

Psychopathologie générale de l'adulte : sémiologie, nosographie et développement psychique

Introduction

Structure névrotique

Structure psychotique

Structure narcissique

Astructuration

Introduction

On va se promener entre la clinique du regard (l'observation clinique du 19^{ème} siècle telle que les psychiatres nous les décrivent dans le but de faire des classifications) et celle de l'écoute qui correspond à la révolution freudienne (et même avant), on ne regarde plus mais on écoute.

On va d'abord distinguer le normal du pathologique. Avec Freud, cette distinction va être beaucoup plus floue. Pour lui, la psychopathologie nous montre en grossissement ce qui se trouve dans le normal. Avant dans la psychiatrie du 19^{ème} siècle, l'aliéné n'a aucuns points communs avec le normal. Aujourd'hui, c'est une question de quantité et non pas de qualité (une angoisse infantile qui va durer plus longtemps...).

1. Le diagnostic.

Quelques définitions :

La psychopathologie est composée de psycho (psyché, psuché) et de logos (langage, étude) et aussi de pathos (la souffrance, maladie). C'est donc l'étude de la pathologie du psychisme.

La psychiatrie est l'étude de la souffrance du psychisme et de la maladie, c'est le traitement des maladies mentales (psyché = âme et iatos = soins).

Le diagnostic psychiatrique va porter sur la clinique psychiatrique. Elle isole et hiérarchise des symptômes pour les grouper en syndrome.

Le symptôme est le signe d'un trouble, c'est le phénomène particulier qui provoque dans l'organisme l'état de maladie.

Le syndrome est un groupement de signes et la réunion d'un groupe de symptômes qui se produisent en même temps dans un certain nombre de maladies ayant des causes différentes ;

exemple le syndrome fébrile : tachycardie, sueurs, hyperthermie... que l'on peut trouver dans plusieurs maladies (grippe rougeole etc.)

Le diagnostic permet et va viser le groupe de symptômes.

La sémiologie est l'étude des signes de la maladie. *

La nosographie concerne la classification méthodique de la maladie selon des critères d'exclusion et de différences. Elle permet de constituer des entités complètement distinctes entre elle et de la normalité (Freud a travaillé avec la nosographie de Kraepelin).

La nosologie est la science sur laquelle repose la nosographie. L'étude des caractères distinctifs qui permettent de définir les maladies.

L'étiologie est l'étude des causes de la maladie, son origine. Ce n'est pas l'étiologie qu'il faut rechercher en 1^{er}, il faut commencer par décrire donc par une approche sémiologique : la 1^{ère} question qu'il faut se poser est comment ? et ensuite pourquoi ?

2. **Les 1^{er} temps de l'histoire de la psychopathologie.**

Le Moyen Age et la notion de folie : c'est l'époque du diabolisme, le mauvais esprit s'est emparé de l'esprit du " fou " (et non du malade) ⇒ Esquirol, Pinel.

Le début du 19^{ème} siècle et l'aliénation mentale : l'aliéné n'a rien à voir avec la normalité, lorsqu'un homme est aliéné momentanément il ne fait plus partie des hommes " normaux ". Il y a toujours l'idée d'une crise s'emparant de la psyché et lorsque la crise est finie, l'aliéné redevient normal ⇒ Charcot.

Le milieu du 19^{ème} siècle et le développement de la médecine : il apparaît la notion de maladie mentale où l'on va rechercher une cause anatomique sans la trouver.

Fin du 19^{ème} et la structure psychopathologique (qui remplace la maladie mentale) : cette idée est présente chez De Clerambault. En psychiatrie, on part de l'idée qu'il y a un noyau générateur et invariable de la maladie et il y a une multiplicité de formes de symptômes (Bleuler). Cette structure comprend l'idée qu'il y a une maladie latente (le noyau) et une maladie expressive.

3. **La structure psychopathologique.**

La structure désigne les invariances au sein des transformations, lesquelles sont déterminées par l'organisation fonctionnelle d'éléments qui ne peuvent être changer sans effet des uns sur les autres.

L'organisation psychique désigne les processus psychiques dans leur dynamique, mouvement, évolution. Elle est susceptible d'évoluer dans un sens ou l'autre. En psychiatrie la notion de structure est une notion pathologique(exemple de la schizophrénie) alors qu'en psychanalyse la structure peut très bien renvoyer à la normalité ; par exemple on va référer pour la structure pathologique de l'adulte au prototype infantile. Les mécanismes et le fonctionnement psychique normaux et pathologique sont les mêmes, la seule différence se trouve dans la quantité.

Le pronostic est le devenir de la maladie. Bergeret et Lacan sont des auteurs qui résonnent en terme de structure. Il y a une structure de la personnalité de base qui reste toute la vie. La structure, on ne la voit pas ; ce qui en résulte c'est la personnalité ou le caractère (c'est une adaptation à la réalité).

Quand le symptôme apparaît, c'est qu'il y a une adaptation au monde et à la réalité. On ne peut parler de structure qu'à l'adolescence. Les 2 grandes structures sont les névroses et les psychoses (celles qui n'en relèvent pas sont classées dans les astructurations).

4. Nosographie psychiatrique et freudienne.

En psychanalyse, le symptôme a une nature de compromis et est le résultat d'un travail psychique. Le compromis se trouve entre le désir inconscient et les exigences défensives du moi. Le symptôme conduit à 2 sortes de bénéfices : primaires et secondaires. Les bénéfices primaires liés à un symptôme renvoient à la satisfaction que le compromis du symptôme obtient. Les bénéfices secondaires (au niveau conscient ou préconscient) sont les avantages que le patient peut retirer auprès de son médecin ou de son entourage (bénéfices positifs ou " négatif ").

Freud va distinguer **les névroses actuelles, les psycho-névroses de transfert, les névroses narcissiques et les psychoses.**

- Les névroses actuelles sont des névroses sans conflit infantile, elles n'auraient pas vraiment de noyau structurel.
- Les psycho-névroses de transfert (= structure névrotique) comprennent l'hystérie, la névrose obsessionnelle et phobique.
- Les névroses narcissiques ou structure narcissique (dans Guelfi sont classées parmi les psychoses) : la mélancolie et la manie (et psychose maniaco-dépressive). Ce sont des structures mais ce qui est sur le devant de la scène c'est le narcissisme.

