

# PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

DR J. PERLA

TOUSVOSLIVRES.COM

## PATHOLOGIE DE L'ADULTE

### NÉVROSE PHOBIQUE

La névrose phobique (syndrome) est à différencier de la phobie (symptôme).

La phobie est une peur liée à la menace de surgissement d'un Objet ou d'une situation, chargés électivement (tel Objet et non tel autre) d'actualiser une expérience d'angoisse. C'est une mesure défensive. La phobie est élective, irrationnelle et tenace.

La névrose phobique est un syndrome avec angoisse. C'est contre cette angoisse que se développent de façon privilégiée les défenses et évitements phobiques.

#### Sémiologie

Il faut distinguer la phobie de l'adulte, portant sur la situation, de la phobie de l'enfant, portant sur l'Objet ("[relation d'Objet](#)"). L'élément phobogène est spécifique à chaque sujet. L'angoisse, source du symptôme, est déplacée sur un Objet extérieur. Ainsi, face à cette problématique existe une conduite: "*l'évitement*". Il y a secondairement "*la réassurance*" à travers l'emploi d'un Objet contra-phobique, comme par exemple le petit chien qu'on promène et qui permet de traverser les places désertes.

#### Chez l'adulte

##### Phobies de situation

- L'agoraphobie : c'est la peur des espaces vides. L'angoisse augmente avec la confrontation à la phobie, d'où l'emploi d'un Objet contra-phobique;
- La claustrophobie : peur d'être enfermé dans un espace clos. La problématique est alors: "*suis-je suffisamment fort pour contrôler le dedans et le dehors?*" C'est une fixation au niveau anal ("[stade anal](#)");

- La phobie des transports : peur quand on est dans un véhicule, quand on traverse un pont, un tunnel... etc;
- La phobie des transports collectifs : le sujet n'est plus maître du véhicule, et la problématique est différente de la phobie précédente;
- ... etc.

### Phobies d'impulsion

- La phobie de défenestration : peur d'avoir envie de se jeter par la fenêtre;
- La phobie des armes : ...ou des instruments tranchants. On a souvent affaire à une enfance malheureuse, un vécu de mort qui s'impose;
- ... etc.

### Phobies cas limites

- L'éreutophobie : peur de rougir. C'est un phénomène somatique incontrôlable, traduisant la peur de perdre le contrôle de soi-même;
- La nosophobie : peur des maladies. Il y a beaucoup d'angoisse car la maladie peut venir du dedans (cancer par exemple);
- ... etc.

### Chez l'enfant et l'adolescent (pour information)

Les phobies de l'enfant sont extrêmement fréquentes ("[névrose infantile](#)"). Elles peuvent resurgir sous forme de symptômes à l'âge adulte. On les classe en fonction de l'âge.

### Phobies préscolaires

- La phobie de l'obscurité : peur de séparation d'avec la mère. L'Objet contra-phobique pourra être une petite lumière, ou un ours en peluche;
- La phobie d'animaux;
- ... etc.

### Phobies d'âge scolaire

- La phobie des cabinets;
- ... etc.

### Phobies de l'adolescence

- Les dysmorphophobies : très souvent bénignes, elles peuvent être quelquefois symptôme de schizophrénie ("[psychose infantile](#)" et "[schizophrénie](#)");
- ... etc.

### Personnalité du phobique

Ce sont des gens qui ont peur d'avoir peur. Cela confine très souvent à l'isolement, la timidité, le mal-être. Ils laissent les événements choisir à leur place, craignant ce qu'il pourrait résulter de leurs choix. Ça peut aussi amener au qui-vive, en évitant toute confrontation à l'autre sexe, pour ne pas rejouer le problème de la castration ("[complexe d'oedipe](#)"). C'est parfois un défi permanent, avec peur des examens alors que les situations choisies en imposent beaucoup. C'est une fuite en avant, avec réinvestissement narcissique continu. Tout le comportement du malade phobique consiste à conjurer l'angoisse en évitant l'Objet phobique (chiffre 13 par exemple), ou en se tournant vers un Objet rassurant. Le mécanisme causal de cette névrose est un conflit inconscient ("[conscient-inconscient](#)"). Le sujet a peur de ses pulsions, auxquelles il substitue un Objet "*dérisoire*" ("[pulsions](#)"). C'est parce qu'il ne peut pas les assumer et aussi pour nier leur réalité qu'il déplace son angoisse sur un Objet symbolique. Ainsi tel malade qui lutte contre ses tendances auto-érotiques aura réussi à reporter son anxiété sur les boutons de vêtements par exemple, et l'emprise de sa phobie sera à la mesure de sa lutte interne.

## Conditions de survenue

Il y a toujours une notion d'antécédent dans l'enfance et surtout dans l'adolescence. Ce sont des jeunes qui ont beaucoup d'angoisse à sortir de chez eux, à se confronter à l'autre, à toute réactivation du conflit oedipien. Les occasions de survenue sont les modifications statutaires du sujet, un cap à franchir. Se manifeste alors, de façon fugace, le symptôme phobique.

Le bénéfice primaire est de l'ordre de l'inconscient (paralysie, tétanie...).

Le bénéfice secondaire est d'ordre plus conscient (entourage d'amis...).

Il peut ensuite y avoir une réapparition, de manière plus fixée, de tel ou tel symptôme.

L'angoisse précède le refoulement. Le retour du refoulé contraint le Moi à utiliser, de façon moins économique, une solution qu'est le déplacement sur un Objet extérieur, porteur d'angoisse ("[moi et idéal-du-moi](#)"). Désormais l'angoisse paraîtra extérieure au sujet, et non-plus comme une problématique interne. Si la solution est bancale, handicapante, source de conflits continuels, elle n'en permettra pas moins l'évitement (par exemple on évite de toucher aux araignées une fois qu'on les a chargées de nos angoisses).

## Traitement

- Les anxiolytiques mineurs (*Temesta, Tranxène...*), malgré le risque d'accoutumance, ont un bon effet contre les névroses phobiques. Mais il ne faudra pas en prescrire en traitement de fond.

- Les thérapies suggestives, exhortant le sujet à affronter le problème, auront des effets pratiques assez conséquents. Le thérapeute jouera le rôle d'Objet contra-phobique, même de manière intériorisée quand il ne sera plus là.

- Les thérapies comportementales, progressives et mécanistes fonctionnent aussi très bien ("[thérapies psychiatriques](#)").

---

# NEVROSE OBSESSIONNELLE

Nota : plutôt que de "névrose obsessionnelle", on parlera en [pathologie de l'enfant](#) d'une défense ponctuelle de type obsessionnel.

## Historique

Sigmund FREUD a constitué l'entité de la névrose obsessionnelle. Pierre JANET parle de psychasthénie. On ne voit que très rarement la forme pure de névrose obsessionnelle. On rencontre plus souvent par contre une psychose, maintenue par ses symptômes obsessionnels ("[psychose état-limite névrose](#)"). Quand les pensées obsédantes acquièrent une permanence, une intensité profondément invalidante et douloureuse, on parlera de psychonévrose obsessionnelle.

La névrose : c'est l'expression symbolique d'un conflit, résultante d'un compromis entre le désir et les défenses du Moi. C'est la solution au conflit œdipien, avec sa composante dépressive ("[complexe d'Oedipe](#)").

Obsessions : pensées ou groupe de pensées qui s'imposent au sujet de façon incoercible et pénible. Le caractère absurde est pleinement ressenti mais le sujet ne peut chasser ces pensées. La problématique est de savoir: "*est-ce que je vis?*"

Sémiologie : apparition d'un symptôme, un trait manifeste de caractère. Les gens ont honte de ce fonctionnement, et plus encore du plaisir de l'inconscient. Progressivement va se développer la névrose obsessionnelle. Elle se caractérise alors par:

- Son caractère. Idée lancinante face à laquelle le patient trouve un rite conjuratoire, rapidement insuffisant et inefficace. C'est une contrainte parasitaire et étrangère, opposée à la morale du sujet. Ce dernier a conscience du trouble morbide, entraînant la honte.
- Son contenu. On voit apparaître le symptôme en négatif. Avant, c'était souvent les thèmes religieux (blasphémer pendant la messe par exemple). Maintenant il s'agit plutôt de thèmes moraux (envie de voler), ou de pureté (il faut que ce soit propre), ou encore concernant les collections (il manque quelque chose), l'écoulement du temps (mettre en ordre ses souvenirs). Ce sont parfois des thèmes de doute: "*ai-je bien fermé la porte?*".

## Clinique

Obsessions phobiques : les sujets ont peur qu'un malheur arrive à un être cher, et vérifient sans arrêt, téléphonent. Ils ont peur de blesser quelqu'un, de ne pas être capable de nourrir l'enfant (proche des phobies d'impulsion)... etc.

Obsessions idéatives : les sujets ruminent mentalement, ont des scrupules pour tout. On note aussi l'arithmomanie (tout compter), la manie de l'interrogation (questionnement incessant sur la place de l'homme dans l'univers).

Obsessions impulsives : les sujets ont toujours peur de commettre une faute, de tuer quelqu'un. Fortement teinté de conflit oedipien.

Lutte contre les obsessions : la lutte est constituée de 3 éléments, les rituels, les vérifications et les conjurations.

1. Rituels. C'est un système mis au point par le sujet pour ne pas avoir cette obsession au niveau de la pensée.
2. Vérifications. Le fait de penser au rituel agit sur la réalité.
3. Conjuraison.

Ces 3 défenses sont de l'ordre du magique.

L'angoisse apparaît quand les défenses ne peuvent plus se mettre en place ("angoisse"). En règle générale, le sujet n'est pas un angoissé. La dépression par contre est permanente ("dépression"). Le sujet est épuisé, avec un vécu d'indignité et d'auto-accusation. Les patients sont hyper-contrôlés, sans spontanéité, sans affects au niveau relationnel. Ils annulent toujours ce qui vient de se passer, et mettent à distance l'Autre. L'évolution se fait en dents de scie. Ils sont en permanence obsessionnels mais de temps en temps leurs rituels parviennent à conjurer l'angoisse.

## Personnalité de l'obsessionnel

C'est la psychasthénie de Pierre JANET, avec crise de conscience et tendance au scrupule, au doute, à l'introspection. Timidité excessive. Inhibition psychique et physique. Pauvreté de la vie sexuelle. Troubles psychomoteurs avec tics, bégaiements... etc.

## Problèmes majeurs

Au nombre de trois : agressivité, destruction et mort.

Le sujet se défend de l'agressivité par un mécanisme de défense: les "*formations réactionnelles*" ("[mécanismes de défense](#)"). Ce mécanisme colmate l'agressivité par un phénomène inverse, la bonté sadique ("[agressivité](#)"). De même, contre la fécalisation apparaît l'ordre, le rangement. L'obsessionnel devient avare et adopte un comportement de bonté sadique en donnant à une œuvre de bienfaisance. L'obsessionnel a aussi un contrôle des affects ("*Je suis en colère parce que tu as été...*"), se traduisant du côté sexuel par la simplicité et la pauvreté. L'obsessionnel est quelqu'un d'ambivalent (avare prodigue).

Au niveau des instances, on a un Surmoi tyrannique ("[les 2 topiques](#)"). Le simple fait d'avoir une idée est vécu comme si c'était déjà réalisé. Toute pensée est retravaillée pour être compatible avec la censure.

## Diagnostic différentiel

- Névrose phobique. Le diagnostic est assez aisé à faire car le patient phobique va chercher de l'aide, vient dire qu'il est angoissé ("[névrose phobique](#)").
- Névrose hystérique. Plus délicat à distinguer. La relation induite par la névrose hystérique tient compte de la perte phallique ("[stade phallique](#)"), avec angoisse de castration. L'obsessionnel n'a pas ce type de fonctionnement mais les ressemblances peuvent être grandes. Il pourra de plus avoir parfois des défenses hystériques.
- Paranoïa. On observe dans le comportement paranoïaque la "*projection*". Dans la névrose obsessionnelle il n'y a pas de persécuteur ("[paranoïa](#)").
- Mélancolie. Le mélancolique présente un désir de mort ("[mélancolie](#)").
- Schizophrénie. Notions de dépersonnalisation, d'étrangeté, d'ambiguïté que l'on ne retrouve pas dans la névrose ("[schizophrénie](#)").

<u>STADE ORAL</u> (S. FREUD) ou position schizo- paranoïde (M. KLEIN)	<u>STADE ANAL</u> (S. FREUD) ou position dépressive (M. KLEIN)	<u>PSEUDO OEDIPE</u>	<u>OEDIPE</u>
Schizophrénie	P.M.D. Paranoïa Névrose obsessionnelle	État limite	Névrose phobique Névrose hystérique

## Vie pulsionnelle

C'est avant tout une névrose. Il y a un marquage au niveau d'une régression sadique anale, à partir d'un conflit oedipien ("[stade anal](#)"). La névrose s'est structurée. A la puberté, il y a eu réactivation œdipienne, avec régression sur les fixations anales préexistantes. Or, le sujet re-fonctionne de manière très archaïque, les interdits œdipiens prenant une valeur d'absolu, de sentence. Le Surmoi est tyrannique, il impose un interdit formel de contact avec l'Objet du désir. Même la pensée est interdite. Le "*penser*", c'est le faire.

## Mécanismes de défense

Il y en a 4 :

1. Formation réactionnelle : c'est l'expression en négatif du désir originel.
2. Isolation : c'est la défense centrale de l'obsédé (attention au terme "*obsédé*" qui n'a pas le même sens dans le langage courant). C'est une opération mentale de déconnexion entre "*affect*" et "*représentation*", avec naissance du refoulement sans conversion dans le corps. L'affect s'exprime librement, pour pouvoir passer la barrière du refoulement.
3. Déplacement : au lieu de s'exprimer sur un vécu désagréable, l'affect se déplace sur un autre Objet, donnant par là-même un caractère absurde au comportement.
4. Annulation rétroactive : par échappement (sans qu'il l'ait voulu consciemment), le sujet a exprimé son désir. Il va donc à posteriori annuler l'acte manqué ou le lapsus.

Ainsi on observera dans un premier temps la formation réactionnelle: l'agressivité se change en bonté, refoulant la pulsion. Puis, avec l'échec du refoulement, dans un deuxième temps agissent l'isolation et le déplacement, ainsi que l'annulation rétroactive. Enfin en troisième temps il y aura érotisation de la pensée, institution de rituels, de conjurations et de vérifications. Le Moi en est réduit à trouver un plaisir dans ce qu'il a produit.

## Thérapeutique

Les névroses obsessionnelles se soignent par la psychanalyse.

Pour en rester à un soin de symptôme, 2 types de médicaments pourront être employés: les neuroleptiques et les antidépresseurs.

Les psychothérapies sont assez difficiles, sauf lors des psychothérapies de soutien, quand le sujet va mal (et que les rituels par exemple ont pris une importance vraiment handicapante dans la vie du patient au point de lui faire demander de l'aide).

---

# HYSTERIE

## Histoire de l'hystérie

HIPPOCRATE a donné ce nom d'après un modèle de représentation où l'utérus, se mouvant dans le corps, stoppait par moments les transmissions nerveuses. Les crises hystériques, ressemblant à l'épilepsie, entretenaient une "*aura*" divine autour de leur détenteur.

Au moment de l'inquisition, les hystériques sont vécus comme possédés et finissent souvent brûlés.

En 1793, Philippe PINEL fait libérer les aliénés et les fait reconnaître comme individus malades.

Vers la fin du 19<sup>ème</sup> siècle apparaissent Jean Martin CHARCOT, son élève Joseph BABINSKI et Sigmund FREUD. Ils se rendent compte que la suggestion fonctionne avec l'hystérique. A "*la Salpêtrière*", des séances d'hypnose ont prouvé l'absence des lésions organiques dans la maladie hystérique.

Joseph BABINSKI pensait que l'hystérique était un simulateur. Sigmund FREUD croyait à la conviction du malade et travaillait donc plutôt sur l'aspect psychologique ("[FREUD: définitions et théories freudiennes](#)").

Ce qu'il y avait de nouveau au temps de J. M. CHARCOT c'était l'extraordinaire ampleur qu'avait prise l'étude de l'hystérie, et notamment des crises motrices où l'on décrivait soigneusement 4 stades: la période épiléptoïde, la période du clownisme, la période des attitudes passionnelles et la période terminale avec souvent des hallucinations, où l'on recherchait des stigmates, où l'hypnose apportait son relent de magie. Les élèves de CHARCOT et BABINSKI lui-même, avaient construit un monument extraordinaire en s'appuyant sur des publications dont certaines nous apparaissent comme absolument

déréelles, et tout cela dans une atmosphère qu'imprégnait l'hystérie, d'exaltation mélodramatique et d'érotisme latent.

Quand le maître est mort, Joseph BABINSKI abattit le monument et les anciens disciples brûlèrent ce qu'ils avaient adoré. Le besoin se faisait sentir d'exorciser définitivement la chose fascinante et mystificatrice.

On ne voulait plus entendre parler de l'hystérie, on en fit le "*pithiatisme*". Du même coup cette femelle inquiétante ramenée au masculin paraissait perdre cette aura sexuelle qu'au long des siècles et depuis HIPPOCRATE toute la tradition médicale avait éprouvée, et que l'inquisition vers la fin du moyen-âge en brûlant tant d'hystériques avait elle aussi reconnue.

Et voici le deuxième élément qui, répandu dans le public médical puis dans le grand public, donne au terme d'hystérie tout son poids péjoratif. Les hystériques nous apparaissent depuis Joseph BABINSKI comme de faux malades, jouant la comédie de la maladie, et ils sont aussi ceux dont la sexualité inassouvie peut déclencher des réactions imprévisibles, ridicules, caricaturales et parfois inquiétantes dans leur exaltation. Le stade des attitudes passionnelles de la grande crise de J. M. CHARCOT se rencontre rarement, mais le souvenir populaire en garde une trace profonde et la charge érotique des crises névropathiques actuelles si elle n'est pas analysée par l'entourage est certainement ressentie par lui.

Si nous rejetons si brutalement ces "*faux-malades*" ou plutôt ces "*fausses-malades*" car il s'agit surtout de femmes, c'est peut-être parce qu'ils nous font perdre un temps précieux, parce que (malgré l'affirmation de Joseph BABINSKI que la contre-suggestion peut les guérir) nous les guérissons difficilement (ce que nous supportons mal) et enfin que dans leurs innombrables visites nous sentons cette quête affective qui nous enveloppe, nous attire à la fois et nous fait peur, suscitant des réactions de défense hostile qu'il nous faut maîtriser ou un désir de protéger dont les motifs ne sont pas purs!

### Selon J. M. CHARCOT

La "*névrose post traumatique*": Jean Martin CHARCOT était parvenu à reproduire artificiellement les paralysies hystériques, prouvant ainsi le côté psychosomatique de la maladie. S'il croyait à la réalité d'un traumatisme physique dans la vie du patient, il avait découvert que le plus important était le vécu mental qui avait accompagné cet accident.

"*Le fantasme inconscient s'exprime de façon corporelle dès que le sommeil narcotique s'estompe et bien avant la reprise de la conscience; Il ne s'agit donc pas de simulation, mais bien plutôt d'une expression psychosomatique*". Après le choc traumatique, le malade a une tendance inconsciente à retrouver l'univers affectif de l'enfant.

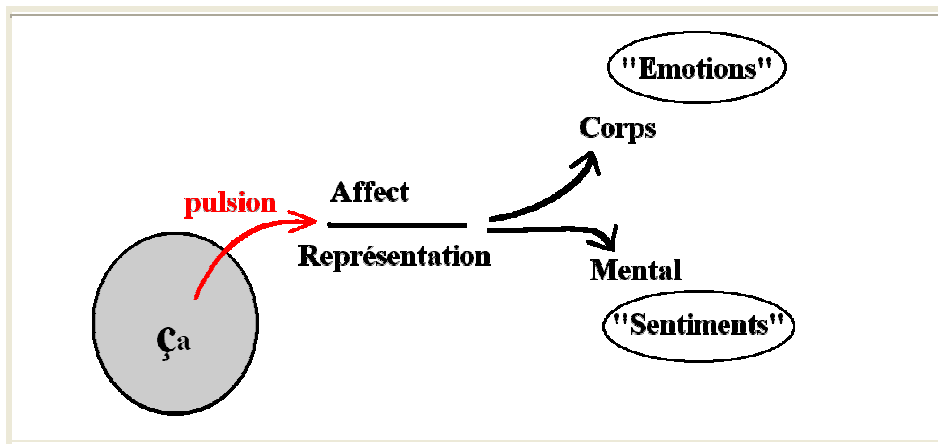
Cette maladie se retrouve beaucoup chez les émigrés qui, loin de leur famille depuis plusieurs années, ont exprimé à travers ces séquelles post traumatiques leurs besoins d'affection, de compensation. Ce dont souffre le malade, c'est de la frayeur née de l'accident et le souvenir de cette frayeur. C'est de réminiscence que souffre l'hystérique. L'énergie pulsionnelle emprunte la voie somatique, après que le refoulement ait interdit la voie de la conscience ("[pulsion et énergie pulsionnelle](#)").

L'hystérie exprime un conflit où le désir sexuel est évident. Il y a répression des instincts, assaut des pulsions... Les fantasmes sont liés aux désirs, aux réminiscences traumatiques. L'hystérie est l'expression corporelle chez des malades qui n'arrivent pas à traduire en mots. Lorsque les symptômes somatiques se révèlent inefficaces à apaiser le conflit, le malade peut faire alors l'objet d'un dédoublement de la personnalité.

Les désirs inconscients réprimés sont : la sexualité, l'agression et la recherche affective infantile (dans l'épilepsie il y a un phénomène de perte de conscience totale, ce qui ne se retrouve pas dans l'hystérie).

## Selon S. FREUD

C'est un conflit dont l'origine est dans l'Oedipe ("[complexe d'Oedipe](#)").



Quand il y a rupture entre l'affect et la représentation, et que seule ne reste que la représentation (comme lors des [phobies](#)), on a affaire au refoulement.

## Symptôme et syndrome

Un symptôme est un phénomène perceptible qui révèle un processus caché. Il peut être conçu comme la réaction de l'organisme à un agent pathogène.

Un syndrome est un ensemble de symptômes caractérisant une maladie. Un diagnostic peut être établi avec un ensemble de symptômes.

Dans l'hystérie, il y a conversion de l'affect. Le corps se met à parler. C'est de la rupture entre l'affect et la représentation que naît le refoulement.

La question fondamentale de l'hystérique est : "*qui suis-je ? Un homme ou une femme ?*"

Le symptôme naît quand il y a surgissement de l'angoisse .

L'hystérique ("*Être humain s'étant construit un mode prioritaire de relations à l'Autre de type hystérique*") évolue avec son temps.

## Hystérie féminine

Le tableau clinique est très varié. La personnalité du sujet sera néanmoins marquée par :

- la prévalence d'un type d'identification.
- un mécanisme de défense : le refoulement ("[mécanismes de défense](#)").
- l'affleurement du conflit oedipien dans les registres libidinaux Phallique et Oral ( "[stade phallique](#)" et "[stade oral](#)").

L'hystérique actualise et met en scène sa bisexualité. Le tableau clinique sera fonction de l'espace de savoir, et du milieu socioculturel. Ainsi les symptômes hystériques établis du temps de (et devant) J. M. CHARCOT ne sont pas identiques aux symptômes actuels.

## Rappel

L'angoisse peut s'exprimer au niveau du psychisme, telle l'angoisse de castration.

L'angoisse peut aussi s'exprimer au niveau du corps. Cela se verra dans l'hypocondrie, dans les troubles de conversion (apparaît chez l'hystérique), ou encore en psychosomatique.

La pathologie hystérique est très riche. Au niveau clinique, le motif de consultation de l'hystérique femme prend deux aspects:

### /1 La défensive

C'est le premier mode adopté par l'hystérique, se faisant représenter par son symptôme. Elle laisse parler son corps. On évoque alors la "*belle indifférence*" de l'hystérique, symptôme qu'elle ne reconnaît pas, qui ne vient pas d'elle. La patiente laisse à son corps le soin de négocier une question inassumable. Le symptôme tient lieu de demande. C'est une question et un piège offerts au médecin, à travers par exemple des céphalées, des paralysies, des troubles fonctionnels... etc.

### 2/ L'offensive

C'est le second mode adopté, quand l'hystérique vient prendre à témoin un médecin de son malheur. Elle proclame de manière revendicatrice sa pathologie, à travers par exemple le droit des femmes au plaisir sexuel, ou l'incapacité des hommes... Elle peut aussi amener son mari chez le psychiatre pour une mise en accusation. On observe alors deux cas au niveau clinique chez ce mari "*victime*": ou bien il répond à la demande (il joue un rôle maternel, il est insomniaque... plus il en fait, plus il est frustrant), ou bien il refuse et affirme son indépendance (il est alors assimilé à un mauvais père).

L'hystérique femme est entière dans son offensive, de par ses convictions et son langage. Mais elle souffre d'une double insatisfaction:

- de par sa position phallique, elle se réfère à un Idéal du Moi masculin, et en constate la carence chez les hommes et chez son père.
- du côté du Moi idéal homosexué : la mère de l'hystérique est perçue régressivante ("[idéal-du-Moi et Moi-idéal](#)"). Cette mère Oedipienne dévalorise le modèle de féminité qu'elle aurait dû incarner pour la petite fille. Elle n'a jamais pu devenir une "*vraie femme*", sur le plan socioculturel et psychologique.

## Personnalité de l'hystérique femme

L'hystérique femme est dominée par ses troubles des conduites sexuelles ("[conduites sexuelles](#)"), qui peuvent aller jusqu'à l'évitement complet.

### Conduite sexuelle de l'hystérique

- Évitement complet : rare.
- Hyperactivité sexuelle : souvent très insatisfaisante. La patiente peut avoir plusieurs objets d'amour en même temps, sans satisfaction. Elle collectionne les hommes impuissants, ou les violents. On note rarement d'homosexualité. La femme hystérique entre en rivalité avec les autres femmes, et son comportement est alors ambigu. C'est à travers les autres femmes que l'homme prend de l'intérêt pour elle. Elle n'a pas d'image masculine si ce n'est qu'à travers les rapports que l'homme peut avoir avec une autre femme.

### Activités de remplacement (3 notions)

1. La femme hystérique privilégie la vie fantasmatique et onirique, très élaborée et secrète. Les scénarios sont hétéro et homosexuels, souvent exacerbés.
2. Le comportement avec les enfants est une séduction érotisée qui contraste avec des soins minutieux. La séduction se parle et s'agit, comme par exemple lorsqu'elle dresse une liste de "*mecs*" pour sa fille. Elle reconnaît une sexualité aux enfants mais contrôle tout de leur vie, que ce soit à travers l'hygiène, la scolarité, la santé ou les fréquentations. Elle crée un prototype parfait de l'enfant. C'est une "*mise en scène*".
3. Les conduites alimentaires sont très développées, avec alternance de boulimie et d'anorexie ("[conduites alimentaires](#)"). C'est une alimentation anarchique. Cela peut aller jusqu'à l'hystérie orale (zone érogène privilégiée).

## Comportements de représentation

On note une grande érotisation des relations, avec un comportement séducteur, aguicheur, et des avances qu'elle repousse avec dédain. Peut aller jusqu'au viol.

- Désir de plaire, avec identification aux personnes qu'elle croit intéresser. Ce désir est fonction de ce qui est considéré comme une norme. La femme hystérique possède un schéma corporel étendu et pris à l'Autre ("[schéma corporel](#)").
- Théâtralisation et dramatisation. L'hystérique femme est en permanence sur scène. Elle est au mieux lorsqu'elle sent un public adapté et c'est à ce moment qu'apparaissent ses crises, ses malaises. Elle dramatise les événements insignifiants.
- Projections fantasmatiques. Elle attribue à l'Autre ce qu'elle désire fantasmatiquement. Projection, théâtralisme et dramatisation aboutissent à la...
- ... Mythomanie. Ayant aperçu par exemple un acteur connu, elle racontera avoir passé son enfance avec lui ("[mythomanie](#)").

## Hystérie féminine de conversion

### Troubles paroxystiques

C'est l'exhibition devant un public choisi, avec des fantasmes ou des attitudes évoquant le coït. On distingue plusieurs formes:

- Grande crise de CHARCOT, avec striction thoracique, boule dans la gorge. On note des phases pseudo-convulsives et la phase de récupération avec gesticulation intense et désordonnée.
- Crises convulsives, crises de nerfs, de tétanie...
- Crises inhibitoires, avec syncopes fréquentes et, plus rarement, des accès cataleptiques ou léthargiques.

### Symptômes psychiques

Ils sont très fréquents dans les formes hystériques modernes. On note ainsi:

- Les troubles de la mémoire : difficulté à évoquer le passé, avec des lacunes fréquentes. Des souvenirs surviennent à une autre place, ou sont mis en doute. Il y a une trace signifiante, un refoulement puis une récupération secondaire. Difficulté à prendre le statut d'adulte qui arrive, à prendre la place de la mère. La séparation d'avec le milieu familial est difficile. Difficultés à apprendre: on note à ce niveau des troubles dans l'évocation des faits récents, avec trous de mémoire, difficultés scolaires et universitaires... Hallucinoïde: c'est quelque chose ou un visage qui apparaît à l'endormissement, et qui fait souffrir (par exemple de grosses têtes grimaçantes). Les sommeils ne sont pas reposants, avec cauchemars stéréotypés, personnage menaçant qui la poursuit, chute dans un trou... ("[sommeil](#)").
- La dépression : elle se présente sous la forme d'un dégoût de la vie et de l'activité. Asthénie. L'hystérie femme mentalise mal sa dépression. Elle vieillit mal. Il y a une impossibilité de plaire au niveau psychique, un sentiment d'abandon, de non-valeur, conduisant à la tentative de suicide.
- La tentative de suicide (ou T.S.) : On notera un signe particulier, l'hystérique ayant un comportement d'appel inconscient qui amènera quelqu'un à lui éviter cette TS. Elle choisit plus fréquemment la TS médicamenteuse, avec grande valeur relationnelle, appel et chantage ("[TS ou tentative de suicide](#)").

### Fonctions végétatives et de relation

On note une "*belle indifférence*" à l'égard des symptômes même quand ils sont exhibés.

- Inhibitions sensitivomotrices, devenues rares actuellement. La topographie suit le schéma du corps. Astasie, abasie (incapacité à marcher, à rester debout). Contractures, spasmes... avec torticolis, tremblements... qui disparaissent sous anxiolytique.
- Inhibitions sensorielles, avec cécité, surdité, troubles de l'équilibre, hypo et hyper acousie, anosurie, dysosurie...
- Manifestations viscérales, et fréquemment fonctionnelles, avec grossesses nerveuses, pertes de sang, déni d'une grossesse réelle (qui cesse quand la future mère réalise vers le 4 me mois que la grossesse se développe dans les organes génitaux et non dans le tractus digestif), brûlures d'estomac, vomissements... Certaines hystériques ne vivent bien que lorsqu'elles sont enceintes, s'accaparrant alors une identité féminine.
- Insomnies, céphalées... Ce sont ici les formes modernes de l'hystérie.

## Hystérie masculine

Diagnostic plus rare mais la structure est fréquente.

### Clinique

On note 4 motifs de consultation.

#### 1/ Manifestations anxiphobiques.

#### 2/ Troubles de la sexualité.

- Impuissance : phénomène le plus souvent observé chez l'hystérique homme, avec grande difficulté de passage à l'acte. La confrontation avec la femme, vécue en termes de castration, interdit le passage à l'acte. Il y a renoncement devant l'idéal de vérité qu'il se sent devoir égaler. L'identité sexuelle n'est pas acquise. Le patient vit un problème de "*normalité*" par rapport au sexe.
- Masturbation : dissimulée et à thèmes lesbiens. Sensation de culpabilité très riche sur le plan fantasmatique. Trouble de la personnalité, masturbation devant la glace.
- Doute sur l'identité sexuée : "*ne serais-je pas homosexuel ?*"

#### 3/ Syndrome d'échec...

... et ses compensations, une fois le patient confronté à l'indépendance.

- L'hystérique homme va prendre le médecin à témoin de son malheur. La réussite professionnelle est bien supportée mais quand elle est acquise, le patient risque de faire une décompensation anxieuse ou dépressive ("dépression"). Il pourra aussi y avoir une intolérance à la réussite. On observera parfois l'emploi de toxiques mineurs (amphétamines, barbituriques, alcool) pour l'aider à assumer le rôle d'homme, donner le change.

#### 4/ Crises de nerf, malaises.

- L'homme montre à un entourage choisi qu'il n'est pas comme un homme.

## Personnalité hystérique masculine

### Conduites sexuelles

On observe l'éviction parfois totale des rapports sexuels, avec prétextes moraux. La femme est interdite, car "*trop bien*" ou "*pas assez*". Il y a une rationalisation qui permet de ne pas se confronter au sexe opposé. Il y a aussi l'impuissance partielle ou totale, le donjuanisme réel (rare) et les récits donjuanesques (fréquents, que ce soit par rapport au passé ou dans l'avenir).

### Attitudes de remplacement

- Masturbation
- Quête de virilité
- Quête homosexuelle non agie
- Quête d'amitié masculine dont le choix porte sur un homme qui a ce qu'il n'a pas, quelque chose de plus dont il croit manquer.

### Comportement social

Séduction forcée. Quitte à en souffrir, l'hystérique homme fera le pitre pour être accepté.

### Hystérie masculine de conversion

#### Troubles paroxystiques

Avec agitation, pleurs, hurlements, crises de nerf...

#### Manifestations psychiques

Avec observation de

- Dépressions, TS.
- Alternance exaltation/morosité.
- Toxicomanies mineures.

#### Manifestations génitales

- Névrose hystérique derrière un certain nombre de névroses traumatiques.
- Symptomatologie hystérique dans les suites d'une intervention chirurgicale vécue comme coït sadique.

### Grands éléments de diagnostic (homme et femme)

L'hystérique passe son temps à donner le change, au somaticien comme au psychiatre. Il y aura ainsi des signes empruntés au somatique (paralysies, troubles viscéraux...) et d'autres empruntés à la lignée psychiatrique (dépersonnalisation, hallucinose...).

#### Diagnostic positif

Il va se faire sur le jeu de l'attraction et de la répulsion. Le patient hystérique ne se comportera pas en malade ("*Je n'ai pas demandé à vous voir*"), ou alors se comportera en malade pour mieux "*castrer*" le médecin (le patient invite le médecin à déployer sa puissance pour lui en montrer l'inefficacité). Il y a incompatibilité entre ses deux espoirs, être aimé et être entendu.

