes saugrenues et grotesques, crises de type hystérique, voire états de fureur.

Enfin, nous décrivons la schizophrénie avec prédominance d'un délire paranoïde et une persistante relative de la personnalité

# Les Névroses

## >> Les symptômes névrotiques

Les perturbations de l'activité sexuelle (impuissance, inhibition du désir sexuel, vaginisme, anorgasmie, trouble de l'éjaculation, masturbation compulsive...)

Les troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie)

L'asthénie,

L'angoisse,

Les troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie, choix phobique des aliments)

L'agressivité

Les troubles hypochondriaques

## >> Les états anxieux et phobiques

L'anxiété est un état pénible d'attente accompagnée d'une peur indéfinissable liée à la présence d'un danger imminent. Si l'anxiété n'a pas d'objet, la peur a un objet contre lequel le sujet peut se défendre. L'état anxieux est transitoire et il est lié à l'environnement, aux conflits névrotiques voir à un processus pathologique (crise mélancolique ou accès confuso-onirique). L'anxiété engendrée par un stimulus qui touche principalement les télérécepteurs se décharge à travers le système neurovégétatif sur les muscles respiratoires et particulièrement sur le diaphragme qui bloque sa fonction. L'anxiété est toujours une anxiété d'attente. Mais attente de quoi? Attente de quelque chose qui peut provoquer une situation désagréable : la punition, la douleur, la mort. Nous savons que la peur de mourir, si communément répandue, est du point de vue énergétique la peur de l'orgasme, c'est-à-dire de se laisser aller, de s'abandonner complètement au partenaire, de "mourir" dans l'autre comme disent les Hindous, perdant pour un moment le contrôle (self control) narcissique (du cou) et la conscience du Moi.

La phobie, est une crainte angoissante spécifique et démesurée, déclenchée par la présence d'un objet ou d'une situation et qui disparaît lors de l'éloignement de la cause déclenchante. Le patient est conscient du caractère débordant de sa phobie mais ne peut pas se contrôler. La peur phobique a toujours un lieu avec le traumatisme. Il faut distinguer les états phobiques des obsessions phobiques qui sont contraignantes et qui s'accompagnent de rituels compulsifs. Les mécanismes de conjurations sont souvent utilisés (évitement, aménagement, stratagèmes rassurants...).

L'agoraphobie est la peur liée aux espaces découverts, elle est l'inverse de la claustrophobie. Elle évolue chez des personnalités timides, passives, surprotégées avec des tendances à l'introversion associées à d'importantes inhibitions sexuelles.

Les phobies des situations sociales : peur des examens, peur de rougir, de vomir, de péter, de dire des gros mots en public... Le sujet cherche à fuir le regard de l'autre,

Les phobies d'animaux s'observent plus fréquemment chez la femme et sont les restes de phobies infantiles comme pour les autres phobies.

La phobie des hauteurs (avec peur/attirance du vide), des objets (couteaux, aiguilles, tissus...), des transports... nous trouverons toujours un lien avec l'histoire du sujet.

Les phobies d'impulsions (peur et désirs d'actes homo- ou hétéro-agressifs),

La phobie des maladies ou des phobies portant sur l'aspect du corps.

Freud a analysé chez le petit Hans la peur d'être mordu par les chevaux. En effet, sur un mode régressif oral, la crainte d'être castré par le père est ainsi déplacée. En évitant la morsure du cheval, le petit Hans évite la castration par le Père et en même temps fait l'économie de son conflit d'ambivalence.

Ainsi dans l'organisation phobique, la situation redoutée a pour chaque personne une signification inconsciente précise. D'une façon détournée elle symbolise la tentation ou la punition d'une pulsion interdite, le plus souvent sexuelle.

Dans les états anxieux et phobiques les anxiolytiques sont d'utilisation courante

## >> Classification des névroses

### **La névrose d'angoisse**

Affection fréquente, surtout chez la femme, elle se manifeste dès la fin de l'adolescence lors d'accès paroxystiques sur terrain anxieux permanent. L'attente anxieuse (état d'alerte, de tensions et d'inquiétude permanente) est le symptôme le plus courant. Les séparations et les abandons sont sources de réactivations bruyantes. L'attaque d'angoisse peut submerger la personne brutalement et à n'importe quel moment. L'angoisse est libre, flottante, sans objet précis. Elle entraîne un sentiment de danger, de déréalisation, de désorganisation, d'impuissance associée à une grande détresse avec sensation de perdre la raison et peur de mourir. L'attaque s'accompagne de pâleur,

halètements, sueurs, tremblements, tachycardie, palpitations, constriction thoracique, nausées, vertiges, brouillard. La crise cède parfois dans une débâcle polyurique et diarrhéique.