Dans les névroses, le conflit est intra psychique, à l'intérieur de l'appareil psychique du sujet.

Pour pouvoir prouver à quelle classe appartient le patient :

	Quelle est la nature de l'angoisse ?	Quelle est la nature du conflit ?	Quels sont les mécanismes de défense ?	Quel est le mode de relation avec autrui ?
Névrose	Castration	Intra-psychique		Relation à l'objet entier
Psychose	Morcellement	Entre le moi et la réalité extérieure		Relation à objet morcelé (avec une partie de l'autre)

Les structures névrotiques : (✱ ce que l'on va étudier)

- Hystérie✱
- La névrose obsessionnelle✱
- Névrose caractérisée par angoisse

Angoisse✱

Phobique✱ Ne sont pas des névroses

Traumatique franches

Troubles somatiques

Les structures psychotiques

- Schizophrénie✱
- Les bouffées délirantes
- La psychose hallucinatoire chronique (PHC)
- Les paraphrénies
- La paranoïa✱

- L'autisme✱

Les structures narcissiques

- La mélancolie✱
- La manie
- La psychose maniaco-dépressive ✱(PMD)
- Les perversions
- Les psychopathies

Les astructurations

- Les états limites (Borderline)
- La dépression✱
- Les addictions✱ (toxicomanie et troubles des conduites alimentaires)
- Les névroses caractérisées par l'angoisse (voir dans les structures névrotiques)✱

Les pathologies organiques

- Les états démentiels

Le repérage de la sémiologie pour effectuer un diagnostic :

Guelfi " Examen et sémiologie " page 13 à 94

Lemperrière chap. 2 et 3 pages 8 à 53.

Petit rappel historique :

En 1895, on est dans la nosographie psychanalytique faite par Freud. Il fait la différence entre 2 termes : les névroses actuelles et les psychonévroses.

A partir de 1915, il fait la différence entre les névroses actuelles, les névroses de transfert et les psychoses.

En 1925, il fait la différence entre les névroses actuelles, les névroses, les névroses narcissique et les psychoses.

Les névroses actuelles sont sans conflit infantile.

Les structures névrotiques

Introduction :

Dans l'organisation névrotique, il y a une différenciation du moi qui peut s'adapter aux exigences de la réalité mais il y a échec des défenses habituelles du moi qui vont se traduire par de l'angoisse et par un compromis qui vise à supprimer l'angoisse qui est le symptôme névrotique. Il va satisfaire le conflit de manière substitutive tout en se pliant aux exigences du moi.

Il y a ensuite un développement pulsionnel qui a atteint le stade dit génital (les différents stades du développement : oral, anal, phallique, latence, génital). Le conflit est intra psychique, entre le sexuel (le ça) et le moi et le Surmoi. Les conflits sont toujours liés au désir sexuel infantile issu du complexe d'Œdipe.

L'angoisse dans les névroses est celle de castration. Les défenses utilisées par le moi dans les organisations névrotiques sont le refoulement. L'existence du refoulement est partiellement mise en échec et donc il y a installation d'autres défenses.

Régression et fixation

La fixation est un attachement privilégié à d'anciens modes de satisfaction pulsionnelle (qui devrait être dépassé).

La régression (retour en arrière) : comportement que le sujet adopte inadapté au développement du sujet.

Repérer un symptôme névrotique chez un patient ne suffit pas, il va falloir faire une approche sémiologique et repérer la signification du symptôme en fonction de l'organisation de la personnalité.

La névrose hystérique :

Il s'agit d'une névrose (ou psychonévrose) de transfert pour Freud, donc ce sont des patients accessibles à la cure. Ils ont un conflit dans l'enfance de nature infantile (pulsionnel, sexuel...).

L'hystérie de conversion (la névrose hystérique selon Charcot)

a. Historique.

On connaît l'hystérie depuis l'antiquité et Hippocrate considérait que c'était la maladie de l'utérus donc la maladie des femmes avec des crises qui venaient de l'utérus. L'hystérie était confondue avec l'hypocondrie (l'impression d'avoir une maladie que l'on n'a pas).

Charcot (1825-1893) exerçait à la Salpêtrière, il a permis de repérer les symptômes de l'hystérie. Il voulait trier les hystériques des autres. Il dit en 1888 " *L'hystérie est une maladie par excellence* ". Pour provoquer l'hystérie, il faut 2 choses : le traumatisme ou l'hypnose ; dans ces 2 cas, il y a suggestion ou autosuggestion. Charcot définit l'hystérie comme " *une maladie de la ressemblance* " : l'hystérie va copier d'autres maladies comme l'épilepsie ou la paralysie, de ce côté là elle ressemble à une simulation (sans en être une). L'hystérie se modifie au cours du temps et aujourd'hui copie d'autres maladies.

Charcot cherche à déterminer un type donc il va s'intéresser aux symptômes les plus spectaculaires (cf. G. Didif Hubermon " *L'hystérie à la Salpêtrière* "). L'hystérie chez Charcot, c'est au départ les crises, ensuite les stigmates (plaies christiques), et les hystériques ont un caractère

impressionnable et suggestible, elles ont un trouble de la sensibilité (soient elles sont hypersensibles soient hyposensibles).

Les grandes crises hystériques sont différentes des crises épileptiques :

1^{ère} période : épileptoïde où il peut y avoir perte de conscience.

2^{ème} période : clownisme (grands mouvements)

3^{ème} période : celle des attitudes passionnelles (traversées par des hallucinations où elles vivent des moments érotiques)

4^{ème} période : délire d'action (passer à l'acte sur le médecin). Le patient n'est plus inconscient et commence à percevoir l'entourage.

Pour Charcot, la maladie est héréditaire. La cause déclenchante est le surmenage... L'hypnose va servir à traiter l'hystérie (névrose artificielle des sens hystériques) et la suggestion. L'hystérie est caractérisée par l'amnésie. L'hystérie est aussi une maladie de l'imitation.

b. clinique de l'hystérie

Les symptômes hystériques :

Ils sont de nature somatiques et psychiques. Les symptômes somatiques comme la conversion hystérique avec par exemple paralysie de la main ne correspond pas à une lésion mais on a atteinte de la fonction.