#### Diagnostic différentiel (avec les autres névroses ou les psychoses par exemple)

- avec les névroses phobiques, et les [névroses obsessionnelles](#), il s'agira d'apprécier les composantes de la personnalité;
- avec l'anorexie mentale;
- avec les [pervers](#). Chez l'hystérique il existe toujours une angoisse et une culpabilité faciles à constater;

- avec la [psychose](#). Des psychotiques peuvent avoir des manifestations pseudo hystériques (théâtralisme, conversion...) mais on note la différence dans leur angoisse psychotique, dans l'[activité délirante](#), ou encore dans la bizarrerie. A contrario, certains hystériques auront des élans pseudo psychotiques (dépersonnalisation, hallucinose, mythomanie...). Il faudra faire attention à la qualité de la relation, évocatrice de la névrose hystérique. On observera ainsi chez l'hystérique des différences de comportement suivant que le soignant est un homme ou une femme... Le diagnostic sera plus précis suivant l'évolution et les contacts ultérieurs. Le patient hystérique a une capacité à nous séduire pour mieux nous castrer. Le patient psychotique n'a pas de distinction aussi prononcée entre son corps et le monde ("[psychose état-limite névrose](#)").

## Evolution

Tous les hystériques évoluent au contact du milieu médical. On observe alors:

- Disparition des symptômes (très révélateur de l'hystérie).
- Confinement de l'existence. Les patients hystériques finissent par ne plus sortir de chez eux.
- Sublimation dans les métiers d'infirmiers, dans le service social. C'est le "*dévouement*" de l'hystérique.
- Refoulement. Mécanisme de défense dans une hyper consommation médicale. C'est un langage par le corps et non du corps.

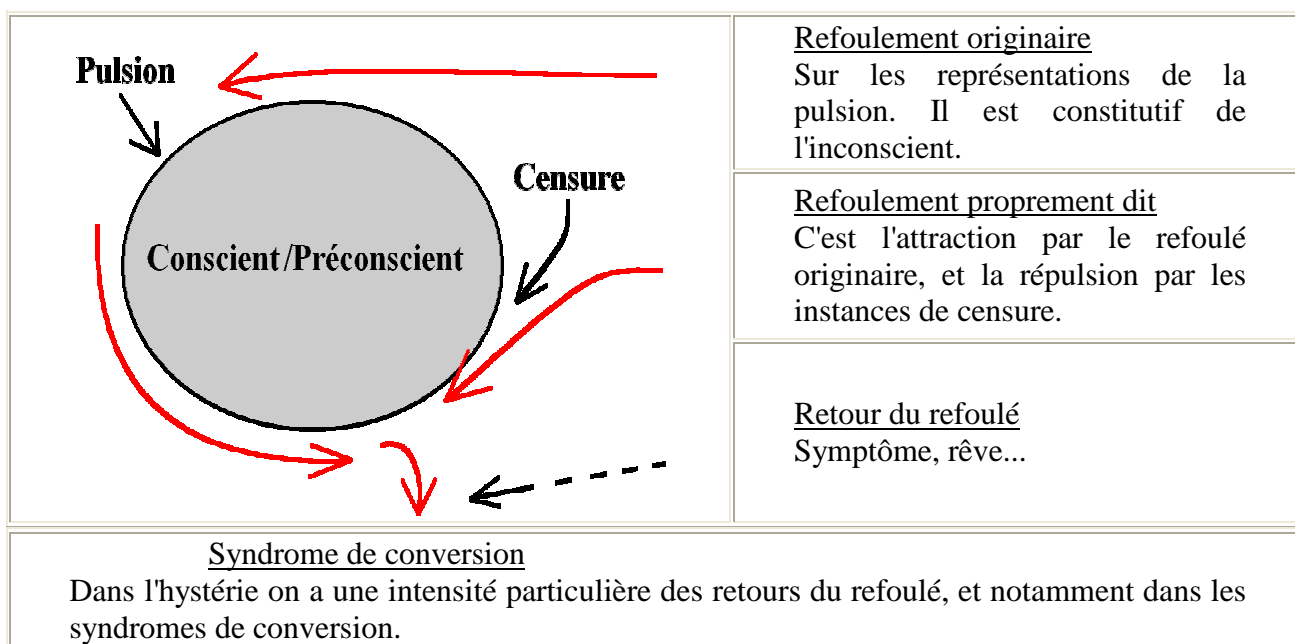
## Psychodynamique

La névrose obsessionnelle utilise le déplacement et l'isolation, tandis que l'hystérie utilise le refoulement.

## Le refoulement

Avant d'être un moyen de défense, c'est un mode de fonctionnement structural du psychisme. Le refoulement articule l'ordre primaire de l'inconscient au système secondaire [Conscient/Préconscient](#).

La théorie freudienne distingue 3 dynamismes.



L'hystérie n'est pas langage du corps mais langage par le corps. Un message est "gelé" dans ce corps. A singer l'hyper féminité, l'hystérique femme montre qu'elle ne l'est pas tant. Elle ne montre pas son corps femme mais les questions qui utilisent son corps comme langage. Ce corps ne peut pas être utilisé pour le désir et le plaisir. L'hystérique femme se défend d'avoir un corps désirable, pénétrable. Elle en fait un mode d'expression, et non pas le lieu de désir ou de jouissance de l'Autre.

### La castration

C'est autour d'elle que s'articule la problématique hystérique. La castration est un des fantasmes originaires, une structure fantasmatique inconsciente.

- Au départ : garçon et fille sont l'Objet de l'amour narcissique de la mère, occupant la place du phallus.
- Abord de l'Oedipe : le garçon découvre son insuffisance à son ambition. La fille découvre son manque réel à la prétention phallique. Ce manque se retraduit en terme de stratégie du désir.
- Entre garçon et fille : le garçon doit assumer le deuil symbolique du père "*phallophore*", du Père "*désirant*" dont le désir est l'objet du désir de la mère. La fille doit accepter le fait que le manque en la mère est l'objet du désir du père, et que la mère, désirant le désir du père, trouve en lui ce qu'elle n'a pas totalement.
- Le garçon : il n'est pas sans savoir, et doit assumer le deuil symbolique du phallus pour accepter son pénis tel qu'il est.
- La fille : elle ne manque en fait de rien, et assumera la perte du phallus dans la mère en découvrant qu'elle a en elle ce quelque chose qui, n'étant rien, sera le lieu du désir de l'autre.

L'hystérique ne peut suivre cette dialectique, et reste prisonnier de la quête phallique et de la bisexualité originaires.

### L'homosexualité

Il y a un grand investissement libidinal homosexuel chez l'hystérique, avec des fantasmes lesbiens accompagnant la masturbation de l'hystérique homme. C'est ici une mise en scène de l'homosexualité sans phallus. Questionnement sur la nature du sexe de la femme. La femme, c'est l'Autre, celle à égaler à condition de savoir ce que l'homme peut bien y désirer.

L'hystérique, dans son narcissisme phallique reste tributaire des mécanismes d'identification imaginaire pour aborder la question de la différence des sexes: identification à l'homme, participant à son désir pour chercher la femme en son mystère.

L'hystérique est malade de sa bisexualité et reste perplexe entre ses identifications masculine et féminine.

### Le narcissisme

Bien que les hystériques subissent des dépressions névrotiques et que le vécu dépressif soit toujours près à apparaître, la problématique est d'abord celle de la castration, et ensuite celle de la souffrance narcissique (le narcissisme est l'investissement libidinal de l'image du corps). L'hystérique est très dépendant de ses Objets, et se déprime devant toute déception relationnelle ("[relation d'Objet](#)"). Ses Objets sont des compléments phalliques (petit ami ou petite amie "*dans le vent*"). Remarquons l'incapacité pour l'hystérique de mentaliser son agressivité sadique orale, en liaison avec les aspects prégénitaux de sa fixation libidinale.

## Traitement

- La psychanalyse ne peut pas être proposée systématiquement. Cependant le patient hystérique est capable de transfert sur le thérapeute pour rejouer toute sa problématique infantile ("[psychanalyse](#)").
- Il faut entendre le symptôme comme une demande.
- Ne pas se laisser prendre au piège de la demande, symptôme du désir de l'hystérique d'avoir un désir insatisfait.
- L'hystérique doit pouvoir en retirer un bénéfice secondaire, sinon il partira.
- Les médicaments sont inopérants, sauf l'effet placebo pour les états de crise. Dans les phases aiguës, lors de décompensation anxieuse ou dépressive, les antidépresseurs vont corriger les troubles biologiques.
- Il faut remodeler le réinvestissement narcissique, faire des psychothérapies à rythme lent, sans interprétation et non directives, pour passer le cap. Ne pas tomber dans la problématique de son corps, lors par exemple d'examens cliniques.
- Risque de rejet de la part du personnel soignant car il revit des choses homosexuelles ("[entretien infirmier](#)").
- Attention : l'hystérique parvient parfois, à force d'obstination, à se faire opérer, ligaturer les trompes par exemple. C'est inconsciemment l'assurance de n'avoir jamais d'enfant du père. La patiente hystérique se punit de quelque chose qu'elle n'a pas fait. Seul le désir est coupable.

---

# PSYCHOSE MANIACO DEPRESSIVE

## OU PMD

Le problème de base de la psychose maniaco dépressive (ou PMD) est la thymie, avec variations de l'humeur. On note une alternance de phases d'exaltation (manie) et de phases de dépression (mélancolie). Souvent on parlera de maladie bipolaire (plutôt que de PMD) pour caractériser la cyclicité et la périodicité de cette pathologie aux symptômes si contrastés.

Sans traitement, l'épisode maniaque peut durer jusqu'à 6 mois, puis arrive l'épisode mélancolique, avec inhibition psychomotrice, douleur morale et risque suicidaire. C'est à ce stade que le risque est le plus grand. C'est la forme typique de PMD, dite "*bipolaire*".

On rencontre aussi la forme unipolaire, avec accès mélancoliques peu durables et retour à la vie normale, de manière périodique.

On rencontre principalement 3 formes cliniques :

1. La mélancolie délirante,
2. la mélancolie stuporeuse,
3. et enfin la mélancolie anxieuse.

Cette maladie est revendiquée par les biologistes, les endocrinologues, les psychiatres, [les psychanalystes](#)... etc.

En milieu hospitalier, les traitements sont:

- d'ordre [organiciste](#), avec électrochocs: la mélancolie en est l'indication majeure, mais les effets, rapides et spectaculaires, restent souvent de courte durée ("[électrochoc ou sismothérapie](#)"), antidépresseurs (sous perfusion, per os), sels de lithium (normothymique)...
- et d'ordre analytique, avec écoute et accompagnement du patient au quotidien puis durant les moments privilégiés que sont par exemple les perfusions, aide à la régression, nursing, soutien et revalorisation narcissiques, analyse du matériel psychique transmis lors des entretiens et des activités thérapeutiques.

Le milieu hospitalier permettra aussi la surveillance et la protection du risque suicidaire, très important durant les premières semaines.

## LA PHASE MANIAQUE

### Sémiologie

Le sujet se présente (à l'entretien ou dans le service) débraillé, le visage "*pétillant*", avec un contact facile. La chambre est en fouillis. On note une excitation psychique avec fuite des idées, accélération de la pensée (tachypsychie), trouble de l'attention, distractivité importante. Il y aura un décrochage permanent dans le discours du patient. Notons aussi l'hypermnésie avec résurgence de souvenirs spontanés. L'imagination est exaltée, à la limite du délire. Le langage est accéléré et le débit des mots rapide.

On aura aussi une exaltation de l'humeur, avec anticipation positive sans notion d'échec. Il existe chez le maniaque une excitation psychomotrice avec grande dimension de jeu. Son fonctionnement est entièrement ludique, pouvant amener des incidences médico-légales (attentat à la pudeur par exemple). Ainsi le maniaque pourra t'il avoir des libérations instinctuelles s'exprimant à travers le jeu. Notons enfin le syndrome somatique avec insomnie ("[sommeil et troubles du sommeil](#)"), hyperthermie (risque de déshydratation) et accélération de tous les métabolismes.

La manie est une maladie périodique qui s'inscrit dans la PMD.

### Traitement

Il sera essentiellement chimiothérapique à l'aide de neuroleptiques sédatifs. L'étiologie de la PMD est très mal connue et les traitements agiront sur les symptômes pour faire stopper plus rapidement la phase maniaque ou la phase dépressive de la maladie. Chaque phase durera ainsi de 2 à 3 semaines au lieu des 6 mois sans traitement. On note l'existence d'un rythme qui n'est en rien altéré par les médicaments et dont on ne connaît rien. A l'heure actuelle seuls les symptômes sont traités.

## LA PHASE DÉPRESSIVE

### Aspect psychiatrique

Pour Karl ABRAHAM : la dépression est une régression archaïque à un stade oral. C'est un désir inconscient de dévoration libidinale de l'Objet.

Pour Sigmund FREUD : il est question de travail de deuil, de même type que chez le déprimé, mais il est interminable. Le mécanisme de la dépression se décompose en 3 stades: il y a d'abord la perte d'un Objet cher, réel ou fantasmatique. Vient ensuite l'intériorisation de cet Objet avec identification à lui. La troisième période est le stade d'ambivalence par rapport à cet Objet, avec mise en oeuvre d'une haine destructrice. L'Objet intériorisé est à la fois aimé et haï. S. FREUD soulève les notions de répétition et de résonance chez ce type de patient: un petit évènement peut se répéter et se retrouver année après année ("[FREUD: définitions et théories freudiennes](#)").

Pour Mélanie KLEIN : elle introduit les termes de position dépressive. Le nourrisson a conscience que sa mère est extérieure à lui. Il peut donc la perdre. C'est sa propre agressivité qui risque de provoquer le départ de sa mère, amenant chez lui une notion de culpabilité. La maladie nommée "*dépression*" est une reviviscence de cette période et de ce vécu ("Mélanie KLEIN").

### Aspect biochimique

Les antidépresseurs tricycliques (touchant à la noradréline et à la sérotonine) empêchent la recapture des neuromédiateurs au niveau pré-synaptique. La dépression serait un trouble de l'échange synaptique, par manque de neuromédiateurs circulant.

### Aspect chronobiologique

Un des symptômes de la dépression est l'insomnie (réveil précoce) et un des soins la privation de sommeil. En dehors de ces troubles du sommeil, les dépressifs ont un décalage de phase dans les stades propres au sommeil (les maniaques sont décalés dans l'autre sens). Une théorie serait que la dépression est due à un trouble de la perméabilité au sodium des membranes des neurones...

La dépression a aussi à voir avec l'hérédité.

### Sémiologie

On observe principalement :

- Un ralentissement (ou "*inhibition psychomotrice*") touchant globalement la sphère du psychisme.
- Une perte d'anticipation au niveau du langage. Le dépressif ne parle qu'au présent, sa seule anticipation possible étant négative (l'anticipation repose sur l'optimisme humain fondamental).
- Des troubles de l'humeur (anxiété, désir de mort, culpabilité, auto-accusation...).
- Des symptômes somatiques (anorexie, insomnie...).

### Traitement

Le traitement antidépresseur n'agit pas sur tous les symptômes au même moment. Il agit au bout d'une semaine sur l'inhibition (le ralentissement), puis une semaine plus tard sur l'humeur. Ceci entraîne des risques de passage à l'acte ("passage à l'acte") et donc de suicide ("suicide").

Mélancolie délirante : le délire du mélancolique est à thème de persécution, centripète (il part de la personne), à l'inverse du délire paranoïaque où tout converge vers le sujet.

Mélancolie agitée : ou anxieuse. Le ralentissement sera masqué par l'agitation.

Le traitement sera dans un premier temps essentiellement chimiothérapique, à l'aide des antidépresseurs: première génération à avoir été développée, les IMAO ne sont plus guère utilisés aujourd'hui (à cause de leurs graves effets secondaires, et des dangers liés à leurs interactions). Ils ont été remplacés par d'autres inhibiteurs intervenant sur la circulation des neurotransmetteurs. Actuellement on rencontrera assez souvent les tricycliques.

Effets secondaires des tricycliques : défaut d'accommodation, sécheresse de bouche, hypotension, constipation, tremblement, rétention urinaire...

Contre-indications des tricycliques : glaucome, adénome prostatique, troubles cardio-vasculaires...

Mode d'administration : en perfusion, à passer lentement. Puis per os (en comprimés ou en gouttes à avaler) au bout d'une semaine.

On pourra aussi utiliser le Lithium, qui est un stabilisateur de l'humeur.

### Précisions

- La mélancolie est un versant grave de la dépression (le dossier "[mélancolie](#)") et s'inscrit dans la PMD. C'est alors l'opposé de la manie (les 2 pôles de la PMD).
- Il est difficile de distinguer un état d'anxiété d'un syndrome dépressif. Les notions de culpabilité n'apparaissent pas chez l'anxieux, ce dernier se posant plutôt en victime. Le déprimé est coupable, responsable. De même, les troubles du sommeil sont particuliers chez le dépressif qui aura tendance à se réveiller tôt le matin. Il ne se plaindra pas, ou alors de ne pas ressentir les choses. Le matin est le moment le plus difficile pour lui. L'anxieux aura tendance à se plaindre, sera asthénique le soir mais plutôt bien le matin.
- La dépression chez les [personnes âgées](#) aura souvent un masque organique. Dans ce cas le traitement sera antidépresseur.

## Différenciation

PMD : psychose qui pourra n'apparaître que sur le mode dépressif (PMD unipolaire), ou bien avec alternance d'épisodes maniaques et dépressifs (pathologie bipolaire). Survient principalement chez le sujet jeune (premier accès avant 30 ans) sans qu'on ne remarque d'élément déclenchant (on emploie le terme "*endogène*"). Il y a un rythme entre les accès et entre chacun d'eux il n'y a pas de symptômes.

Dépression réactionnelle : névrose dont on note un élément déclenchant. C'est la dépression "*exogène*" (le dossier "[dépression endogène et dépression exogène](#)").

# DEPRESSION DE L'ADULTE

## Introduction

La dépression est à la fois un symptôme et un syndrome. Elle se rencontre dans toutes les affections, en épisode inaugural ou au cours du développement. Elle peut aussi être une maladie psychiatrique à part entière. C'est d'ailleurs l'une des maladies psychiatriques les plus répandues, qui chaque année touche près de 8 % des Français âgés de 15 à 75 ans (enquête A.NA.D.E.P. 2006 intitulée: "*dépression en population générale*"). Rien qu'en France, huit millions de personnes (soit environ 19% des adultes) ont vécu, vivent ou vivront une dépression au cours de leur vie.

Certains produits (par exemple les corticoïdes) peuvent entraîner une dépression.

La dépression est associée au suicide.

## Symptômes généraux

- Dysphorie (ou tristesse pathologique). C'est un vécu douloureux dans le regard que le sujet porte sur lui-même. Sentiments de culpabilité, de dévalorisation.
- Inhibition psychique. Manifestée par un ralentissement des processus intellectuels, instinctuels. Lenteur dans l'idéation, diminution de la faim, des désirs sexuels...
- Inhibition motrice.
- Anxiété. Peur de la perte, de l'abandon. Se manifeste par un vécu de perte, ou de façon impulsive dans des [conduites suicidaires](#).

- Symptômes somatiques, biologiques et comportementaux. Souvent isolés, rendant difficile la pose du diagnostic. On voit par exemple des troubles du sommeil isolés avec fatigue le soir, ou réveil très précoce accompagné d'anxiété, des dysomnies, des insomnies ("[sommeil et troubles du sommeil](#)"), des troubles digestifs, une constipation chronique, des troubles neurovégétatifs (baisse du rythme cardiaque, hypotension...), des troubles du langage ("[communication et langage](#)")... etc.

## Affinement de l'étude clinique

### Formes monosymptomatiques :

#### Typiques

- Dépression simple. Se manifeste alors une asthénie physique ou psychique. Sensation d'épuisement. Asthénie affective.

- Mélancolie anxieuse. Dominée par le vécu angoissant de la situation, avec culpabilité et crainte d'une catastrophe. Aucune recherche d'aide et donc grand risque de suicide ("[mélancolie](#)").

Atypiques (ce sont des formes qui échappent aux symptômes généraux et dont on ne perçoit pas le vécu dépressif.)

- Neurasthénie. Personnalité hystérique de base qui s'exprime dans son corps par un mal être ("[hystérie: définition, pathologie et soin](#)").

- Psychasthénie.

- Forme caractérielle. C'est un mécanisme de défense ("[mécanisme de défense](#)").

- Forme jalouse.

- Forme pseudo démentielle ("[démence](#)").

Graves (à cause du risque suicidaire)

- Forme stuporeuse. La personne est figée.

- Forme délirante ("[délire](#)"). C'est une mélancolie atypique et grave. Les thèmes sont toujours horribles (damnation, enfer...), les mécanismes sont intuitifs et coincés ("*parce que c'est comme ça!*"), la structure est pauvre et répétitive. C'est dans cette forme que se voit le suicide altruiste.

## Démarche diagnostique

Elle doit s'appuyer sur la [psychiatrie de base](#) mais aussi évoquer tous les diagnostics différentiels (causes somatiques entre autres). Ainsi devant une mélancolie stuporeuse, toujours se poser la question d'une surcharge médicamenteuse. Penser aussi au tableau de confusion mentale ("[confusion mentale](#)"). La pathologie somatique peut, chez les personnes âgées, décompenser la structure psychique ("[vieillesse et personnes âgées](#)").

## Classification des dépressions

Endogènes (ou psychotiques) :

- Cas des P.M.D. (accès au dossier: "[PMD ou psychose maniaco dépressive](#)").

Exogènes (ou symptomatiques) :

- Névrose. Symptôme dans une [structure névrotique](#).
- Schizophrène. Symptôme dans une [structure schizophrénique](#).
- Paranoïaque. Symptôme dans une [structure paranoïaque](#).

Ces symptômes sont réactionnels à des événements extérieurs, comme la confrontation à la loi pour le sujet paranoïaque ("*être humain s'étant construit un système de relations à l'Autre de type paranoïaque*") ou la séparation d'avec les parents pour le schizophrène ("*être humain s'étant construit un système de relations à l'Autre de type schizophrénique*").

Dépression masquée :

- Dépression qui s'exprime dans le corps sans qu'il y ait de vécu dépressif. Quand on traite le côté dépressif, le côté somatique se rétablit.

## Dépressions névrotiques

Caractérisées par un sentiment de perte ("*Avant, j'étais pas comme ça...*"), avec angoisse dépressive où le sujet revit un abandon ("[angoisse](#)"). On observe chez ces déprimés un centrage narcissique, une honte. Le symptôme dépressif vient combler le vide et le manque. Le fonctionnement du névrosé est très répétitif. A l'occasion de ces dépressions, on peut voir apparaître des symptômes névrotiques, comme les traits [obsessionnels](#), [phobiques](#) et [hystériques](#) ("[maladies psychiatriques](#)").

Le sujet déprimé cherche des relations d'Objet narcissiques, des relations en miroir, pour le soutien, qui évitent de rechercher des Objets d'identification ("[relation d'objet](#)").

Il aura parfois recours à des défenses maniaques (pour combler le manque intérieur, on essaie de gérer la réalité).

## Psychothérapie

Elle sera basée sur le principe de la communication, non directive. Mais il ne sera pas toujours possible d'entrer en communication avec un sujet mélancolique par exemple, à moins de ne parler que de lui, ce qui n'est pas souhaitable. Il doit y avoir un respect des défenses du malade car il va tester la relation que l'on a avec lui. Il faudra colmater le narcissisme, et donc engager plutôt dans ce cas une thérapie de soutien, plus directive ("[entretien infirmier](#)"). Éviter les discours de valeur.

## Réflexion psychiatrique

*"Comment faire, un fois la relation fusionnelle (avec la mère) terminée, pour éviter la dépression ?"*

Un des moyens est de somatiser, un autre de répéter (l'élément dépressif).

La notion de dépression tourne autour de la problématique de la perte. Sigmund FREUD, dans "*Métopsychoanalyse*", l'inclut dans un processus de deuil ("[processus de deuil](#)"). Le dépressif vit dans la perte d'un Objet très aimé et idéalisé. Mélanie KLEIN, dans la phase dépressive du 8<sup>ème</sup> mois, parle de l'enfant qui ne pourra plus être le premier Objet d'amour de la mère. Toutes les expériences dépressives ou de rupture dans la vie seront constituées en dépendance de la phase dépressive du 8<sup>ème</sup> mois. Si l'enfant n'arrive pas à réinvestir dans un deuxième temps sa mère de façon satisfaisante, on pourra alors parler de structure dépressive, amenant le sujet à s'appuyer sur son entourage.

### Chronologie du processus de deuil

- Perte d'un Objet cher.
- Une fois l'Objet perdu, il y a constitution d'un Objet interne de remplacement (c'est le sens que prend la boulimie quand on se sent déprimé). Il peut y avoir tentative d'identification à l'Objet perdu (adoption de tics...). Cet Objet intériorisé est alors "*bon*" ou "*mauvais*". La perte provoque des sentiments ambivalents vis à vis de l'Autre et vis à vis de soi, de son Narcissisme (culpabilité). Si l'ambivalence est trop importante, il pourra y avoir un délire de culpabilité amenant la mélancolie (la mélancolie est toujours délirante). Et alors seule la mort semblera pouvoir effacer la "faute".
- Le deuil se fera si cet Objet intériorisé est désinvesti au profit d'un autre Objet. On retrouve là encore la culpabilité.

Les personnalités à fort Idéal du Moi seront plus dépressives. Ces personnes n'arrivent pas à faire le deuil d'une image trop idéalisée du Moi ("[Idéal du Moi](#)").

On peut aussi se poser la question de la place de la dépression dans la psychose: la dépression peut-elle y être créatrice de guérison? Toute expérience de la perte, si elle est vécue, est une expérience de réélaboration interne et psychique. Ce qui garde le mieux en vie c'est la pensée, l'élaboration mentale. Il y a chez chaque individu la création d'Objets imaginaires. Les Objets imaginaires du dépressif ressemblent aux Objets imaginaires du délirant. Si dans la dépression l'Objet aimé n'existe plus, le

sujet peut se rebeller et le remplacer par un Objet hallucinatoire psychotique (Objet merveilleux). Ce contournement pose la question du pourquoi.

Passage entre 2 types de représentations d'Objet:

- Objet fusionnel, merveilleux, ne facilitant pas l'identification.
- Objet plus secondaire, permettant l'identification.

Il y a toujours un mouvement entre ces Objets, et une nostalgie d'un Objet primaire (la "Fée", la "Bonne Mère"). La dépression ne permettrait-elle pas, en progressant de manière constructive vers la régression, de faire le deuil de l'Objet imaginaire? C'est la question qu'on peut se poser. Et l'instant dépressif serait alors créateur de guérison.

Quoi qu'il en soit, le moment dépressif est à traiter avec beaucoup d'attention car il remet tout en jeu ([attachements primaires](#) à des Objets merveilleux).

L'espace est comme une enveloppe du Moi. Plus la réalité extérieure est menaçante, plus les ressources du Moi sont restreintes et plus l'enveloppe se rétrécit, pour ne devenir que l'enveloppe corporelle. C'est pour cela que certains malades, et pas seulement les dépressifs ou les mélancoliques, en viennent à ne plus sortir du lit.

---

## MELANCOLIE

### Définition de la mélancolie

État de dépression intense vécu avec un sentiment de douleur morale, et caractérisé par le ralentissement et l'inhibition des fonctions psychiques et psychomotrices. Cette dépression profonde de l'humeur est marquée par:

- une inhibition psychomotrice (perte de l'initiative, ralentissement psychomoteur, parfois état de stupeur...),
- une douleur morale intense avec désespoir, anxiété majeure et auto-dépréciation,
- des idées délirantes sur le thème de l'indignité, de la culpabilité ou de la ruine,
- un [risque suicidaire](#) élevé.

La mélancolie est un versant grave de la [dépression](#). Elle s'inscrit de ce fait dans la PMD (le dossier "[PMD ou psychose maniaco-dépressive](#)"). C'est alors l'opposé de la manie.

### Historique

La mélancolie était considérée par HIPPOCRATE et jusqu'à la renaissance comme une maladie provoquée par un excès de bile dans l'organisme (d'où son nom). Son origine psychique ne sera reconnue qu'à partir du 18<sup>ème</sup> siècle par Anne-Charles LORRY. A la fin du 19<sup>ème</sup>, Emil KRAEPELIN en fera une psychose endogène. On parlera plutôt à l'heure actuelle de dépression plus ou moins grave, le terme "*mélancolique*" caractérisant la forme la plus critique.

On distingue depuis l'antiquité deux grandes catégories de mélancolies :

- la mélancolie stuporeuse. Le ralentissement physique et psychique est prédominant, conduisant à l'inertie, au mutisme, au repli. HIPPOCRATE expliquait cette forme de mélancolie par un excès de "*bile noire froide*".
- la mélancolie anxieuse, ou délirante. L'agitation et l'anxiété sont majeures, avec notion de désespoir, perte de l'estime de soi, idées suicidaires. L'auto accusation pourra devenir persécution par l'amorce d'une projection vers l'extérieur (délire de persécution ou d'indignité). Il pourra aussi y avoir un délire de négation du corps (syndrome de Jules COTARD). C'est la "*mélancolie vagabonde*" des anciens médecins arabes. HIPPOCRATE y voyait les effets d'un excès de "*bile noire chaude*".

## Signes cliniques

La mélancolie représente la forme majeure des états dépressifs (le dossier "[dépression: définition, pathologie et soin](#)"). Qu'elle soit réactionnelle à un événement ou d'apparence spontanée, elle s'installe progressivement sur plusieurs semaines. Il n'existe généralement aucun rapport compréhensible entre les symptômes mélancoliques et la situation familiale ou sociale du patient. Cependant, un événement psychologique émotionnel a pu jouer le rôle de facteur déclenchant.

Début : le début est habituellement progressif et insidieux. Pendant quelques semaines le malade se sent envahi par le découragement, l'insécurité. Il devient sombre, pessimiste, morose, sans élan. Son humeur est triste. La fatigue et un malaise général lui font cesser ses activités sociales, professionnelles... etc. "*Je ne suis plus comme avant*" se dit-il. Sa volonté s'effondre et il se désintéresse de toute distraction. Il se reproche de ne plus aimer comme avant les siens, d'avoir vis à vis d'eux une certaine indifférence. On observe des [troubles du sommeil](#), une insomnie précoce et constante. Quand il parvient à s'endormir, c'est pour se réveiller définitivement au bout d'une heure. Le patient éprouve des sensations physiques pénibles dans le corps, maigrit, souffre de céphalées... L'entourage commencera à s'inquiéter au vu de ces troubles.

Période d'état : elle se trouve réalisée en quelques semaines, plus rarement en deux ou trois mois. L'aspect du mélancolique est pâle, prostré, immobile, muet ou ne proférant que plaintes et gémissements. Son visage devient tragique, ses traits sont décomposés. Au niveau du [comportement alimentaire](#), le patient refuse toute nourriture. Il déambule lentement jour et nuit en proie à une angoisse très perceptible ("[angoisse](#)"). Chez les femmes, on constate souvent une aménorrhée. Le ralentissement du tractus digestif entraîne des constipations, de l'aérophagie. Le patient a un pouls inconstant, une tendance à l'hypotension. Quand il communique, c'est pour s'accuser de fautes antérieures ou demander qu'on mette fin à sa vie. Il existe alors un grand risque suicidaire (impulsion-suicide).

Le syndrome mélancolique comprend une humeur triste, un ralentissement idéomoteur, des idées de suicide, une réticence aux sollicitations, des insomnies, des troubles digestifs, une perte d'appétit, un désintérêt global. La communication, quand elle démarre, est lente, les réponses sont proférées à voix basse, entrecoupées de soupirs ("[communication](#)"). Le discours est centré sur le patient, rien d'autre n'existe. Toutes ces idées pessimistes orientées vers la faute ou le malheur ont pour conséquence les conduites suicidaires du mélancolique.

La réticence : c'est un symptôme très fréquent, à tous les stades de la maladie. Le malade ne parle pas, ou bien parle mais dissimule, diminue, amoindrit les troubles qui l'envahissent. Il taira en particulier les idées de suicide. La réticence est un signe de dangerosité, notion que le soignant devra avoir régulièrement à l'esprit. Une amélioration apparente pourra n'être qu'une façade pour endormir la surveillance.

## Formes sémiologiques

- Mélancolie stuporeuse : dans cette forme pathologique, le ralentissement idéomoteur est maximum. Au cours de l'état de stupeur mélancolique, les mouvements volontaires sont suspendus, et il existe une

véritable sidération des activités motrices de l'expression. Le visage est inexpressif, figé dans une mimique de tristesse intense. Les paupières sont immobiles, le regard est fixe, des larmes apparaissent parfois. Attention: les idées mélancoliques demeurent très actives et il faut craindre le raptus de suicide chez ce patient. On note un opposition à tout essai d'alimentation.

- Mélancolie anxieuse ou délirante : le ralentissement idéomoteur disparaît au profit de l'agitation anxieuse. Le patient ne peut tenir en place, va et vient, guette aux portes. Il est aux aguets, se lamente, essaie de fuir devant un danger imaginaire. La peur est l'élément dominant de cette forme de mélancolie, et elle est vécue comme une véritable panique. Le mélancolique anxieux est en proie à une dramatique agitation. Dans certains cas on notera la présence envahissante de délire à thème de persécution, ou [hypocondriaque](#) (certains auteurs classeront la mélancolie délirante dans une catégorie distincte de la mélancolie anxieuse).

## Formes étiologiques

### Psychose maniaco-dépressive

La mélancolie représente la phase d'humeur triste et de sentiments dépressifs d'une affection mentale caractérisée par l'alternance d'accès mélancoliques et d'accès maniaques. Ces accès aigus sont séparés par un intervalle au cours duquel le sujet vit normalement, en parfaite relation avec son entourage. La mélancolie peut aussi représenter la seule forme de renouvellement des accès (mélancolie intermittente, ou PMD unipolaire). Le début de l'affection se situe avant la quarantaine. La période d'état est représentée par un accès de mélancolie franche aiguë. On recherchera pour confirmer le diagnostic: la fréquence des antécédents familiaux (mélancolie et manie), le caractère cyclothymique du patient avec tendance fondamentale à des oscillations de l'humeur... le pronostic à long terme est celui de la récurrence, surtout s'il existe une répétition fréquente des accès dès le jeune âge.