- Les formes somatiques :

Manifestations cardio-vasculaires : palpitations, tachycardies, lipothymies, précordialgies,  
Manifestations respiratoires : dyspnée asthmatiforme, hyperventilation avec crise de tétanie, toux nerveuse,  
Manifestations digestives : barre épigastrique, spasme pharyngé, gastrique ou intestinal, colite spasmodique, spasmes anorectaux,  
Manifestations génito-urinaires : douleurs abdomino-pelviennes, cystalgies, pollakiuries,  
Manifestations sexuelles : inhibitions sexuelles diverses,  
Manifestations neurologiques, sensorielles ou musculaires : céphalées, lombalgies, algies posturales, prurit, tremblements, vertige... troubles du sommeil et asthénie.

- L'évolution peut se faire vers des décompensations dépressives ou névrotiques.

Même si certains s'accordent à reconnaître des facteurs prédisposants constitutionnels, le plus souvent ce type de névrose d'angoisse est le résultat de perturbations et traumatismes (mère anxieuse, parents immatures, séparation, abandon...) dans la petite enfance. Lors de la triangulation Œdipienne, l'émergence de désirs infantiles intenses et contradictoires, difficilement formulables, a généré de l'angoisse. L'angoisse névrotique, qui envahit le sujet lors de toute manifestation du désir perçu comme incestueux, est d'apparition plus tardive dans la psychogenèse que l'angoisse psychotique. Elle est beaucoup plus gérable par le sujet dont la maturité et les mécanismes de défense ont eu le temps de se mettre en place et de se perfectionner. Il s'établit un équilibre qui rend supportable le conflit entre les pulsions et leur répression.

Dans la crise d'angoisse il faut apaiser et ne pas hésiter à utiliser les anxiolytiques par voie IM puis per os (Valium, Tranxène, Equanil...).

Ensuite, la thérapie devient l'indication principale, même si une chimiothérapie de fond en per os est conservée.

### **La névrose hystérique**

La crise est souvent assez banale : évanouissement, tétanise ou convulsions, des décharges agressives peuvent se voir.

Les manifestations durables :

L'atteinte motrice : Astasie-abasie (incapacité à rester debout ou à marcher, précédée de crises d'angoisse avec des vertiges), les paralysies et les contractures, les mouvements anormaux (tremblements, mouvements choréiques, tics...).

Les atteintes sensibles : les anesthésies, les zones hyperesthésiques et les algies.

Les atteintes sensorielles avec troubles visuels et auditifs.

Les atteintes de la phonation : aphonie ou dysphonie, bégaiements, aboiements ou mutisme total.

La localisation et le choix du symptôme doivent être compris en fonction de leur rôle symbolique d'expression d'un conflit intrapsychique sous-jacent. Les bénéfices secondaires peuvent conditionner le mode d'apparition et la persistance des symptômes hystériques.

Attention, ne jamais se satisfaire du diagnostic d'hystérie sans avoir pratiqué ou fait pratiquer un examen somatique et neurologique complet. D'autre part, un(e) hystérique a le droit de faire en plus une vraie maladie somatique !

L'amnésie (mécanisme de défense) est très présente chez l'hystérique, elle peut s'accompagner d'inhibition intellectuelle.

Dans la névrose hystérique nous voyons fréquemment se mettre en place des troubles des conduites alimentaires et sexuelles.

Si Freud ne fût pas toujours satisfait de son élaboration théorique sur l'hystérie, surtout dans la conversion, je pense que c'est son point de vue dualiste et son penchant trop psychanalytique au détriment du corps et de ses mécanismes émotionnels et énergétiques, qui ne lui ont pas permis d'expliquer totalement les mécanismes hystériques.

Dans la névrose, la femme s'offre à l'autre en se servant de l'image du père. Dans la perversion, elle se sert de l'image phallique. Dans la névrose, la femme souffre du manque de pénis dont elle est privée. L'hystérique, par le déni, s'accorde dans l'imaginaire que là où il y avait un phallus, il n'y en a plus. Elle s'assure donc la castration imaginaire de l'autre et devient ainsi le phallus imaginaire pour l'Autre qui en a le manque. L'hystérique par son comportement suscite l'envie de l'homme

devenant ainsi Femme pour le phallus réel. Refusant alors de donner SA jouissance, elle rend réelle l'impuissance de l'homme à la faire jouir. Elle a ainsi la preuve qu'elle a CE par quoi ils échouent. Celui qui copule avec l'hystérique le fait en remplacement symbolique du père qui serait, si un tel père existait, le seul à savoir la faire jouir. Cette situation anxigène est source de confusion, elle entraîne une anorgasmie vaginale, sorte de conjuration des fantasmes de pénétration œdipiens.

Nous voyons donc comment *le manque* et la problématique œdipienne entraînent un "NE PAS VOULOIR" plus qu'un "NE PAS POUVOIR". Pour en sortir, un important travail de deuil et de renoncement sera donc nécessaire.