Il y a des femmes et des hommes qui sont réellement malades et qui ne simulent pas sans avoir de maladie neurologique. Mais au fil du temps, cela peut engendrer une lésion organique réelle.

Troubles moteurs : convulsion et crises hystériques, crises de nerfs ou sous forme de syncope avec ou non perte de la conscience.

Troubles sensitifs : douleurs ou anesthésie (avec frigidité hystérique)

Troubles sensoriels : touchant l'organe des sens dont la fonction peut être partiellement ou complètement détruite. Le sens le plus touché : la vue (la cécité hystérique ou des troubles de la vision).

Troubles psychiques : Le principal c'est l'amnésie (perte de la mémoire ou mémoire très lacunaire, incapacité à évoquer des souvenirs, bâtir de faux souvenirs, souvenirs écrans ou souvenirs de couvertures).

Freud dit que dans les 1^{ère} années de la vie de l'enfant, il n'y a aucun souvenir du au refoulement (avant il n'est pas encore installé). Les hystériques ont une amnésie beaucoup plus large, la vie sexuelle et infantile est absente du souvenir. Conséquences : l'inhibition intellectuelle (difficulté à se concentrer, à apprendre), troubles de la conscience vigile (état second dit " crépusculaire " où l'hystérique éprouve un sentiment d'étrangeté, omnubilation de la pensée qui l'accapare). Cela peut aller jusqu'à des personnalités multiples (limite de l'hystérie) exemple de poète Pessoa.

Le somnambulisme relève de la même dimension d'invasion par la vie fantasmatique.

Les traits hystériques :

- Distorsion des mouvements affectifs
- **Tendance à la dramatisation ou à l'indifférence**
- **Le théâtralisme et l'impression d'une facticité des affects (des gens faux)**

- Ne supporte pas la frustration.
- Le symptôme de conversion sert à supprimer l'angoisse (le compromis marche)

---- Personnalité hystérique

Les bénéfices secondaires : les symptômes hystériques et leurs côtés handicapants sont utilisés dans le but d'une manœuvre de la séduction de l'entourage (parce qu'il y a une demande d'amour travesti)

Les bénéfices primaires (du symptôme de conversion et de l'amnésie) : ces symptômes viennent permettre d'éviter le conflit psychique. La charge affective attachée à la représentation conflictuelle est entièrement refoulée. Le choix de la fonction corporelle qui va être atteinte n'est pas choisis au hasard, en général parce qu'elle permet de symboliser un fantasme, un conflit refoulé. Dans le choix du symptôme, il y a donc un symbole mnésique : trace du souvenir ou de la représentation qui est soumis à l'amnésie.

L'apparition de la névrose hystérique se fait à l'adolescence ou à l'âge adulte.

Évolution ou complication :

Complication dépressive et tentatives de suicide. Quel va être le diagnostic différentiel qui va être fait ? Il faut distinguer l'hystérie de la schizophrénie. Les liens entre les 2 sont certains symptômes : le théâtralisme, le magnanisme, l'enfermement dans un monde onirique. Ces 2 pathologies se ressemblent mais elles sont aussi très différentes : l'une est une psychose l'autre une névrose. D'autres parts, les symptômes évoqués précédemment ne sont pas identiques : le théâtralisme et le magnanisme dans l'hystérie reste en lien avec la réalité contrairement aux schizophrènes où il y a une étrangeté dans ces symptômes. Pour l'enfermement dans un monde onirique, chez les hystériques, il y a toujours le contact avec la réalité alors que chez les schizophrènes il s'accompagne d'autisme.

Différence entre hystérie et maladie organique :

Tout d'abord il faut rechercher une étiologie organique. Il ne faut se dispenser des examens somatiques.

Différence entre l'hystérie et la psychosomatique

Dans la psychosomatique, on estime que c'est lié à la psyché mais il y a une réelle atteinte organique : pas de signification symbolique du symptôme.

Différence entre l'hystérie et l'hypocondrie :

Les patients hypocondriaques ont une plainte somatique mais il n'y a aucune perte des fonctions organiques (inquiétude d'être malade). Cela va plutôt de pair avec la névrose obsessionnelle.

- Psychopathologie psychanalytique du fonctionnement psychique de l'hystérie.

1^{er} points historiques : Freud pense que l'hystérie est la conséquence d'un traumatisme sexuel précoce. Puis il comprend que ce qui est en jeu dans l'hystérie est un fantasme (et pas seulement un traumatisme) : le traumatisme, ici, est psychique, c'est l'interprétation sexuelle d'un fait précédent que l'hystérique va lui donner.

Événement ⇒ traumatisme ⇒ représentation sexuelle conflictuelle (au niveau œdipien) ⇒ Donc refoulement de cette représentation et de l'affect l'accompagnant et donc qui provoque de l'angoisse. Face à cette angoisse, le symptôme de la conversion est créé et l'angoisse disparaît. (cf. " Que sais-je " Lagache " Psychanalyse ")

Le mécanisme structurel de l'hystérie est le refoulement qui n'est pas suffisant, il est donc complété par le symptôme de conversion. L'hystérie reste fixée à la problématique Oedipienne qu'elle n'arrive pas à dépasser, elle reste fixée à ses désirs infantiles incestueux. Il y a aussi une fixation orale importante ce qui entraîne la

crainte de la perte de l'amour de la mère (mais aussi anorexie...) et cela se traduit par la crainte de la séparation (avec les parents ou celle du couple) pour des hystériques vieillissantes.

La question fondamentale de l'hystérique est qui suis-je ? Un homme ou une femme ? C'est aussi pour cette raison qu'elle cherchera à être rassurée avec ses partenaires, elles ne veulent ni perdre l'amour du père ni celui de la mère. Les hystériques ont une forte identification : elles vont chercher à être à l'image du parent rival ou aimé. C'est une manière d'apaiser l'angoisse d'être abandonner ou d'exorciser la rivalité. C'est une manière de se faire aimer mais aussi de prendre la place. Tout ce qui touche à l'hystérique est érotisé.