### Mélancolie d'involution

L'accès mélancolique apparaît à l'âge moyen de la vie (après 50 ans) et surtout chez les femmes. Cette mélancolie est caractérisée par une absence d'antécédents psychiatriques personnels, un fond de [personnalité obsessionnelle](#) (méticulosité, recherche de l'ordre, entêtement), des craintes hypocondriaques, des [manifestations hystéroides](#) avec maniérisme et théâtralisme, de l'angoisse et de l'agitation. Le syndrome mélancolique est alors d'installation progressive, plus souvent modéré que sévère. La mélancolie d'involution survient souvent à la suite de [deuils](#), de difficultés sociales ou professionnelles... etc.

En résumé : des crises de mélancolie, apparaissant au-delà de la cinquantaine, sans passé cyclothymique (c'est à dire sans alternance maniaco-dépressive), doivent faire évoquer une mélancolie d'involution (ou présénile). Cela s'observera plus souvent chez une femme, et aura pu être déclenché par un choc affectif. La présentation du sujet sera particulière, en une sorte d'état mixte où agitation et dépression coexistent, avec de fréquentes manifestations théâtrales (hystériques) et des hallucinations. Son évolution est relativement plus favorable bien qu'il existe néanmoins un risque d'évolution vers un affaiblissement intellectuel progressif, ou vers un délire chronique avec préoccupations hypocondriaques.

### Formes symptomatiques

- états mélancoliques symptomatiques d'affections cérébrales ou générales: beaucoup plus rarement un accès mélancolique peut se développer après un trauma crânien, ou au cours de méningo-encéphalites, de tumeurs cérébrales, de troubles endocriniens... etc. ces états pourront également s'observer dans l'[épilepsie](#), ou au cours d'affections générales comme la tuberculose.

- états mélancoliques symptomatiques d'affections psychiatriques: on rencontre ces états dans la phase de début des [démences séniles ou préséniles](#), et de certains délires chroniques comme dans la PHC

(accès au dossier: "[PHC ou psychose hallucinatoire chronique](#)"). Les dépressions mélancoliques symptomatiques sont généralement transitoires.

## Suicide et risque suicidaire

Le risque suicidaire est difficile à évaluer, mais schématiquement on peut opposer deux circonstances:

1. Celle où il est latent, non exprimé, clairement perçu par l'entourage. C'est la circonstance la plus sérieuse, définissant réellement un "*accès mélancolique vrai*".
2. Celle où il est annoncé bruyamment (suicide chantage) au cours d'un état dépressif sur terrain névrotique non périodique.

Le suicide peut se faire sous différentes formes, de façon bien préparée, cachée, ou par impulsion, lors d'un raptus. Le refus d'aliments représente également un moyen de se suicider. Le suicide du mélancolique peut aussi être altruiste. Le patient agit alors pour lui et pour les autres, entraînant son entourage dans la mort.

En fait, on comprend dans les conduites suicidaires: les conduites passives par le refus de s'alimenter, le suicide systématiquement préparé, le raptus de suicide ou impulsion fulgurante à se donner la mort, et enfin le suicide collectif avec véritable massacre familial.

Les moyens de suicide sont multiples (strangulation, coupures, armes à feu, immolation, empoisonnement... etc.).

## Le délire

La mélancolie peut revêtir plusieurs aspects. Il pourra ainsi y avoir l'apparition de thèmes délirants (persécutifs ou hypocondriaques) pouvant poser des problèmes thérapeutiques particuliers (le dossier "[délire](#)").

- Délire mélancolique aigu de persécution : les idées de persécution sont exposées sur un mode monotone. Elles sont stéréotypées et passives. Elles portent sur le passé, comme par exemple les propos malveillants des voisins, la méchanceté d'un collègue... etc. Il y a une conviction absolue du patient. On note de fréquentes interprétations, des illusions (un visiteur est pris pour un policier qui vient l'arrêter), et l'absence habituelle de réactions hétéro-agressives. Le persécuté mélancolique ne devient jamais persécuteur. Il ne riposte pas, mais a tendance à se soustraire par la fuite, le suicide ou l'automutilation. L'évolution après l'accès mélancolique pourra parfois se faire vers une forme chronique (délire de persécution post-mélancolique) où le patient conservera ses idées d'auto-accusation ou se mettra à solliciter les autres pour les supplier de cesser leurs persécutions.
- Délire hypocondriaque de négation : les idées hypocondriaques sont marquées par la bizarrerie et le fantastique. Ce sont généralement des idées de damnation, de négation d'organes. Le corps du patient n'existe plus, le foie ou l'estomac sont pourris, les intestins sont bouchés. Il pourra aussi y avoir un animal qui habite dans leur corps. Idées de transformation ou d'énormité corporelle externe... etc. L'évolution après l'accès mélancolique verra parfois se chroniciser ce délire, avec l'ajout de thèmes démoniaques, d'immortalité...

## Diagnostiques différentiels

- Un accès mélancolique peut marquer comme nous l'avons vu le début d'une démence précoce. Cette dépression atypique aura alors tendance à traîner en comportant des symptômes discordants. On notera ainsi entre autres une atonie affective très particulière, bien différente de la panique aiguë du mélancolique vrai.
- Les épisodes dépressifs de la schizophrénie. Se rencontrent parfois en phase prémonitoire de la maladie, parfois au cours de celle-ci ("[schizophrénie](#)").

- Un état dépressif névrotique dépendra d'événements malheureux de l'existence. Les troubles de l'humeur y seront peu prononcés, et on n'observera pas cette douleur morale intense particulière à la mélancolie. De même, le patient n'aura pas trop de difficultés à s'exprimer.
- Une stupeur confusionnelle pourra s'observer au cours des infections par toxiques, après une crise d'épilepsie, dans des cas de névrose hystérique...
- Une stupeur catatonique avec sourires discordants, position fœtale, mouvements parasites des membres s'observera dans certaines formes de schizophrénie. On notera alors aussi le négativisme, l'opposition active aux tentatives de mobilisation, parfois la catalepsie (maintien passif des attitudes même pénibles).
- voir "[psychiatrie](#)".

## Traitement d'urgence

Cette recherche de la mort et ce refus des moyens de vivre (refus de nourriture, perte des instincts de conservation...) vont dicter une conduite urgente. Ce sera l'hospitalisation avec la mise en place d'un traitement antidépresseur (pharmacologie par voie parentérale), ou par sismothérapie (si c'est une question d'heures), associé à une nutrition et une hydratation immédiates. L'utilisation des antidépresseurs et celle des neuroleptiques sédatifs permettent généralement d'obtenir en une ou deux semaines la guérison de deux cas sur trois. La mélancolie délirante en particulier répond assez bien aux traitements antidépresseurs. La fin de l'accès mélancolique se fait habituellement à l'hôpital en quelques semaines: soit de manière brutale, notamment avec les cures de sismothérapie (il faut alors se méfier des rechutes), soit de manière progressive avec les seuls traitements médicamenteux (le risque suicidaire dure alors plus longtemps).

L'ambiance autour du patient doit être faite d'attitude généreuse, de soutien fondé sur la compréhension de la douleur morale. L'isolement relatif est prescrit selon l'effet des visites sur le patient. La surveillance du risque suicidaire sera constante sans trop peser. La pose quotidienne de perfusions d'antidépresseur sera l'occasion d'être présent au lit du patient pour l'engager à exprimer son mal-être. Attention à la levée de l'inhibition qui survient après quelques jours de traitement antidépresseur (entre autre avec l'Anafranil): on associera souvent pour y remédier un anxiolytique ou un neuroleptique (à action anxiolytique et sédatif comme le Tercian par exemple).

Sismothérapie : la [cure d'électrochocs](#) demeure particulièrement indiquée dans la mélancolie anxieuse ou agitée. Elle est précédée d'une exploration minutieuse de l'appareil cardiovasculaire. Le nombre des séances est de 6 à 8 à raison d'une séance tous les deux ou trois jours. Les électrochocs sont faits sous narcose (pour supprimer l'appréhension et l'anxiété) avec prémédication curarisante (pour éviter les risques de luxation ou de fractures).

## Traitement d'entretien

On passera de la perfusion au traitement per os (comprimés ou gouttes buvables). La diminution progressive du traitement pharmacologique sera étalée sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Son arrêt total pose toujours un problème délicat.

## Évolution

La mélancolie évolue spontanément, d'une manière périodique, dans le cadre de la psychose maniaco dépressive. La fin de la crise mélancolique pourra prendre deux ou trois mois sans traitement. La découverte de la sismothérapie et des antidépresseurs a transformé le destin des patients. Les traitements réduisent la durée des crises et évitent généralement ou espacent leur survenue. La fin de l'accès mélancolique est marquée par la régularisation du sommeil et de l'appétit. Le patient fait généralement la critique des troubles qu'il manifestait. Le pronostic immédiat est bon, le malade

retrouvant son état mental antérieur. Par contre le pronostic sur le long terme doit être réservé car il y a possibilité de nouveaux accès qui ont tendance à se rapprocher au fur et à mesure que l'âge avance. Les rémissions entre les accès pourront aussi avoir tendance à devenir incomplètes.

Complications : une rechute en période de convalescence pourra avoir lieu, et c'est alors avec un grand danger de suicide. Il y a aussi le risque d'un virage très rapide à l'accès maniaque sous traitement, avec passage éventuel au délire aigu.

---

# SCHIZOPHRENIE

## Définition de la schizophrénie

La schizophrénie est une pathologie de la personnalité. On aura une [déstructuration du système de la personnalité](#), amenant une incohérence à la fois mentale et au niveau des conduites. La vie psychique perd son unité, sa stabilité pour aboutir à la dissociation (syndrome dissociatif). On aura également une altération des capacités associatives.

La pensée du schizophrène ("*être humain s'étant construit un système de relation à l'autre de type schizophrénique*") est définie comme [autistique](#), sans référence aux autres, coupée de tout contact avec la réalité. Le contenu de la pensée autistique est fait d'expressions symboliques des complexes inconscients: le délire.

Le délire est un processus secondaire à la désintégration de la vie psychique.

On trouvera donc de ce fait dans la schizophrénie deux choses:

1. Syndrome de dissociation...      ...Processus primaire.
2. Délire...                              ...Processus secondaire.

Voir "[délire aigu, délire chronique: pathologie ou symptôme?](#)".

Le schizophrène ne construit pas son monde en relation avec les autres. Sa pensée se replie sur elle-même et se nourrit des complexes inconscients, au lieu de se nourrir des échanges relationnels.

Voir ici la "[différence entre inconscient, conscient et pré-conscient](#)".

L'école française de psychiatrie ajoute à cette définition la notion d'évolution chronique, et de trouble profond de l'affectivité, de l'ordre de l'indifférence, de l'apathie, des sentiments paradoxaux, entraînant un affaiblissement de l'intelligence. L'aboutissement d'une évolution schizophrénique [s'apparente à la démence](#). Ainsi se distinguent la [paranoïa](#), la [bouffée délirante](#), la [psychose hallucinatoire chronique](#), que les anglo-saxons englobent dans les troubles de la personnalité.

On peut caractériser la schizophrénie par ces 5 notions:

1. Ambivalence;
2. Autisme;
3. Idées délirantes;
4. Perturbation affective;
5. Étrangeté.

## Conditions étiopathogéniques

Il faut retenir l'aspect multidimensionnel quant aux conditions de survenue.

Il est important aussi de faire une approche étiodialectique de la situation, en ce qui concerne les milieux intérieur et extérieur. C'est une maladie assez fréquente, représentant jusqu'à 1% de la population. La schizophrénie apparaît chez les adultes jeunes (entre 18 et 30 ans), des deux sexes.

Les hypothèses génétiques : dans une fratrie de schizophrènes, on retrouve 10% de schizophrènes. Au niveau des jumeaux vrais, on note 30 à 50% de concordance. Il est donc admis qu'existe un potentiel génétique. Mais d'autres facteurs joueront leur rôle sur ce terrain privilégié.

Le morphotype : personnage rond, petit... Ou alors longiforme (50%).

Facteur caractériel : on note le caractère schizotyme "*normal*" (inhibé, humeur renfermée, décharge impulsive et inadéquate, rêveur), qui deviendra pathologiquement schizoïde par accentuation (isolation, rigidité caractérielle, raisonnement morbide, désadaptation sociale).

Dans 30% des cas on note d'autres caractères (hystériques, paranoïaques... etc.).

Neurobiologie : on pense que dans la schizophrénie il y a une hyper-sécrétion de la dopamine. Les neuroleptiques, antagonistes de la dopamine, agissent sur cette maladie.

Psychosocial : il y a beaucoup d'écoles différentes dans le monde.

- Rôle des évènements. Les frustrations précoces (théories psychanalytiques de [Mélanie KLEIN](#)) avec une mère pas assez sûre d'elle, n'offrant pas un contenant suffisant: à l'[adolescence](#), toutes ces frustrations reprennent une valeur d'actualité. Les conflits infantiles sont réactualisés avec leurs frustrations. On retrouve chez l'adulte schizophrène le ressenti de dépersonnalisation du bébé lorsqu'il s'identifie au "*bon sein*" puis au "*mauvais sein*", sans faire la part des choses, en coexistence interne.

- Facteur socioculturel. La schizophrénie peut ainsi être une psycho-ethnie. C'est une pathologie typique des sociétés complexes et industrialisées. On note des expressions différentes des délires suivant le pays concerné, bien que la schizophrénie soit présente partout ( "[ethnopsychiatrie](#)").

- Rôle familial. Le milieu de "*parents de schizophrène*" est dans la norme sociale, de manière parfaite. Par-contre on note un dysfonctionnement entre les parents qui sont en mésentente. La mère est décrite hyper-protectrice, le père est absent au niveau symbolique. Il ne sert pas de modèle. L'enfant est coincé dans un monde paradoxal et se trouve avec une mère qui souhaite formellement la guérison de son enfant, et redoute en même temps qu'il lui échappe ("[thérapie familiale](#)").

Notion du "*double lien*". Il y aurait une altération des communications intra-familiales. Le double lien est par exemple affirmer quelque chose à l'enfant, aussitôt contredit dans le geste ou par un ton inadéquat. L'enfant est mis dans l'impossibilité de sortir de ce processus. Soit il croit ce qu'on lui dit, en niant ses perceptions et en se coupant de la réalité. Soit il croit ses perceptions et il se coupe alors de la relation avec l'adulte. Cliniquement, on constate cette perte de contact avec la réalité chez les schizophrènes.

Au niveau de la famille il convient de citer la théorie antipsychiatrique: la schizophrénie n'est pas une maladie mais une réaction qu'a imposée la famille, relais de la société ("[antipsychiatrie](#)").

Formes de début de la schizophrénie (on en compte 4 )

1/ Modes de début progressif

On peut observer au départ l'un des trois cas suivants:

- Schizoïdie évolutive : c'est la personnalité schizoïde de base, évoluant avec une perte de vitesse, un désintérêt, une inhibition. On note les symptômes de la schizoïdie (isolation, rigidité caractérielle, désadaptation sociale...) avec par exemple une perte du rendement scolaire, un désintérêt dans le travail, une flânerie dans la vie quotidienne ou même une totale incurie. Il y aura des modifications de l'affectivité, avec indifférence aux peines et aux joies habituelles, sentiments paradoxaux, hostilité envers la famille (agie ou non), replis. On note une modification du caractère (taciturne, sauvage...). Cela reprend en gros le tableau de l'adolescent "*normal*" ("[adolescence: psychologie et glossaire](#)"). Le sujet n'arrive plus à assumer les activités habituelles.

- Forme pseudo-névrotique : vers 18 - 20 ans apparaît un signe névrotique, défense ultime avant l'invasion psychotique ([phobie](#), [hystérie](#), [comportement obsessionnel](#)...). On note ainsi au commencement, des caractères hystériques, ou des formes obsessionnelles, de névroses d'angoisse. Il n'est pas toujours facile de distinguer les formes d'entrée dans la schizophrénie, des symptômes de la maladie concernée. On notera néanmoins parfois des symptômes de dépersonnalisation, des délires d'influence, de la bizarrerie ou des expériences de morcellement, en fait tout ce qui rappelle la psychose.
- Caractère pré-schizophrénique : (ou héboïdophrénie). Se manifeste par une [pathologie d'allure perverse](#) mais avec [épisodes dépressifs](#) et délirants. L'héboïdophrénie n'est pas toujours facile à distinguer de la [psychopathie](#). Cependant l'héboïdophrénie n'a pas eu d'histoire particulière, pas d'abandon et les comportements apparaîtront chez lui de manière relativement soudaine.

## 2/ Modes de début aigu

L'entrée dans la schizophrénie se fait par une ou deux bouffées délirantes, avec un intervalle libre entre elles. C'est un début par état psychotique aigu. On pourra observer aussi des modes de début par accès maniaque, avec quelques notions abstraites, moins de concordance avec le milieu extérieur, une activité beaucoup moins relationnelle que dans l'accès maniaque vrai ( "[bouffée délirante](#)" et "[psychose maniaco dépressive](#)" ).

L'état dépressif pourra aussi être une façon d'entrer dans la schizophrénie. La dépression évoluera alors vers une [mélancolie délirante](#), forme beaucoup plus grave car révélant une structure psychotique ("[psychose: définition, théorie et soin](#)").

## 3/ Formes cycliques

Petit à petit on voit s'instaurer toute la pathologie schizophrénique, par cycles successifs.

## 4/ Modes de début mono symptomatique

[Agressions](#), [fugues](#), brusque dévergondage...

On pourra avoir une [tentative de suicide](#) surprenante par la soudaineté. On observe aussi des auto-mutilations impulsives, des [crimes immotivés](#).

D'une manière générale, toutes les [pathologies mentales](#) peuvent être une porte d'entrée dans la schizophrénie.

## Formes cliniques

Hébéphrénie : aussi appelée démence précoce. Survient chez le sujet jeune, marqué d'indifférence, de puérilité. Relations très capricieuses.

Hébéphrénocatatonie : schizophrénie où les troubles psychomoteurs sont au premier plan. On observe une perte de l'initiative motrice. On note entre autres:

- Les troubles du comportement général, avec négativisme, maniérisme, impulsions.
- La catalepsie. C'est un signe fondamental qui se traduit par le maintien plus ou moins long des attitudes.
- Les troubles neurologiques et somatiques. Déshydratation avec hyper-sudation, hyper-kinésie et akinésie.
- Les troubles de l'état psychique. Le sujet est en opposition et en négativisme permanent.

Schizophrénie simple : la personne est en retrait, solitaire. Grande indifférence à l'égard de la vie (la sienne comme celle des autres).

Voir "[schizophrénie: définition, théorie et thérapie](#)".

## Période d'état

On décrit deux grands syndromes: la dissociation et le délire. Ces deux syndromes évoluent sur un fond commun: la discordance. La désintégration de la personnalité va se traduire par la dissociation, et l'expression de l'inconscient sera le délire, résultant de la désintégration.

- La discordance. On note 4 symptômes qui sont l'ambivalence (2 sentiments contradictoires éprouvés en même temps), la bizarrerie (comportement étrange, fantastique...), l'impénétrabilité (sujet hermétique, dont on ne peut donner aucun sens) et le détachement (peu de contacts avec les autres. Le sujet vit pour lui).

- Le syndrome dissociatif. C'est par lui que s'exprime la perte de la cohésion de la pensée. Le schizophrène a une pensée embrouillée, désordonnée. Les propos sont bizarres, sans lien entre les associations d'idées. On observe des "barrages", durant lesquels il ne pense plus. Ce sont les troubles du cours de la pensée. Il présente aussi des troubles de la communication et du langage, avec une intonation plate, un rythme inadapté. Le sens des mots est détourné. Le schizophrène ne se sert pas du langage comme d'un outil de communication. Au contraire cela lui permet de se détourner de la réalité, de créer son propre monde. On note aussi une altération du système logique: causes et effets ne sont plus en rapport. La pensée magique y est présente (ce qu'il pense se réalisera, de façon imperméable à l'expérience), ainsi que la pensée symbolique. Le schizophrène a une logique qui lui est propre, indépendante de l'expérience. On note une désorganisation de la vie affective: ironie, opposition systématique, dédain, bouderie. Le sujet apparaît très détaché, avec quelquefois des impulsions violentes traduisant la vie affective paradoxale (rires discordants, larmes immotivées... etc.). La régression pulsionnelle est fréquente, tant au niveau alimentaire que des conduites excrémentielles, et la vie sexuelle sera dans une position narcissique intense. Enfin on notera une désorganisation psychomotrice: les gestes sont maladroits, ébauchés, le sujet a des tics évoluant d'un jour à l'autre. Globalement, le syndrome dissociatif évolue vers une perte de contact avec les autres. Certaines schizophrénies se limitent à ce seul syndrome dissociatif, sans délire exprimé.

- Le délire. Le schizophrène en a une expérience d'étrangeté, coupée de la réalité, et se traduisant par des illusions, des intuitions, des hallucinations et des altérations sensitives. Le délire sera souvent vécu avec une expérience de dépersonnalisation, de perte d'organe, de transformation interne, ou encore de non-reconnaissance dans le miroir. Il pourra y avoir des expériences d'influence (pensée imposée de l'extérieur, ou volée...). Le délire sera alors d'ordre paranoïde, avec une notion abstraite, non systématisée ("pathologie adulte: le délire").

De tout cela, il faut principalement retenir:

- discordance (ambivalence, bizarrerie, impénétrabilité et détachement),
- syndrome dissociatif (troubles du cours de la pensée, troubles du langage, altération du système logique, désorganisation de la vie affective et désorganisation psychoaffective).

## Forme typique paranoïde (évolue très souvent vers la chronicité)

Le syndrome de discordance est l'association des 4 symptômes déjà cités:

1. ambivalence : c'est un symptôme majeur. C'est le partage contradictoire de tout le psychisme du sujet. Mélange de désir et de crainte, figeant le sujet dans un conflit permanent. Le schizophrène sera paradoxal, hésitant, apragmatique (incapacité à élaborer un désir).
2. bizarrerie : illogisme, étrangeté... etc.
3. impénétrabilité : sensation d'hermétisme perçue au contact du malade (on ne peut donner un sens à son acte).
4. détachement : vécu d'introversio, retrait du sujet.

Le syndrome de discordance s'exprime dans 3 sphères:

1. Sphère de la pensée

La discordance s'y manifeste par des troubles de l'attention, de la capacité de concentration, et des troubles de la mémoire (la mémoire est diminuée, élective). On note des associations d'idées qui paraissent cocasses.

- Les troubles du cours de la pensée: il y aura des barrages dans le langage (arrêt brutal), ou un "*fading mental*" (barrage moins brutal. Le cours de la pensée se ralentit, avec coupures). Il peut y avoir aussi une stagnation du cours de la pensée.
- Distorsion du système verbal: monologues, altérations phonétiques (voix chuchotées, mots télescopés, néologismes).
- Distorsion de l'écriture: façon spéciale d'écrire, sans chercher à transmettre à autrui (peut écrire sur le côté de la page, puis à l'envers...).
- Distorsion du système logique: système délirant, magique.

## 2. Sphère affective

- Altération de l'élan vital. On ressent chez ces malades une espèce d'indifférence, un manque d'émotions: c'est l'athymie. Ces sujets refusent le contact avec l'extérieur, et on sent la communication impossible: c'est le nihilisme.
- Régression instinctivo-affective : le sujet va agir impulsivement, désirant retourner dans un système de fusion avec la mère.

## 3. Sphère du comportement

On va souvent voir se manifester l'ambivalence au niveau corporel par une catatonie (syndrome psychomoteur comportant des phases d'immobilité et de mutisme, des phases de passivité et d'imitation, et des phases expressives avec maniérisme et bouderie). Le maniérisme, la bizarrerie, et le théâtralisme du malade s'expriment dans le corps.

### Le délire paranoïde

Vécu délirant.

On le voit se manifester dans des bouffées délirantes. Mais avant de pouvoir diagnostiquer la schizophrénie, il faut que le sujet ait fait plusieurs bouffées délirantes. Le vécu délirant associe 3 expériences:

1. Expérience d'étrangeté : pour le sujet, ce qui est autour de lui est modifié. C'est l'expérience sensible même du malade qui est modifiée. En règle générale, c'est un instant angoissant que cette perte des références antérieures (notons que parfois c'est une expérience exaltante). On retrouve-là des phénomènes d'illusion, d'intuition. Le sujet a des hallucinations sensorielles riches.
2. Expérience de dépersonnalisation : c'est l'expérience d'étrangeté qui se joue dans le corps. Donne l'impression d'un morcellement du corps. Effraction complète du corps somatique par le biais du psychisme qui a tout retransformé, retravaillé.
3. Expérience d'influence et d'automatisme mental : se traduit par une sensation de téléguidage de la pensée. Le sujet parle de fluide, d'ondes... etc. Hallucinations psychosensorielles (ou psychiques). Cette expérience d'influence est sous-tendue par un automatisme mental, qui est la production spontanée, involontaire et mécanique d'idées et d'actions qui s'imposent au sujet. On note alors des sensations parasites (non reconnues par le sujet), un automatisme idéique ("*obligation*" de penser à la même chose), le dédoublement mécaniste de la pensée (quand il pense, ou qu'il agit, il entend un commentaire: "*tiens, il est ennuyé!*", "*tiens, il mange!*"), le petit automatisme mental (velléité abstraite, vécu hypothétique...).

## Le délire autistique

Sur ce vécu délirant s'élabore un délire autistique. Sur la dépersonnalisation par exemple, le sujet va élaborer des délires de thème hypocondriaque pour rationaliser (la rationalisation est une défense de l'inconscient qui consiste à utiliser une explication rationnelle trouvée a posteriori pour justifier un délire ou un comportement). Sur l'influence, le délire sera la persécution mais de manière plus floue, moins systématisée que le délire du paranoïaque. Dans les délires paranoïdes, le sujet projette de tous les côtés, sans direction. Le langage est pauvre, incohérent, abstrait et symbolique. En règle générale son évolution va vers la pauvreté, la stéréotypie des termes ("[origine et définition de l'autisme](#)").

## Formes terminales non traitées

Évolution vers la désagrégation profonde, vers une vie végétative, une dégradation généralisée. Incohérence idéo-verbale. On note une grande fréquence de mortalité (15 à 20%). Le rôle de l'infirmier est de donner des repères aux schizophrènes: ces derniers cherchent des modèles pour combler leurs vides psychiques. Les référents sont ici conseillés. La schizophrénie peut même évoluer vers la "*schizophasie*": le délire va devenir progressivement de l'affabulation pauvre, stéréotypée. Les hallucinations sont remplacées par le soliloque (ruminant mentale).

## Diagnostic et pronostic

Il faut rechercher les 4 éléments fondamentaux, et surtout l'ambivalence et la discordance. Il faut noter l'aspect déréel du conflit qui habite le malade, et la mauvaise qualité de l'affect (par exemple le patient rit en évoquant son souhait de mourir).

Le pronostic est important quand il y a des antécédents, comme des [angoisses majeures](#) lors de l'adolescence ou pendant l'[enfance](#). L'allure clinique permet aussi de bien poser le pronostic, comme par exemple dans les formes cycliques où le pronostic sera comparativement assez bon. De même aura-t-on un meilleur pronostic dans les formes aiguës de début schizophrénique, ou lors des formes dysthymiques. Il faut savoir aussi qu'une bonne réponse au traitement implique un bon pronostic.

## Traitements

### Méthodes organicistes

Ce sont souvent des méthodes de choc comme l'[electrochoc \(ou sismothérapie\)](#), la cure de sakel, mais qui ne marchent pas. Pourtant, il arrive que la cure de sakel apporte encore quelques améliorations, surtout de manière passagère (c'est une méthode de traitement fondée sur la répétition de chocs hypoglycémiques provoqués par injection d'insuline). On pratique aussi le "*choc humide*", avec des doses moins fortes d'insuline et un maternage.

De même étaient pratiquées jusque vers la fin des années 1960 les lobotomies (interventions chirurgicales sur le cerveau, dans le but de sectionner le faisceau reliant le lobe frontal au diencéphale). Pour traiter la schizophrénie sont utilisés les psychotropes (substances pharmacologiques dont l'action principale s'exerce au niveau du système nerveux central et indirectement mais régulièrement sur le psychisme) et principalement les neuroleptiques (réducteurs de l'activité psychique avec action anti-hallucinoïde et anti-délirante). Ceux-ci doivent s'inscrire dans une relation thérapeutique. ("[thérapie organiciste](#)").

### Méthodes psychothérapeutiques

On note 2 principes : qu'elles favorisent la régression et qu'elles soient "*restitutives*", cela veut dire qu'il doit y avoir un retour vers le patient sur ce qui se dit, se fait. On ne le laisse pas seul avec ses angoisses, son vécu ("[entretien infirmier](#)").

La régression est importante pour briser l'isolement du sujet. On lui montre qu'il existe, et on permet de valider ses perceptions. Il y a 2 niveaux à cette thérapie: le niveau individuel et le niveau institutionnel. L'hôpital est un lieu inaltérable vis à vis duquel le malade va pouvoir entretenir une relation. C'est ce qu'on appelle l'accompagnement du malade. La relation individuelle est le temps où s'échange un message avec le sujet. Elle est soumise à l'interprétation. Ce qu'amène le malade est toujours au niveau du symbolique. Il faut alors être stable dans la relation et ne pas autoriser l'imprévu. La thérapie individuelle doit permettre au sujet de récupérer un statut autre que le statut de fou qu'il avait dans la famille. On lui fait réintégrer sa place de sujet. ("[thérapie institutionnelle](#)").

---

## EPILEPSIE

Le travail présenté ici résulte de l'élaboration d'un texte écrit en commun au cours d'un séminaire consacré à la psychothérapie des épileptiques. Les références et la bibliographie sont en bas de page.

### Notion de double

Tout le monde est confronté à la problématique du double. Chez l'épileptique, la crise est un moment d'amnésie, d'Ab-sens (qui n'a pas de sens). Le sujet épileptique demande aux spectateurs de rendre compte de la gémellité, chose qu'il ne veut pas voir. Pour lui existe dans la réalité un [Moi](#) qu'il connaît, qu'il peut voir. Mais existe aussi un double, un non-Moi qu'il ne peut pas voir puisque l'amnésie lui cache ce non-Moi de la crise. Le mot "*double*" prend alors plusieurs sens. C'est celui qui est étrange(r), non-familier. C'est celui qui pourrait lui appartenir mais qui n'est pas lui. S'il y a eu gémellité réelle et mort intra-utérine, la crise épileptique rejoue la quête perpétuelle, la recherche de ce mort que l'épileptique en crise tente de faire revivre.

### L'épileptique et la problématique du double

L'épilepsie est une maladie à la fois connue, redoutable dans bien des peuples depuis l'antiquité et méconnue actuellement car elle valorise peu les propos scientifiques, voire détruit bien des illusions. L'épileptique quant à lui, est-il reconnu? C'est encore moins sur. Ses crises menacent l'image qu'il a de lui-même. L'épileptique en perdant connaissance connaît sa crise par les autres qui lui attribuent un sens qu'il n'a pas donné. Dans un système d'interaction complexe, la crise paraît tantôt répondre à une problématique du sujet, tantôt à une problématique familiale. Malgré les explications sociales, l'épileptique ne se perd-il pas, ou bien peut-il se retrouver une identité dans un complexe jeu de double? Ne retrouve-t-on pas une caractéristique de la relation primordiale avec la mère, entre une mère calmante et un enfant calmant?

La psychothérapie des épileptiques graves montre la complexité dynamique des problèmes. Dans ces cas, la crise, reliée dans un système d'interactions, s'accompagne de troubles de la personnalité.

### Monique

Elle a 23 ans. Physiquement -et cela est important pour l'image que les autres lui renvoient d'elle-même- rien ne la distingue des jeunes femmes de son âge, sauf peut-être une pâleur du visage et une blancheur de peau inhabituelles. Son mode d'existence, essentiellement revendicatif, quasi syndical, lui donne une certaine consistance et attire l'attention sur elle, bien que son discours ne parvienne pas à déboucher sur une véritable conduite organisée. Elle existe par ses revendications à propos des faits quotidiens, des grandes questions, de l'identité, du rôle des malades dans la société, de la place des enfants dans la famille... etc. Sa parole est de l'ordre de l'entre-deux, entre la plainte pouvant attirer la pitié et la contestation franche, percutante et efficace. Elle est les deux à la fois, sans être vraiment ni l'un ni l'autre.

Tour à tour, au cours de l'évolution de sa socialisation, cette double attitude l'a aidée puis desservie. N'étant ni l'un, ni l'autre, au bénéfice du doute, elle s'est conciliée des regards bienveillants, mais parfois risquant trop de devenir soit pitoyable, soit contestataire, elle s'est faite violemment rejeter.

Le thème principal de ses revendications est de "*ne pas être considérée comme débile*", étiquette qui lui fut précocement collée sur le dos par les médecins, ses parents, sa fratrie et quelques autres. Étiquette fautive mais que l'échelle de mesure de l'intelligence (WAIS) ne parvient pas vraiment à infirmer en la situant à la limite supérieure de la catégorie "*normal faible*". Cette nouvelle bascule autorisée par la double position sur l'échelle d'intelligence provoquera son placement en CAT.

Mais elle va s'empresse de contester l'exploitation dont elle fait l'objet et les conditions de travail aberrantes pour une épileptique. Rompant son contrat, elle obtient son retour dans un service spécialisé, tout en demandant que sa nouvelle adresse ne soit pas communiquée à ses parents, afin qu'ils ne puissent ni la retrouver ni agir sur elle.

A son retour dans le service, elle devient le bon objet qui flatte le narcissisme de l'équipe en lui attribuant un rôle réparateur. L'équipe est sensible à ce message la constituant comme meilleure que ses parents. D'autre part, la vitalité donne à Monique une place de choix auprès des autres malades. "*Les filles*"-comme elle les nomme- trouvent effectivement en elle une sorte de leader et un modèle d'identification.

Elle participe activement au groupe de psychothérapie par l'expression et le jeu de rôle psychodramatique, non sans modifier cependant le cadre proposé. Elle induira une transformation des séances de jeu et d'analyse, en discussion générale sur le vécu de sa maladie par l'épileptique et infléchira la dynamique relationnelle vers un règlement des conflits internes au groupe.