Pour simplifier à l'extrême les mécanismes de défense des hystériques, on pourrait dire que chaque fois qu'émerge un désir celui-ci est tellement violemment œdipien qu'il est aussitôt réprimé et remplacé par un symptôme permettant de mettre en scène ce désir autrement. Le désir inconscient est ainsi camouflé et la *comédie hystérique* peut s'exprimer en toute innocence. Il ne faut pas traiter l'hystérique de nymphomane, et ce dans un jugement de valeur à connotation péjorative. La nymphomane fait l'amour avec une certaine rage et n'est jamais satisfaite. Le caractère hystérique couvre une oralité de base. Autrement dit, l'hystérique, qu'il soit homme ou femme, nourrit son oralité à travers la sexualité. Au moment où il dépasse l'oralité, il n'accède pas à l'orgasme mais à la joie de la satisfaction. En ce qui concerne les aspects dépressifs réactionnels, nous pouvons pour preuve nous référer au blocage du bassin des hystériques qui comporte un résidu, une tension, pas un blocage au niveau oral.

En ce qui concerne le traitement :

Il est dommage que le terme d'hystérie ait encore autant de connotations péjoratives. Il convient donc, en premier lieu, de montrer au patient que nous l'entendons dans sa souffrance et que nous savons qu'il ne fait pas de la comédie. La névrose hystérique, au même titre que les autres névroses, doit être confiée à des thérapeutes spécialisés, sachant prendre en charge cette pathologie dans un cadre analytique psycho- et somatothérapeutique. Dans ce cadre, l'hypnose permet une amélioration plus rapide.

### **La névrose phobique**

Les malades consultant pour névroses phobiques, d'après la littérature psychiatrique représentent 2 à 3% des consultations psychiatriques. On peut dire qu'il n'existe pas à proprement parler de névrose phobique ; il s'agit le plus souvent de phobies survenant dans des névroses hystériques ou obsessionnelles.

Dans la phobie, le phobique aux prises avec ses désirs œdipiens les projette à l'extérieur.

### **La névrose obsessionnelle**

C'est la forme la plus organisée et la plus invalidante de la pathologie névrotique. Elle est le résultat de la survenue d'obsessions et de compulsions sur une personnalité psychasthénique ou obsessionnelle.

Les obsessions : "*Ce sont des irruptions dans la pensée d'un sentiment, d'une idée, d'une tendance, apparaissant au malade comme un phénomène morbide en désaccord avec sa pensée consciente, qui émane pourtant de sa propre activité psychique et persiste malgré ses efforts pour s'en débarrasser*" (Pichot).

Ces contenus psychiques assiègent l'esprit (obsido,as,are : assiéger) et surviennent à n'importe quel moment. Ainsi on distingue les obsessions phobiques (craintes de toutes natures qui existent même en dehors de l'hypothétique objet), les obsessions idéatives (ruminations obsédantes sur divers sujets, idées, craintes, comportements...) et les obsessions impulsives (crainte angoissante d'être obligé de façon irrésistible à commettre un acte absurde ou dangereux).

Les compulsions et les rites sont toujours présents dans ce type de névrose. La compulsion est un acte contraignant et nécessaire, répétitif et gênant, exécuté avec formalisme et rituel. Il doit s'accomplir, même si la personne sent l'absurdité de cet acte. Les plus fréquents : rites de lavage, de désinfection, de décontamination, de vérification, de toilette, d'habillage... gestes et formules conjuratoires accompagnent le rite.

Parfois les rites sont détachés de l'obsession : l'onomatomanie (obsession idéative : recherche obsédante de la signification d'un mot), des obsessions phobiques (crainte de dire ou de faire ce qui ne doit pas être dit ou fait), l'arithomanie...

L'évolution est habituellement chronique, avec parfois des périodes de rémission, des crises de type mélancolique peuvent survenir.

L'obsédé, comme tout névrosé qui se respecte, est sollicité par ses désirs œdipiens. Le Moi tente de se défendre en régressant au stade sadique-anal, ainsi les désirs érotiques se transforment en pulsions agressives et destructives. Le Moi reste abusé et méconnaît les désirs érotiques œdipiens qu'il combat. L'obsédé a intériorisé la situation dangereuse. L'obsessionnel préfère encore conjurer le risque œdipien plutôt que d'affronter le risque du plaisir sexuel qui le confronterait à ses propres désirs. Devant l'effroi entraîné par ses désirs œdipiens, l'obsédé régresse et se fixe à la problématique anale, qu'il sait gérer sans trop d'angoisse. Il établit ainsi un compromis entre ses pulsions inconscientes qui le poussent vers le désir génital de la mère œdipienne, d'une part, et ses contre-pulsions inconscientes surmoïques répressives liées à la crainte du père.

### **La névrose traumatique**

Peut-on vraiment parler de névrose traumatique liée à un traumatisme qui l'aurait déclenchée. Nous pensons qu'il faut prendre en compte deux paramètres :

La fragilité psychoaffective préexistante chez l'individu avant le traumatisme. Ainsi le traumatisme ne serait que le déclencheur d'une névrose latente qui évoluait à bas bruit ou serait à l'origine d'une décompensation psychologique liée à des traumatismes plus anciens. Ainsi il faudra comprendre l'événement traumatique, non pas simplement dans son histoire présente, mais dans ses sens et la réactivation de traumatismes et de conflits plus anciens refoulés.