La névrose obsessionnelle

a. Historique

La névrose obsessionnelle a été décrite au niveau sémiologique, description chez les psychiatres (Pinel et Esquirol) du début du 19^{ème} siècle. Elle était classée comme une monomanie raisonnante. Il y a d'abord l'observation et ensuite description : Falret décrivait les névrosés obsessionnels comme des aliénés raisonnants et comme des aliénés dangereux mais qui faisaient partie de la société mais ils pouvaient être jugés par les tribunaux car ils étaient considérés comme responsables de leurs actes. Ils sont considérés aussi comme nuisible pour la famille et la société.

Janet (et Charcot) s'intéressait à la psychasthénie et à la neurasthénie qui font partie de la névrose actuelle. Dans la psychasthénie, il voyait de la fatigabilité importante, difficulté de concentration, doutes et interrogations perpétuels, doutes et crises d'angoisse. Dans la psychasthénie on a la manie, l'obsession, la phobie, les formes de " délires de scrupules ". Freud y désignera la névrose de contrainte qui deviendra la névrose obsessionnelle.

b. Clinique de la névrose obsessionnelle

Elle va apparaître le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Il y a déjà des fixations obsessionnelles dès l'enfance.

Distinction : dans l'organisation de la névrose obsessionnelle, il y a le niveau des obsessions et celui des compulsions.

Le niveau des obsessions : Obsession vient de *obsidere*, en latin qui veut dire assiéger, il correspond à une idée obsédante, intrusion dans la conscience d'une pensée qui assiège la conscience et dont le sujet n'arrive pas à se débarrasser. Il reconnaît que cette idée obsédante est ridicule voire morbide (maladif) mais il ne peut pas s'en empêcher. Toute la volonté qu'il développe est inefficace.

Les grandes obsessions :

- Obsession idéative : ruminations, doutes, scrupules qui portent souvent sur le sujet lui-même.
- Obsession phobique : peur d'être victime d'une maladie (hypocondrie), peur des microbes, peur du contact.
- Obsession impulsive (ou phobie d'impulsion) : peur obsédante d'être contraint de commettre un acte absurde, incongrue, criminel...ou de prononcer des insanités, des insultes... (exemple : peur de tuer son enfant par une mère)

Le passage à l'acte est rare. Il s'agit de peur psychique et protège l'individu contre cet acte. Les obsessions ainsi que les phobies sont des symptômes " baladeurs " : une phobie ne suffit pas à faire une névrose phobique.

La conscience est envahit par une pensée venant de l'inconscient. Ici, il y a angoisse maximale. Donc il va développer des défenses :

Le niveau des compulsions (les obsessions sont un niveau de défenses primaire inefficaces) : c'est l'idée d'un acte à accomplir généralement absurde et qui s'impose au sujet de manière incoercible et le sujet ne peut pas s'empêcher d'accomplir l'acte (cet acte a une visée protectrice vis à vis de l'obsession).

Les rituels et vérifications (sorte de compulsion mais fixes, les précédentes peuvent varier) : séquence fixée d'actes élémentaires que le sujet est contraint d'exécuter (vérifier si le gaz est bien fermé).

Ils ont tout 2 un aspect conjuratoire magique ou installation rituelle du lit ou de la pièce. Plus la névrose obsessionnelle est grave, plus la vie du patient est parasitée par des compulsions ou des rituels.

Thème des obsessions et des compulsions :

- Le religieux (Dieu et le péché)
- La moralité et sa transgression
- La pureté et la saleté.
- L'ordre et au désordre
- L'écoulement du temps.

Il y a 2 formes :

- Les phobies du contact (" délire " du toucher), thème de contamination ou souillure et donc compulsions de lavage.
- Ruminations autour d'un thème (la " folie du doute ") qui peut être trivial ou métaphysique.

Fonctionnement mental de l'obsessionnel :

Il comporte un certain nombre de mécanismes de défense spécifiques et c'est le contexte qui les rend pathologiques.

- La formation réactionnelle : adopter des attitudes de sens opposées aux contenus pulsionnels (empreint de sadisme, possessivité ou liés à la saleté à l'analité).
- L'isolation (spécifique à la névrose obsessionnelle) : isoler une pensée ou un comportement de son affect (la représentation est isolée de l'affect) donc la représentation ne sera pas nécessairement refoulée et va même rester consciente. L'intellectualisation et la rationalisation ainsi que la sécheresse de la personnalité sont des conséquences de l'isolement. La pensée vient se substituer aux actes (C'est un être brillant au niveau de la parole).
- Le déplacement (que l'on trouve dans toutes les névroses ainsi que dans le rêve) : C'est le fait que les obsessions ont un caractère absurde à cause du travestissement du désir. Il a lieu sur des détails sans importance et provoque des obsessions sans fin qui ont pour but de retarder l'acte (par la pensée).
- L'annulation rétroactive : c'est une pensée magique qui considère qu'une pensée ou une action est nulle et non avenue (le seul moyen est de penser le contraire). C'est ce qui se passe au niveau des obsessions et des compulsions (le lavage de mains annule cette peur d'attraper des maladies sales).

Caractère anal et la personnalité obsessionnelle :

Il y a un besoin constant de maîtrise qui se traduit par la stabilité, même la fixité de la personnalité obsessionnelle.

La triade : Sens de l'économie pouvant aller jusqu'à l'avarice.

Sens de l'ordre pouvant aller jusqu'à la méticulosité.

Sens de l'entêtement pouvant aller jusqu'à l'autoritarisme rigide.

La représentation n'arrive pas à être refoulée donc beaucoup d'angoisse et l'analyté menacent toujours d'obtenir une satisfaction directe : il déploie toutes les défenses possibles.

Il faut distinguer la névrose obsessionnelle de : la phobie, de l'hypocondrie, des états limites, des impulsions (à l'acte qui demande une décharge immédiate), les phobies d'impulsion (peur de commettre l'acte)

a. Psychopathologie psychanalytique du fonctionnement psychique.