En elle-même, l'attaque contre le cadre institué paraît signifiante du processus mis en jeu. C'est d'une certaine façon le ferment des effets thérapeutiques en terme de construction, au sens où l'entend S. VIDERMAN ("*La construction de l'espace analytique*", Dunod, 1970).

### On laisse tomber un enfant, un enfant se laisse tomber

Depuis quelques séances, le travail du groupe est centré sur le fait de "*laisser tomber un enfant*". Ce thème à double sens, figuré dans l'abandon et réel dans la chute au cours des crises, n'est jamais formulé clairement mais son ambiguïté culmine avec l'évocation par les filles de l'impossibilité à exercer les professions qu'elles ont le plus à cœur: nourrice, gardienne d'enfants, assistante maternelle... "*et si on fait une crise en portant un enfant dans les bras?*".

La reviviscence des expériences archaïques personnelles, dont la charge affective était amortie par la tranquille assurance du groupe était peu à peu mise à jour, exprimée, discutée, analysée.

"*Et quand un enfant fait des crises, qu'il tombe, sa mère le laisse... On se retrouve ici...*" L'hypothèse de la chute au cours d'une crise comme représentation symbolique du "*laisser tomber*" primaire transmis par une mère qui n'aurait pas été "*suffisamment bonne*" (Donald Woods WINNICOTT), ne fut pas envisagée, à ce stade de l'évolution du groupe.

### Du multiple à l'identité, en passant par le double

Le groupe thérapeutique en était là quand se produisit pour Monique l'étape décisive qu'il nous faut resituer dans la globalité systémique de son environnement: le groupe thérapeutique, le groupe des malades, le service, le pavillon et peut être l'institution. L'ensemble constituant un emboîtement des "*co-Soi*" où son Moi est projeté mais diffracté et épars, en morceaux, sans qu'il soit possible de trouver/créer son unité identifiante, son identité. La classique réunion, dite de synthèse, fait converger sur son cas les préoccupations des divers intervenants.

L'équipe note avec insistance que Monique a un blocage corporel au niveau du bassin dont les signes sont manifestes dans toutes ses activités. Cette perception/sensation imprègne suffisamment l'image de la silhouette qu'elle laisse dans la mémoire de chacun, pour que ceux et celles qui s'occupent d'elle s'interrogent sur la signification de cet habitus corporel étrange. L'association avec le [noyau hystérique de sa personnalité](#) permet une certaine élaboration évoquant les tabous sexuels.

Il revint en mémoire à l'équipe éducative que, d'abord par le passé, puis plus récemment, Monique a eu un [comportement suicidaire](#) peu commun. Elle agissait toujours très discrètement et quand on ne s'y attendait jamais, par auto-strangulation à l'aide de divers procédés: avec le flexible de la douche, avec des lanières, etc. Comme frappées d'une amnésie (fort compréhensible), ces scènes donnèrent lieu à une ré-évoocation laborieuse et [angoissante](#). Les éducatrices ont insisté sur leur effroi lors de la découverte de Monique le visage violacé (cyanosé). Les éducateurs ont pris une position plus défensive. Le caractère trouble lié à la sexualité fut véhiculé par une série d'associations conduisant à l'idée d'une strangulation en tant que stimulant de l'excitation. Si chez l'homme le lien entre la strangulation et l'érection est facile, si, dans la surexcitation des sens, ce flirt entre la mort et l'amour est quelque peu familier, du moins au niveau fantasmatique, devant l'attitude de Monique nous sommes restés désarmés par la bizarrerie du fait, dont la densité et la plénitude étaient autant chargées de vie que de mort.

Ce n'est que plus tard, en réfléchissant à l'étrangeté de la personnalité de Monique, qu'une deuxième série d'associations permit d'y voir plus clair. Cette strangulation itérative jusqu'à la cyanose devait avoir un précurseur, une strangulation originaire et traumatique que mimait le comportement suicidaire, de façon répétitive et incompréhensible. L'hypothèse d'une strangulation provoquée par le cordon ombilical lors d'une naissance difficile, fut confirmée par le dossier médical. Ceci évoque la légende de la naissance d'HERACLES et de son jumeau IPHICLES, HERACLES étant le représentant mythique de la maladie épileptique.

Un mois dut s'écouler avant qu'il ne soit possible de partager cette réflexion avec l'équipe. Pendant ce temps, le comportement de Monique se modifia sensiblement. On nota une amélioration et un assouplissement des relations. La rigidité corporelle fit place à une mollesse inhabituelle allant jusqu'à un avachissement de la stature. Monique adopta fréquemment une attitude allongée, voire alanguie sur les banquettes de la salle commune du pavillon. Elle fut même capable d'envisager sa sortie pour vivre avec d'autres filles dans un appartement en ville. C'est dans cette période que se produisit la séance de psychothérapie déterminante.

D'une voix fortement nouée, semblant se référer aussi bien à ce qu'elle avait pu entendre de la part de ses parents qu'à des éprouvés corporéisés intenses, elle se mit à parler des complications de sa venue

au monde. Elle a eu une naissance difficile et prématurée (7<sup>ème</sup> mois). Elle évoqua assez confusément les bébés derrière les vitres des couveuses et la séparation brutale avec la maman; les peurs et les angoisses qu'elle ne puisse survivre à cause de la strangulation par le cordon. Il semble que ces peurs manifestées et exprimées à plusieurs reprises par l'entourage familial pendant son enfance, résonnaient au plus profond d'elle-même. Réactivée, ici et maintenant dans une envolée régressive, contenue par le groupe et par l'espace psychique du thérapeute utilisé comme écran projectif grâce aux élaborations préalables, la poussée inconsciente de Monique trouvait dans cette catharsis un autre chemin que l'agir (ici la "[distinction entre conscient et inconscient](#)"). Après cette évocation d'une densité émotionnelle exceptionnelle, l'épuisement gagna le groupe et un long silence maturatif s'en suivit. Les jours suivants, Monique allait de mieux en mieux, aucune crise particulière, aucune conduite suicidaire ne fut signalée. A plusieurs reprises Monique éprouva le besoin de parler de l'histoire de sa naissance et des contenus imaginaires transmis par ses parents ("[naissance](#)"). La répétition prenait l'allure d'une ré-appropriation du passé et banalisait les événements au point d'être exprimable en dehors de l'espace thérapeutique. La [tonalité agressive](#) à l'encontre des parents -et des substituts parentaux- allait diminuant. Peu à peu s'amorçait une réflexion sur un projet solide de sortie, comme si une deuxième naissance sans risque d'étranglement ou d'étouffement était enfin rendue possible!

En quelques mois le problème fut résolu. Elle parvint à construire une relation de co-étayage avec sa meilleure amie, considérée comme son double. Toutes deux partirent s'installer en ville avec l'appui d'une famille d'accueil. Leur épilepsie s'est définitivement stabilisée avec un léger traitement. La relation à deux s'est maintenue durant plus d'une année, puis s'est effondrée avec la décompensation de la collègue de Monique, qui à son tour décompensa.

Après un bref séjour à l'hôpital elle a retrouvé son autonomie et son individualité en travaillant au pair (!) dans une famille ayant des enfants. Depuis sa sortie (cela fait maintenant 3 années) elle est toujours restée en relation avec le service qui, à chaque fléchissement dépressif ("[dépression](#)"), l'aide à lutter contre son désir de régression. Régulièrement, par lettre, l'équipe éducative la maintient à distance, et lui signifie tout l'amour qu'elle mérite en se réalisant si bien toute seule dans la vie.

## HERACLES

La mythologie permet de mieux appréhender cette histoire. Héraclès, archétype mythique de l'épileptique, est sans cesse empêtré dans des doubles qui, s'ils n'ont pas attiré l'attention, éclipsés qu'ils étaient par les très voyants travaux, nous semblent pourtant être un des aspects essentiels du mythe d'Héraclès pour ce qui concerne l'épilepsie en tout cas.

## Le cas HERACLES

Reprenons son dossier. Notre sujet serait issu des amours incestueuses de ZEUS et d'ALCMENE, en effet le nommé ZEUS ne peut prétendre ignorer qu'ALCMENE est son arrière petite-fille. Nous savons qu'elle est fille d'ALCEE, lui-même fils de PERSEE, lui-même fils de ZEUS.

Ayant prémédité son affaire, ZEUS s'est déguisé en AMPHITRYON qui était le mari d'ALCMENE et comme cette dernière doit ignorer la supercherie, AMPHITRYON sera le père désigné de l'enfant. Il y a donc deux AMPHITRYON, deux pères.

Puis ZEUS déclare que le premier descendant de PERSEE qui naîtra sera pourvu d'une puissance temporelle sans précédent. C'était compter sans la ténacité rusée de son épouse, la sévère et méchante HERA, qui ne l'entend pas de cette oreille.

Pour contrecarrer les projets de son divin époux, elle s'assure la complicité de la déesse des accouchements, une sienne parente. Cette dernière ralentit la délivrance d'ALCMENE et accélère celle de sa cousine, descendante elle aussi de PERSEE.

C'est ainsi que le premier descendant de PERSEE en ces temps fut EURYSTHEE, le cousin d'ALCIDE (alias HERACLES) et de son jumeau IPHICLES qui font leur apparition peu après.

Voilà donc notre ALCIDE (HERACLES) nanti de deux doubles: son jumeau et un cousin né à sa place et bénéficiant de la place qui lui était destinée car c'est EURYSTHEE qui aura le pouvoir temporel que ZEUS avait promis. EURYSTHEE sera roi de la très puissante ville de Tyrinthe.

Mais la colère d'HERA est profonde et, désireuse de faire disparaître le divin bâtard, elle envoie deux serpents rayés qui ont pour mission d'étouffer au berceau ALCIDE (HERACLES) et IPHICLES. Cependant, doué d'une force herculéenne, avant d'en avoir reçu le nom, le petit étouffe les serpents jumeaux.

L'enfant vivra avec deux doubles, deux pères et même deux mères.

En effet, les destins avaient prédit qu'HERACLES serait immortel à condition de téter le lait d'HERA. HERMES, qui avait déjà trempé dans l'affaire en tant que sosie de sosie, déploie à nouveau ses ruses et profite du sommeil d'HERA pour mettre le bébé au sein de la marâtre inamicale.

Sans doute celui-ci était-il goulu, ou déjà denté et désireux de prendre revanche; en tout cas HERA se réveille en sursaut et rejette le bambin tandis que jaillit une giclée de lait dont naîtra la voie lactée.

Cette traînée de lait témoigne que la tétée a eu lieu et voilà HERACLES nanti de deux mères: ALCMENE et HERA. Son nom d'HERACLES est tiré de celui d'HERA, il marque que son destin et ses travaux doivent servir à la gloire d'HERA.

Du même coup, il est nanti de deux noms: son nom d'ALCIDE le rattache à sa mère réelle et par elle à son grand père ALCEE. Le second, résultant de ce baptême lacté, le lie à HERA.

Ses deux noms le rattachent aux femmes dans une désignation strictement matrilineaire.

Rien ne le rattache à ses pères sans doute parce que l'un ne l'est pas et que le second ne peut pas être nommé bien que tout le monde sache qui il est: secret de polichinelle.

Double père, double "double" et double mère, voilà une position bien embrouillée d'autant plus confuse que ce système de duplication ne laisse à ALCIDE que les places qui ne sont pas les siennes:

- Le père qu'on lui attribue n'est pas le vrai.
- La mère dont il porte le nom n'est pas la sienne.
- La place qu'il occupera n'est pas celle qui lui était réservée, elle a été prise par EURYSTHEE, son contraire exact, aussi peureux qu'HERACLES est téméraire, aussi installé qu'HERACLES est errant, aussi retors qu'HERACLES est naïf. Il sera le commanditaire pervers d'actes commis par un HERACLES agissant.

### De l'image structurante au double étrangement inquiétant

La découverte de soi-même dans le miroir est pour l'enfant un moment des plus structurants ("[stade du miroir](#)"). Devenu capable d'une distinction: Moi/non-Moi, il appréhende dans la glace un double incomplet, une image orthopédique de l'aspect extérieur, de son corps. A l'inverse, Sigmund FREUD nous montre que la non-reconnaissance de soi-même s'accompagne d'un sentiment d'inquiétante étrangeté.

Nous savons que Sigmund FREUD reconnaissait chez le spectateur d'une crise d'épilepsie l'existence de ce sentiment d'inquiétante étrangeté. L'épilepsie réactive les terreurs primitives. Les crises sont spectaculaires, mais elles sont encore plus porteuses de la menace permanente d'une spectacularisation critique de quelque chose d'incompréhensible. Elle est surprenante, un saisissement imprévisible comme la survenue brutale du non-familier (*unheimlich*). Et comme si les trois thèmes principaux du

non-familier, du double et de la mort n'étaient pas suffisants, l'analyse affinée montre que chaque registre de l'épilepsie revêt un caractère étrangement inquiétant: le déroulement mécanique des crises fait du sujet une poupée vivante, la coupure de la fonctionnalité des organes de perception (et pas seulement les yeux) renvoie à la crainte de la castration, la répétition involontaire des ruptures critiques identiques à quelque chose de démoniaque... etc.

C'est plus qu'il n'en faut à une société pour voir dans l'épilepsie tous les germes d'un désordre ethnique et d'agir en conséquence. Les légitimations aberrantes ont de tout temps justifié l'exclusion des épileptiques du corps social. Les réactions spontanées dans la rue, au travail et dans la famille confirment l'ampleur des répercussions fantasmatiques.

On pourrait dire que la crise d'épilepsie produit en nous ce sentiment d'inquiétante étrangeté en ce qu'elle nous donne à voir en l'épileptique en action un double insupportable de nous-même et de lui-même.

Il en résulte que nous devons nous défendre contre ce double intrusif en affirmant très vite que nous sommes tout mais pas cela, scellant ainsi l'exclusion du malade; et que lui non-plus n'est pas cela "*dans ces moments où il n'est pas lui*", le réintégrant dans la communauté humaine à l'exclusion de ces moments-là. Ceci explique peut être que "*ces moments-là*" -les crises- aient toujours été considérés comme n'ayant aucun sens.

Néanmoins, le sujet nous a présenté un double et s'il se réserve le droit de ne pas voir quel double il exhibe, il ne nous donne pas le même droit de nous éclipser. On peut alors se demander s'il ne cherche pas à tirer de notre regard, au-delà des dénégations, un reflet de ce qu'il montre sans oser voir.

Comme dit MELESE: "Je donne un trou, donne moi un cadre". Cependant, l'inquiétante étrangeté qu'il suscite ainsi aboutit le plus souvent à un refus complet de "*voir*" chez celui qui était censé le faire, et la crise n'a plus qu'à se reproduire. Il n'est intégré dans la communauté que sous réserve qu'il soit bien entendu que le trou est un trou et le restera.

### Mais qui est donc ce double mystérieux ?

Nous devons faire un retour à la clinique de l'épilepsie et revenir sur la "*fréquence des cadavres dans les placards*".

Nous ne pouvons reprendre tout cet aspect sinon en disant que dans bon nombre de cas les psychothérapies aboutissent à la révélation d'une crypte selon la terminologie de N. ABRAHAM et M. TOROK ("*L'écorce et le noyau*", Flammarion, 1978).

Dans cette hypothèse, on est frappé par le fait que, comme les maladies de deuil dont parlent ces auteurs, il existerait un lien étroit dans l'inconscient familial entre la mort et la jouissance sexuelle. Coût et mort étroitement liés sont effectivement les fantasmes crus que la plupart éprouvent au spectacle d'une crise. Le double, dans cette hypothèse, pourrait représenter la mort encryptée, ou plutôt l'histoire encryptée d'une mort ayant déclenché une jouissance innommable. La scène qu'il joue dans la crise serait alors la représentation simultanée et télescopée des deux événements.

Si bien que lorsqu'on répond à l'épileptique: "*ce n'est pas toi*", c'est parfaitement vrai, ce double est bien un autre, mort sans sépulture parce qu'on n'a pu en [faire le deuil](#) à cause de la jouissance impensable qui se rattachait à la mort.

Revenons au cas HERACLES.

L'autre double de notre héros pourrait être un fantôme encrypté.

A cet égard, l'acharnement de ZEUS à faire des enfants aux simples mortelles pourrait bien être une tentative de liaison exogamique visant à faire des enfants loin d'une famille, celle des Dieux, qui cachait trop de crimes inavouables dans les placards, ou plutôt ne pouvait plus les cacher car les langues des immortels allaient bon train.

Faire un enfant sous un nom et une physionomie d'emprunt à une banale mortelle pouvait alors être le moyen de libérer à tout jamais sa descendance du poids de ces cadavres.

C'était compter sans la nature humaine qui ne supporte pas les morts sans sépulture et qui (si on en croit N. ABRAHAM et M. TOROK) les met dans des cryptes susceptibles d'habiter de génération en génération, à leur insu, les porteurs de ce terrible double secret.

Le plus terrible crime d'HERACLES fut de tuer ses filles dans un accès critique reproduisant peut être ainsi les funestes exploits de son grand père CRONOS: l'infantophage.

Le même CRONOS avait d'ailleurs châtré son propre père OURANOS.

Dans le cas de l'épilepsie nous n'avons à faire ni à une destruction complète du double ni à une destruction du Moi. L'épileptique trouve une résolution intermédiaire. Faute d'un terme mieux adapté, nous avons proposé le terme d'*endoublement* pour désigner l'étape la plus archaïque de l'apparition du double, qui se caractérise par un certain degré de confusion interne à l'image au cours de psychothérapies par le dessin. Nous reprenons aujourd'hui le terme d'endoublement en lui donnant une extension plus large qui dépasse le cadre de la simple projection dans l'expression graphique pour atteindre le mode de construction du Moi dans sa globalité. Ce néologisme paraît être une formulation imageante adéquate du processus que nous cherchons à représenter et ce jusque dans la forme de la structuration qui compose le mot: "*endo-double*".

Pour être bref, on pourrait dire qu'il s'agit du mécanisme classique du double ayant la même direction et la même forme, mais se déplaçant en sens inverse, *au lieu d'être projeté au-dehors, il a été projeté au-dedans*, et s'y inscrit irréductiblement.

Le mode de résolution singulier que constitue l'endoublement paraît très représentatif de "*être un et pourtant deux, deux et pourtant un*". Il n'accède pas vraiment à la constitution d'un double extérieur, identique mais différent (au sens de séparé) de lui. Il ne parvient pas à produire une affirmation de son unicité. Et son entourage lui renvoie toujours une double image de lui-même (l'ordinaire et la critique). Il échoue dans la constitution d'une identité, c'est à dire dans le sentiment de la permanence et la continuité de son être au-delà des changements et des transformations divers inhérents à la vie, sans toutefois parvenir à se métamorphoser lors d'une rupture qui serait définitive.

... / ...

L'étape de l'endoublement est un précurseur à partir duquel une forme plus structurante va pouvoir se construire. Il serait illusoire de vouloir réduire la crise à une compréhension alors qu'elle s'inscrit dans un ensemble (groupe thérapeutique, institutionnel, familial, social, comme nous l'avons vu dans notre cas clinique), introduisant des sur-déterminations. Nous devons insister cependant sur le fait que la crise n'est pas une voie pour la construction de l'identité. Elle n'est pas un symbole, plus un pré-symbole ou une parabole: elle bloque la symbolisation du sujet alors qu'elle est un appel pour le spectateur. L'épileptique, substitut d'un double mort ou mieux d'un acte et d'un affect qui y est lié, est sensible à tout ce qui réactualise cette problématique. Il a cependant la possibilité de circoncrire la surcharge énergétique dans une décharge critique sans qu'il y ait élaboration d'un deuil: rien n'est reconstruit par la crise même si elle permet de vivre; elle est un compromis agi.

L'utilisation de cette décharge renvoie à un type particulier de la relation précoce mère-enfant: un enfant calmant pour sa mère, une mère calmante pour l'enfant. On retrouve, comme dans beaucoup de [comportements addictifs](#), la multiplication des expériences de satisfaction aux dépens de l'organisation mentale née des autoérotismes. Le néo-besoin, pour reprendre un concept créé par M. FREIN et D. BRAUNSCHWEIG ("*la nuit, le jour*" PUF, 1975), crée l'illusion de l'a-conflictualité, écartant la menace de castration ("[complexe d'Oedipe et menace de castration](#)"). Nous retrouvons ces mères d'épileptiques qui tripotent (comme elles disent) leurs enfants, permettant tout au plus l'élaboration d'une "*cuirasse musculaire*", sans que se développent les limites par le Soi-sonore. Elles calment des enfants "*sans problèmes*", investis en même temps de cryptes. Évoquons le cas de cette autre [adolescente](#), blottie contre sa mère qui raconte des histoires familiales impossibles; elle n'écoute rien, entend et touche. Continuant à coucher avec sa mère, elle fait des crises nocturnes à un rythme de trois par mois. Pendant les séances de musicothérapie, elle entend et se calme, mais si on lui demande de parler ou

d'imaginer sur la musique, elle s'exclame: "*vous êtes fous, c'est impossible!*". Depuis, elle ne fait plus de crises la nuit; le jour, plus de crises cloniques mais toniques!

L'histoire de ces épileptiques devant maintenir l'illusion d'a-conflictualité, face à une famille qui les désigne comme porteurs de double, se joue dans un double jeu calmant. Cette histoire se prolonge à travers le temps et les civilisations comme dans le mythe d'HERACLES. Toute histoire a sa moralité. Ici elle peut être tirée en thérapeutique. D'un côté, l'on offre aux épileptiques des institutions spécialisées qui risquent d'être une re-duplication de la mère calmante, une bonne institution calmante attendant des nourrissons calmants et calmés. D'un autre côté, on risque d'offrir des "*psychothérapies*" où les interprétations plaquées à partir de l'idée que le thérapeute aurait de la crise, feraient porter un nouveau "*double*".

Ne s'agit-il pas plutôt de permettre à l'épileptique de trouver son identité dans un cadre thérapeutique contenant et permettant les transformations?

---

## DELIRE

### Introduction à la notion de délire

Le délire se situe entre d'une part la [médecine psychiatrique](#) et d'autre part la société, l'histoire de cette société et sa culture. D'un côté on aura donc les notions de soin, de guérison ou de pathologique et de l'autre seront les notions de fantôme, d'art, de religion... etc.

Le "*symptôme délire*" est un problème médical, qu'il faut relativiser en tenant compte de l'époque, du lieu, de la culture ("[ethnopsychiatrie: définition et formation](#)").

Le délire est aussi une pensée, qui prendra une orientation suivant la position de l'observateur, en tant que symptôme ou création. Le délire prend effet dans une notion de perte, comme reconstruction particulière d'un réel, de façon trop nette et sans ratés. Au moment où un délirant renonce à son délire, existe pour lui (et occasionnellement les autres) un risque très grand de [conduite pathologique](#), de [tentative de suicide](#), d'[agression](#)... etc. car, sans sa reconstruction adaptée, le malade se retrouve face à un vide trop fort et contre lequel il n'a plus de protection.

Le délire est une révélation que l'on croit venir de l'extérieur mais qui est en fait originaire de l'intérieur du sujet (consulter à ce propos le dossier "[forclusion du nom du père](#)"). Certaines personnes situent le délire dans le non-Moi, et d'autres le situent partiellement dans le [Moi](#). Les soignants "*psy*" de tendance analytique (psychanalystes, psychologues et psychiatres analytiques, [infirmiers de secteur psychiatrique](#)... etc.), et les artistes (du moins certains) se rejoignent quand ils reconnaissent l'origine du délire dans leur Moi. Mais il est beaucoup plus fréquent de rencontrer des personnes ayant attribué au non-Moi la cause de leurs délires.

- Le délire prend son sens par rapport à d'autres unités; c'est donc un [symptôme](#).
- Dans le rapport qu'il a avec la réalité, le malade délirant se trompe; le délire est donc aussi une [erreur](#).

### Psychogenèse

1. Premier niveau : angoisse.
2. Deuxième niveau : projection.

### 3. Troisième niveau : retour (introjection, incorporation...).

Il sera toujours question de vide, et d'inquiétude.

1. Premier stade : déréalisation. L'Objet devient irréel, méconnaissable ("[relation objectale](#)").
2. Deuxième stade : dépersonnalisation. Le sujet délirant ne se reconnaît plus: "*est-ce bien moi?*".
3. Troisième stade : délire. Les autres ne reconnaissent plus la personne. S'est alors rajoutée pour le sujet délirant, la notion de conviction.

### Le soignant face au délire (face à la souffrance, et non à l'anormalité)

Le délire est un moyen de ramener le réel à soi, quand il est vécu trop éloigné. De cette manière, il comble un vide (tout comme d'ailleurs la création, et la dépression...). Le soignant est confronté à l'être délirant, tandis que le créateur est confronté à l'expression de l'être délirant. Le soignant devra donner un sens, une signification du délire, avec ce qu'il connaît des références socio-culturelles de son patient, et en ayant toujours à l'esprit ses références personnelles, sa propre subjectivité, ses croyances d'homme ou de femme (par-delà le soignant, qu'il soit infirmier, médecin, ergothérapeute... etc.).

### Les délires psychiatriques

#### Les délires aigus

Il faut distinguer le diagnostic de symptôme (dans le moment), du diagnostic de structure (beaucoup plus difficile à évaluer. Demande parfois des années). Notons aussi le distinguo que l'école française fait entre les bouffées délirantes aiguës et les délires chroniques systématisés. Pour les américains du nord par exemple, la nosographie laisse une grande part à la schizophrénie, aux dépens entre autres de la paranoïa.

Les caractères généraux du délire aigu sont très variés mais néanmoins soudains, brutaux, en rupture par rapport à l'histoire du sujet, et présentant un tableau riche mais provisoire.

Dans les délires aigus, nous avons:

- Les affections somatiques à forme psychiatrique. Si le cas est relativement peu fréquent, il sera néanmoins nécessaire de faire un examen médical général avant de poser un diagnostic. De même, chez les personnes âgées, on aura tendance à voir un [tableau de démence](#) alors qu'il peut s'agir d'une simple déshydratation. Le facteur biologique exogène est supérieur dans ce cas au facteur psychique endogène. Il faut alors remarquer les signes associés, comme la souffrance, le changement de couleur, les troubles somatiques, la confusion ("[confusion mentale](#)")... etc. Dans ces formes d'affections, notons par exemple les affections cérébrales organiques, donnant des "*psychoses organiques*" comme l'[épilepsie](#), ou une tumeur cérébrale, un traumatisme, un trouble vasculaire cérébral. Penser aussi aux affections générales (neuroendocriniennes, maladies générales comme les fièvres par infection ou forte grippe) et enfin les intoxications aiguës (après une tentative de suicide, [prise de stupéfiants](#), inhalation accidentelle d'oxyde de carbone, [alcool](#), delirium tremens, prise d'amphétamines, d'éther, de médicaments, de "*coupe faim*", d'anti-tuberculeux, de digitaliques, de psychotropes, de barbituriques... etc.).
- Les affections psychiatriques non-psychotiques. Il s'agira donc de pathologies névrotiques ou de cas "*border line*" (ici la "[distinction entre border-line \(ou état-limite\), psychose et névrose](#)"). On rencontre ainsi la '[psychose](#)' puerpérale qui est un délire aigu non-psychotique après l'accouchement, les [hystéries aiguës](#), l'[hypocondrie aiguë](#), les [névroses obsessionnelles](#)... etc. dont les aspects sont parfois délirants.
- La bouffée délirante aiguë (ou BDA). Elle pourra prendre toutes les formes (par opposition aux délires monomorphes), et aura donc des aspects très variables. On oppose la BDA au délire chronique car ce dernier est assez pauvre et très rigide, évoluant dans une seule direction. La BDA est globale, et touche toute la personnalité. Le sujet adhère alors totalement à son délire (à l'inverse du délire chronique) et son état affectif retranscrit bien le ressenti. On note un trouble de l'espace et du temps, et l'oubli une fois le délire fini. La BDA est une atteinte superficielle, qui n'altère pas la structure interne,

quand bien-même garde t-elle un aspect spectaculaire. L'évolution est très favorable, sauf possibilités de récidives sur le même mode ou aggravation. Notons que l'aggravation tend à prouver à posteriori que le diagnostic de BDA n'était pas approprié (il pouvait alors s'agir de schizophrénie à son début).

- Les poussées aiguës de psychose aiguë. La seule structure que l'on peut qualifier à la fois de psychotique et à caractère aigu est la psychose maniaco dépressive (ou PMD). On note deux aspects: le délire mélancolique aigu ("mélancolie"), et l'accès maniaque aigu. Ce sont des moments aigus, mais une PMD peut ne jamais extérioriser de délires ou d'accès. Lors des délires, on note un négativisme complet par bouffées aiguës.

- Les poussées aiguës de psychose chronique. On peut observer, sur le coup, une décompensation par exemple qui, parce qu'on ne connaît rien de l'anamnèse, prend une forme aiguë. C'est un délire aigu fait d'étrangeté et de discordance dans les cas de schizophrénies. Ca peut être aussi une poussée aiguë chez un paranoïaque, ou une psychose "*guérie*" (maladie dont l'évolution a été raccourcie par les progrès de la psychiatrie) qui nécessite un suivi relationnel car seule l'évolution a été stoppée mais la pathologie n'a été que stabilisée, malheureusement provisoirement.

La notion de délire aigu a l'avantage de se limiter à un diagnostic de symptôme, lorsque par exemple on ne connaît pas tout de l'histoire de la pathologie. C'est un repère (et une précaution) que seule la nosographie française s'est donnée.

### Les délires chroniques

Il y a ici une notion de temps, quantitativement et qualitativement. Pratiquement, si le délire est chronique, il ne diminue pas. Il ne s'agit plus d'idée délirante, mais d'une construction, un système délirant institué, et infiltré dans la personnalité. Le soin consistera seulement à "*effacer*" le délire. Mais paradoxalement, le délire apparaît ici délimité, petit, bien qu'intouchable. Le sujet ne change pas et sa personnalité reste apparemment indemne, jusqu'à ce qu'un affect soit plus gravement atteint.

Mécanisme au niveau purement psychiatrique :

Interprétation;

Illusion;

Hallucination.

Mécanisme au niveau analytique ("mécanismes psychotiques de défense du Moi"):

Déni;

Clivage;

Projection.

Dans les délires chroniques, nous avons :

- Les délires systématisés complets (ou paranoïaques). Ils sont pris dans le caractère de la personnalité, avec cohérence et clarté. En général, le délire apparaît lentement. Dans ces formes de délires, notons le délire de revendication, avec thème de préjudice et d'injustice, construit d'une manière très logique et rationnelle (inventeurs, idéalistes, sinistrés... etc.), le délire passionnel présentant délire érotomane, de jalousie, sensitif, dont le sujet se présente comme un dépressif, avec un discours discrètement persécutoire: c'est le "*délire de KRETSCHMER*", entre paranoïa et dépression. Et enfin le délire d'interprétation, avec décryptage quasi systématique de tous les signes extérieurs et intérieurs: un exemple sera le délire de filiation.

- Les délires systématisés partiels. Le délire concerne dans ce cas une partie de la personnalité. Notons ainsi la psychose hallucinatoire chronique (ou PHC): le sujet a un système limité d'hallucinations concernant l'un ou plusieurs des cinq sens. Par moments, il y a la survenue de ces hallucinations, avec un attachement et une fixation dans une idée quasi "*obsédante*". Le sujet paraît presque indifférent mais il y a néanmoins une participation affective. Le délire peut rester enkysté, ou s'aggraver. L'affect se met alors à déborder, le passage à l'acte devient possible ("passage à l'acte"). La PHC est une étape quasi-intermédiaire entre un système organisé (de type paranoïaque) et un système non organisé (de type schizophrénique). La PHC est néanmoins une forme rare, mais masquée. Les

hallucinations auditives, tactiles ou profondes, sont celles dont la fréquence est la plus importante. Dans les délires systématisés partiels, notons aussi la paraphrénie (ou délire fantastique): les sujets qui en sont atteints ne consultent que rarement. Ils ont un délire partiel à base de constructions d'idées polymorphes et riches, tout en conservant un aspect réel adapté. Ces personnes ont des convictions absurdes, en spectateurs amusés de leurs propres délires, et dont les thèmes sont néanmoins souvent connus (templiers, atlantide). Il n'y a pas de sens apparent, d'utilité évidente. Il y a par-contre un risque d'aggravation en se désagréant, pour se rapprocher de la schizophrénie.

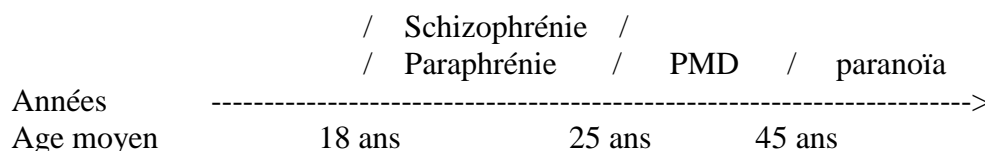
- Les délires non-systématisés (ou paranoïdes). Ne pas confondre avec le délire paranoïaque, qui lui est systématisé. Le délire est ici incohérent et polymorphe. Les délires non-systématisés concernent principalement les schizophrènes ("[schizophrénie](#)"), où tout est double, ambigu, en opposition (le paranoïaque par-contre, est UN et absolu).

## Conclusion

Toutes les catégories citées ci-dessus sont importantes à connaître mais il faut aussi savoir que les limites, au niveau pratique, ne sont pas formelles.

Les paranoïaques et les schizophrènes ont en commun une perte sans [processus ou travail de deuil](#), un vide immense qui a été reconstruit par un délire chronique. Le paranoïaque est parvenu à reconstruire solidement et logiquement. Le schizophrène n'a pas cette maîtrise, cette logique.

- Âge moyen d'apparition des délires



- Caractéristiques des délires

Délire:	paranoïaque	paraphrénique	paranoïde
Mécanisme:	Interprétation et intuition	Hallucination	Hallucination
Thème:	Persécution	Fantastique	Mystique, toute puissance
Structure:	Clair, cohérent	Luxuriant	Pauvre, flou, incompréhensible

- Les hallucinations
- Hallucinations sensorielles : visuelle, auditive, cutanée...
- Hallucinations psychosensorielles : viennent de l'intérieur, du corps même du sujet.
- Hallucinoses : le sujet a conscience du caractère pathologique de son hallucination.

# BOUFFEE DELIRANTE

## Généralités

C'est une psychose délirante aiguë, un état proche du rêve, ou "*oniroïde*". Cette maladie psychiatrique est classée dans les [psychoses aiguës de l'adulte](#). L'écllosion du délire est soudaine, de manière polymorphe et transitoire. L'[expérience délirante](#) est vécue avec une conviction absolue. Les anglo-saxons la nomment "*-schizophrénie aiguë-*".