Les réactions de l'entourage et de la société, surtout une attitude surprotectrice ou négative du conjoint va mettre en place un système régressif. Le névrosé va obtenir grâce à sa maladie, une source de bénéfices secondaires pour lui, qui peut s'avérer très importante pour *le conjoint(e) soignant(e)*. L'anticipation de gains financiers, pouvant être obtenus lors de l'expertise, est un paramètre à ne pas méconnaître.

### **>> Les états limites**

En 1931 Freud reconnaît l'existence d'un type libidinal narcissique sans Surmoi complètement constitué où l'essentiel du conflit post oedipien ne se situe pas dans une opposition entre le Moi et le Surmoi. Le Moi se défend par le dédoublement des imagos et le déni mais sans dédoublement "vrai" du Moi, sans fragmentation comme dans la psychose. Les états limites sont des organisations autonomes et distinctes des névroses et des psychoses, beaucoup plus labiles que ces deux structures.

L'individu a pu dépasser au cours de sa psychogenèse les fixations prépsychotiques. Cependant, au moment de l'évolution œdipienne, cet individu a été victime d'importants traumatismes psychosomatiques. La tentative de séduction de la part d'un adulte va entraîner un mouvement pulsionnel trop violent alors que le Moi est encore trop faible, immature et inorganisé. Le refoulement étant inopérant, se met ainsi en place une frustration, une menace contre l'intégrité narcissique. Se génère alors une dépendance anaclitique à l'autre avec nécessité d'être en même temps objet distinct. Le refoulement n'étant pas assez opérant se mettent en place un dédoublement des imagos, des réactions projectives, des conduites d'évitement et de forclusion, des fixations à un idéal du Moi infantile et mégalomane. Les tentatives, sans résultat, pour atteindre cet idéal du Moi sont génératrices d'états dépressifs.

Face à un traumatisme actuel s'avérant désorganisateur, l'état limite va faire des aménagements face à la dépression : Si le Surmoi est assez fort, il mettra en place une organisation névrotique ; si le Moi s'écroule il glissera vers la psychose enfin si la régression vers un mode somatique s'installe à la place des conduites sexualisées, il déclenchera tout un ensemble de maladies psychosomatiques.

Dans une évolution sans traumatisme dans l'actuel, l'état limite aménagera trois types différents de caractère :

- La névrose de caractère met en place une relation conflictuelle entre le Moi et l'objet. L'individu est plutôt hyperactif, avec un imaginaire pauvre et accuse en permanence son entourage car il n'arrive pas à réparer sa blessure narcissique.
- La psychose de caractère : Ici pour lutter contre la blessure narcissique se met en place une certaine forme de déréalisation. On ne peut pas parler de déni de la réalité. L'individu a un comportement relationnel chaotique avec des phases d'agressivité et des phases d'isolement, il est aussi dans l'hyperactivité avec un important besoin d'être reconnu soit en se faisant aimer, soit en se faisant craindre.
- La perversion de caractère : Le Surmoi est inexistant, la culpabilité est très atténuée, le besoin de réparation de la blessure narcissique met en place des conduites compulsives et agressives. La réussite de cette réparation et de l'évitement de l'angoisse est le résultat de la mise en place d'un déni du sexe de la femme, du surinvestissement de

l'objet partiel phallique sur un mode narcissique et des fixations soit sur des zones érogènes partielles et/ou à des stades prégénitaux. Pour ce type de pervers la dépendance à l'objet ne doit pas pouvoir se mettre en place et ce dernier doit toujours être dominé.

### **Les stades et leurs traits de caractères libidinaux**

**Le stade oral**, occupe la première année. Une symbiose se crée entre la mère et l'enfant, nécessaire pour que la mère réponde aux besoins de son enfant qui ne les exprime pas encore sur le mode relationnel "des humains socialisés". Le plaisir de la succion est un des premiers plaisirs sexualisés, le sein n'est pas le premier objet d'amour. L'oralité, l'époque du besoin, mais aussi du manque et de la carence, va débiter par une période de succions et de demandes de satisfaction des besoins primaires (être nourri, chauffé, sécurisé, aimé etc...). Quand les réponses sont inadéquates, l'agressivité et la rage vont apparaître manifestant alors l'ambivalence face à l'objet. Avide, l'oral est difficile à satisfaire, il ne supporte pas les frustrations. Son insatiabilité lui permet, tout en "parasitant" l'Autre pour se gaver, de culpabiliser l'Autre dans une relation où il est dans la revendication. Dans le désir qu'on s'occupe de lui, mais rejetant l'Autre, il refuse ce qui peut lui être apporté, mettant ainsi l'Autre dans l'impuissance. Les traits oraux sont caractérisés par une difficulté fondamentale de contact, soit de type passif (dépendance), soit de type actif (agressivité orale). L'érotisme oral sera satisfait par la nourriture, la boisson, le tabac, la drogue, les baisers.... La générosité est très étroitement liée à l'érotisme oral mais nous devons nous méfier de ne pas attribuer au sadisme anal les comportements de revendications orales qui peuvent s'associer à une agressivité (rage), conséquence des frustrations et des traumatismes de cette époque. L'oralité oriente le comportement de l'adulte vers la possessivité liée à la peur d'abandon. Il y a tout de même des "oraux" heureux... pleins de rondeur et de complétude, satisfaits de ce qu'on leur offre ; ils sont capables de donner et de recevoir.