Il y a régression au stade sadique anal, le sadisme inconscient se combine avec la part d'hostilité œdipienne envers le parent rival. L'omniprésence de défenses conduit à une importance de l'ambivalence (entre désir et interdit)

La toute puissance de la pensée permet de neutraliser cette hostilité et chez certains, il y a une véritable érotisation de la pensée. La phobie du contact est présente dans les descriptions freudiennes (tabou du toucher) et prend sens comme la mesure qui évite de se rapprocher de l'objet du désir (si on l'approche, il faut dissocier désir et affect). L'obsession évite le conflit œdipien. La toute puissance de la pensée a une valeur magique et le protège de ses désirs inconscients (actes dérisoires qui vont le calmer).

La pulsion du savoir est érotisée et dans les cas pathologiques, elle va être remplacée par le doute : dans ce cas l'acte de pensée devient la maladie obsessionnelle.

Le sentiment de culpabilité (inconscient) est organisateur de la névrose obsessionnelle (mais aussi de notre civilisation, de la pensée et du monde analytique). Le " Surmoi " est très violent, très contraignant, il fait des reproches au " moi " et bien qu'il se sache innocent, il se sent coupable : contrainte du " moi " à obéir au " Surmoi " jusqu'à épuisement à travers les symptômes et les défenses mis en place. Mais le " ça " lui envoie aussi des contraintes pulsionnelles importantes (avoir une pensée répréhensible et ensuite l'expier, mode catholique).

L'angoisse et les névroses d'angoisse :

Les névroses actuelles (terminologie de Freud, avant 1900) ne sont plus utilisées maintenant : Freud y rangeait les névroses d'angoisse et la neurasthénie. Cela indique des névroses qui seraient dans le présent, dans l'actuel et non dans un conflit infantile, troubles sexuels dans le présent.

Les symptômes principaux sont la sthénie, l'angoisse, les troubles de la sexualité, les troubles somatiques ou préoccupations somatiques. Dans les névroses d'angoisse ce qui apparaît c'est l'angoisse. Forte excitation sexuelle et corporelle qui se traduit par de l'angoisse qui ne trouve pas de chemin psychique et donc se décharge dans les crises d'angoisse sans cause apparente. Sensation physique, somatique liée à l'angoisse très gênante et ne donnant pas lieu à quelque chose de psychique.

L'angoisse automatique de nature somatique corporelle qui déborde le " moi " et se décharge par le corps.

L'angoisse signale du " moi " : angoisse du " moi " qui ne le déborde pas mais signale qu'il y a un danger et donc déploie des mécanismes de défense pour éviter le danger.

Quand on a la phobie en symptôme on peut avoir :

- La névrose phobique (le plus classique) avec de l'angoisse signale.
- La névrose d'angoisse (actuelle) ou états limites avec de l'angoisse automatique.
- (Dans une névrose obsessionnelle)
- (Dans la psychose)

La névrose phobique

a. Petit historique

Le symptôme principal est une crainte angoissante déclenchée par un objet ou une situation ou une personne qui n'ont pas en eux même de caractère objectivement dangereux. Cette crainte est reconnue mais ne peut pas s'empêcher d'avoir peur et résout le problème en évitant la situation phobogène.

Quand il ne peut pas l'éviter, il va chercher la présence d'un accompagnateur rassurant ou la remplacer par un objet à valeur conjuratoire.

b. Clinique des phobies

- Phobie de situation
- Phobie d'objet
- Phobie d'animaux (chez les enfants, elle est normale car elle est évolutive, elle est plus grave si elle persiste dans le temps)
- Phobie archaïque (peur du noir et de l'orage : normale chez l'enfant, plus grave chez l'adulte)
- L'éreutophobie, qui est une phobie sociale (peur de rougir) mais en fait c'est une pseudo phobie comme l'hypocondrie.

La personnalité du phobique est caractérisée par une hyperémotivité et une inhibition.

Diagnostic différentiel :

Névrose phobique et névrose d'angoisse.

Névrose hystérique

Névrose obsessionnelle

Psychose.

a. Psychopathologie psychanalytique du fonctionnement psychique.

Cf. le cas Emma dans " La naissance de la psychanalyse " et le Petit Hans dans " 5 psychanalyses " qui montrent comment s'installe une phobie. Dans l'installation de la phobie, l'angoisse va être déplacée sur la situation de la rue et des chevaux. Elle vient occuper la représentation sexuelle et va symboliser la peur des repréailles du père et l'attirance pour la mère. Il y a déplacement d'objet mais l'affect est le même. La projection (mise à l'extérieur de contenu psychique) qui concerne le complexe d'Œdipe va être mise à l'extérieur et appréhendé de l'extérieur où c'est le père via le cheval qui va être agressif.

Quand c'est une petite phobie sur un objet, cela marche très bien mais dans le cas d'une phobie de situation cela marche très mal. Il y a de l'angoisse pré-génitale, c'est à dire peur de l'intrusion dans le corps.

Beaucoup de phobies sont liées à l'angoisse de castration et au complexe d'Œdipe (petit Hans, Emma). D'autres phobies sont liées à des fantasmes pré-génitaux et à des angoisses archaïques en particulier relatives à l'image du corps (peur d'intrusion).

Pour Freud, le fonctionnement psychique dans l'hystérie de conversion et l'hystérie d'angoisse est le même mais dans l'hystérie d'angoisse, l'angoisse n'est pas enrayée, la libido va être détachée des représentations gênantes, la représentation va être refoulée. La libido et l'affect ne sont pas convertis et vont se libérer sous forme d'angoisse.

Structures psychotiques

Le délire

C'est l'élément commun qui servait à catégoriser la psychose. C'est le trouble le plus caractéristique des psychoses. Il y a création d'une néoréalité extérieure que le patient considère comme la réalité elle-même.

2 grandes sortes :

- **systematisé** : elles ont un thème unique (un fil conducteur). Cela caractérise la paranoïa.
- **Non systematisé** : Thèmes multiples et changeants et caractérisent la schizophrénie.

2 mécanismes principaux :

- **L'hallucination** : perception sans objet perceptif à percevoir.
- **L'interprétation** : jugement faux à partir d'une perception exacte.

Il y a prédominance des hallucinations dans la schizophrénie et des interprétations dans la paranoïa.