Épidémiologie : le sujet est jeune, ayant parfois un [terrain psychopathique](#) ou caractériel.

## Étude clinique

Le délire : il apparaît de façon soudaine, d'emblée constitué. Les hallucinations et les troubles du comportement seront là dès le début.

De plus, c'est un délire polymorphe ayant pour thèmes la persécution, la grandeur, la toute-puissance psychotique, la filiation mégalomaniacale, la dépersonnalisation, une transformation somatique... etc. Le délirant pourra se donner une mission, souvent ésotérique. Le mécanisme est à base d'hallucination auditive, ou psychosensorielle... avec automatisme mental. Le sujet aura tendance à interpréter. C'est un délire variable en intensité d'un jour à l'autre. Les thèmes délirants sont enchevêtrés sans systématisation (contrairement au [délire paranoïaque](#)). Le sujet passe d'un thème à l'autre.

Voir ici la "[différence entre délire aigu et délire chronique](#)".

Le vécu : la conscience vivra ce délire comme une expérience irrécusable, concrète et immédiate. Il y aura ainsi une adhésion absolue du sujet à son délire, avec réactions affectives, motrices, voire même médico-légales ("[conscience et inconscience](#)").

L'altération de la conscience : le délirant n'est pas confus, et conserve ses repères dans le monde extérieur. Néanmoins quand il est [hypnotisé](#) par son délire, il peut avoir tendance à se couper de la réalité, présentant alors des troubles de l'attention.

Les troubles thymiques : ce sont les troubles de l'humeur et du comportement. La bouffée délirante, intensément vécue, entraîne des réactions affectives, avec par exemple une agitation maniacale, de la dépression... On observe une alternance d'agitation et d'inhibition. Il pourra ainsi y avoir des modifications des [conduites alimentaires](#) avec un refus de s'alimenter, [des fugues et des voyages pathologiques](#), des [agressions](#), des comportements clastiques. Généralement le sujet est opposant, avec un comportement inattendu.

Les troubles somatiques : peu marqués au début, ils pourront néanmoins sans traitement devenir plus conséquents (risque de déshydratation par exemple, ou de blessures... etc.). On observe aussi des aménorrhées, des [troubles du sommeil](#) comme l'insomnie... etc.

## Évolution

- 1/3 des sujets ne fera plus de bouffée délirante.
- 1/3 en fera à nouveau une ou plusieurs autres.
- 1/3 évoluera vers la schizophrénie. Cette aggravation de l'évolution tend à prouver à posteriori que le diagnostic n'était pas approprié, et qu'il pouvait alors s'agir de schizophrénie à son début ("[schizophrénie](#)").

Sous traitement neuroleptique, la bouffée délirante évoluera généralement très rapidement, bien que parfois plusieurs mois seront nécessaires pour en sortir complètement. L'évolution pourra se faire sous la forme de nouvelles bouffées délirantes aiguës par la suite. Elle pourra aussi aller vers une chronicité, vers la schizophrénie. En cas de systématisation du thème, ou de grande durée de la crise on pourra craindre cette entrée dans la schizophrénie.

## Formes cliniques

Prédominance maniaque : on notera une exaltation, une euphorie proche de l'accès maniaque. La difficulté sera dans l'établissement d'un diagnostic différentiel. On peut néanmoins dire que la bouffée délirante présente un aspect assez désorganisé, à l'inverse de la phase maniaque véritable ("[psychose maniaco dépressive](#)").

Prédominance dépressive : le sujet se sentira coupable, indigne, et son délire sera de forme mélancolique.

Prédominance confusionnelle : la désorientation temporo-spatiale apparaîtra ici plus marquée, avec troubles de la mémoire, non-reconnaissance de l'entourage, baisse de l'attention. On remarque aussi la perplexité anxieuse. Notons qu'une confusion est parfois d'origine toxique ou somatique.

Prédominance catatonique : c'est une forme avec prostration, hébétude et mutisme. Le patient ne réagit pas, ne mange pas. Le risque est alors la dégradation somatique. Cette forme peut se traiter par électrochocs.

Note importante : la bouffée délirante peut être due à une cause somatique et résulter de tumeurs cérébrales, d'encéphalites, ou de l'ingestion de produits toxiques comme le L.S.D. la cocaïne ou le haschich. Il conviendra de dépister les traces de piqûres pour prévenir tout état de manque ("[toxicomanie](#)").

## Traitement

L'hospitalisation en psychiatrie s'impose pour contenir tous les troubles comportementaux, pour contrôler l'alimentation et établir un diagnostic.

On mettra en route une chimiothérapie à visée anxiolytique et pour faire stopper le délire. En urgence on privilégiera par exemple un neuroleptique sédatif majeur à grande rapidité d'action (comme le Barnétil). Le traitement au long cours sera généralement à visée anxiolytique et sédatif (par exemple en associant Haldol et Nozinan).

On mettra en place des entretiens, assez délicats les premiers temps. Le rôle de l'infirmier sera dans une présence personnelle auprès du patient, avec une attitude cohérente, claire et ferme. Il faudra lui parler, lui expliquer les décisions prises et les projets de soin même s'il ne semble pas entendre ("[entretien infirmier](#)").

Envers la famille la même attitude de cohérence sera mise en place, avec déculpabilisation et bienveillance. Le patient, persécuté, amènera la famille à être très réticente quant à l'hospitalisation. Elle pourra alors avoir beaucoup de mal à demander une mesure de placement psychiatrique.

Au niveau du service, il faut redonner des repères, aider la personne à retrouver un rythme de vie adapté à la communauté. Ce sera le début d'une restructuration du patient.

Le rôle infirmier sera aussi dans la surveillance médicamenteuse, en évaluant l'anxiété ou l'angoisse, les syndromes extra-pyramidaux... etc.

---

# TOXICOMANIE

## Généralités

On a affaire à une rencontre entre un individu et un produit dans un contexte particulier. Il faut noter l'importance du facteur social. L'usage de stupéfiants a toujours existé mais ce n'est que relativement récemment qu'il se trouve sanctionné par la loi, parallèlement au fait qu'il s'est démocratisé.

Le 31 Décembre 1970, les députés interviennent rapidement en votant, à l'unanimité, la loi contre la toxicomanie: c'était devenu LE danger pour les jeunes. Or, dans les faits, on note à cette époque 500 morts par la drogue en France, à comparer aux 50.000 morts par l'alcool, et aux 20.000 morts par la route. On remarque donc un écart entre ce danger imaginaire, bien que réel, et les faits. Il y a un véritable vécu de fléau, sans commune mesure avec la réalité, qui s'est installé dans certains pays.

Au niveau clinique, on ne peut accorder de crédit à la distinction entre les drogues douces et les drogues dures, ni entre les drogues licites et les drogues illicites. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) préfère définir un "*état de dépendance psychique associé ou non à une dépendance physique liée à la consommation répétée d'un produit licite ou non-licite*". Cela permet d'écarter le problème de tout caractère socio-culturel.

On associe la toxicomanie à l'adolescence. L'adolescent est quelqu'un qui s'oppose, qui recherche les limites pour pouvoir se structurer ("[adolescence](#)"). Il renforce certains traits de caractère en fonction de l'extérieur. Ainsi dans les années 1950, être adolescent signifiait autre chose que maintenant, car pour se démarquer de l'extérieur d'autres facteurs étaient en jeu, comme se raser la moustache, refuser d'aller à la messe... Pour s'opposer à ses parents, on ne fait pas la même chose actuellement qu'il y a 20 ans, ou 50 ans. Néanmoins, le problème de fond est le même et les adolescents ont toujours recherché à frôler la mort, de près ou de loin. Le geste suicidaire permet, si on y réchappe, de se prouver qu'on est vivant ("[suicide](#)").

L'adolescent recherchera donc les situations à risque, et ces situations sont différentes actuellement de ce qu'elles pouvaient être auparavant. Leur nature reste néanmoins la même.

Quand on est informatif auprès des adolescents, on risque d'être incitatif et l'image du "*junkie*" peut devenir celle du martyr, mettant sa vie en danger. Il est donc important, sans pour autant se taire, de ne pas créer cette image de martyr, et de savoir informer sans inciter.

La préoccupation est bien que la jeune génération risque de se mettre en péril, et la loi de 1970 a d'une part renforcé la répression au niveau du trafic, et d'autre part décriminalisé l'usage des stupéfiants en proposant des soins aux drogués. Mais la distinction "*usagé/trafiquant*" est devenue caduque car à présent on note de plus en plus d'usagers qui sont obligés de revendre pour consommer. Il y a donc actuellement de plus en plus de toxicomanes en prison, et de moins en moins dans les hôpitaux.

Les pays producteurs d'opium auront plutôt des toxicomanies à l'alcool ("[alcoolisme](#)"), alors qu'en France, où la production d'alcool est officielle et importante, les opiacés sont recherchés. On voit bien que la toxicomanie touche ce qui est ailleurs, ce qui est exotique, et on ne peut séparer le toxicomane de son milieu socio-culturel.

- La tolérance est l'adaptation du corps à un produit, nécessitant d'en augmenter les doses pour avoir un effet constant.

- La dépendance est le fait de ne pas pouvoir se passer d'un produit. La dépendance peut être physique ("*état adaptatif caractérisé par l'apparition de troubles physiques intenses lorsque l'administration de la drogue est suspendue*" OMS, 1964) ou psychique ("*état dans lequel une drogue produit un sentiment de satisfaction et une pulsion psychique exigeant l'administration périodique ou continue de la drogue pour provoquer le plaisir ou éviter le malaise*").

## Les produits

- Haschich et dérivés : se fument et produisent un état d'ébriété et d'ivresse plus ou moins fort, dépendant de la personne. Ces produits n'entraînent pas de dépendance de type physique. Le cannabis noir, Pakistanais, est le plus fort.
- Stimulants (amphétamines, anorexigènes...) : se prennent par la bouche et entraînent un effet semblable à la toute-puissance. Pas de dépendance de type physique.
- Hallucinogènes (LSD) : apportent un état hallucinatoire, agréable ou terrifiant suivant l'individu. Produits pris par la bouche sans dépendance physique. Le LSD est tiré de l'ergot de seigle. Une pastille coûte 10 euros. C'est le produit hallucinogène le plus puissant et le plus dangereux. Les hallucinogènes ont des effets variables et imprévisibles, pouvant entraîner des troubles graves et définitifs.
- Opiacées (opium, morphine...) : entraînent un bien être extrême et régressif au moment de l'injection. L'usage du début crée une euphorie (le "flash") de 1 à 2 secondes. Se prennent par voie veineuse. L'arrivée du S.I.D.A. a obligé à plus de prudence, et les prises se font dorénavant principalement par voie nasale. Dépendance physique déclenchant un état de manque (jamais mortel) lors de l'arrêt, avec tableau grippal. On note aussi le phénomène de tolérance, obligeant le toxicomane à augmenter les doses et rapprocher les prises. Mais la dépendance physique dépend étroitement de la dépendance psychique en fonction de la personnalité de l'individu.
- Barbituriques (iménoctal) : souvent utilisés avec de l'alcool (effet maniaque). Entraînent une dépendance et l'état de manque est caractérisé par des crises comitiales pouvant être mortelles (seuil épileptogène diminué).
- Solvants (éther, white-spirit, colles...)
- Artane : non apparenté à un groupe précis.
- Benzodiazépines.
- Tabac (accès à l'ensemble des dossiers sur la "[cigarette à l'hôpital: entre tolérance et sevrage](#)").

Souvent, il y a utilisation de plusieurs produits en alternance, soit par défaut d'approvisionnement, soit par choix individuel. On aura donc généralement des poly-toxicomanies. Notons aussi le tabagisme dans les toxicomanies ("[tabagisme et psychiatrie](#)").

## L'individu

Pour certains, la toxicomanie représente un moment de la trajectoire. Plutôt que parler de structure, il faut envisager les choses de façon plus dynamique, noter le type de relations que l'individu a avec le monde environnant et avec le produit. Au bout d'un certain nombre d'années, on ne distingue plus entre ce qu'il en est des conséquences du produit et de la personne du toxicomane.

La problématique pour le toxicomane est la relation. Dans une relation, on a deux individus différents et différenciés, et chacun doit tenir compte de la volonté de l'autre. L'autre a son existence et peut être amené à signifier un refus. Le toxicomane rencontre un produit qui, d'un seul coup, apaise le malaise intérieur et qu'il peut s'approprier, mettre à l'intérieur de lui. Cette rencontre lui permet d'être bien. De plus ce n'est pas une personne, c'est un produit qu'on peut s'approprier, apportant l'illusion de la maîtrise sans risque de se voir opposer un refus. Dans cette auto-référence où tout se situe dans son désir à lui, le toxicomane ressent son plein pouvoir. Mais peu à peu, après le plaisir des premières "*rencontres*", il en arrive à un niveau de besoin où est absent le plaisir. Il en sera alors parfois amené à faire des cures de désintoxication pour pouvoir retrouver le plaisir initiatique de la première prise. "*Si je n'ai plus de produit, je suis mal, voire plus mal qu'avant*".

Au niveau du corps, la prise peut renvoyer à des registres divers. Ce n'est pas la même chose d'avaler et de se transpercer les veines. Le corps reste le lieu de la souffrance du manque, et le lieu aussi du plaisir du début. Le fait de transpercer sa peau, dans un mouvement auto-érotique, est déjà de l'ordre du plaisir. Le monde toxicomane est un monde très auto-érotique qui exclut l'autre. Les groupes toxicomane sont de l'ordre de l'illusion, sans solidarité en leur sein. On s'y fait plaisir seul avec son produit. Les relations avec d'autres personnes sont de type utilitaire: "*je connais telle personne car elle m'approvisionne*". L'autre permet au toxicomane d'avoir le produit, mais est absent en tant que personne. Ce mode de fonctionnement régressif peut être la seule manière d'être au monde pour certains d'entre eux. Ils ne peuvent supporter un Objet sans en maîtriser les limites ("[relation d'objet](#)").

Le choix de tel ou tel produit n'est pas quelque chose d'anodin et un aspect de transgression apparaît avec l'usage des produits illicites. L'alcool, produit licite, a une inscription au sein du groupe social différente de la drogue. Le contexte économique apporte une ambiguïté dans le discours aux alcooliques. L'alcool fait partie des festivités, et se faire plaisir ensemble associe la présence d'une bouteille. Il existe une inscription culturelle de l'ordre du partage dans l'alcool. Par contre, la prise de produit toxicomane n'est pas là pour établir une relation mais bien pour palier l'absence de l'autre. On peut trouver en effet un rapport érotomane dans la prise d'alcool, chez certains alcooliques, mais l'autre sera toujours, même de manière infime, présent.

On peut parler de toxicomanie quand le mode de relation au produit est un mode de relation privilégiée où l'autre est absent. Il arrive que ce fonctionnement soit inscrit dans une vie sociale de manière adaptée, qui préserve un mode d'investissement Objectal où l'autre sera présent en dehors des prises isolées. Mais le mode de fonctionnement oral, primitif du toxicomane est un mode de fonctionnement qu'il aura aussi avec les gens ("[stade oral](#)"). Aussi, dans un soin, il aura tendance à prendre la personne en face de lui comme un produit: le sevrage qu'il pourra demander devra l'être sur le champ, servi aussitôt.

## Soin

Le toxicomane va demander une hospitalisation en mettant l'accent sur une plainte physique primordiale ("[hospitalisation en psychiatrie](#)"). Sa demande est par définition ambiguë. Au pied de la lettre, elle pourra paraître claire et parfaite: -"*Je veux m'arrêter, c'est fini*". Le discours est là dénué de toute ambivalence. Mais en discutant avec lui, on se rend compte que derrière le niveau manifeste, de manière latente existe l'ambivalence. Il y a les circonstances extérieures, contraignantes (comme par exemple une injonction judiciaire, la nécessité de produire un certificat médical, le manque de produit sur le marché, le bénéfice de l'anonymat...), et où la drogue elle-même est devenue une contrainte, de l'ordre du besoin. Ce glissement progressif (du plaisir au besoin) renvoyant au principe de réalité fait demander le sevrage. Malgré le déni que le toxicomane fait de son corps, l'aspect somatique pourra l'inciter à entreprendre une hospitalisation.

Même si existe cet aspect ambigu, la demande de changement doit être prise en considération. Quelque chose de l'ordre de la relation (sujet à sujet) pourra être ici commencé.

Autant on doit garder une certaine distance, autant on ne peut opposer un refus qui laisserait penser au toxicomane qu'il est abandonné. Il faut donc régler la distance, en différant d'une part l'hospitalisation et en reconnaissant la demande qui est faite. Il faudra rappeler le contrat de soin, établi entre deux personnes où chacun a son mot à dire. L'hospitalisation se fait sur un mode contractuel, avec un respect et la reconnaissance de la différence de l'autre.

Le cadre du soin se fera avec une chambre seule, le malade étant isolé des autres patients. Pas de visites à part la famille, pas de coups de téléphone (interdiction de recevoir des appels téléphoniques). Le toxicomane voudra souvent demander un traitement particulier, "*de faveur*", pour tenter de vérifier le cadre.

L'accompagnement du sevrage fait partie du traitement. Les médicaments seront alors de deux types: des antalgiques (Viscéralgine) et des sédatifs (Tranxène, Tercian...). Les sevrages de barbituriques pouvant être mortels, on suivra un traitement de barbiturique régressif et ayant des visées anti-comitiales (Gardenal...), différent de ce que le toxicomane utilise d'ordinaire.

Il faudra surveiller l'apparition d'éléments de type dépressif, informant de la bonne marche de la thérapie. En effet, après le discours magique des premiers jours, le toxicomane s'autorisera peut-être à déprimer, à souffrir, disant par là qu'il laisse une place à l'autre pour l'aider ("[dépression](#)"). Mais il est très dur pour lui de supporter le manque.

Au cours des entretiens ("[entretien infirmier](#)"), il faudra discuter du cadre, des projets, car le temps du sevrage, bien investi par le patient, ne doit pas masquer l'avenir.

Il ne faut pas mettre deux toxicomanes en même temps dans le service, et le sevrage devra se faire dans un cadre bien délimité. Normalement le cadre du soin doit poser problème au toxicomane, aussi faut-il s'inquiéter quand tout se passe sans frictions, sans manipulations ou sans fugues. L'hospitalisation n'est donc pas facile, dure généralement une dizaine de jours et comportera beaucoup de demandes somatiques, symptomatique de la difficulté du service à contenir. Cela sera très net chez le toxicomane. Mais le problème de fond est bien la dépendance psychique, et des post-cures seront parfois nécessaires pour faire transition entre l'hôpital et la société. Une suite de soins, de soutien sera proposée mais la rupture est inscrite dans la vie même du toxicomane.

("soin psychiatrie").

## Législation

### La loi du 31 décembre 1970

Deux années après Mai 68, à l'apogée de la "*french connexion*", une loi sort qui fait une distinction systématique entre l'usager, malade qu'il faut soigner (gratuité des soins), et le trafiquant, délinquant. L'usager qui est interpellé par la police avec sa dose de haschich ou d'héroïne est remis en liberté, sans poursuites.

30.000 personnes sont interpellées en France chaque année. Parmi celles-ci, 20.000 ne sont que des consommateurs. 25 tonnes de haschich sont saisies par an.

Le toxicomane va à l'hôpital lors d'une demande de sevrage, d'une injonction de soin demandée par le procureur de la république ou par la DDASS, d'une overdose accidentelle ou suicidaire, de problèmes somatiques (endocardites infectieuses, septicémies...).

### La loi du 19 août 1971

Astreint les toxicomanes inculpés à suivre une cure de désintoxication.

### La loi du 16 décembre 1992

Aggravation de toutes les peines concernant la détention, la consommation ou la revente des stupéfiants.

# ALCOOLISME

L'alcoolique est quelqu'un qui a perdu sa liberté face à l'alcool.

L'alcool a un effet euphorisant et un effet anxiogène.

On ne trouve pas de personnalité alcoolique type, mais bien plutôt des populations à risque.

L'alcool diminue l'esprit critique du buveur.

## Étude psychique

Les troubles psychiques entraînés par la consommation d'alcool seront directement liés à son influence sur le système nerveux, et indirectement liés à la destruction physiologique, via la chronicité.

- L'alcoolique (à partir de 1,5 litre de vin par jour ou équivalent alcool) pourra ne pas présenter de manifestations pathologiques s'il n'est qu'un "*buveur d'habitude*".
- Le "*buveur d'habitude*" excessif, buvant plus que précédemment, présentera quelques troubles somatiques. Il pourra arrêter de boire suite aux conseils.
- L'alcoolique pur (c'est un toxicomane), ne peut plus se passer de l'alcool ("[toxicomanie](#)").

## Formes cliniques

### Alcoolisme aigu

- Ivresse simple : on observe une excitation intellectuelle et motrice, avec parfois des manifestations d'agressivité ("[agressivité](#)") ou de dépression ("[dépression](#)"). Possibilité d'euphorie, d'optimisme...
- Ivresse augmentée : les propos sont incohérents, avec présence de troubles neurologiques et moteurs, vision double et floue, cérébellite alcoolique (inflammation du cervelet), maladresse...
- Ivresse aiguë : c'est à ce niveau qu'apparaissent les comas, les troubles neurologiques importants pouvant entraîner la mort, les hémorragies digestives, la confusion ("[confusion mentale](#)")...

### Alcoolisme chronique

- Tremblements matinaux : on observe des nausées, des diarrhées, des sueurs, de l'irritabilité. En cas d'arrêt d'alcool, les tremblements persistent plusieurs jours, avec cauchemars et anxiété, voire angoisse .
- Crises convulsives : risquent d'apparaître après un sevrage de 48 heures, et peuvent annoncer un "*delirium tremens*" (délire accompagné de mouvements désordonnés, particulier aux alcooliques).
- Hallucinoïse des buveurs : c'est un délire hallucinatoire non critiqué, sur fond d'anxiété ("[délire](#)").
- "*Delirium tremens*" ("*délire tremblant*" ou DT): le sujet est massivement intoxiqué, depuis plus de 10 ans. Le D.T. se déclenche après une diminution d'alcool (suite à une opération, une maladie, un sevrage volontaire...) et l'on notera les signes précurseurs suivants: tremblements, anorexie, soif intense, anxiété, agitation nocturne. Après 2 à 4 jours survient le D.T. avec: état confuso-onirique, grande agitation, troubles neurologiques. Le patient est obnubilé, désorienté, halluciné (visuel), agité, vivant son délire dans un état de panique anxieuse. L'insomnie est totale. Le syndrome neurologique se présente avec un tremblement intense et généralisé, ainsi qu'un trouble de la parole (dysarthrie). Les signes généraux sont une température constante à 38°, 39° ou 40° avec sueur, entraînant une déshydratation importante. L'évolution sous surveillance et soins montrera en quelques jours un retour du sommeil et du calme, avec néanmoins un pronostic qui pourra être fatal (hémorragie digestive, comas hépatique...).
- Pré-délirium tremens : plus fréquent que le DT, présente un onirisme très riche. L'agitation est moins intense. Il y a peu de déshydratation. L'évolution sans traitement peut se faire vers la rémission. Le traitement tentera de corriger la déshydratation en faisant boire beaucoup le patient (3 litres d'eau par jour, ou pose de perfusions). L'agitation sera calmée par Equanil (8 à 12 amp. IM par jour) et vitamines (B1, B6, B12, et PP). Le malade doit être dans une chambre, sans stimulation, attaché au besoin ("[contention physique](#)"). Quelqu'un pourra le veiller, sans trop le stimuler.

## Troubles neuropsychiques

### Encéphalopathie de GAGET-WERNICKE

C'est une avitaminose B1 due à l'alcoolisme avec lésions anatomiques bilatérales cérébrales. On observera une aggravation des troubles nutritionnels, un amaigrissement, une somnolence. En période d'état, on aura des troubles psychiques (torpeur, hypersomnie, rarement un coma) et des troubles neurologiques (nystagmus ou paralysie oculomotrice, hypertonie, troubles de l'équilibre, polynévrite des

membres inférieurs, troubles végétatifs). L'évolution avec traitement pourra laisser des séquelles (syndrome de KORSKOFF). Le traitement sera de la vitamine B1 en IM à haute dose.

### Syndrome de Korsakoff

Trouble de la mémoire résultant d'un GAGET-WERNICKE ou non. On observe une amnésie antérograde, de la désorientation, de l'affabulation, une anosognosie (inconscience des troubles). L'amnésie s'attache aux faits récents. Le malade pourra croire vivre à une période ancienne, ou dans un autre lieu. On note des fausses reconnaissances, des récits fabulateurs. Le sujet a une humeur euphorique. On a aussi une douleur des masses musculaires et une abolition des réflexes (polynévrite sensitivo-motrice). L'évolution est mauvaise. Le traitement sera la vitamine B1 à haute dose.

### Démence alcoolique

Affaiblissement intellectuel, réversible si arrêt d'alcool.

### Aspects psychodynamiques

L'alcoolisme est le symptôme d'une pathologie mentale, quelle qu'elle soit. Les éléments dépressifs sont souvent importants. L'alcoolisme est une tentative de traitement de la pathologie mentale ("[pathologie mentale](#)"). On peut néanmoins aussi considérer l'alcoolisme comme une pathologie en soi et qui s'auto-alimente, un peu à la manière des symptômes psychosomatiques ("[psychosomatique](#)"). L'évolution de la maladie est alors autonome.

Sous alcool, l'individu a souvent une relation paranoïaque ("[paranoïa](#)"). Quelle que soit la pathologie sous-jacente, l'alcoolisme garde un caractère spécifique. Au niveau de l'alcoolisme chronique, on remarque:

- Oralité : le plaisir est lié à l'excitation buccale. Dans les premiers temps de l'enfance de l'alcoolique, la mère a anticipé les besoins de l'enfant, sans lui permettre la frustration. Le sevrage est alors vécu comme une trahison. A l'âge adulte, et face à une frustration, le sentiment de trahison se réveille, n'est pas supporté et nécessite une réponse (paradisique) où la frustration est éliminée: c'est la boisson. On retrouve beaucoup de mots propres à cette régression, comme "*biberonner*", "*sucer*", "*téter*"... et "*sevrage*" ("[stade oral](#)" et "[conduite alimentaire](#)").
- Narcissisme : l'alcoolique a un narcissisme fragile, blessé. L'alcool, par l'effet euphorisant qu'il procure, va tenter de combler cette faille. A jeun, l'alcoolique satisfait à l'idéal du Moi, et saoul au Moi idéal ("[idéal du moi](#)"). L'idéal du Moi est une représentation de l'image parentale à laquelle le sujet cherche à ressembler. Sous alcool, il retrouve le narcissisme de toute-puissance infantile (le Moi idéal est la période la plus précoce de l'enfance). L'alcoolique ne peut gérer la nostalgie des premiers mois, car il n'a pu se satisfaire de ce qu'on a pu lui proposer. Freud considère l'alcoolisme comme une structure: soit c'est la névrose, soit on échappe à la psychose en se soumettant à l'alcool ("[FREUD](#)"). Pour les personnes fragiles, l'intoxication alcoolique est une tentative de survie, un échappatoire ("[psychose état-limite névrose](#)").
- Compulsion de répétition : c'est un processus d'origine inconsciente par lequel le sujet se place activement dans des situations pénibles, répétant ainsi les expériences anciennes sans se souvenir du prototype, et avec la vive impression qu'il s'agit de quelque chose de pleinement motivé dans l'actuel. Ce qui est resté incompris de la maturation fait retour sous forme de symptôme. L'alcoolique retrouve sa délivrance dans l'alcool, sans changer de manière de fonctionner.

### Traitement de l'alcoolisme

Pour certains alcooliques, la pathologie principale est autour de l'alcool. Pour d'autres non. La première chose qui compte dans un soin est la demande. En général ce n'est pas l'alcoolique qui fera cette première démarche, mais sa femme (ou son mari), son médecin, son employeur...

La question à demander au sujet, c'est: "*pourquoi vous venez faire un soin?*". Très souvent, il espère quelque chose en échange (retour de sa femme, ré-emploi...). Il existe une mythologie sur le soin aux alcooliques et il est bon de leur demander comment ils l'envisagent. L'alcoolique ne demandera jamais une psychothérapie, ou du moins de façon authentique. Il faut leur laisser l'espace qui leur permette de demander. Ils doivent apprendre à demander et le soignant ne devra pas espérer de demande explicite. L'obligation de soin aux patients alcooliques (loi du 15 avril 1954, peu appliquée, et loi du 27 juin 1990 pour les "*soins pénalement obligés*") est une contrainte qui ne donne de résultats qu'avec certains alcooliques paranoïaques. Le soignant a alors un rôle très sadique. Le tiers (le gendarme, le préfet...), porteur de la loi, dira des choses à l'alcoolique et le rassurera en lui signifiant qu'il n'est pas tout-puissant.

Plusieurs méthodes existent dans le soin de l'alcoolisme:

- La cure de désintoxication : l'idée est la création d'un réflexe conditionné (PAVLOV), une réaction de dégoût face à l'alcool préféré. La base du traitement est l'Espéral: ce médicament sature une phase du métabolisme. Le malade subit une réaction très forte dès l'ingestion de l'alcool, les yeux deviennent rouges, il ressent une sensation de mort imminente. C'est l'effet "*antabuse*". Il y a une notion de sadisme très marquée. L'intérêt d'une telle cure est d'arrêter la boisson mais enlever le symptôme ne guérit pas la maladie, et le malade pourra soit substituer un autre alcool, soit décompenser. C'est avant tout un conditionnement.
- La thérapie de couple : la femme de l'alcoolique est souvent très autoritaire et la relation du couple est d'ordre sado-masochiste ("structure perverse"). Le fonctionnement du couple a besoin de l'alcool. La thérapie pourra donc inclure le couple...
- La thérapie familiale : la thérapie familiale (ou thérapie systémique) offre l'avantage de ne pas isoler le sujet dans sa maladie, en indiquant que c'est la relation entre les membres de la famille qui est pathologique (souffrante). Le patient désigné (le buveur) est le symptôme de cette souffrance. Cette thérapie permet en outre de restaurer les liens autour de l'alcoolique ("thérapie familiale").
- La thérapie de groupe : les associations d'anciens buveurs mettent en jeu l'aspect relationnel. Il faut faire attention à tenir compte d'une part du symptôme et d'autre part de la pathologie causale. Le vrai drame pour l'alcoolique n'est pas de boire (on n'en meurt pas rapidement) mais la désocialisation. Quand la femme est partie, qu'il n'a plus de travail, il meurt très vite. Les associations d'anciens alcooliques tentent d'empêcher que le sujet ne plonge trop profondément. Elles remplacent une famille qui a disparu. Elles sont une "*famille de secours*". L'identification sera facilitée par le fait que les membres encadrant ont vécu le problème "*alcool*" et s'en sont sortis ("thérapie de groupe").

## ARRIÉRATION MENTALE

## ET DEFICIT INTELLECTUEL

### Définition

On oppose le défaut de développement à la notion de régression. L'arriération mentale se caractérise par un déficit intellectuel important, résultat d'un défaut de développement et d'acquisition.

Les grands arriérés ont des défenses psychotiques (psychose état-limite névrose).

### Classification

## Quotient Intellectuel

de 0 à 20 ...	: idiots
de 20 à 50...	: imbéciles ou déficients profonds
de 50 à 70...	: débiles légers
de 70 à 80...	: zone marginale
de 80 à 90...	: lenteur d'esprit

Actuellement, on préfère la classification suivante :

- Déficit très profond (âge mental de 2 à 3 ans).
- Débiles profonds (âge moyen = 6 ans). Scolarité possible, communication verbale limitée, propreté acquise.
- Déficit moyen et léger.

## Étiologie

### 1. Organique prénatale génétique

- La plus célèbre est la phénylcétonurie, révélée par le test de GUTHRIE (sur prélèvement sanguin au niveau du talon du bébé). Les enfants ont la peau claire, les cheveux blonds et deviennent, si on ne fait rien, débiles et épileptiques avec agitation, maniérisme, épisodes catatoniques et mouvements stéréotypés. Le traitement est simple: c'est un régime sans phénylalanine.
- Galactosémie congénitale. Trouble du métabolisme des glucides. Le test est le dosage urinaire de la galactosurie. Les enfants ont une cirrhose avec ascite et cataractes. Le traitement est un régime sans lait.
- Neurectodermatose. La plus fréquente est la sclérose tubéreuse de BOURNEVILLE. Au niveau du derme apparaissent plein de petits nodules.
- Anomalie craniocéphalique. microcéphalie... etc.
- Hypothyroïdie congénitale. Le bébé est apparemment en bonne santé mais commencera bientôt à être en hypothyroïdie. L'ensemble des métabolismes est diminué. Le traitement est une prise journalière de thyroxine.
- Maladies chromosomiques. Les diagnostics se font par caryotype: trisomie 21 (petite taille, faciès particulier), maladie de KLINEFELTER ou "XXY" (organes génitaux externes très peu développés, grande taille), syndrome de TURNER ou "XO" (femme de petite taille)... etc.

### 2. Organique prénatale acquise (intra-utérine)

- Embryopathies. Causes virales (comme la rubéole), radiothérapeutiques, médicamenteuses... etc.
- Foetopathies. Entre le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse. Toxoplasmose, irradiations, carences nutritionnelles... etc.

### 3. Organique néonatale et périnatale

- Grands prématurés, souffrances du cerveau par manque d'oxygène, ictère nucléaire (incompatibilité Rhésus)... etc.

### 4. Organique post-natale

- Toutes les infections (les méningites infectieuses...).
- Hématome intracrânien.
- Causes métaboliques (déshydratation, hypoglycémie..).
- Causes toxiques (aspirine).
- État de mal convulsif.
- Maladie de WEST (hypsarhythmie).

### 5. Psychique

- Carence affective majeure.
- Pseudo-débilité suite à repli autistique.

## Troubles associés

Ces enfants seront souvent sensibles aux infections, aux hyperthermies, aux caries dentaires... etc. Ils auront des raideurs articulaires, des troubles divers au niveau somatique et au niveau psychique.

Chez tous les arriérés on note de l'angoisse archaïque ("[angoisse](#)"), de la dépression avec dysphorie, inhibition psychique et motrice, troubles somatiques, anxiété... ("[dépression](#)"), des troubles d'allure psychotique comme une négation de la relation à l'Autre, un pseudo-autisme ("[autisme](#)"), des stéréotypies, une recherche fusionnelle, un retrait hallucinatoire... etc.