L'oral, dans le vrai sens du terme, n'existe pas en réalité. Il comporterait en fait, un état mélancolique sous-jacent. Ces traits de type oral trouvent leurs origines dans les trois, quatre premiers mois de vie et peuvent conduire à des situations psychotiques quand il y a un flux énergétique vers les yeux ou à des états-limites si au contraire le flux énergétique se déplace vers le cou et le thorax haut. Aujourd'hui, il est bien difficile de trouver une personne qui ait donc pleinement dépassé la phase orale. N'importe quelle situation de dépression, de frustration, de perte affective, engendre toujours une émergence de ces traits oraux. L'insatisfaction liée à l'allaitement ou le sevrage précoce et la relative perte du sein maternel engendrent une position dépressive qui marquera toute l'existence de l'individu. Il faut, bien sûr, distinguer les aspects de l'insatisfaction de ceux de la frustration liée à la perte du sein. Le manque et l'insatisfaction dans l'allaitement déterminent une tendance à la dépression devant certaines situations. Un sevrage brusque détermine un comportement rageur. La rage est une tentative inconsciente d'autothérapie ; dans un certain sens, la rage sert à ne pas se déprimer.

### **Distinguons deux aspects caractériels oraux :**

- L'oral insatisfait est le sujet qui, en profondeur, cache toujours la situation dépressive, mais il en est pleinement conscient. Il cherche à compenser à travers la nourriture, l'alcool, le tabac ou à travers tout substitut (y compris sexuel) qui puisse lui donner une satisfaction au niveau oral. Dans les cas les plus graves, l'oral insatisfait, pour ne pas tomber dans la dépression, peut glisser énergétiquement vers le haut en situation psychotique.
- L'oral déplacé a été poussé à manger, à mordre, à se servir de ses dents, avant même qu'il n'ait découvert le plaisir lié à cette fonction. Il n'est pas conscient de posséder cet aspect dépressif et s'en défend régulièrement à travers une attitude réactionnelle enragée. La défense de "serrer les dents et aller de l'avant" fait que cette énergie se trouve soustraite du troisième niveau (cou) qui se rigidifie. L'oral déplacé a un trait narcissique très fort, montre de l'obstination et souvent une attitude de défense et de dépréciation pour tout ce qui peut être psychologie et encore plus pour la psychothérapie.

### **Faisons une distinction entre jalousie et possessivité :**

- La jalousie est liée à une situation dépressive-anxieuse. Le sujet jaloux, pour se décharger de l'anxiété, va fantasmer sur la personne aimée, engendrant un scénario fantasmatique et récurrent, puis des actions compensatrices comme fumer, boire, etc...
- La personne possessive est plus souvent un oral déplacé. Elle n'admettra jamais son caractère possessif, à cause de son trait narcissique que l'on peut repérer au niveau du

cou : " mon partenaire va avec un autre? Peut-être, mais il revient toujours à moi ! ". C'est cette assurance de type paranoïaque qui caractérise la personne possessive.

Cette différence est importante à faire au niveau clinique. Pour certains, la "*possessivité*" implique la "*jalousie*", à savoir le sentiment très violent d'une trahison de l'autre... de tous les autres.

Le trait caractériel oral est présent dans tous les autres types de "caractères". Au cours du développement psychoaffectif le passage à la génitalité du caractère mature advient tout de suite après avoir dépassé la situation orale de base. Dans le caractère hystérique nous retrouvons souvent deux aspects contraires de type oral qui sont, pour les femmes en particulier, ou l'anaphrodisie (dans le cas de la déprimée insatisfaite) ou la nymphomanie (anaphrodisie et nymphomanie sont les deux faces de la même pièce). Le prolongement de l'allaitement après neuf mois provoque l'instauration de la caractérialité dite "passif féminin".