La schizophrénie :

a. Historique :

Pour Esquirol, *l'hallucination est une croyance visionnaire alors que l'illusion est une erreur des sens*. En 1890, Kraepelin nous parle de la *démence précoce* (ancien terme pour la schizophrénie) puis Bleuler (1910) va nous parler de schizophrénie. De Clerambault va, lui, faire beaucoup évoluer la paranoïa.

La démence précoce est la psychose du jeune adulte qui évolue vers une détérioration organique comparable à la démence de la personne âgée (d'où ce terme). A cette époque, on considérait que la démence précoce évoluait vers un état déficitaire qui se dégradait de plus en plus.

Même description clinique qu'aujourd'hui mais le diagnostic est différent, on n'en guérissait pas. Bleuler, lui, va introduire le terme même de schizophrénie (schizo veut dire " coupé en 2 "). Elle est caractérisée par le clivage (du moi) et la dissociation (de la conscience) (Spaltung). Il fait évoluer aussi le terme : jusqu'à Bleuler on considérait qu'il y avait schizophrénie du moment qu'il y avait hallucination, or ce n'est pas vrai

Il considère qu'il y a des symptômes fondateurs primaires et secondaires. Le symptôme fondateur est **la dissociation** psychique (de la conscience) qui est l'incapacité à associer (entre autre) ; dissociation au niveau de la parole et du langage et au niveau de l'affectivité du patient.

A partir de ce symptôme, il y aura des troubles primaires : troubles de l'affectivité, trouble des associations d'idée et autisme (perte de la réalité selon Bleuler, se traduit par un repli dans un

monde de rêve intérieur qui a pour effet la perte de la fonction de la réalité. Les symptômes secondaires sont le délire et les hallucinations.

Dans la psychose, il y a toujours un trouble de la réalité, la projection est sur le devant de la scène (pas de conflit psychique intériorisé, ce qui entraîne en trouble du narcissisme).

La schizophrénie est plus primitive, archaïque (ancienne) que la paranoïa. Il y aurait une fixation au début du développement avant l'autoérotisme et la découverte d'objet. L'autoérotisme se met en place au moment où le bébé reconnaît que sa mère est distincte de lui (phase orale) : il denie cette réalité perçue qui est angoissante et il s'installe dans l'autoérotisme (découvre qu'il peut avoir du plaisir tout seul). Dans les moments autoérotiques, le bébé a une activité hallucinatoire où il peut halluciner le biberon.

Si on suit Freud, la schizophrénie est un trouble qui se situe avant la phase orale.

b. Clinique de la schizophrénie.

Personnalité schizoïde :

Description de la personnalité tant que la maladie ne s'est pas déclarée :

- Difficulté à établir des relations sociales.
- Froideur dans ses relations avec autrui.
- Insensibilité à ce que peuvent dire (ou penser) les autres ou hypersensibilité aux critiques ce qui conduit à une isolation sociale, une pauvreté de l'affectivité ou inadéquate dans les situations.
- Fonctionnement magique de la pensée (plus incohérent que dans la névrose obsessionnelle).
- Sentiment de dépersonnalisation.

Modes d'entrée :

Entre 15 et 25 ans, la plupart du temps, les débuts de la schizophrénie sont incisifs mais il peut y avoir des débuts aigus (bouffées délirantes, états maniaques ou mélancoliques c'est à dire état d'excitation avec délire ou de douleur morale importante mais il ne s'agit pas d'une vraie mélancolie mais une sorte de dépression).

Période progressive, débuts incisifs :

- Diminution de l'activité générale.
- Diminution de l'intérêt pour la vie, le monde.
- Affectivité de plus en plus bizarre.
- Préoccupation hypocondriaque (inquiétude quant à des modifications du corps)
- Idéologie extravagante : se font enroler très facilement dans les sectes.
- Installation de symptômes pseudo-névrotiques, phobiques et obsessionnels.

Dans la schizophrénie, il n'y a pas de lutte anxieuse et pas de critique. L'angoisse va être dans son expression stéréotypée et teintée de froideur. Les symptômes phobiques sont délirants ou délirants, les thèmes sont l'empoisonnement, la persécution, la possession religieuse (que l'on trouve aussi chez les hystériques).

Symptômes et diagnostic :

- Maniérisme (bizarre) dans la présentation.
- Retrait affectif (ou autisme et stéréotypies gestuelles)
- Antécédents familiaux.
- Contact froid, distant, superficiel.

La dissociation psychique : C'est la perte de la capacité de filtrer les messages internes et externes et de la capacité d'intégrer les données de la vie en un tout cohérent.

Le clivage : C'est la perte de l'unité du moi qui se traduit par la cohabitation d'image, d'idées, de pensées, de représentations contradictoires qui cohabitent de façon non contradictoire et non conflictuelle. Le clivage permet d'éviter tout conflit, plus de suite logique dans les associations d'idées.

Conséquences : - barrage au niveau de la pensée (enfant qui s'arrête au milieu d'une séquence d'actes ou de paroles).

- Troubles du langage, formation de néologismes.

Les schizophrènes ont une langue privée qui suit le cours de la pensée schizoïde, détachée de la logique commune. Pour l'affectivité, elle est marquée par l'hermétisme (impression d'indifférence mais l'affect n'est pas le même ou pas au même endroit).

L'affectivité et la sexualité sont marquées par des tendances régressives. (Globalement) La sexualité est régressive et perturbée, elle est pré-génitale et masturbatoire. La vie sociale, familiale, sentimentale est perturbée car le schizophrène va alterner des moments d'indifférence et de passion intense. Il y a des troubles du comportement plus ou moins importants : automutilation (connue et fréquente dans la schizophrénie déclarée : coupure, grattage jusqu'au sang... sur soi-même)

Le délire paranoïde (la forme du délire schizophrénique)

L'emploi de ce terme indique qu'il n'y a pas de structure fixe (astructurée ou mal construit) ou qu'il y a des moments de persécution mais les thèmes sont non-construits, non-systématisés, il n'y a pas d'enchaînement logique car ce délire est l'expression de la dissociation.

Dans cette forme de délire, il y a des modifications de la perception de soi et du monde importantes et des tonalités affectives qui peuvent aller de l'euphorie à l'angoisse. Il y a également des hallucinations de toutes sortes (visuelles, olfactives, acoustiques verbales...)