## Thérapeutique

Le travail institutionnel est fondamental et peut se résumer en: "*parler*", "*se parler*" et "*en parler*" ("[entretien infirmier](#)"). Il ne faut jamais oublier l'arriéré, lors des réunions d'équipe par exemple.

Le travail avec les familles est important. L'enfant doit continuer d'exister dans la tête de ses parents. Il faut faire rentrer la famille calmement dans la prise en charge, et des réunions des parents peuvent être mises en place. Il faut travailler au niveau du vécu douloureux, narcissique, et maintenir un projet de soin pour un temps précis. Faire attention à ne pas se substituer aux parents.

## Arriération profonde

On parlera de psychose à expression déficitaire ("[psychose infantile](#)"). En institution, le respect des règles les plus simples est demandé, comme par exemple venir manger à tel endroit et à telle heure, aller aux toilettes, être habillé... etc. Le soin infirmier réside dans la restitution ou l'apprentissage de la plus grande autonomie possible ("[spécificité des soins infirmiers psychiatriques](#)"). Le soignant doit aider à exprimer.

Les choses les plus simples sont à ré-inventer, et les projets seront à court ou moyen terme. Chaque acquisition ou consolidation vers une plus grande autonomie dans la vie en société ouvrira des possibilités pour un projet de placement ou de retour à domicile.

Activités thérapeutiques ou éducationnelles : dessin, jouets simples... dans le but d'éveiller le patient au niveau des 5 sens. Marionnettes, musicothérapie, cinéma, réunion café, sorties restaurant, sorties parc et découverte... Groupes d'apprentissage... D'une manière générale, le quotidien est très important pour l'acquisition des règles de vie en commun, le travail sur soi (accepter et respecter l'Autre), l'écoute et l'expression, la communication... etc.

---

# DEMENCE SENILE

Définition de la démence sénile: c'est un affaiblissement psychique progressif et global.

## LES PERSONNES ÂGÉES ET LA DÉMENCE

On mélange souvent ce qui est du domaine de l'intelligence et ce qui est de l'affectif. Les troubles de l'apprentissage, du langage et des opérations mentales sont du domaine intellectuel. Mais la vie psychique inclut d'autres notions.

On trouve normal que la vieillesse rende gâteux, fasse perdre la mémoire, dans une évolution logique de la vie. On ne peut savoir actuellement si l'expression déficitaire résulte d'un manque ou d'un désordre. Rien n'autorise à dire qu'il n'y a pas de vie psychique inconsciente chez un sujet déficitaire: ainsi peut-il communiquer avec autrui par [lapses comportementaux ou actes manqués](#), par induction et on pourra travailler et analyser les projections, les réactions induites. L'entourage peut-être récepteur inconscient de la vie psychique du vieillard.

On n'a pas trouvé de correspondance entre une lésion, un siège de lésion et un type de comportement. Aussi est-il faux de dire qu'untel est dément sénile sur la seule vision de son déficit.

Le vieux, si on évite de penser à la démence, pourra faire penser à un psychotique grave, à un [autiste](#) par l'enfermement relationnel qu'il induit ou qu'on lui impose. Très vite le choix est fait pour les gens âgés et ils n'ont plus l'ombre d'un petit choix sur la maîtrise de tout ce qui fait leur vie.

Être autonome, c'est pouvoir être crédible. Le vieillard a une dépendance psychologique et une dépendance instrumentale. Il se présente tellement faible que l'autre se sent tout de suite responsable de son avenir. Il y a eu un transfert de responsabilité qui piège souvent l'entourage.

Rien ne nous autorise à dire que la dépendance est d'ordre neurologique, et quand bien même le serait-elle que l'on pourrait suspecter une somatisation. Alors plutôt que dire "*comme un dément*", on pourra dire "*comme un autiste*" (accès au document "[définition et origine du mot autisme](#)"), laissant ainsi ouvert tout le champ de l'analyse, de l'écoute. Dans la démence comme dans la [dépression de l'adulte](#) par exemple, la relation à autrui est économisée.

Plusieurs hypothèses existent (génétique, fonctionnelle, causale...) concernant le rapport qu'il y a entre le comportement sénile et d'éventuelles lésions neurologiques. La découverte de ces dernières années, à propos de la démence sénile, c'est qu'on ne sait pas ce que c'est. Beaucoup de théories tentent d'appréhender la démence, et l'expliquent d'une manière soit évolutionniste, soit psychique, soit encore psychosomatique. Il se pourrait par exemple que, arrivé à un certain âge, les [travaux de deuil](#) deviennent trop prenants, envahissent trop le cerveau qui refuserait d'en assumer la charge en se déconnectant progressivement. Il faut compter avec l'ambivalence des familiers: quand ces derniers sont devenus responsables d'un vieux, la solution est le placement, avec transfert des responsabilités et de la culpabilité. Les familiers sont empêtrés dans leur ambivalence. L'institution protège ici de la peur d'être responsable vis à vis de la mort du vieux ("[l'institution et la mort](#)").

## LE SOIN

Le maître-mot est la re-narcissisation. Il faudra offrir à la personne âgée une écoute, en tant que fonction anti-stress. Le vieillard se fera à l'idée que c'est arrivé (la dépendance, la régression, l'hospitalisation... etc.), et pourra, en en parlant, l'incorporer dans son psychisme ("[entretien infirmier](#)"). Il faut un cadre pour qu'il ne se sente pas soumis à la volonté de l'autre. Il est trop fragile pour prendre le risque d'une relation dans laquelle se joue la rivalité.

Le vieux a besoin d'être garanti, d'éprouver la solidité du cadre, du soignant, de se prouver qu'il est vivant pour pouvoir accepter de se risquer au soin.

Les [thérapies de groupe](#) sont celles qui ont le plus apporté dans le soin aux personnes âgées, à condition qu'une [analyse systémique](#) ait lieu. Cette analyse doit tenir compte de tous les individus et des évolutions dans l'interaction entre le patient, sa famille, son entourage (voisin par exemple), ainsi que les défunts. La question est: "*à quoi sert le symptôme dans l'économie relationnelle?*". Il n'est pas question de supprimer le symptôme, mais de l'expliquer. Ainsi, même quand le symptôme demeure, il pourra n'être plus un problème, et l'incontinence par exemple deviendra un aspect de la vie de "*Untel*".

En psychiatrie, on sait soigner les gens mais on ne sait pas gérer les soins. D'où l'importance de poser des méthodes, des cadres dont on sera les garants. Il faut veiller à ce que le patient ne soit pas soigné "*en pointillés*". En gériatrie, il faut tout vérifier par soi-même car c'est le vieux qui prend le risque de l'oubli.

### La prise en charge :

après avoir reçu un appel (d'un voisin, du concierge, de la famille...), le psychiatre a un entretien avec le sujet pour voir si est nécessaire une hospitalisation. Ce seront souvent des désorientations qui auront fait appeler à l'aide, ou l'[angoisse](#) de l'escalier, la peur du gaz... Après un travail auprès des familles, le sujet pourra retourner chez lui, avec un suivi à domicile pour décharger et soulager la [personne âgée](#) et l'ensemble de l'entourage.

## SIGNES DE DÉBUT

état dépressif, troubles du caractère avec [délire chronique de persécution](#) et baisse de l'intellect. On notera toujours des troubles de la mémoire, ainsi que des troubles de l'orientation temporo-spatiale avec une altération du jugement. On pourra alors pratiquer un électroencéphalogramme, suivi d'un scanner qui permettra de déceler une atrophie cérébrale. La mémoire de fixation est la première atteinte, le sujet revivant de manière privilégiée les scènes d'enfance, ou adoptant un [comportement de fugue](#). Les troubles du comportement sont polymorphes et témoignent de l'absence d'auto-critique (négligence de soi, actes illogiques, [troubles du sommeil](#) et [troubles des conduites alimentaires](#)... etc.). Les troubles intellectuels, véritable noyau démentiel, traduiront le déficit global (les opérations mentales de base comme la lecture et le calcul seront longtemps conservées). Le cours de la pensée sera rapidement perturbé. Apparaîtront enfin des [conduites pathologiques ou asociales](#).

Tout cela entraîne une désinsertion sociale. S'y associeront des troubles caractériels, des idées délirantes avec phénomènes hallucinatoires, des atteintes neurologiques ou cardiovasculaires...

(accès au témoignage sur "[l'évaluation de la capacité mentale des personnes âgées](#)").

Diagnostic différentiel : il faudra écarter une [confusion mentale](#) à l'atteinte plus globale, mais dont l'évolution se fera vers la guérison.

## FORMES CLINIQUES

- Démence sénile pure et dégénérative, soit 30 % des cas. Le début est progressif et se manifeste par un syndrome de KORSAKOV avec fabulation et fausses reconnaissances. Il pourra y avoir un début aigu (confusion mentale). En période d'état on aura des troubles de mémoire des faits récents, amnésie rétrograde sur les 20 dernières années, désorientation temporelle, confusion des générations, [troubles](#)

[psychotiques](#) (les idées de préjudice deviennent envahissantes), apraxies (amnésies motrices)... L'évolution est progressive.

- Démence sénile vasculaire, soit 20 % des cas. On observe un ralentissement intellectuel, des troubles de la mémoire globale, des troubles de l'humeur, des signes neurologiques, une aphasie (altération de la fonction psychique du langage), des troubles du champ visuel, une altération des réflexes...
- Forme mixte, soit 50 % des cas. On y retrouve les signes des 2 formes cliniques précitées.

## ASPECTS CLINIQUES

• Dépression. Sentiment de vide, solitude particulière, reflet de la perte des [Objets internes](#). Présence d'anxiété par rapport à l'avenir, la maladie ou l'argent. Mépris de soi, plaintes somatiques masquant la dépression. Retrait social et fuite des contacts. L'évolution de la dépression est chronique. S'y greffent des troubles somatiques (cataracte...), des [réactions psychosomatiques](#) (constipation, troubles sphinctériens), des états régressifs aigus, des [tentatives de suicide](#). C'est une dépression d'infériorité. Le rôle de la personnalité antérieure est primordial: il existe un lien entre la frustration maternelle infantile et la dépression du vieillard (dépression anaclitique). C'est une crise de maturité: la libido se détache des Objets pour revenir sur le Sujet. Le grand intérêt pour le corporel traduit l'importance de l'angoisse de mort. Il n'y a pas de culpabilité dans la dépression du sujet âgé ("[dépression: théorie et définition](#)").

• Névrose de transfert. On observe une ritualisation progressive de l'existence, avec obsessions et phobies. Grand sentiment d'insécurité en rapport avec l'atteinte narcissique. Hypochondrie touchant le digestif. Angoisse de mort, neurasthénie, anxiété permanente... Ce sont des moyens de défense contre le stress dû au changement. Ils tentent de restaurer le narcissisme et de renforcer le sentiment d'identité. Les troubles psychiques seront l'[agressivité](#), le mauvais caractère, les troubles de la mémoire, les [troubles de la communication et du langage](#)...

- Organisations caractérielles. Les troubles du caractère sont accentués.
- Conduites déviantes. Le contrôle du [Moi](#) sur [les pulsions](#) s'est affaibli, le rôle social diminue. Il y a destruction des critères de normalité et on pourra retrouver une composante agressive envers l'environnement, avec [vols](#), destructions etc. Apparaissent des conduites régressives comme l'oppositionnisme, le puérilisme, l'adynamie aiguë, l'apathie, la grabatisation, l'agitation, la confusion mentale... il faudra toujours chercher le sens de ces conduites.
- Conduites psychotiques. [Bouffée délirante](#), [accès maniaco-dépressif](#), [mélancolie d'involution](#) (absence d'inhibition et ébauche de critique), délire, puis chronicisation du délire (délires de préjudice, de jalousie, de persécution, de témoignage...).
- Voir ici la "[distinction entre névrose, psychose et état-limite \(ou border-line\)](#)".

---

# PSYCHOSE PUERPERALE

## Généralités

La psychose puerpérale concerne la femme enceinte, pendant et après l'accouchement. Elle traversera alors des troubles psychiatriques plus ou moins graves.

Pendant la grossesse, peu de troubles majeurs seront rencontrés: on pourra observer des angoisses, des [troubles névrotiques hystériques](#), des [troubles névrotiques obsessionnels](#)... etc.

Notons que certaines patientes psychotiques se portent mieux durant leur grossesse, et on peut donc dire que la grossesse protège en quelque sorte de la psychose ("[psychose: théorie, définition et soin](#)").

## Tableau clinique

On note des signes avant-coureurs, comme par exemple des pleurs ou de la fatigue durant les trois premiers jours qui suivent l'accouchement. Puis tout à coup apparaîtront [la confusion](#), l'obnubilation ainsi qu'une [angoisse majeure](#). La femme aura des troubles de mémoire et de la perception, alternés avec des périodes plus calmes. Après la confusion surviendra le délire ("[délire](#)"), qui s'installera avec des hallucinations auditives et visuelles. Les thèmes du délire sont centrés sur la relation mère/enfant, avec négation de la maternité, propos sinistres, voire lugubres. Les risques sont alors des conduites pathologiques comme le suicide ou l'infanticide ("[conduites pathologiques](#)").

Une fois passé l'état de crise, l'évolution est assez bonne sur le long terme. La chronicisation est possible mais souvent l'épisode n'aura pas de suites.

## Épisode thymique

Plusieurs possibilités pourront être observées :

1. un [tableau mélancolique pur](#), succédant ou non à une phase confusionnelle, avec [risque suicidaire majeur](#),
2. un [épisode maniaque](#),
3. des états mixtes d'excitation et de mélancolie,
4. plus rarement un état schizophréniforme, c'est à dire [ayant l'apparence de la schizophrénie](#). Un [délire paranoïde](#) pourra s'installer par la suite.

## Post-partum blues

Nommé aussi "*syndrome du troisième jour*", il associe pleurs, anxiétés, céphalées, [agressivité](#), troubles mnésiques... On notera parfois des [troubles du sommeil, une insomnie](#)... etc. Ce tableau se rencontrera au moment de la montée laiteuse chez la plupart des femmes qui viennent d'accoucher. Il faut évaluer le degré d'insomnie qui pourrait faire redouter l'entrée dans une phase confusionnelle, beaucoup plus rare.

## Tableau dépressif

De type mélancolique, il se passe de la sixième semaine à un an, avec présence de nombreux éléments somatiques (asthénie, amaigrissement, troubles du sommeil...)

## Aspects psychodynamiques

Pour la future mère, la grossesse ("[grossesse](#)") est l'occasion d'une reviviscence rapide de tous les stades de la libido. Elle se confronte aux stades de développement qu'elle a déjà eu à affronter. Elle se confrontera donc entre autres à la [période oedipienne et son complexe de castration](#). Avoir un enfant est

une façon de revivre l'époque où, petite fille, elle espérait avoir un enfant du père ("[cours de psychologie](#)").

On a aussi une reviviscence du [stade oral associant envies, boulimie, vomissements](#), avec acceptation d'être à la fois la Bonne Mère gratifiante et la Mauvaise Mère frustrante, menaçante.

La femme aborde aussi le [stade anal, avec traits obsessionnels, constipation, idée d'enfant-cadeau](#)... etc.

La future mère revit à ce moment le fait qu'elle est aussi enfant de sa mère. L'état fusionnel, narcissique de la grossesse est brutalement rompu par la naissance. Cette rupture est néanmoins amoindrie par le maternage, et après un régime fusionnel on pourra parler d'un régime anaclitique, d'une relation d'étagage. On peut alors parler d'une [naissance psychologique](#), plus lente que la naissance biologique.

## Maternité

C'est l'ensemble des processus psychoaffectifs de la maternité.

C'est un épisode psychologique qui associe, comme à l'adolescence, les crises hormonales et les crises d'identité.

C'est la nécessité pour la femme de s'approcher normalement et de façon réversible de la structure psychotique. Le [Moi](#) de la mère utilise à ce moment les [relations d'Objet les plus archaïques](#).

Donald Woods WINNICOTT parle de "*nécessaire maladie*" de la femme qui vient d'accoucher, ou encore de "*préoccupation maternelle primaire*", état de repli et de dissociation schizoïde ("[WINNICOTT](#)"). Normalement, cette [régression pulsionnelle](#) et libidinale est supportée et contrôlée par le Moi de la mère. Mais il arrive que la régression fusionnelle, les attitudes hyper protectrices viennent s'imposer dans la relation au bébé de manière exclusive et envahissante. Le Moi de la mère, trop faible, est alors entraîné dans une évolution vers la psychose (ici la "[différence entre psychose, état-limite et névrose](#)").

## Traitement des épisodes psychotiques aigus

La mère délire, est angoissée, a des idées de meurtre. Les soignants ont beaucoup de mal à se détacher de l'image de la mauvaise mère et leur première envie est de protéger l'enfant contre la mère. Il est pourtant nécessaire d'introduire l'enfant dans le champ thérapeutique avec la mère.

Si on sépare l'enfant de la mère, on renforce la pathologie en confirmant que c'est une mauvaise mère. Par-contre, en le lui laissant on accrédite le fait que c'est bien le sien, qu'elle est capable de s'en occuper même si pour l'instant des difficultés nécessitent des soins, un entourage, une écoute ("[entretien infirmier](#)").

Des médicaments peuvent être donnés à la maman pour l'aider à supporter son angoisse.

## Chez l'homme

On rencontre des thèmes de mise en doute de la paternité, d'idées de persécution centrées sur la mère et sur l'enfant.

On aura aussi des états délirants aigus. Souvent, ces manifestations cessent rapidement.

---

# CONFUSION MENTALE

## Définition de la confusion mentale

Des maladies endocriniennes peuvent entraîner des symptômes psychiatriques. La confusion mentale est un syndrome qui peut être d'origine toxique, infectieuse, traumatique ou émotionnelle.

Un tableau de confusion mentale associe:

1. un amoindrissement de la vigilance allant de l'obnubilation légère à la torpeur,
2. une désorientation dans le temps et dans l'espace,
3. une amnésie de fixation laissant ensuite une lacune mnésique,
4. un onirisme avec hallucinations terrifiantes,
5. un syndrome de déséquilibre biologique qui conditionne le pronostic vital.

## Clinique

Phase de début : la pathologie s'installe le plus souvent de façon progressive. On remarquera d'abord les céphalées, les [troubles du sommeil](#) dont l'insomnie avec réveil en pleine nuit, les troubles de l'humeur et des [conduites alimentaires](#)... etc. Voir ici le dossier "[formation psychologique](#)".

Phase d'état : le malade est dans un état d'hébétude, semble absent. Il reste figé, mutique, puis de temps en temps s'agite. Il y a dans le tableau qu'il présente une notion de perplexité, [d'anxiété voire d'angoisse](#). La confusion est marquée par l'obnubilation de la conscience, traduite par un ralentissement des processus intellectuels. Le malade ne se reconnaît pas dans le miroir.

Le signe fondamental est la désorientation temporo- spatiale. Présence aussi de troubles mnésiques, de fixation (les faits récents ne sont pas intégrés), d'évocation des faits anciens.

L'onirisme est une [expérience délirante](#) et hallucinatoire, très fluctuante. L'adhésion du malade est complète. On aura souvent des thèmes professionnels, ou terrifiants, ou érotiques.

Les signes organiques comprendront une hyperthermie (avec déshydratation, vomissements...), des signes neurologiques (réflexes vifs et répétés), des troubles du tonus (rigidité globale de l'ensemble des muscles), des tremblements (fins ou non), des signes biologiques traduisant la déshydratation (hématocrites, acidocétose, hypokaliémie).

Évolution : elle est fonction du terrain et de l'étiologie ("[maladie psychiatrie](#)"). En général, le syndrome confusionnel guérit quand la cause organique est guérie, et l'équilibre hydroélectrique refait. Il pourra subsister un élément onirique non critiqué. Notons un risque de mort possible.

## Formes cliniques

Formes symptomatiques : ce sont les formes confusionnelles ayant un symptôme prévalent. On pourra avoir une [forme dépressive \(mélancolie\)](#), une forme agitée ([manie](#), delirium tremens...), une forme neurologique comme le syndrome de Korsakoff.

Forme évolutive : le délire aigu (ou syndrome confusionnel malin) est une forme rare mais grave, touchant principalement les femmes entre 20 et 50 ans. Le syndrome confusionnel est typique mais une triade biologique gravissime vient s'y rajouter, comprenant déshydratation (oligurie), hyperthermie à 40° et hyperazotémie. Dans la phase d'état on note de l'agitation ainsi qu'un refus total de toute alimentation (sitiophobie). Le traitement est une réanimation avec seulement une chance sur dix d'en réchapper. Chez les patients psychotiques, la maladie survient sans cause connue (ici la "[différence entre psychose et névrose](#)").

Étiologie des états confusionnels : notons les toxiques comme alcool, éther, opiacées, plomb, certains neuroleptiques incisifs ( "[alcoolisme](#)" et "[toxicomanie](#)"), les causes infectieuses (infection urinaire, pneumopathie...), les maladies endocriniennes, les perturbations du système nerveux central (traumas crâniens, tumeurs du cerveau, [épisodes post épileptiques](#)... etc.).

## Traitement

Le traitement consistera en premier par l'[hospitalisation du patient en service psychiatrique](#) pour effectuer un bilan et une réhydratation: la lumière doit rester allumée, et les soignants doivent autant que possible être les mêmes durant les 2 ou 3 jours de la confusion.

Contre l'angoisse, on pourra être amené à prescrire de l'Equanil. Prescription aussi de neuroleptiques. Suivi de la réhydratation.

# PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE

## OU "PHC"

### Généralités sur la psychose hallucinatoire chronique

Il s'agit d'un [délire chronique](#) se développant sur une personnalité de base dite "*normale*", sans passé psychiatrique.

Voir ici la "[distinction entre délire aigu et délire chronique: pathologie ou symptôme?](#)".

Cette psychose se caractérise par des hallucinations et un automatisme mental. Le début est toujours brusque avec par exemple transmissions de pensées, sensations corporelles parasites... etc.

Voir ici la "[distinction entre névrose, psychose et état-limite](#)".

### Clinique et diagnostic

A la période d'état on voit apparaître le triple automatisme :

1. automatisme idéo-verbal, annonçant les actes du sujet,

2. automatisme sensoriel et sensitif. Le corps ressent seul ces effets, et le sujet lui-même n'est qu'observateur,

3. automatisme psychomoteur, avec sursauts et gestes "*obligés*" par l'extérieur.

A tout cela s'ajoute un vécu persécutoire. Pour poser le diagnostic, il faut trois critères :

1. présence permanente d'idées délirantes,
2. absence de [déstructuration profonde de la personnalité](#),
3. persistance de la relation à la réalité.

Les hallucinations sont riches, constantes et chroniques, surtout auditives. On aura des voix moqueuses, extérieures, influençant le sujet. Les hallucinations corporelles sont d'ordre maléfique, dues à la télévision, aux radars... etc. Il y est question d'une malveillance toujours possible.

Certaines hallucinations seront critiquées par le sujet, qui aura alors conscience de leur caractère anormal.

Voir ici la "[distinction entre conscient et inconscient](#)".

Le vécu délirant est fait de thèmes d'influence et de persécution. La vie psychique n'appartient plus à la personne. Le délire est vécu de manière passive, dans une [ambiance dépressive](#).

Voir "[dépression: définition, théorie et thérapie](#)".

L'évolution sans prise en charge est relativement bonne, bien que lente. La Psychose Hallucinoire Chronique (ou P.H.C.) est peu aliénante et débute vers 35 ans. Au début, le sujet doute de ses perceptions anormales, puis finit par les garder secrètes. L'entourage s'en rend compte quand la personne ne [communique](#) plus, alors que sa vie psychique est envahie par le délire. Le malade conserve son activité intellectuelle, ses activités ménagères.

De temps en temps on observera des phases aiguës, des moments féconds.

## Diagnostic différentiel

- La [schizophrénie](#) fera apparaître beaucoup de discordance ("[schizophrénie: théorie, définition et thérapie](#)").
- La [paranoïa](#) ne présente pas d'automatisme mental.
- Dans la P.H.C. l'hallucination l'emporte sur le délire.

## Traitement

L'[hospitalisation psychiatrique](#) n'est pas indispensable.

Ponctuellement, durant la mise en place de neuroleptiques, on pourra hospitaliser le malade. Pour lutter contre l'hallucination, on donnera par exemple de l'Haldol en surveillant les effets secondaires. Les doses seront augmentées progressivement. On associera un tranquillisant (comme par exemple du Tercian aux effets à la fois anxiolytique et sédatif).

La difficulté résidera alors à la sortie de l'hôpital car la P.H.C. ne répond pas bien aux traitements.

Note : la psychose hallucinoire chronique est la nouvelle appellation pour la "[paraphrénie systématique](#)".

# PARAPHRENIE

## Définition et caractéristiques de la paraphrénie

Le site "*psychiatrie infirmière*" s'est principalement référé au travail de Michel ANTY: "*Abrégé de psychiatrie*" (références en bas de page).

Entre les [délires de la paranoïa](#) et les [formes délirantes de la schizophrénie](#), existe un groupe important de délires dus à une pathologie nommée paraphrénie. Cette maladie psychiatrique est classée dans les [psychoses chroniques de l'adulte](#).

Voir ici la "[comparaison entre névrose, psychose et border-line](#)".

La paraphrénie est caractérisée par :

1. l'existence d'une [production délirante](#) importante juxtaposée à la réalité. Le délirant garde longtemps intacte et disponible une image relativement saine de sa personnalité. Il peut prendre à l'égard de son délire une certaine distance. Il en reste le maître, ce qui lui laisse une certaine latitude d'adaptation à la vie sociale.
2. la grande fréquence des thèmes empruntés aux mythes infantiles et aux mythes archaïques universels, avec une prédilection pour les choses fabuleuses et surnaturelles.
3. la prédominance du langage sur l'action. Souvent, le paraphrène est riche d'expression verbale et graphique. Son langage écrit est encore plus perturbé que son langage parlé. Il fait appel au symbolisme des mots, des nombres, des couleurs, à la concrétisation des idées et des sentiments.
4. la longue persistance de l'intégrité des fonctions intellectuelles et de l'affectivité. L'évolution vers la dissociation schizophrénique ou la détérioration mentale n'intervient pratiquement pas.  
La paraphrénie est un délire fantastique dans sa forme, ses formules magiques, sa projection dans l'espace et son mode d'expression.

## Classification et étiologie

Il existe plusieurs variétés de paraphrénies.

La classification d'Emil KRAEPELIN comprend : la paraphrénie systématique, la paraphrénie expansive, la paraphrénie confabulante et la paraphrénie fantastique.

La classification selon la structure et les mécanismes du délire retient:

- la [PHC: psychose hallucinatoire chronique](#) (ou paraphrénie systématique);
- la paraphrénie confabulante (ou "*délire d'imagination*" décrit par Ferdinand DUPRE), rare;
- la paraphrénie expansive (ou manie délirante chronique);
- et la paraphrénie fantastique, plus fréquente.

La paraphrénie est une maladie de l'[âge adulte](#) ou de la [vieillesse et la pré-sénilité](#). On l'observe avec une égale fréquence dans les deux sexes. La paraphrénie expansive semble cependant être l'apanage des femmes. Les paraphrénies sont plus fréquentes dans les familles où il y a des [psychopathes](#). La paraphrénie confabulante se développe sur un fonds de [personnalité mythomaniacque](#). Les caractères cliniques des délires et leur évolution dépendent plus d'un mode réactionnel d'une personnalité pleinement développée que d'un processus morbide en lui-même. Ils s'opposent en cela aux délires paranoïaques.

Voir ici la "[différence entre délire aigu et délire chronique: pathologie ou symptôme?](#)".

## Paraphrénie expansive

La paraphrénie expansive s'observe presque exclusivement chez les femmes. Elle correspond cliniquement à ce que l'on appelait autrefois la manie délirante chronique. Son début, insidieux et prolongé, survient entre 30 et 50 ans. Il est marqué par l'installation progressive d'un délire mégalomane accompagné de gros troubles thymiques. La plupart du temps, [la malade est hospitalisée en psychiatrie](#) à la suite de démarches extravagantes ou de scandales.

### Période d'état

Au niveau de la présentation, la mimique demeure adaptée. La tenue est extravagante avec parure grandiloquente, fards éclatants, chevelure baroque. Le contact est aisé. Le langage est normal mais la logorrhée est inhabituelle: il y a prolixité de paroles et de gestes. Les malades sont très souvent entouré(e)s d'un "*magma*" de papiers généralement manuscrits, d'une multitude de cahiers et de notes, agrémentés de dessins d'allure symbolique.

Les troubles de l'humeur rappellent l'hypomanie. On observera de l'exaltation, de la jovialité, une euphorie expansive, la recherche de la conversation avec une grande prédilection pour le monologue, une alternance de phases d'exaltation et de tristesse.

Le délire aura pour thème les idées de grandeur, ou le génie littéraire ou scientifique, ou encore les pouvoirs surnaturels à gouverner le monde. On observe aussi des thèmes délirants rappelant l'érotomanie, des idées mystiques: création d'une religion nouvelle, révélation divine. Les malades se croient voué(e)s à une mission évangélique ou sociale. Le binôme "*grandeur/persécution*" peut également être présent. Les idées de persécution ont alors un caractère impersonnel. C'est la société tout entière qui est visée à travers elles.

Les phénomènes hallucinatoires se signalent par l'importance des hallucinations visuelles où l'imagination créatrice délirante trouve son inspiration. Il existe également des manifestations paramnésiques comme les faux souvenirs et les fausses reconnaissances. Le délire a une structure paralogique mais il n'est pas continuellement refait. La trame délirante ne découle pas ostensiblement d'une idée fondamentale. Les idées délirantes sont juxtaposées, sans systématisation.

Au niveau social, le rendement professionnel est rapidement entravé. l'hyperactivité est désorganisée et brouillonne: poèmes, mémoire, romans le plus souvent inachevés. La malade traverse des [périodes dépressives](#) avec anxiété et tristesse d'où le [danger de suicide](#) n'est pas exclu.

Devant être régulièrement internées, ces malades s'accommodent assez bien de leur situation. Si elles protestent contre la privation momentanée de liberté due à leur [mode de placement en psychiatrie](#), elles n'en continuent pas moins de régir le monde, de perfectionner leurs découvertes. Dans l'ensemble, l'activité mentale est peu altérée sinon légèrement exaltée. Il n'y a pas de détérioration.

### Évolution

L'évolution est marquée par la conservation des capacités intellectuelles jusqu'à un stade avancé. Les convictions délirantes finissent par se fixer au bout de plusieurs années. L'adaptation sociale est moins bonne que dans les autres formes de paraphrénie en raison des troubles de l'humeur, et du comportement qui en résulte.

## Paraphrénie systématique

Aussi appelée psychose hallucinatoire chronique, ou PHC.

La P.H.C. des auteurs français est spécifiquement rattachable à la paraphrénie systématique d'Emil KRAEPELIN

## Paraphrénie confabulante

La paraphrénie confabulante correspond au délire d'imagination décrit en France par Ferdinand DUPRE. Elle se rencontre dans les deux sexes avec une égale fréquence. Elle débute plus tôt que les autres paraphrénies, c'est à dire entre 20 et 40 ans. Le patient a souvent une [personnalité hystéroïde](#) avec notion importante de mythomanie. Le mensonge mythomane est à la base de la fiction délirante du paraphrène.

### Période d'état

Très variable, elle peut durer plusieurs années au cours desquelles le délire se développe insidieusement et lentement. Parfois le délire se constitue rapidement voire presque d'emblée. La paraphrénie confabulante se caractérise par une énorme production délirante. Le malade conte une série d'événements grandioses, étranges ou féériques, dont il a été témoin ou qui lui ont été rapportés. L'exposé des faits délirants est fait de façon complaisante, surtout si l'auditeur semble captivé.

Les thèmes délirants sont des thèmes de grandeur, notamment des idées de filiation illustre. Il y a rarement notion de persécution. C'est un ensemble de fictions romanesques, d'aventures se rapportant à la personnalité sociale de l'individu. Le délire s'enrichit continuellement de péripéties nouvelles entendues ou lues. Il ne s'accompagne pas d'hallucinations, et c'est d'ailleurs la seule paraphrénie sans manifestations psychotiques hallucinatoires. Les fabulations ne sont pas isolées mais font partie d'un ensemble ordonné d'histoires racontées. Le délire jaillit spontanément par intuition, et l'imagination est exaltée. Les éléments sont enchaînés selon les lois de la vraisemblance. Le délirant se réfère à des oeuvres, des pièces à conviction réelles. Il s'agit de fabulations objectives qui peuvent servir un système orienté vers la malveillance et la [perversité](#). L'enchaînement des idées se fait comme dans le sens d'un récit, et il est parfois difficile de reconnaître l'irréalité de certains faits plausibles.

Le délire n'obéit pas fondamentalement à une contrainte affective comme dans la paranoïa. Les troubles intellectuels sont peu marqués, et le sujet conserve un bon rapport social.

### Évolution

L'évolution est marquée par des périodes alternatives de rémission où le délire s'estompe. Le malade devient alors réticent. Puis arrive une période délirante féconde de quelques semaines à plusieurs mois. De toutes les paraphrénies, c'est la paraphrénie confabulante qui évolue le moins souvent vers une [déstructuration ou dissociation terminale](#).

## Paraphrénie fantastique

La paraphrénie fantastique débute généralement avant la trentaine par une [phase d'inquiétude, d'anxiété ou d'angoisse](#), avec une impression d'hostilité ou de métamorphose du monde environnant. Peu à peu des idées extravagantes et des hallucinations se succèdent, qui visent non-seulement les relations du sujet avec son entourage (comme par exemple dans la paranoïa), mais tous les éléments mondiaux, les conflits politiques anciens ou actuels, ainsi que les forces cosmiques. Le délire se développe alors avec une extrême rapidité et absorbe exclusivement l'activité des malades.

### Période d'état

Le délire est une production luxuriante, extraordinaire, étrange, avec des représentations mentales délirantes vives, décousues et mobiles. Des idées mégalomaniaques apparaissent qui sont absolument démesurées et extravagantes. On y trouve des idées de filiation illustre et surnaturelle, d'héritages fabuleux, d'entrevues secrètes avec de grands personnages de la mythologie. Les idées de persécution ont un caractère d'énormité colossale. Il y a des centaines de complots, des milliers de persécuteurs. On lui fait subir des tortures indescriptibles.