**Le stade anal**, puis sadique-anal (de 2 à 4 ans) est la période pendant laquelle le plaisir et le déplaisir sont fixés sur la défécation. La région anale et périnéale va devenir source de satisfaction ou de désagrément. "Rétention" et "libération" du caca, "colère", "mutisme" et "opposition agressive" caractérisent cette période. Le contrôle de cette région va permettre à l'enfant de dire OUI ou NON, "d'offrir ou de ne pas offrir". La région anale peut être l'objet de soins qui paraissent parfois plus satisfaire l'adulte que l'enfant (usage intempestif de pommade, du thermomètre ou des suppositoires...). Le stade anal est l'étape la plus importante entre l'oralité et la découverte de la sexualité. S. Freud décrit le caractère anal comme une triade de traits fondamentaux : parcimonie, exactitude et obstination. L'érotisme anal se met en place sous l'action de comportements érotisant l'enfant et surtout au niveau de l'apprentissage du contrôle ses sphincters et de l'éducation. L'agressivité sadique-anale va orienter le comportement de l'adulte vers la prise de pouvoir, la manipulation, l'obsessionnalité et les comportements sadomasochistes. Bergeret insiste sur la collusion entre traits de caractère anaux et sadisme. Le sadisme est un trait agressif, pas toujours érotisé. Il est donc nécessaire de distinguer l'érotisme anal, qui n'a rien de sadique car économiquement libidinal, et le sadisme qui est lié aux pulsions agressives. La triade de Freud est insuffisante et la position de Abraham nous permet de reconsidérer cette période autrement.

La première phase du stade anal (réjection) et la deuxième partie (rétention) nous permettent de situer entre ces deux phases une limite supérieure à la période archaïque. Les traumatismes des périodes intra-utérine et archaïque conduisent à une structuration de type psychotique, alors que, d'apparition plus tardive, les traumatismes de la phase anale entraînent la mise en place d'une structure névrotique ou psychonévrotique. La première phase qui vise à la destruction de l'objet, est bien du registre du noyau psychotique avec comportements de rejet, de destruction et de comportements réactionnels liés à l'éducation sphinctérienne : révolte contre l'autorité, revendication, permanente, attitudes méprisantes etc... Cet anal est plutôt impulsif, irritable et rageur

La deuxième phase (rétention objectale) vise à prendre le contrôle de l'objet, elle fait bien partie de la structuration névrotique. La triade Freudienne fait partie de cette deuxième partie avec comportement de mépris et de fécalisation... cet anal est plutôt coléreux, rancunier, l'investissement des fèces par la libido l'entraîne dans le registre de la possession/dépossession, Posséder/Echanger, Contrôler/Donner etc.....

P. Bernard et Ch. Brisset nous proposent pour mieux comprendre les mécanismes obsessionnels l'approche suivante :

#### Traits de Caractère Sadique anal (tourné vers le plaisir)

Fixation au plaisir de déféquer : Difficulté d'abandonner les objets, obstination, entêtement, collectionneur, angoisse de séparation,

Réaction à l'interdiction de déféquer : Saleté, Rejet, Injures et tendances scatologiques, révolte contre l'autorité, ironie, sarcasmes,

#### Traits de Caractère Obsessionnel (lutte contre le plaisir)

Fixation au plaisir de déféquer : Tendance aux cadeaux, prodigalité, résignation, soumission.  
Réaction à l'interdiction de déféquer : Surpropreté, politesse exagérée, obséquiosité, bonté, souci de justice, défense des faibles, Respect outrancier de l'autorité.

### **Le Stade Urétral**

Ce stade est décrit par certains auteurs, les voies urinaires vont également subir les mêmes investissements libidinaux, l'urine devient un objet chargé de sentiments, de sensations, et de fantasmes. Pour l'enfant, à cet âge "pipi" = éjaculation. Une de nos patientes, après la mort de son

père alors qu'elle avait trois ans, a "pris sa place" dans le lit de sa mère. Toutes les nuits, elle "pissait" dans le lit de sa mère... qui acceptait cela très bien. Quand à 12 ans, elle est entrée à l'internat, son incontinence urinaire s'est arrêtée du jour au lendemain. Nous parlerons plutôt de traits de caractère urétraux que de l'existence à proprement parler d'un stade urétral. Ce passage presque obligatoire pour l'accession au stade phallique met en scène des traits de caractère qui mettent en exergue la compétition. Après "le caca", "le pipi" devient en fonction de la dynamique psychologique parentale un objet chargé de sentiments, de sensations et de fantasmes. Les voies urinaires vont être érotisées et l'écoulement de ce liquide tiède va provoquer un plaisir urétral ; comme dans l'érotisme anal, l'objet va être la cible de ce "*jet ambivalent*".

**Pendant le stade phallique**, l'investissement libidinal se porte principalement sur les organes génitaux. Le phallus est fortement investi par les enfants des deux sexes d'une fonction de pouvoir. C'est la découverte de la différence des sexes.

La sexualité prégénitale va laisser des empreintes qui modifieront selon les individus le fonctionnement sexuel de l'adulte selon deux grands axes :

- l'oralité oriente le comportement de l'adulte vers la possessivité liée à l'angoisse d'abandon,
- l'agressivité sadique-anaïle oriente le comportement de l'adulte vers la prise de pouvoir, la manipulation, l'obsessionnalité, les comportements sadomasochistes...