Il y a également cette impression que la pensée du schizophrène lui est volée ou répétée en écho. Les thèmes délirants sont la persécution, la menace, l'influence, la catastrophe (la toute puissance peut s'ajouter). Il n'y a pas de formes fixes et stables.

Le vécu délirant du schizophrène est autistique, il est isolé dans le monde de son délire. L'autisme est pour Bleuler, un symptôme secondaire.

L'autisme schizophrène :

Prédominance de la vie intérieure délirante, une évasion de la réalité, il va vivre dans un monde hermétique et privé (sans contact avec autrui).

4 formes cliniques de schizophrénie :

1. **Hébéphrénie** (peu fréquente) : elle apparaît chez les jeunes schizophrènes, elle est toujours considérée comme une forme à évolution déficitaire car il y a desintégration de plus en plus grande de la personnalité. Il y a toujours de l'autisme, souvent stéréotypé et a un côté pragmatique.
2. **La catatonie** (plus fréquente) : elle indique un état de stupeur, d'immobilité et de mutisme (peut être une période dans un stade mais son installation dans cet état est très rare aujourd'hui)
3. **La schizophrénie paranoïde** : forme la plus riche au niveau des symptômes et c'est là où le symptôme délirant

Kretschner a distingué différentes formes de personnalités :

- **Personnalité paranoïaque de combat** (fanatique ou le querellant)
- **Personnalité paranoïaque de souhait** (défend un idéal, guidé par un sentiment de supériorité sans combat)
- **Personnalité paranoïaque sensitive** (à part, le sujet est en souffrance, impressionnable, qui réagit à un sentiment de frustration par un sentiment douloureux d'échec ou d'humiliation), vulnérable.

Formes paranoïaques avérées :

Les délires paranoïaques sont systématisés, ils sont pris dans la personnalité du patient, cohérent, clair. La construction du délire dépend d'une logique personnelle mais le point de départ est un jugement faux. Il y a un risque de passage à l'acte hétéroagressif, les plus fréquents sont les plaintes. En principe, le délire se produit sur la personnalité paranoïaque mais certaines formes de délire paranoïaque peuvent être temporaire suite à une prise de toxique. Il n'y a pas de dissociation psychique.

En général, il y a une interprétation délirante : un raisonnement faux qui attribue à un phénomène réel un sens particulier dont la source se trouve dans l'affectivité du sujet. A partir de là, le délire va s'étendre. La paranoïa intervient à la quarantaine (rarement avant).

- a. Délire paranoïaque et formes cliniques.

Le délire passionnel :

- jalousie : homosexualité, un membre du couple qui transforme une relation à 2 en une relation à 3 (homme)
- herotomanie : un objet est idéalisé, il est en général inaccessible et célèbre. Le sujet délirant va s'étonner de l'amour que l'objet a pour lui, ensuite le sujet déclare sa flamme par lettre... Les réponses négatives ou l'absence de réponse sont interprétées comme persécutives, position de rancunes, de haine (femme)
- Revendication : formes de délire des procédurés, procès à répétitions. Défenseurs de la justice et du bon droit.

Le délire d'interprétation : c'est une folie raisonnante. Le mécanisme principal est une interprétation du monde purement personnelle. Les thèmes sont la persécution, la mégalomanie (avec délire de filiation).

La paranoïa sensitive : délire de relation, personne convaincue de la malveillance de l'entourage mais le délire s'accompagne de dépression, d'angoisse de culpabilité.

- a. Les psychoses, psychopathologie psychanalytique du fonctionnement psychique.

La projection : elle participe à la construction du délire, " quelque chose est abolie au-dedans et revient du dehors " (Freud, le cas Schreder). Le moi va se séparer d'une représentation insupportable à l'extérieur et elle lui fait retour à travers le délire. Tous ce qui est conflit est traité de la sorte.

Une perception interne est réprimée, son contenu va parvenir au conscient sous la forme d'une projection, perception venant de l'extérieur et qui s'accompagne de retournement de l'affect. Freud met en évidence l'existence d'une homosexualité inconsciente qui organise le délire (cf. Schreder, " moi, un homme je l'aime, lui, un homme). La négation : " je ne l'aime pas, je la hais " ; projection " Ce n'est pas moi qui le hais mais c'est lui qui me hait " " il me hait donc il me persécute donc j'ai des raisons de la haïr ".

L'herotomanie repose aussi sur l'homosexualité préconsciente, transposition de " c'est elle que j'aime " en " c'est lui que j'aime ".

Au niveau de la libido : elle est surtout fixée de manière prégénitale au stade sadique anal. Toute l'économie est prégénitale et marquée par une fixation sadique anale, le " refoulement " de l'homosexualité. Le refoulement se trouve entre le conscient et le préconscient (normalement il se trouve entre le préconscient et l'inconscient). Pas de refoulement de la schizophrénie.

Ce qui marque les 2 psychoses, c'est l'incapacité d'établir des relations à l'objet et il y a un surinvestissement narcissique du moi. Dans la paranoïa, cela donne de la mégalomanie (délire de toute puissance).

Dans le délire il y a quand même un rapport à une représentation fantasmatique de personne. Il n'y a pas de relation avec les personnes extérieures mais elles se retrouvent dans le délire.

Dans la névrose, le moi va se conformer à la réalité et au Surmoi et donc il va refouler les exigences pulsionnelles inconciliables. Dans les psychoses, on a une rupture avec le moi et la réalité. Le moi est sous l'emprise du ça, puis s'installe le délire c'est à dire la création d'une nouvelle réalité conforme au désir du ça.

Le dénie : dans la psychose (plus le clivage du moi), c'est un refus de reconnaître l'existence d'une perception désagréable, un élément perçu dans la réalité n'existe pas ou plus (différent de la dénégation dans la névrose), il y a un effacement. Cela s'accompagne du clivage du moi : une partie du moi conserve une relation avec la réalité extérieure et l'autre la dénie. Il va cohabiter au sein du moi des éléments contradictoires qui n'entrent pas en contradiction : le clivage évite tout conflit.