Les mécanismes sont avant tout hallucinatoires. Les hallucinations cénesthésiques sont très fréquentes et prennent une allure monstrueuse avec des idées de possession diabolique, de changement de sexe, de métamorphose corporelle prodigieuse. A côté de ces hallucinations existe une énorme prolifération intuitive et imaginative, englobant le présent, le passé et l'avenir. Le délire est entièrement illogique, et la contradiction n'existe plus pour ces malades. C'est le seuil de vraisemblance logique qui est le plus touché. Le délire n'est pour dire pas systématisé.

Malgré l'énormité du délire, le comportement est presque normal. Dans certains cas le malade a une conscience partielle de ses [troubles psychiatriques](#).

Voir ici la "[différence entre conscience et inconscience](#)".

Lorsque l'on parle avec le malade de son délire, il s'y prête généralement facilement mais en employant des tournures singulières, des jeux de mots, des néologismes ou des mots créés de toute pièce. Par contre, quand on pose à ce malade des questions éloignées du délire, il répond d'une façon claire, logique et correcte. Les troubles de l'humeur ne sont jamais très importants.

### Évolution

La paraphrénie fantastique évolue par conséquent à bas-bruit durant toute une vie. Après quelques dizaines d'années d'évolution, le délire s'amenuise, s'appauvrit et se 'stéréotypise'. Il peut alors se réduire à une jonglerie d'idées et de vocabulaire qui ne sont que le squelette d'un délire autrefois riche et vivant.

## "PATHOLOGIE" HYPOCONDRIAQUE

### OU HYPOCONDRIE

#### Généralités

C'est l'estimation péjorative de l'état de santé du corps. Des sensations cénesthésiques (ensemble des perceptions internes du corps) sont interprétées de façon douloureuse et déclenchent de l'[anxiété morbide](#), [voire de l'angoisse](#).

Dans un symptôme hypocondriaque, il n'y a ni lésion organique ni lésion biologique.

L'hypocondrie n'est pas une maladie, c'est un symptôme. Ce symptôme vient se surajouter à des pathologies névrotiques ou psychotiques (ici la [distinction entre névrose et psychose](#)). Ce sera alors une défense face à un vécu pathologique.

Le patient recherchera [de manière obsessionnelle](#) l'origine de ses douleurs.

## Clinique

Le sujet hypocondriaque se plaint, recherche des réponses médicales, puis abandonne tour à tour chaque médecin. Il oscille en permanence entre la [dépression](#) et la paranoïa. Il place ses plaintes au centre du système relationnel.

Au niveau de la [symptomatologie paranoïaque](#), on observera sa quérulence (revendications contre un préjudice imaginaire), sa combativité. Cela pourra aller de la simple préoccupation au grand délire paranoïaque avec négation d'organes, sinistrose... ("[délire](#)").

## Aspects psychodynamiques

Le corps est le lieu de la maladie. Toute maladie est accompagnée d'une régression (le sujet sollicite un maternage) et d'une dépression (avec baisse du moral).

L'hypocondrie est une réelle perturbation dans la relation du sujet à son corps. L'angoisse pourra s'exprimer au niveau neuro- végétatif, ou se déplacer sur le corps, en dehors de la [symbolique hystérique](#).

- Dans le cas de l'hystérie : il y a mentalisation. La problématique est la perte de quelque chose de soi-même au niveau physique, relationnel, symbolique... etc.

- Dans le cas de l'hypocondrie : le symptôme touche n'importe quelle partie du corps. C'est l'être entier dans son existence qui est mis en question. L'angoisse du sujet doit absolument trouver un lieu d'expression, sans qu'il y ait un sens au niveau de la symbolique corporelle. Pour l'hypocondriaque, il n'y a pas de mentalisation, et tout se joue dans le corps. L'Objet, c'est son corps, c'est un écran où se projettent ses conflits inconscients (ici la [différence entre conscient et inconscient](#)). Il y a alors absence quasi-totale de [relation d'objet](#).

L'hypocondrie n'est pas une entité clinique, mais un symptôme. La plainte hypocondriaque se voit chez tout le monde lors d'un accès d'angoisse (problème d'argent, inquiétude professionnelle...). L'épreuve de réalité est telle que l'on ne peut plus fuir, ni sublimer ("[mécanisme de défense](#)"). L'hypocondrie est alors une réponse à un événement conjoncturel. Cela évite de se poser le problème de la symbolique au niveau inconscient.

Des états hypocondriaques peuvent survenir [à la sénescence](#) ou [à l'adolescence](#). C'est alors une manifestation d'angoisse traduisant le retrait des investissements. A la ménopause, le femme aura des céphalées, des troubles digestifs aux origines non-organiques.

Notons que chez les hommes, l'andropause (vers 60 ou 70 ans) installera plus lentement sa pathologie.

L'hypocondrie prend valeur d'élément structurant pour lutter contre l'angoisse narcissique, permettant au sujet d'accepter son nouveau statut.

Chaque [pathologie psychiatrique](#) rajoutera sa note de particularité.

## Conduite hypocondriaque

C'est une forme d'existence qui a pour but de tenir le sujet à mi-chemin d'une guérison redoutée et désirée.

Le corps de l'hypocondriaque est à la fois Objet et sujet (partie de lui et totalité de lui-même). Il vit son corps comme un fardeau. Le vécu corporel menacé par la mort, est sauvé par le sacrifice d'une partie de

soi, d'une partie désignée comme malade. Cette maladie devient la façon "d'être quelqu'un", alors qu'il s'est toujours perçu comme un Objet.

---

# PSYCHOSOMATIQUE

## Introduction à la notion de psychosomatique

L'approche psychosomatique est une manière de considérer la maladie somatique. On ne peut parler de psychosomatique qu'en présence de symptôme(s) somatique(s). Il faut remarquer que les patients reconnaissent volontiers l'origine psychologique de leurs troubles, et un stress par exemple est facilement désigné comme étant à l'origine d'une poussée de psoriasis. On parle de terrain à la maladie. Lors des épidémies de peste, ne s'en sont sortis que ceux qui résistaient naturellement, les autres sont morts.

On confond sous le terme de psychosomatique, une approche dynamique de la maladie somatique, une approche plus humaine du patient. Or, il s'agit d'une science à la définition stricte, où la relation entre le psychologique et les manifestations somatiques est théorisée.

*"Le sentiment du médecin devient le symptôme du malade" - BALINT -*

Le groupe "BALINT" tente de faire prendre conscience aux médecins que la relation entre le soignant et le soigné participe aux soins et aux symptômes. Ce grand mouvement d'humanisation au sein des hôpitaux a transformé l'approche somatique. Pourtant peu de médecins ont participé aux groupes BALINT: *"Il s'agit de repérer des altérations psychologiques particulières au niveau du caractère ou dans la structure chez des malades somatiques, en vue de gagner en efficacité thérapeutique par des corrections ou des explications"*.

L'approche psychosomatique est ambitieuse parce qu'elle prétend résoudre le problème étiologique de la maladie et relègue les médecins traditionnels à des rôles empiriques de "charcutiers".

Il y a 2 grandes tendances:

- la théorie qui donne un sens au symptôme.
- la théorie qui dit que le symptôme est bête, sans sens.

## Le symptôme sensé

GRODDECK, qui a créé le terme de "Ça", a voulu désigner quelque chose de plus pulsionnel, de plus violent que l'inconscient Freudien ("[les 2 topiques](#)"). *"Nous sommes agis par le Ça. Il s'agit d'une force qui est en nous et qui dirige le somatique ainsi que tous les processus inconscients"*.

REICH a abordé le problème du cancer dans une approche psychosomatique. Sa théorie est que le refoulement sexuel est à l'origine des troubles. Il a cherché toute sa vie la présence d'une hormone, "l'orgone", qui provoque le cancer, hormone elle-même provoquée par le refoulement sexuel.

VALABREGA pense quant à lui que le symptôme psychosomatique est lié à l'hystérie. Mais dans l'hystérie il n'y a pas de lésions organiques tandis que la maladie somatique se révèle par ses lésions ("[hystérie](#)").

### Le symptôme insensé

Le sujet psychosomatique souffre d'une atrophie de l'imaginaire (grande difficulté ou incapacité à symboliser les conflits).

On note chez eux une singularité dans la relation d'Objet ("[relation d'Objet](#)"), une pauvreté du dialogue avec pensée opératoire sans objet vivant, sans aucune attache apparente personnelle et grande indifférence, une carence des symptômes névrotiques d'aménagement ("[état limite](#)"), des manifestations mimiques en remplacement du symptôme, des formes d'inertie menaçant la poursuite des entretiens, des fantasmes refoulés... etc.

Le problème de fond de la pensée opératoire est une absence de vie imaginaire. A ce niveau, le patient psychotique est totalement à l'opposé de ce fonctionnement puisqu'il produit, mais de façon infernale, du délire ("[délire](#)").

### Pathologie psychosomatique

On regroupe sous ce terme tous les troubles somatiques qui comportent dans leur déterminisme un facteur psychologique intervenant de façon essentielle dans la genèse de la maladie. On doit observer des altérations anatomo cliniques, ou biologiques (ce qui veut dire qu'il doit y avoir présence d'une lésion dans le corps).

Il semble que l'élément fondamental, à l'origine de toutes les maladies (qu'elles soient somatiques, psychosomatiques ou psychiatriques), soit l'angoisse. Lors des crises existentielles comme la mise à la retraite ou le vécu d'un deuil, le corps tombe plus souvent malade. Mais est-ce la personnalité de base qui place l'individu dans une condition de stress, ou bien est-ce la pression sociale qui touche la personnalité de base? La maladie psychosomatique est peut être un symptôme hystérique réactualisé, une nouvelle forme d'expression hystérique...

#### Hypertension:

la personne est d'un côté dépendante et passive, et de l'autre côté, elle a le désir de dominer et de contrôler. Cela masque toutes ses tensions agressives ("[agressivité](#)").

#### Infarctus:

on note une lutte permanente pour la réussite et le succès. Rivalité symbolique avec le Père ("[complexe d'Oedipe](#)"). On observera alors l'ambition sociale, la peur de l'inactivité, la vulnérabilité lors de l'échec.

#### Ulcères:

personnalité "grognon", avec grand besoin de protection et de dépendance. Le sujet ira vers l'Autre pour se faire mater. Tendances orales frustrées ("[stade oral](#)"). Apparaît hyperactif et ambitieux, avec besoin de relations familiales.

#### Asthme:

besoin permanent d'être rassuré par attachement à un personnage maternel ("[attachement](#)"). La frustration entraîne des attitudes caractérielles et un repli dépressif ("[dépression](#)").

## Personnalité

Les malades psychosomatiques ont des qualités relationnelles particulières où seule la description de leurs symptômes entre en jeu, de manière exclusive. Les données du discours sont impersonnelles, sans connotation affective. C'est un discours rationnel, méthodique, qui prend fin dès que les plaintes ont été exposées.

Pour le soignant, il y a impossibilité de provoquer chez ce patient des associations subjectives. On nomme ce genre de relation, vide de toute affectivité, la "relation blanche".

Le patient ignore l'Autre, et l'interlocuteur est uniquement un tiers témoin, comme le serait un magnétophone ou un appareil photo. Si en face du malade on reste silencieux, les plaintes vont augmenter. Le patient psychosomatique n'arrive pas à exprimer ses affects. Il a une pensée opératoire, son discours adhère aux faits matériels.

Notons que les plaintes seront ordonnées de façon chronologique, le malade précisant le jour et l'heure. Il agit ainsi efficacement sur les choses.

Son mode de pensée est tourné sur la rentabilité, évoquant la pensée obsessionnelle. Mais chez l'obsessionnel il y a une érotisation de la pensée, ce qui revient à dire que l'Objet érotique de l'obsessionnel est sa pensée, avec présence chez ce dernier de la notion de "pensée magique" ("[névrose obsessionnelle](#)").

Le malade psychosomatique est sensible aux stéréotypies culturelles ("*ça se fait!*" ou "*ça ne se fait pas!*"). On dira de lui qu'il possède un Idéal du Moi collectif. Il est aussi très sensible aux pertes Objectales, dévoilant ici sa faille narcissique. On note enfin l'impossibilité du passage à l'acte ("[passage à l'acte](#)").

## Etude clinique

Chez le malade psychosomatique ce sont les muscles lisses, les viscères qui sont atteints, et d'une manière générale tout ce qui est involontaire (système nerveux parasympathique). Il ne faut pas confondre avec l'hystérie de conversion où se sont les muscles striés, la musculature volontaire qui est touchée.

Le choix de l'organe ou de la pathologie n'a aucune signification. Le corps est la victime d'un dérèglement psychique. Notons à ce sujet que le symptôme psychosomatique y est insensé, il ne signifie rien, et traduit tout au plus la limitation des capacités fantasmatiques.

Actuellement, la maladie psychosomatique se développe aux dépens de l'hystérie de conversion, peut-être parce que le contrôle des émotions est beaucoup plus efficace car culturellement prescrit.

---

## ETAT LIMITE

## et AMENAGEMENT ETAT LIMITE

## Introduction

Il y a beaucoup de synonymes, comme par exemple "cas limite", "border-line", "schizonévrose", "pré-psychose", "troubles caractériels narcissiques", ou encore "faux self"...

## Clinique

KERNBERG et BERGERET ont fait apparaître un type de personnalité particulier :

c'est une pseudo structure qui se voit chez des gens hyper adaptés socialement, avec besoin constant d'être admirés, et adoption d'un comportement mimétique reflétant la personnalité d'un supérieur hiérarchique. Ils vivent comme s'ils avaient une maturité suffisante, en contrôlant bien leurs émotions.

La difficulté apparaît quand la relation affective devient étroite, quand ils ne peuvent plus se cacher derrière un personnage. Leurs relations inter personnelles, instables, traduisent un comportement anaclitique vis à vis de l'Objet ("[relation d'Objet](#)"). Ce dernier est à la fois un Objet dont ils dépendent et sur lequel ils s'appuient. Il y a une attente de satisfaction passive et une manipulation agressive de l'autre ("[agressivité](#)").

La dépression (ou la perte de l'Objet) est leur danger majeur. C'est une dépression de type abandonnique ("[dépression](#)"). Il n'y a pas chez eux de culpabilité, d'auto accusation ni de remords. Ces gens sont souvent violents, et emploient la violence codifiée par la société.

De temps en temps ils échappent à la règle culturelle et deviennent coléreux, vindicatifs. Il est ici question d'angoisse . Leur vécu narcissique risque d'être perturbé et l'angoisse se traduit en grande crise clastique, en tentative de suicide... Ils deviennent impulsifs pour obtenir la gratification instinctuelle, immédiate, du registre du processus primaire.

Dans ce besoin de ne pas vivre la frustration, on voit apparaître des symptômes tels que la boulimie, on observe des tendances sexuelles perverses (ce ne sont pas des pervers car leur choix d'Objet est chaotique, alors que pour le pervers le choix d'Objet est codifié).

Ils sont extrêmement résistants à la dissociation schizophrénique, bien que vivant régulièrement des petits épisodes de dissociation.

## Hypothèses psychogéniques

Selon BERGERET : l'état limite n'est pas une structure, ce n'est donc ni une névrose ni une psychose. Rappelons à ce propos qu'il n'y a pas de communication d'une structure à l'autre: on est soit névrosé, soit psychotique ("[psychose état-limite névrose](#)"). Il y a donc un espace vide entre ces deux structures, et c'est le domaine des états limites. Les malades "états limites" ont dépassé le stade des frustrations et de la psychose et ils n'ont pas régressé vers ces fixations. Ils ne sont ni névrosés, ni psychotiques.

Un traumatisme affectif s'est produit très précocement, comme par exemple une tentative de séduction érotique faite par l'adulte. Le jeune enfant est alors soumis à une émotion qu'il intègre comme étant de nature génitale, sans avoir l'appareil psychique suffisant puisqu'il n'a pas atteint le stade Oedipien ("[oedipe](#)"). Ce sera pour lui une frustration, une atteinte du narcissisme. Ce traumatisme survenant avant l'Oedipe, l'enfant n'a pas la protection adéquate. Il ne peut se réfugier tantôt vers son père, tantôt vers sa mère. Il en viendra à faire l'économie de la période Oedipienne, et entrera directement dans une pseudo latence ("[latence](#)").

Le traumatisme a arrêté l'évolution libidinale. Cette pseudo latence va se prolonger jusqu'à l'âge adulte, faisant traverser l'adolescence sans problèmes apparents. C'est là le tronc commun aménagé des états limites.

## Aménagement état limite

L'aménagement état limite est un effort que le psychisme fait en permanence pour se maintenir en dehors de la névrose et en dehors de la psychose.

L'état limite est avant tout une maladie du narcissisme. Le malade a dépassé le risque de morcellement mais n'a pas accédé à la relation génitalisée. La relation qu'il met en place avec les autres n'est pas duelle: c'est la dépendance et l'étayage. Son champ relationnel n'est ni névrotique ni psychotique.

Les aménagements limites conservent deux territoires : un qui est adapté à la réalité, pseudo névrotique, et un autre plus utilitaire, servant de faire-valoir. En règle générale les états limites n'ont pas accès au refoulement et ce clivage en deux territoires est le moyen d'éviter l'éclatement du Moi ("[ça moi surmoi](#)"). C'est un aménagement toujours instable et on verra apparaître une évolution au cours de l'existence, soit de manière brusque (évolution aiguë), soit de manière plus silencieuse (évolution stable).

#### Evolution aiguë :

il y aura une décompensation lors d'une mise à la retraite par exemple, ou lors d'un accouchement (post partum), ou encore à l'occasion d'un mariage. La confrontation à toute mort symbolique (arrêt de la vie professionnelle, fin de la grossesse, enterrement de la vie de garçon) fera surgir une grande crise d'angoisse. Il pourra alors y avoir une tentative de suicide.

Il s'agit toujours d'un deuxième traumatisme désorganisateur réactivant la problématique narcissique du premier traumatisme. Cette crise d'angoisse est un état transitoire pré-psychotique, pré-névrotique ou pré-psycho-somatique.

Le deuxième traumatisme a ouvert les portes d'un choix de pathologie, vers la névrose, vers la psychose ou vers la psychosomatisme ("[psychosomatique](#)").

#### Evolution stable :

L'aménagement état limite débouche sur d'autres aménagements.

- Le premier possible est l'aménagement caractériel, avec soit une névrose de caractère, soit une psychose de caractère, soit enfin une perversion de caractère.

- Névrose de caractère. Le sujet "joue" à la névrose. Il n'y a pas de conflit Ça/Surmoi. Le problème est dans la relation à l'Objet. La personne est hyper active, avec peu de fantasmes mais grand risque dépressif. Beaucoup de jugements moraux rigides. Ces gens se défendent de ce vécu en accusant les autres d'être responsables de leur malheur. Ils sont toujours dans l'anaclitisme et s'en servent pour dominer et non pour se rassurer. Comme il n'y a pas eu de mécanisme identificatoire (Oedipe), ils restent dans l'imitation de l'autre.

- Psychose de caractère. Ce n'est pas une psychose. Il n'y a pas de perturbation globale dans le contact à la réalité, mais néanmoins une difficulté d'évaluation de cette réalité. Les mauvais Objets sont projetés à l'extérieur, mais il reste toujours un secteur où le contact est possible. Le sujet demeure efficace socialement et ne se focalise pas sur un persécuteur.

- Perversion de caractère. On appelle ces gens des "petits paranoïaques". Le gros problème pour eux est de se faire respecter. Ce sont des "agressifs gentils". Ils vont rentrer en lutte avec le narcissisme de l'autre, dans un déni du fait que l'autre puisse avoir un narcissisme.

- Le deuxième aménagement possible est l'aménagement pervers ("[perversion](#)").

# PERVERSION

## ET STRUCTURE PERVERSE

### Histoire

Historiquement étaient désignés "pervers" les gens qui n'éprouvaient pas les symptômes de la pathologie mentale. Il y avait une notion d'économie psychique, les pervers ne semblant pas souffrir, par manque de moralité, dans leurs relations à la loi.

Le pervers, de manière répétitive et systématique, se distingue de la perversité en ce qu'il a une conduite sexuelle autre, déviée dans son but pulsionnel. Le besoin, pour aboutir à la jouissance, s'étaye sur des Objets supports de fantasme. Les gestes naturels de la reproduction ne sont pas suffisants, et d'autres prendront leur place de manière systématique. Pour faire naître le désir, le fantasme sera la condition nécessaire et suffisante, sans lequel la jouissance ne pourra être obtenue. On a alors un glissement de la totalité pulsionnelle vers un morceau, une partie qui devient essentielle à l'accomplissement.

Tout ce qui, de manière partielle participe à l'acte sexuel, fera partie des conduites perverses lorsqu'elles deviendront condition exclusive de la jouissance ("[perversion sexuelle](#)").

### Moralité et normalité

Dans la perversité, il y a une notion de moralité. La perversité c'est ne pas être pur, de manière secondaire. Ce sera l'utilisation d'actes immoraux, accompagnée de satisfaction.

- Pervers : qui a un comportement anti-social.
- Perversion : modification pathologique des tendances affectives.
- Perversité : tendance à accomplir des actes immoraux.

Etre normal, c'est avoir la capacité de tenir droit sur un terrain en pente. Le pervers n'exprime aucune souffrance. Le pervers normal est celui qui peut se débrouiller sans dépendre des autres, sans faire trop souffrir. Le pervers pathologique sera celui qui fera souffrir les autres.

### Approche psychanalytique

L'enfant est un pervers polymorphe en ce qu'il est branché directement sur ses pulsions ("[pulsion](#)"), sans connaissance de la réalité. Il sort définitivement de ce fonctionnement en même temps qu'il sort de l'Oedipe ("[complexe d'Oedipe](#)"). Il a alors acquis une censure de sa confrontation à la Loi.

L'origine pulsionnelle est liée au développement neuropsychique qui donnera à l'enfant le pouvoir de commander à sa bouche, puis à son anus et enfin à son urètre. Le manque, la frustration sont nécessaires pour que se réalise le besoin, sortant l'enfant de la position schizoparanoïde ("*je commande*"). Vient alors la position dépressive, la satisfaction n'est plus immédiate, le bébé reçoit quand l'autre lui donne ("[petite enfance](#)").

Le pervers n'a pas un désir, mais un besoin demandant une satisfaction immédiate. L'autre n'existe pas.

Avant le stade du miroir ("[stade du miroir](#)"), il n'y a pas d'identité. Au stade anal il y a un jeu avec le manque. L'enfant commence à dire non à la mère, et acquiert une maîtrise. Ayant acquis cette maîtrise, il peut donner activement. Il n'en est plus à subir passivement l'extérieur, il est devenu actif. L'enfant a une identité. A partir de là, de cette maîtrise limitée, il va vouloir tout conquérir. Il y a un sur-investissement narcissique, et l'enfant ne reçoit que des gratifications. Il pensera alors pouvoir apporter toutes les satisfactions à sa mère. L'enfant se mesure désormais à son père, et se trouve confronté à la loi. De par sa parole de tiers, le père y énonce sa présence. Si le manque a permis la représentation mentale, la loi permet de faire des associations d'idées dans un processus secondaire.

Cette loi sera une loi de protection qui évitera à l'enfant de déprimer après sa toute puissance. Il substituera un fantasme à cette dépression. En effet, s'il ne peut plus apporter les satisfactions libidinales, ce n'est pas qu'il n'est pas capable, mais parce que c'est interdit. On aura alors l'entrée en latence ("[latence](#)"). Les pulsions libidinales pourront être retirées de cette voie sans issue, pour les reporter vers l'apprentissage cognitif. La loi de castration permet à l'enfant de se retirer d'une expérience affective insatisfaisante. C'est donc une loi de protection qui le dirige vers la connaissance et la socialisation.

L'interdit est la possibilité de tomber d'accord, c'est un consensus avec l'autre, la mère.

- Avant 8 mois, il n'y a pas de différenciation avec le milieu.
- Après 8 mois, confrontation à une problématique : moi (l'enfant) et les grands. Il a besoin de l'autre, dans une loi totalitaire en termes d'idéal. Ce sera l'univers refuge des états limites ("[état limite](#)"). L'enfant idéalise la toute puissance maternelle.

- A partir de l'Oedipe, papa est une personne, qui est là pour dire et inter-dire (position de tiers). C'est la parole qui fonde la nature d'une loi intériorisée. "*Le système de papa marche et je peux l'intérioriser*". On ne peut pas être d'accord avec une loi qui ne marche pas, on ne peut que la subir, comme le petit bébé, totalement. C'est le dépassement de la position narcissique vers le respect de l'autre, un Idéal du Moi qui se détache du centre du Surmoi ("[ça moi surmoi](#)").

Si la mère lui laisse croire qu'elle n'a pas besoin d'un homme, que son enfant lui suffit, il s'imaginera qu'il n'aura pas besoin de grandir. Il faut que la mère montre sa confiance en la vie suffisante pour que l'enfant ne reste pas bloqué à un stade qui correspond à une organisation perverse. Il faut qu'elle ose laisser son enfant seul, qu'elle l'écarte quand elle rencontre le père.

## Diagnostic différentiel

Il y a deux structures stables, la structure psychotique et la structure névrotique ("[psychose état-limite névrose](#)").

L'organisation psychosomatique n'est pas une structure et se joue à un âge très précoce. C'est un mode de fonctionnement qui n'inclut pas le fantasme, et la vie mentale reste très pauvre, comme dans l'alcoolisme par exemple ("[psychosomatique](#)").

L'organisation perverse se caractérise quant à elle par une apparence de génitalité, de fonctionnement social adapté et mentalisé. En réalité on a affaire à un déni de la réalité, qui découle directement du déni de la castration: "*je suis le maître du monde*".

Il ne s'agit pas ici de psychose. Le pervers n'a pas compris la nécessité du respect de l'autre, il dénie la nécessité de recevoir la loi du père. Il dénie qu'il soit différent, que ce soit au niveau des générations (enfant/adulte), au niveau du sexe (garçon/fille)... etc. Le fonctionnement psychique, très riche, est celui d'un enfant qui a partagé trop tôt des soucis d'adulte. Le père a fait vivre à l'enfant des émois pulsionnels, des excitations non maîtrisables. Il n'y a pas eu protection de l'enfant. Les parents n'ont pas eu de censure devant l'enfant, lui ont parlé en adulte, l'ont fait participer, lui ont mis sous les yeux. L'enfant a vu. L'adulte pervers était un enfant qu'on n'a pas protégé. Il en a conclu qu'il n'y avait pas de différence entre lui et l'adulte, qu'il n'y a pas de loi, le père étant dévalorisé, ridicule (insuffisance narcissique). L'enfant n'a aucune raison de s'identifier à lui. Sa loi ne marche pas.

Le pervers se croit donc à l'origine de la loi. Lui-même fera sa loi. Ainsi il sera d'une part délinquant, et d'autre part indélicat.

## Psychopathie et perversion

- Le psychopathe (organisation de personnalité état limite, confrontation à la loi, registre de comportement psychopathe) a un comportement moins mental, plus comportemental. L'abandonnisme est majeur. Il passe de l'idéalisation à la dépression sans cesse, et démontre qu'il est toujours abandonné. Sa mère était imprévisible ("[psychopathie](#)").

- Le pervers pense, associe, utilise des comportements de mentalisation. Il s'est sauvé de la psychose et de la psychopathie en construisant lui-même sa loi. Il cherche la justification de la loi dans la raison, et ne l'écoute que dans ce qui l'arrange. Il démontre tout le temps qu'il a raison, et soutient que la loi a une essence rationnelle. Le pervers n'est pas coupable, mais aura quelquefois honte. Le père était trop prévisible. Le pervers n'est pas aussi instable que le psychopathe et peut se contenter des bénéfices d'une relation durable. Il est auto suffisant. Un pervers a eu une hyper stimulation, un bombardement de stimuli qu'il n'avait pas la possibilité de traiter par voie mentale. Il survit à des traumatismes relationnels trop précoces. Le pervers a aussi une confrontation à la loi ainsi qu'une organisation à part qui ressemble à l'état limite. Deux notions importantes chez le pervers: enfant qu'on n'a pas respecté, et composante abandonnique.

## Aspect relationnel

Au tout début, la relation d'Objet est orale. L'Objet doit remplir ("[relation d'Objet](#)").

Puis la relation devient "lâcher/retenir". C'est alors une relation d'Objet anale.

Les relations d'Objet très primitives demandent très peu de coopération de l'autre, qui n'est pas bien différencié. Le pervers utilisera la relation sado masochiste car c'est une relation solide, qui apporte une sécurité affective. "*Si je fais du bien, je ne suis pas sur qu'on me le rende. Si je fais du mal, je suis assuré d'avoir un retour*". C'est un mode de relation qui ne parie pas sur l'autre. Le pervers essaie de disposer de l'autre, ne lui fait pas confiance.

Pour s'en tirer, l'enfant a été obligé de refuser la loi du père et de s'en créer une. La loi n'est pas protectrice, l'enfant a vécu dans une dérision. Le père lui a dit: "*en dehors de là où je t'attends, tu n'existes pas*". Le pervers fonctionne ainsi avec les autres. Il leur assigne une place, en niant le droit à la différence.

Le pervers pose la source de ce qui est bien et de ce qui est mal. Il existe chez lui des mécanismes abandonniques, ses modes de relation primitifs traduisant le manque de respect des parents à son égard. Il n'aura pas perception du manque, de l'interdit.

- Sadisme : c'est le plaisir que l'on tire à faire souffrir ou humilier autrui. Dans le sadisme, il y a confusion entre le dynamisme érotique et le dynamisme agressif. Le but est de contrôler, maîtriser l'Objet affectif corporellement (il y aura donc souvent investissement dans la musculature) et psychiquement (investissement dans les comportements manipulatoires). L'angoisse de castration provoque une régression au stade sadique-anal. Pour ne pas être la victime, le sadique devient le bourreau.

- Masochisme : c'est un retournement de l'agressivité sur soi ("[agressivité](#)"). Le plaisir est atteint dans la souffrance et l'humiliation. La personne masochiste impose son scénario à son partenaire car celui-ci est un instrument pour lui. Cela correspond à une régression au stade anal où la punition était recherchée pour le plaisir. Face à l'angoisse de castration, il se l'inflige lui-même pour éviter qu'on ne lui inflige. C'est sans cesse une répétition de la scène de castration. Dans le même temps, le masochiste se punit des désirs vis à vis de la Mère ou du Père. Dans le plaisir est la punition qu'il demande.

- Exhibitionnisme : c'est la tendance à montrer à des tiers ses organes sexuels, en érection ou non. Cela concerne essentiellement les jeunes hommes. Le but est de susciter l'effroi, le scandale. C'est alors une scène où les deux protagonistes se touchent du regard, avant la fuite. Le regard de la femme est l'équivalent du substitut phallique. Face à l'angoisse de castration, l'exhibitionniste a besoin que l'Autre

réassurance sa possession d'un pénis. Ce comportement correspond à la persistance d'une pulsion partielle qu'était l'exhibition devant la Mère pour la séduire.

- Voyeurisme : consiste à épier autrui à son insu et dans son intimité. C'est un moyen pour contrôler visuellement la scène primitive vécue comme une agression dangereuse. C'est aussi un moyen de vivre par procuration le rapport sexuel sans la crainte du châtement qu'est la castration. C'est enfin la recherche du pénis chez la femme.

- Travestisme : c'est le plaisir sexuel apporté par le port du vêtement de l'autre sexe, ainsi que l'imitation des attitudes corporelles de cet autre sexe. Ce comportement correspond à une identification primaire à la Mère préœdipienne. La Mère est vécue comme possédant le phallus (dans une inversion du complexe d'œdipe).

- Fétichisme : perversion par déviation du but, le désir érotique se rapporte à une chose inanimée. C'est une défense contre l'angoisse de castration qui amène l'enfant à une véritable dénégation de l'absence de pénis chez sa mère. L'Objet fétiche est alors l'équivalent de ce phallus maternel dont la manifestation symbolique apparaît dans certains vêtements ou dans les cheveux, la fourrure... Surtout masculin, il se rencontre aussi chez quelques femmes qui vont valoriser une caractéristique vestimentaire ou corporelle du partenaire. Le sujet est souvent immature au niveau affectif, anxieux, timide. Le fétichiste a un rituel, et il démontre par là qu'il a la loi: "*j'ai organisé l'univers, tout se passe comme je l'ai prévu*".

## Soin

Si les véritables pervers sont assez rares, leur pronostic d'évolution demeure sombre.

Ils sont très souvent incapables de se plier à une discipline institutionnelle, et restent principalement soucieux de satisfaire leurs appétits.

Le pervers rencontre en fait le psychiatre quand il s'est fait arrêter. Il recherche de lui-même le contact avec le stimulus, avec la loi. Lorsque la répression s'abat sur lui, ou quand il se trouve bousculé dans son système, pour une fois non prévisible, le pervers fait la démarche de rencontrer le psychiatre. Il y a eu surgissement d'un sentiment d'angoisse dans le fait que l'on a pu disposer de lui. Au départ il avait tout prévu, mais ça ne se passe pas comme il le pensait, et se trouve confronté au manque: "*je ne suis pas complet!*".

Le moment de la dépression du pervers est alors à saisir pour lui permettre de se réconcilier avec ses affects, de reconnaître le risque de la différence...

---

# PSYCHOPATHIE et

# ORGANISATION PSYCHOPATHIQUE

## PSYCHOPATHIE

La psychopathie fait référence à une structure de la personnalité non obligatoirement pathologique. La fixation psychopathique se fait au stade oral ("[stade oral](#)"). Faire référence à une structure permet de ne pas désigner le cas de façon pathologique. Ainsi un individu pourra être de structure d'état limite compensée, ce qui revient à dire que ses relations aux autres pourront demeurer adaptées, bien qu'il soit peut-être plus fragile à certains moments de sa vie ou dans certaines situations qu'il traversera.

- Structure névrotique : hystérique, obsessionnelle, phobique ou génitale (type asymptomatique).
- Structure d'état limite : psychopathique, perverse ou compensée (absence de symptômes).

Chez le psychopathe, on notera un refus de voir la réalité et non un déni de celle-ci. Le plaisir est recherché aussitôt et sans attente. Le passage à l'acte est caractéristique de cette pathologie ("[passage à l'acte](#)"), et pourra s'exprimer dans le suicide ("[suicide](#)"), dans les coups... etc.