De nombreux fantasmes et comportements sexuels liés à ces stades prégénitaux peuvent persister chez l'adulte.

Nous sommes déjà dans la différence des sexes et la compétition ; le phallus tel qu'il est défini dans les concepts, va être investi du pouvoir que va lui conférer l'enfant. L'objet ne compte plus ; seul la possession du phallus intéresse l'individu. Ce dernier, à l'extrême, est un "*phallus*" incapable de supporter la contradiction ou l'échec. Erigé, il recherche l'admiration de tous. La peur de la castration module cette phallisation du corps.

Enfin ce qui représente l'axe majeur de la psychanalyse : **le 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, le complexe 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 de même sexe et haine jalouse pour le parent de sexe opposé. Selon Freud, le complexe d'Œdipe est vécu dans sa période d'acmé entre trois et cinq ans lors de la phase phallique ; son déclin marque la période de latence et il connaît à la puberté une reviviscence et est surmonté avec plus ou moins de succès dans un type particulier de choix d'objet"*.

Nous avons tenu à citer Laplanche et Pontalis avant de dire que le complexe d'Œdipe est un concept plaqué par Freud sur l'humanité même si, au niveau anthropologique, on retrouve la notion universelle de la triangulaire, mais pas celle du "*fameux complexe*". Freud a présenté le complexe d'Œdipe en imputant à l'enfant la responsabilité de ses actes liés à ses désirs, ce qui entraînera une culpabilité telle que le pauvre Œdipe n'aura même plus ses yeux pour pleurer. Nous voyons que Freud présente le complexe d'Œdipe en omettant de dire que cet enfant ne se doutait pas qu'il tuait son Père et qu'il faisait l'amour à sa mère, mais surtout en omettant de rappeler que le crime originel n'est pas l'inceste et le meurtre, mais d'un infanticide, car Laïos, roi de Thèbes et sa femme Jocaste ont tenté de tuer Œdipe. La question est : s'agit-il d'un acte incestueux réactionnel (inconscient) ou un désir de mort (conscient) des parents pour assurer leur survie ?

De nos jours, l'inceste affecte au moins 65% des relations père/fille, mais est aussi très fréquent entre une mère et son fils. Les relations incestueuses homosexuelles mère/fille sont plus fréquentes que les relations père/fils. Dans nos groupes plus de 60% des patient(e)s ont été incesté(e)s de façon réelle ou symbolique. Nous devons rompre le silence, ne pas avoir peur de dénoncer, ceux qui ont des comportements incestueux, mais aussi ceux qui le cautionnent. Dans les cas d'inceste Père/Fille, comment la mère peut-elle être aussi aveugle ? La clinique nous montre qu'en général, un équilibre familial se met en place grâce au cautionnement de la mère. Ses bénéfices secondaires permettent de comprendre son attitude. Dans ce type de famille, nous retrouvons toujours des systèmes de liens très pathologiques, une confusion des rôles et des places des uns et des autres, et un mode familial transgressif. Toute la famille est sous la dépendance de règles implicites incestueuses respectées par l'ensemble des membres de la famille, ce qui préserve ainsi un équilibre général.

Notons aussi que l'inceste étant un fantasme très répandu, les autres adultes (instituteurs, professeurs, policiers, médecins, juges etc...) cautionneront la parole de l'adulte contre celle de l'enfant. L'inceste est quelque chose d'admis dans leurs inconscients. Ils ne peuvent donc pas

condamner ceux qui font ce qu'eux-mêmes ont dans leurs fantasmes et leurs désirs. Il est de notre devoir de thérapeute de rompre cette loi du silence. Il est de notre devoir de protéger l'enfant. *Le respect pour les parents, les grandes personnes* ne devraient pas exister, ni dépendre d'une loi ou d'une morale. Un enfant respecte un adulte si cet adulte est respectable, nul n'est besoin de loi ou de morale.

On parle souvent de l'inceste qui arrive le plus souvent entre six et douze ans, voire après, soit sous forme de caresses érotisées ou génitalisées, soit sous forme de rapports sexuels. Mais attention, l'inceste peut prendre des formes très larvées allant d'une forme symbolique à l'abus sexuel. L'inceste symbolique couvre la gamme des comportements allant de l'érotisation des soins (suppositoires tous les soirs, masturbation au mytosil, canule intravaginale, baisers et caresses génitales...), à l'érotisation de certains comportements (caresses à l'enfant uniquement quand il est dans la séduction, fessées avec un cérémonial bien codifié, violences, humiliations, punitions érotiques...), système éducatif répressif (le père est jaloux de sa fille comme un amant, la mère est heureuse d'entendre son fils dire qu'il l'épousera quand il sera grand, interdit de relations à l'extérieur de la famille...).