Position schizo-paranoïde de M. Klein :

Elle correspond pour Mélanie Klein à la psychose. Dans la psychose, pour elle, il y a fixation à la position schizo-paranoïde. C'est une position normale dans le développement et qui a lieu dans les 1^{er} mois de la vie du bébé et où il a un rapport qu'avec un objet partiel, il va prendre à l'intérieur de lui ce qui est bon et rejeter ce qui est mauvais donc il va cliver l'objet. Ce qui est bon, il va l'idéaliser, ce qui est mauvais est soumis au dénie. Le moi du bébé est lui-même cliver, c'est le moment où le bébé ressent une angoisse persécutive forte (retour du mauvais).

Il se rend compte qu'il dépend d'une personne donc il déprime car sa mère peut le priver. Il prend conscience qu'il y a un objet entier, unitaire qui est la mère. Le psychotique n'a jamais atteint la position dépressive.

Les relations paradoxales et le double lien

Le double lien caractérise la schizophrénie. Une femme va voir son fils à l'hôpital, elle a un mouvement de recul en l'embrassant et son fils a donc aussi un mouvement de recul, la mère dit " tu ne m'aimes donc plus, tu ne devrais pas avoir honte de tes sentiments ". Disqualification de ce que disent et pensent les uns les autres.

Dans la névrose, le fantasme est inconscient ou il apparaît dans les rêves ; dans la psychose, le fantasme n'est pas inconscient et envahit toute la vie psychique. La réalité interne comme la réalité externe vont être haïes. Ses relations à l'objet sont uniquement fragmenter et il va attaquer, détruire ces objets (violence de ses pulsions pré-génitales)

Les structures narcissiques

1. Névrotes narcissiques

C'est un terme de Freud qu'il utilisait pour désigner la mélancolie et la manie. Dans la prise en charge, il y aura un transfert narcissique. La mélancolie est une sorte de deuil pathologique, la relation à l'objet est symbiotique et narcissique. La perte de l'objet menace l'intégrité du moi.

La manie sert à se protéger contre la mélancolie (défense). Le conflit ici, est intra psychique avec un narcissisme malade donc on ne peut considérer qu'il y a quand même des fantasmes inconscients. Le conflit se trouve entre le moi et le Surmoi (intériorisé et non pas projeter à l'extérieur comme dans la psychose) : on a un moi fragile mais qui garde un rapport avec la réalité.

2. Personnalité narcissique.

Terme récent créé par les analystes américains Kernberg et Kohut :

- Un besoin de se mettre en avant
- Une vulnérabilité et un défaut de l'estime de soi d'où un besoin immense d'être admiré mais une adaptation sociale relativement correct bien que l'échec soit mal toléré et provoque de la colère.
- Les défenses mises en place consistent en ce que ces patients se donnent une vision d'eux même grandiose. Ils manquent absolument d'empathie et ne savent pas apprécier la détresse d'autrui.

1. La mélancolie

Différant d'avec les états limites : fragilité narcissique importante, ils ne se mettent pas en avant (malmener au niveau de leur identité), ils sont très angoissés, angoisse de séparation et d'abandon.

a. historique

La mélancolie est une vieille pathologie. Elle est identifiée au niveau clinique dès l'antiquité et elle est très juste mais aujourd'hui on différencie dépression et mélancolie (la présence ou non de douleur morale, s'il n'y en a pas : état dépressif ; s'il y en a : état mélancolique)

Le mélancolique souffre psychiquement au point qu'il ne peut pas s'empêcher de se tuer, elle conduit vers la mort. Il y a une vie fantasmatique très très riche. On en retrouve la trace dans la littérature, la poésie et la peinture, sentiments qui suscitent la création.

Une forme de mélancolie : lypémanie qui est la pathologie du loup-garou (les personnes qui se transformaient les nuits de pleine lune...) considéré comme une maladie (aujourd'hui on dirait un délire psychotique).

Les auto reproches, auto évaluations sont uniquement que dans la mélancolie et que l'on ne peut pas interrompre alors que pour le déprimé, il peut rentrer en relation avec autrui. Le mélancolique met longtemps à se rendre compte de ses troubles (hospitalisation sous contraintes, danger pour lui-même)

b. Formes cliniques

- **Formes dites délirantes** où dominent les thèmes de culpabilités, ruines, indignité où il imagine qu'on va le punir, le tuer et de ce fait il va vouloir se tuer.
- **Formes stuporeuses** (avec stupeur), les plus fréquentes, où domine la douleur morale très intense (l'ordre est de se tuer).

Dans ces 2 formes, on trouve souvent de l'anorexie et des troubles du sommeil. Très forte culpabilité avec une nécessité de se punir. Dans la crise des patients vont être figés, ils vont avoir une voix monotone...

1. La Psychose maniaco-dépressive (P.M.D.)

C'est une pathologie où alterne des périodes mélancoliques et des périodes psycho-maniaques.

La manie, c'est l'excitation psychique et motrice et l'exaltation de l'humeur. Démarrage brusque, le patient est insomniaque et hyperactif. Une fois la crise terminée, il ne se souvient de rien. C'est peu accessible à la psychothérapie. Le suicide est plutôt accidentel que délibéré. Il y a une fuite des idées, accélération du rythme cardiaque, dissociation de la pensée (durée maximum : 6 mois). La manie peut être induite par certaines drogues.

2. La mélancolie, psychopathologie psychanalytique du fonctionnement psychique

La mélancolie mérite d'être distinguée de l'entrée dans la schizophrénie surtout à l'adolescence.

Les bizarreries qui sont typiques du schizophrène. Freud s'y est intéressé dans " Deuil et mélancolie ", la mélancolie est un deuil qui n'arrive jamais à se faire. Le deuil est un temps de dépression non pathologique, évolutive et utile.

" L'ombre de l'objet est tombée sur le moi "

Dans la mélancolie, l'objet est intériorisé psychiquement et prend la moitié du moi. Dans la mélancolie, on ne reconnaît pas la perte de l'objet car il ne peut pas s'en séparer donc lui donne une partie du moi. Le sujet a été abandonné par un objet et son 1^{er} sentiment c'est de l'agressivité par rapport à l'objet mais pour éviter la perte, il lui donne la moitié de son moi. Il y a donc une identification narcissique et donc les sentiments agressifs se retournent contre le moi donc auto agressivité (se tuer pour tuer l'objet).