Pour nous, l'Œdipe est une référence à la triangulaire et il correspond à la rencontre entre les désirs tout à fait normaux de l'enfant pour un ou l'autre de ses parents et les désirs souvent inconscients de ses parents. C'est donc en fonction de la gestion de la réponse des parents aux désirs de l'enfant que pourront se mettre en place la résolution du complexe d'Œdipe et la projection des désirs de l'enfant sur le monde extérieur. La période œdipienne couvre donc une période qui va de la vie pré-utérine (où l'on peut déjà voir les désirs fantasmatiques incestueux d'un parent pour l'enfant qu'il désire tant avoir comme objet de plaisir) à la période génitale. Nous préférons parler de période œdipienne ou de phase œdipienne car chaque stade s'inscrit en rapport à un précédent qu'il inclue en lui. Pour le stade œdipien, il en est de même. Il est précédé et se construit sur un certain nombre de bases.

### **Traits de caractère agressifs pouvant se fixer à différents stades**

#### **1/ Sadiques**

Le sadisme est une pulsion réactionnelle aux frustrations subies (durant la phase orale = sadisme oral ; durant la période anale = sadisme anal ou durant l'instauration de la période œdipienne = sadisme clitoridien/phallique). Les manifestations psychologiques du sadisme sont les mêmes pour les deux sexes et renforcent les traits masochistes parce que, consciemment ou inconsciemment, ils engendrent de la culpabilité ; le masochisme renforcé trouve dans d'ultérieures manifestations sadiques sa compensation. Il naît ainsi un cercle vicieux qui se définit communément comme "sadomasochisme". Cet aspect psychologique n'est pas omniprésent, mais peut présenter des aspects bien différents, comme le montrent les sujets avec une instance masochiste, non sadique. Le besoin primaire de gratification est frustré dans le sadisme. Il provoque, comme réaction de type narcissique primaire, la nécessité de satisfaire une omnipotence à travers la prise de pouvoir sur l'Autre, que ce soit physiquement ou psychologiquement.

#### **2/ Masochistes**

Le fonctionnement plus ou moins bloqué du diaphragme détermine souvent les aspects psychologiques caractéristiques qui s'expriment dans le masochisme. Localiser le masochisme au niveau du diaphragme signifie le lier à la physiologie de la respiration. Le réflexe respiratoire est acquis à la fin de la vie intra-utérine. Des premiers blocages à ce niveau de la vie vont déterminer des empreintes masochiques. Le sadisme et le masochisme sont des aspects psychologiques que nous retrouvons fréquemment associés ensemble dans divers types de caractères. Il y a des liens qualitatifs et quantitatifs entre masochisme et sadisme, mais leur genèse psychosomatodynamique est différente. En d'autres termes, le masochisme et le sadisme peuvent coexister avec différents degrés de qualité et de quantité de dosage.

L'origine du masochisme se trouve dans tous les types d'émotion capables de provoquer l'anxiété, c'est-à-dire un certain type de peur. Le blocage diaphragmatique peut être le résultat d'une anxiété due aux sentiments de culpabilité inconscients. Quand on arrive à une situation de "déblocage" du diaphragme, apparaissent des mouvements involontaires préorgasmiques qui provoquent souvent chez le sujet des manifestations d'angoisse. Reich souligne que le masochisme est une pulsion secondaire parce que l'individu réprime ces mouvements qui pourraient disparaître dans le transport énergétique orgasmique comme mécanisme naturel de la sexualité génitale : en fait, il n'y a pas une tendance biologique au déplaisir, comme le présumait Freud, et le masochisme est la réalisation de la peur de mourir. La peur de mourir est la caractéristique commune à tous les névrosés (pratiquement tous les "normovrosés" sont apeurés par l'orgasme). Dans le masochisme est aussi présente la peur d'exploser : l'attitude caractéristique masochiste est celle d'imploser, de

subir, supporter, tolérer, "encaisser", mais comme cela arrive avec la goutte d'eau qui fait déborder le vase, à un certain moment, le masochiste saturé de son propre auto-préjudice explose et à chaque fois, l'explosion est gravement destructrice tant pour lui et que pour les autres.

L'angoisse orgastique du masochisme est vécue comme excitation déplaisante car elle n'aura pas ensuite la possibilité de se décharger avec l'orgasme. Mais une excitation qui n'a pas la possibilité de se décharger, se transforme en une agitation déplaisante: le masochiste est celui qui est capable de transformer le plaisir en déplaisir. Puisque le masochiste est une personne qui souffre et fait souffrir, on a toujours pensé que masochisme et sadisme seraient des aspects opposés d'une même structure, mais ces antithèses dialectiques peuvent se transformer l'une dans l'autre quand il y a la présence d'une condition de blocage au niveau oral, abdominal (anal) ou pelvien (urétral). Ceci signifie que la présence du masochisme n'implique pas nécessairement celle du sadisme comme cela se produit dans la caractérialité *délicieusement* névrotique de l'hystérique, de qui nous parlerons plus loin.