On dit que la mère du psychopathe a fait son éducation à contre-temps, et que le père est resté absent au niveau de la référence génitale. Ainsi le sujet aura bien un Surmoi, mais inorganisé et archaïque ("[ça moi surmoi](#)"), et fonctionnera sous les principes de plaisir et de réalité.

Le passage à l'acte doit être compris comme un court-circuit, une impossibilité de parler et la seule réponse à l'agressivité sera d'ordre moteur ("[agressivité](#)"). L'observateur en gardera une note d'incompréhension, avec brutalité soudaine dans un contexte de froideur apparente. Il n'y a pas notion de défi ni d'énervement.

La verbalisation va rester extrêmement pauvre. Le psychopathe ne peut pas se regarder fonctionner.

Au niveau du soin, le psychopathe induit un contre-transfert négatif et ambivalent. Il utilisera le clivage comme mécanisme de défense ("[mécanisme de défense](#)"). La distance est toujours difficile à respecter et à maintenir avec ces patients: ou leur relation est trop envahissante, ou elle est rejetante. La relation thérapeutique est donc de ce fait très fragile.

### Différentes personnalités :

- Type névrotique. On notera de la mythomanie, de nature hystérique. On aura alors affaire au déni de la castration ("[Oedipe](#)"). L'obsession et l'impulsion sont à l'origine du passage à l'acte.
- Type pervers. Il y aura de l'exhibitionnisme, du voyeurisme... Ce sont les personnalités psychopathes les mieux adaptées à la société.
- Type psychotique. Présence de bouffée délirante.

### Données psychodynamiques :

Pour les psychopathes, on ne peut pas parler de dépression classique puisqu'il ne peut y avoir référence aux interdits, ni culpabilité. La dépression du psychopathe est plutôt d'ordre narcissique, et le passage à l'acte en est une composante. L'histoire du psychopathe est faite d'histoires qui sont en plein dans la réalité et dans le principe de plaisir, en dehors de tout interdit et de toute culpabilité. La mythomanie est une façon de gommer la réalité pour l'aménager, la transformer ("[mythomanie](#)"). La construction psychopathique se distingue de la construction psychotique. En effet la psychose n'aura pas besoin d'éléments extérieurs: elle reconstruit et crée tout son monde, ce n'est pas une adaptation. Chez le psychopathe, on ne retrouve pas la logique du paranoïaque, la longue et fine construction de son délire. La construction du psychopathe touche les éléments ponctuels et les transforme, les embellit pour passer à d'autres par la suite. On retrouvera à la fois des aspects hystériques, paranoïaques, des passages à l'acte, choses que l'on ne voit pas ensemble dans aucune autre maladie ("[psychose état-limite névrose](#)").

Le psychopathe utilisera 6 principaux mécanismes de défense :

- Le clivage en bon et mauvais objet, permettant d'éviter la confrontation du patient à son ambivalence affective. Cela lui évite l'angoisse et la dépression narcissique ("[angoisse](#)"). Le mécanisme du clivage protège contre le sentiment d'incomplétude. La construction psychique du psychopathe ménagera un premier secteur adapté au milieu qui ne peut faire l'objet de blessures narcissiques et un deuxième secteur continuellement blessé. Le clivage lui permet de résoudre son angoisse interne et empêche la dissociation. L'intolérance à la frustration est une conséquence du clivage.

- L'idéalisation. Cela concerne les Objets externes qui doivent apparaître comme étant parfaits, hors de portée de tout risque de destruction, destruction que le sujet lui-même pourrait en fait causer. Il y a méconnaissance de toute agressivité envers ces Objets, qui alimentent aussi une gratification narcissique. Quand un psychopathe se rend compte que l'Objet en question n'est pas si parfait que ça, la relation casse. Il y aura une tension entre ces deux extrêmes que sont l'Objet parfait et l'Objet mauvais ("[relation d'objet](#)").

- L'identification projective. C'est un mécanisme en rapport avec le clivage. Les images de Soi perçues comme étant mauvaises seront externalisées. Le psychopathe a une grande difficulté à établir les limites entre Soi et l'Objet, entre l'interne et l'externe, et ceci explique la fragilisation du Moi. Ces patients auront toujours besoin de contrôler l'Objet pour s'en protéger, et l'Autre sera donc forcément perçu comme dangereux.

- Le déni, concernant surtout les émotions. Les actes n'ont pas de valeur émotive. Le passage à l'acte existe en lui-même sans valeur interne. Il n'y a pas de déni de la réalité.

- L'omnipotence, en rapport avec le narcissisme exacerbé.

- La forclusion. C'est la séparation du sens et de la chose. Le signifiant est mis à l'extérieur. C'est une sorte de clivage concernant l'ensemble "Signifiant/signifié" ("[langage et inconscient](#)" et "[forclusion du nom du Père](#)").

Le psychopathe a toujours besoin de tester, d'appréhender la réalité. D'une manière générale, il ne souffre pas, il n'a pas de demande. Ce sont les autres qui souffrent.

## Traitement

- Il ne faut pas hésiter à user de contention. Le psychopathe n'est pas dans un premier temps accessible à la parole. Il faut donc d'abord le cadrer, un peu comme si l'important était en premier lieu de préserver l'institution de soin.

- Toujours respecter la cohérence du soin. Pour cela le travail en équipe est primordial, pour trouver la distance adéquate avec le patient. Mais il sera très souvent difficile d'y voir clair avec un sujet psychopathe (au niveau du contre transfert).

- La chimio thérapie (traitements médicamenteux per os ou injectables) n'est pas indiquée, à part peut-être dans un but de médiation.

- La manière de dire est presque plus importante que ce que l'on dit.

- On pourra utiliser le clivage qu'il projettera sur les différents intervenants pour suivre, au sein de l'équipe, l'évolution du patient. Il ne faut pas le déresponsabiliser mais bien plutôt le mettre devant ses responsabilités.

- Le soignant doit aussi jouer le rôle de Surmoi, l'hôpital incarnant alors la Loi. Le début du travail est de remplacer le Surmoi défaillant par un Moi auxiliaire.

- Notons enfin la grande difficulté qui existe pour se situer entre le pôle de la loi et le pôle soignant.

# ORGANISATION PSYCHOPATHIQUE

## Les adolescents dyssociaux

Quand on parle des bandes d'adolescents, on se trouve à la limite de la psychologie, de l'ethnologie (fossé des générations), de la sociologie et aussi de l'adolescence ("[adolescence](#)"). La délinquance est intermédiaire entre l'enfance inadaptée (psychologie et psychiatrie) et l'état adulte délinquant (justice). On aura donc toujours cette oscillation "justice/psychiatrie", et en parallèle "punition/soin" ou "punition/maternage". Chez les adolescents, peu de classifications peuvent rendre compte de la problématique. Leurs structures psychologiques restent en développement et sont de fait assez floues au regard de la nosographie. Notons néanmoins que les psychopathes sont généralement des personnes isolées, ayant beaucoup de difficultés à s'intégrer, sinon de manière fluctuante.

On pourra distinguer 3 facteurs de non-tolérance à l'autre, caractérisant le psychopathe:

- impulsivité (fragilité et sensibilité),
- tolérance très basse aux frustrations
- et enfin très faible capacité à intégrer les expériences.

Notons aussi que les psychopathes ont peu de capacité à mentaliser, à projeter dans l'avenir leurs attentes.

## Clinique

On observera des troubles de l'humeur, avec oscillation très rapide entre un état euphorique et un état triste. Il y aura aussi des troubles caractériels comprenant une hyper émotivité, de l'immaturité, des traits hystériques avec besoin de séduire, des traits paranoïaques avec sentiment de persécution, un caractère oral dans le besoin continu de la mère. Enfin se verront des troubles du comportement dans un "agir" perpétuel pour résoudre le conflit, au niveau de la parole comme de l'acte, ou une recherche de la souffrance des autres, des perversions dont principalement le sadisme.

## Niveau psychologique

On remarquera la problématique de la séparation et de l'individuation. Tout ce qui frustre est mauvais et tout ce qui gratifie est bon (bon et mauvais sein). Se sentant à la fois frustré et agressé, le psychopathe va, par mécanismes de projection et d'identification à l'agresseur, se retourner contre le symbole momentané de cette agression. On pourra aussi noter une forte tendance à la mythomanie, dans le but précis d'obtenir une satisfaction de manière immédiate.

Le psychopathe vit dans le présent, et ne peut s'en détacher. Au niveau du réel, il y aura des difficultés scolaires intenses, des problèmes avec la justice... Les intégrations sociales seront dans un premier temps recherchées mais rapidement le psychopathe se fera rejeter, expulser. Les travaux professionnels sont de courte durée. Il est dans une quête perpétuelle et ne vit que dans l'insatisfaction continuelle.

Les défenses du psychopathe sont fragiles, peu économiques. Elles le protègent contre une angoisse massive qui renvoie à quelque chose de plus archaïque que la castration. Cela a à voir avec la période dépressive du nourrisson ("[phase infantile dépressive](#)"), et très souvent on note un manque affectif dans la première année de sa vie.

L'agir psychopathique évite au sujet de penser. Cela permet de comprendre la répétitivité de ses comportements, sans aucune prise à la réflexion. Cela éclaire aussi la difficulté à intégrer les expériences. L'angoisse du psychopathe est plus proche de la psychose que de la névrose. C'est une angoisse de morcellement. On note aussi des fantasmes profonds de mère sadique, de scène primitive

agressive, de dévoration. L'agression est une fuite face à l'angoisse, projetée sur l'autre sans sentiment de culpabilité.

Soigner un psychopathe revient en fait à le mettre dans une position très fragile, dans un mouvement dépressif intense ("[dépression](#)").

On parle plus des psychopathes hommes car, au niveau de l'enfant, la relation du garçon est davantage marquée par l'absence d'un père psychiquement inexistant, et sa recherche ("[formation psychologique](#)"). La mère a occupé une place prépondérante, qui autorisait tout, sans rapport à la loi. Au niveau du couple il y a peu de compromis, l'amour est narcissique, jaloux, sadique. Rappelons que le couple est le lieu le plus favorisant pour l'expression des caractères psychiques.

Pour un diagnostic différentiel, même si on note certains épisodes délirants aigus, la pathologie du psychopathe n'évoquera pas cette perte de la réalité que pourra présenter par contre un schizophrène ("[formation psychiatrique](#)").

## Evolution

Avec l'âge, le psychopathe "se calme". Aussi n'en trouve t'on pas beaucoup au dessus de 45 ans. Tout ce qui a à voir avec les rites de passage de la société sera abordé, dans une paradoxale recherche de la norme sociale. En quelque sorte, l'adolescence du psychopathe sera très longue, et sa maturité ne viendra que vers 45 ans.

Il y a une grande notion d'authenticité chez ces personnes qui fait que beaucoup de gens ont envie de s'en occuper, mais la déception est souvent là. On notera des rapports réguliers avec la justice, des relations sadiques avec l'entourage...

Précisons que les toxicomanes sont aussi des psychopathes ("[toxicomanie](#)").

La psychopathie pourra évoluer vers d'autres pathologies. Ainsi le sujet développera par exemple un délire paranoïaque adulte (psychose), ou entrera dans l'éthylisme (pathologie comportementale), ou encore s'orientera vers un caractère névrotique.

## Niveau psychosocial

Depuis 1945 il y a une réelle évolution dans la façon dont la société conçoit l'adolescence. On note aussi une évolution au niveau des délits (vols des voitures, vols dans les magasins).

On peut distinguer 3 types de sociétés culturelles:

1. les sociétés post-figuratives (les valeurs sont transmises des parents aux jeunes),
2. les sociétés co-figuratives (les valeurs sont transmises au sein d'une même classe d'âge)
3. et les sociétés pré-figuratives (les jeunes transmettent leurs valeurs aux aînés).

La société traditionnelle était post-figurative. Vers les années 1950 on a pu voir un type de société co-figuratif et dernièrement s'est mis en place une société pré-figurative. C'est ainsi que les adultes ont pu se sentir menacés, tout en cherchant à paraître jeunes, et à s'habiller comme eux. Dans la société traditionnelle, chacun avait sa place.

Il faut noter aussi que les rites de passage ont tendance à disparaître en même temps que l'aspect post-figuratif de la société. Ainsi le mariage a perdu de sa valeur, le service militaire a disparu... Le passage à l'âge adulte n'est plus aussi net.

Il y a souvent un grand décalage entre les valeurs sociales et les valeurs familiales, et l'identification de l'adolescent en est sûrement plus difficile, voire perturbée. Les repères, qu'ils soient parentaux ou sociaux deviennent flous, les contradictions apparaissent. Dans la bande, l'adolescent retrouvera de manière caricaturale les repères qui peuvent lui manquer par ailleurs.

Les familles avec un fils unique, ainsi que les aînés de familles nombreuses ont statistiquement plus de risques d'avoir des pathologies psychiatriques d'un autre registre, tandis que c'est entre frères et sœurs que les identifications semblent de préférence entraîner la délinquance. La bande sert d'étayage, avec acquisition de valeurs propres, souvent despotiques. La loi y sera paradoxalement dure. A l'origine non délinquante, la bande commettra des délits par opposition à la société, aux parents... C'est une façon d'exister, mais en opposition.

Les vols de voitures ne sont pas perçus comme du vol, de même que les vols dans les grandes surfaces ne sont pas dirigés contre les personnes. Les vols sont devenus banalisés, par la société comme par la police.

La toxicomanie est banalisée tout en étant interdite par la loi. On peut remarquer un mouvement double dans lequel la société comme la famille valorise les enfants et l'adolescence, en même temps qu'elle les rejette.

L'adolescent a beaucoup de mal à exister seul. Le groupe est rassurant.

Le psychopathe passe par l'agir, et c'est l'agir seul qui détermine la pathologie. Cela veut dire que l'on peut souvent confondre psychopathie et délinquance. Dans les bandes d'adolescents on ne voit pas de psychopathe, ou rarement. Le psychopathe est mal intégrable.

On peut remarquer enfin la relation au corps (tatouages, marques...) qui semble être commune aux psychopathes et aux adolescents.

---

## PARANOÏA

### La paranoïa

FREUD part du principe que la paranoïa s'est construite en défense face à un désir homosexuel, avec construction d'un délire de persécution. La base du conflit serait: "*j'aime un homme*" (éprouvé d'un désir homosexuel) transformé en "*je le hais*" (mécanisme de contre-investissement), et aboutissant à "*il me hait*" (mécanisme de projection). De ce fait, le sujet paranoïaque n'est "haï" que par les gens auxquels il voudrait ressembler (vis à vis desquels il ressentirait plutôt de l'attraction, un désir d'identification). Il ne choisit l'Objet aimé/haïssant qu'en fonction de critères narcissiques (sur "[la relation d'Objet](#)").

Les pulsions homosexuelles se sont sublimées en pulsions sociales, permettant au paranoïaque d'accéder à, et de jouir des postes sociaux clefs. Quand rien n'entrave cette sublimation, tout va bien car socialement ce n'est pas culpabilisant. Mais dès qu'intervient une trop forte poussée de pulsion homosexuelle, seul le délire est alors apte à l'évacuer.

Rappelons que les pulsions homosexuelles sublimées en pulsions sociales sont celles qui incitent les jeunes enfants à se retrouver en groupes du même sexe à l'école, et les adolescents en bande du même sexe pour se mesurer à d'autres ( "[petite enfance](#)" et "[adolescence](#)").

Le sujet paranoïaque se focalise sur un être narcissiquement intéressant auquel il prête des sentiments de haine à son égard.

(Au tout début d'une construction psychique chez l'Enfant, il y a morcellement du corps: "*ma bouche se fait plaisir*", "*mon ventre se fait plaisir*", puis après que l'unité corporelle se soit réalisée naît le narcissisme primaire, Objet d'amour où converge l'intérêt de l'Enfant. Vient ensuite le narcissisme secondaire: "*j'aime l'Autre pour qu'il ou elle, ou à condition qu'il ou elle m'aime*").

Si chez le sujet névrotique l'angoisse est dite "de castration", chez la personne psychotique existe une angoisse de morcellement, celle-là même qui renvoie à un conflit non résolu de sa petite enfance ("[angoisse](#)"). Le sujet paranoïaque a une relation à l'Autre de type psychotique dans le sens où il ne fait pas de différence entre ce qu'il pense et ce que les autres pensent ou font. De fait, il lui sera extrêmement difficile de prendre du recul, de la distance par rapport à ce qu'il fait ou ce qu'il dit, car cela signifierait se mettre à la place de l'Autre.

Dans la paranoïa, la relation d'Objet n'est pas totale. Elle est de type narcissique: l'Autre n'est reconnu que dans la mesure où le sujet lui-même s'y retrouve. Dans l'Autre est projetée la part du Moi qui persécute, par culpabilisation. Le stade du miroir peut servir d'exemple pour expliquer ce qu'est la paranoïa ("[stade du miroir](#)"). Du stade anal renaissent des projections d'agressivité et de l'ambivalence ("[stade anal](#)"). L'Autre est le support de la projection de la partie de lui-même que le sujet paranoïaque expulse.

## Les délires paranoïaques

Il y a trois délires paranoïaques :

1. Délire de persécution : "*je l'aime*" ... .. "*il me hait*".
2. Délire de jalousie. Dans un exemple de paranoïa masculine : "*ma femme me trompe avec un homme*" (si possible haut placé socialement). On voit alors qu'il est question d'une relation sexuelle, avec présence d'une personne de même sexe, en l'occurrence un homme mais c'est la femme (l'Autre) qui en supporte l'interdit!
3. Délire érotomaniaque : "*cette femme m'aime mais on l'empêche de me le dire*". Le persécuteur est toujours quelqu'un de même sexe, et donc ici un homme. Il est bien encore question de deux hommes et d'une relation amoureuse, mais la présence dans la construction délirante de cette femme providentielle a escamoté les désirs profonds intolérables. Dans le délire érotomaniaque, il y a une phase d'espoir, une phase de dépit et une phase de rancune.

Dans ces trois délires, il y a toujours la présence d'un homme (dans le cas d'une paranoïa masculine) ou d'une femme (dans le cas d'une paranoïa féminine) plus haut placé(e), socialement ou non. Ce sera le "persécuteur", rôle nécessaire à la construction délirante. Les mécanismes de contre investissement et de projection ont maquillé une pulsion sexuelle intolérable en pseudoréalité beaucoup plus acceptable pour le sujet délirant. C'est un délire systématisé, ne laissant aucune prise au doute et se construisant au fur et à mesure que la personne paranoïaque a besoin de se protéger de ses propres pulsions. On notera le travail d'un "refoulement premier", contemporain de la fixation, et qui permet de ne pas voir en l'homme aimé (ou en la femme aimée) un Objet sexuel.

("délire")

Petit rappel :

- Dans les névroses, le Moi, arbitre, prend le parti du Surmoi pour combattre les pulsions du ça, en contrôlant ou interdisant tout plaisir. Le névrosé a conscience de sa maladie. Les processus psychiques sont de type secondaire.
- Dans les psychoses, le Moi prend au contraire le parti du ça pour détruire la réalité du Surmoi. IL la remplacera par une néo-réalité qui est le délire. Ce délire sera bâti sur les exigences du ça. Le psychotique n'a pas conscience de sa maladie. Les processus psychiques sont de type primaire.
- L'état limite est une notion qui est venue pour caractériser toutes ces pathologies que l'on ne savait pas où placer. Le terme renferme tous les comportements (perversion, caractériels...) qui permettent d'éviter d'assumer une dépression. Le sujet état limite n'accepte pas l'idée d'être atteint dans son intégrité.

# PATHOLOGIE DE L'ENFANT

## AUTISME

Attention : si nous consacrons ci-dessous un chapitre particulier à l'autisme, nous l'aborderons à nouveau sous le titre: "*Psychoses précoces*", dans le dossier "[Organisations psychotiques](#)".

### Élaboration de l'appareil psychique

Comment entrer en contact avec l'univers interne de l'enfant autistique ?

De quoi est fait son espace psychique ?

Quels types d'angoisse affronte-t'il ?

### L'angoisse première

C'est une notion qui a à voir avec le vide, l'écoulement, l'évaporation, l'explosion. La substance psychique doit avoir un contenant pour ne pas s'évaporer, pour ne pas se vider. Ce contenant, qui permettra à l'enfant de vivre entier, c'est la mère et l'environnement maternel.

- De 0 à 2 mois : position autistique. L'enfant est centré sur lui-même et ses sensations.
- De 2 à 8 mois : position symbiotique. Il y a confusion entre le Moi et l'Autre.
- Après 8 mois : position dépressive. "*Je suis Moi et il y a l'Autre*".

### Le contenant

C'est dès la position autistique qu'une place primordiale doit être donnée au contenant. Les expériences perceptives du bébé ne sont pas liées entre elles. Il vit des moments où il se sent contenu, et d'autres moments où il se sent tomber. Tout cela ne se distingue pas des autres sensations (tactiles, de chaleur, d'être porté ou non, de bouger, de contact...). Toutes les sensations sont mélangées et mauvaises. Il s'en débarrasse en tapant des pieds et en criant. Notons que ces phénomènes se retrouvent chez les adultes, de manière beaucoup moins intense ("[autisme: définition, pathologie et soin](#)").

### Les protections

L'enfant est très tôt confronté à la peur de mourir. Il s'accroche à la vie au moyen de mécanismes de défense psychiques:

1. Démantèlement. C'est un mécanisme passif qui consiste à faire en sorte que le Moi précoce soit suspendu, cesse d'exister. Les manifestations pulsionnelles sont désintégrées et l'enfant ne ressent plus l'angoisse. Cela devient pathologique quand le mécanisme est utilisé de manière excessive, massive, stéréotypée. Le démantèlement semble être la base de tout ce qui a à voir avec le fait de suspendre tout lien avec l'extérieur (par exemple dans la toxicomanie). Cela s'observe chez l'autiste quand il coupe tout contact par son regard dans le vague, ailleurs.
2. Identification adhésive. Forme d'identification en surface. Cela s'observe dans l'écholalie où juste la surface de l'attitude et du comportement est réutilisée. C'est vidé de sens. C'est en fait tout ce qui est de l'ordre du mimétisme, de l'accrochage à une sensation pour éviter l'angoisse de la chute (on notera par

exemple le regard qui se fixe sur un point...). Cela concerne le contact corporel et psychique. Le mécanisme d'identification adhésive a pour but d'éviter de disparaître.

### Pôle institutionnel ...

... dans le quotidien, la vie de tous les jours.

Dans l'arrivée de l'enfant à l'hôpital de jour, il y a prise en compte de la part des parents du problème psychiatrique. Les prises en charge se font souvent en petits groupes. Ce sont en majorité des enfants qui ne parlent pas. La mise en sens de ce qui se passe est fonction du ressenti du soignant. Il convient de repérer l'intensité d'angoisse qui est vécue par chacun de ces enfants. Il faudra les amener à renoncer à leurs défenses archaïques, et pour cela leur fournir un contenant extérieur ("[soin en psychiatrie infantile](#)").

Notons que les enfants autistes, de même que les bébés ont un psychisme confronté à l'angoisse.

Il sera important d'être avec l'enfant dans un lieu fermé, pour qu'il puisse se poser quelque part, et de vivre le moment présent. L'enfant a besoin d'être tenu, contenu. Pour certains d'entre eux, quand le lien est coupé, c'est l'effondrement. La régularité des retrouvailles crée une histoire qui aide l'enfant.

### Origine

Il n'y a pas une cause à l'autisme, mais plutôt un "*télescopage*" entre des facteurs provenant de deux sources:

- En ce qui concerne la mère, on peut noter une dépression post-partum non contenue et non perçue par l'entourage. Cela provoque un non investissement psychique du bébé.

- En ce qui concerne l'enfant, on pourra retenir des éléments organiques, ou une sensibilité excessive. L'enfant se sent plus tôt qu'un autre détaché de sa mère, et se trouve confronté dans ce cas, à une mère défaillante qui ne peut compter sur lui pour se restructurer.

Une des fonctions du bébé est de restructurer sa mère. La femme déprimée qui trouve un bébé souriant en rentrant chez elle (un bébé qui répond et sollicite sa mère), pourra compter sur la relation induite par l'enfant pour restructurer le Moi défaillant, pour se réparer. Le bébé gratifie, satisfait narcissiquement la mère déprimée. On peut donc parler d'événements circonstanciels d'où résulte l'autisme.

Notons que l'autisme touche en majorité les garçons: 80% contre 20% de filles ("[autisme: origine du mot et définition](#)").

### Travail du psychomotricien

Il aura 3 préoccupations :

- Au niveau du corps adroit, il s'attachera aux mouvements issus de la gymnastique où il est essentiel de rééduquer la fonction motrice. Le corps devra devenir le moins maladroit possible.

- Au niveau du corps conscient, il s'attachera à l'aspect émotionnel. Il faut imprimer le corps de sensations, au moyen par exemple du yoga, de [la relaxation](#) etc...

- Au niveau du corps fantasmatique, du corps signifiant qui dit quelque chose à notre insu. C'est à ce niveau que s'exerce l'influence, dans le travail du psychomotricien, de [la psychanalyse](#).

Il faut noter que plus la pathologie est lourde, plus la différenciation des interventions est aléatoire. L'éducatif rejoint alors le thérapeutique, dans une vision plus globale où l'acte lui-même n'est pas très important, alors que ce qui est ressenti, représenté psychiquement l'est davantage.

Le psychomotricien devra être sensible à ce que veut montrer l'enfant.

### Fonction de contenance

L'enfant a besoin de trouver un contenant où déposer ses angoisses insupportables ("[angoisse](#)"). Quand il ressent une émotion insoutenable, il l'extériorise par des cris, des décharges motrices, et fait revivre cette émotion à la mère. Celle-ci interprète, donne un sens et va faire en sorte que cette émotion devienne supportable pour (et par) l'enfant: l'intolérance à la frustration va diminuer. Cela nécessite que la mère soit présente, disponible psychiquement et physiquement. C'est à dire que rien ne l'occupe par ailleurs. Il faut qu'elle ne soit pas détruite par cette émotion, qu'elle puisse la surmonter et donc tolérer la réaction de l'enfant. La mère récupère l'Objet psychique évacué et le restituera au bébé une fois que ce sera rendu plus tolérable ("[relation d'objet](#)").

Dans un deuxième temps l'enfant devra intérioriser cette fonction qui lui permettra de ne pas subir l'assaut d'une émotion trop violente. Il aura alors en lui une "*fonction maternelle*". L'enfant fera d'abord appel à sa mère interne (hallucination) et ensuite il fera appel à la mère externe (le vraie), mais le travail psychique sera déjà en partie accompli.

A la fin de la première année, la mère interne sera permanente, et remplacera la vraie mère lorsque celle-ci sera absente.

Chez l'autiste ("*être humain qui s'est construit un système de relation à l'Autre de type autistique*"), il n'y a pas ce mécanisme. La séparation n'est même pas ressentie. C'est le vide permanent. Dans une forme plus développée (autisme secondaire), la mère interne est présente mais pas assez forte. Dans la psychose symbiotique, la séparation est vécue comme une atteinte intolérable à la toute-puissance ("[stade oral](#)").

### Quelques caractéristiques

- Il y a une grande difficulté à maintenir ces enfants dans un réseau familial et social, ainsi qu'un grand risque de les enfermer, de les exclure dans des institutions spécialisées.
- Difficulté aussi pour ces enfants d'être vécus comme sujets, les stigmates faisant écran à une souffrance qui est bien au-delà du corps.
- Les autistes sont tous confrontés à la mort, et le discours les concernant tourne bien souvent autour (mort physique et mort psychique).
- Le soin psychiatrique doit lutter contre l'enfermement, le totalitarisme. Il faut un cadre suffisamment solide et protecteur, mais remaniable et vivant.
- Les soins physiques sont nécessaires mais ne doivent pas réduire le sujet à la seule science médicale objective. Il faut travailler aussi sur la fantasmatisation, la désillusion chez les soignants, leur dépression... L'approche de ce type d'enfant doit être la même que pour tout être vivant, et se faire aussi sur un mode symbolique.

### LES TYPES D'AUTISME selon Frances Tustin ("[Frances Tustin](#)")

### FACTEURS DÉTERMINANTS

<u>AUTISME PRIMAIRE NORMAL (APN)</u>	<u>AUTISME PRIMAIRE ANORMAL (APA)</u>	<u>AUTISME SECONDAIRE A CARAPACE (ASC)</u>	<u>AUTISME SECONDAIRE REGRESSIF (ASR)</u>
" <i>Solipsisme postnatal normal</i> ". (terme d'Anthony, 1958).	" <i>Prolongation anormale de l'autisme primaire...</i> " qui peut être due à:	" <i>Inhibition comme moyen de défense.</i> " Les soins nourriciers sont niés à cause du traumatisme de la séparation. Des processus d'encapsulation mènent l'enfant à s'envelopper en	" <i>Régression comme moyen de défense.</i> " Un développement précaire se disloque sous l'effet d'un stress. L'utilisation excessive de l'identification

		lui-même: il se sert des Objets extérieurs, comme s'ils faisaient partie de lui-même. Le traumatisme de la séparation peut provenir de la combinaison des facteurs suivants:	projective conduit à une situation où la mère et l'enfant sont enveloppés l'un dans l'autre. La combinaison des facteurs suivants peut entraîner un développement précaire:
1. La conscience du monde extérieur est pratiquement inexistante, du fait de la faible capacité de discrimination et de différenciation qui caractérise le nouveau-né.	1. Manque total de stimulation sensorielle, comme c'est le cas dans certaines institutions.	1. Prolongation anormale de l'autisme primaire, qui fait que, lorsque l'enfant prend soudain conscience de la séparation corporelle d'avec sa mère, c'est pour lui un choc auquel il n'est pas préparé.	1. Il y a une prolongation anormale de l'autisme primaire, suivie d'un certain développement qui se désintègre sous l'effet du stress que représente la prise de conscience de la séparation corporelle.
2. A mesure que la discrimination augmente, des processus de "débordement - enveloppement - sentiment de fusion" protègent l'illusion du nourrisson que la séparation corporelle n'a pas eu lieu. Les réponses au monde extérieur sont de nature autistique.	2. Manque partiel de stimulation sensorielle dû à: - des déficiences chez l'enfant telles que la cécité, la surdité, certaines formes de déficiences mentales ou des faiblesses musculaires. - un trop grand délaissement de l'enfant. Trop peu d'attention de la part des adultes nourriciers.	2. Séparation géographique d'avec la mère, lorsque l'utilisation des Objets autistiques est à son point culminant.	2. Il peut y avoir des arrêts temporaires dans l'ASR, suivis d'un certain développement qui se disloque sous l'effet du stress.
3. La "mère dévouée normale" accepte les "éruptions" de son bébé et l'aide à les affronter, le rassurant ainsi contre leurs effets catastrophiques illusoire.	3. La mère (les parents) est mal différenciée à cause de déficiences innées ou pour éviter l'humiliation qui résulte du fait de se sentir un individu à part.	3. Maladie physique pendant la petite enfance.	3. Un environnement trop adaptable masque l'intolérance de l'enfant pour la séparation physique. Mais lorsque cette réalité ne peut plus lui être dissimulée, il se disloque.
4. A mesure que la discrimination s'intensifie, des processus de réciprocité du type "comme si", entre la mère et le bébé, protègent ce dernier contre une désillusion trop brutale. Pour utiliser les termes de Winnicott, la mère fournit à l'enfant des expériences transitionnelles. Les Objets extérieurs commencent à servir de pont entre le "Moi" et le "non-Moi".	4. L'enfant permet à la mère de surprotéger et d'étouffer ses réactions.	4. Troubles <i>in utero</i> et résonance à ce moment là.	4. Mauvaise tolérance de la frustration chez l'enfant ou chez la mère.
		5. Immobilisation des membres dans la toute première	5. Passivité excessive de l'enfant.

		enfance.	
		6. Intelligence très élevée.	6. mère dominatrice et père passif.
		7. Réactions hypersensibles aux stimuli sensoriels.	7. mère psychotique.
		8. Mauvaise tolérance de la frustration.	8. Des parents qui sont trop "ouverts" et ne protègent pas assez leur vie privée.
		9. Dépression de la mère, ouverte ou dérivée.	9. Pour diverses raisons, la mère est vécue comme quelqu'un à qui l'enfant est enchevêtré.
		10. mère non soutenue par le père, du fait de l'indifférence, de la passivité, de l'absence, de la maladie ou de la mort de ce dernier.	
		11. mère dont la confiance est sapée par ses propres expériences infantiles: l'ingérence des parents ou déménagements trop fréquents.	
		12. Le désir de perfection conduit la mère à "pousser" l'enfant à des activités qui ne sont pas à la mesure de ses capacités. L'enfant se retire pour échapper à cette poussée.	
		13. La mère est vécue comme Objet "engloutissant" (peut-être parce que les tendances de l'enfant à avaler ne se sont pas suffisamment modifiées du fait de toute une variété de facteurs). Cela peut devenir de l'ASR.	
		14. Mauvais traitements physiques de l'enfant (décrits par G.Strob), comme par exemple des lavements abusifs...	

## TRAITS DISTINCTIFS

AUTISME	AUTISME	AUTISME	AUTISME
---------	---------	---------	---------

<u>PRIMAIRE NORMAL</u> (APN)	<u>PRIMAIRE ANORMAL</u> (APA)	<u>SECONDAIRE A CARAPACE</u> (ASC)	<u>SECONDAIRE REGRESSIF</u> (ASR)
" <i>Solipsisme post natal normal</i> "	" <i>Prolongement de l'APN</i> "	" <i>Arrêt précoce du développement</i> "	" <i>Régression du développement</i> "
1. Etat premier normal, où les Objets externes ne sont pas différenciés.	1. L'enfant reste dans l'autisme primaire à cause de soins nourriciers mal adaptés ou d'un mauvais usage de ces soins, dû à des déficiences innées. Déficiences d'ordre sensoriel ou cognitif, constitution affective fragile ou combinaison de tous ces facteurs. Il peut y avoir: - Prolongement permanent de l'APN. Les enfants victimes d'une carence totale venant de l'environnement sombrent dans des états de marasme et certains meurent. - Prolongement temporaire de l'APN. Privation partielle due à des carences de l'environnement, ou constitutionnelles, fait qu'une prise de conscience brutale de la séparation corporelle transforme l'APA en ASR. Si le développement antérieur a été précaire, l'enfant peut devenir ASR.	1. Protection contre la terreur du " <i>non-Moi, inconnu, étranger</i> ". La carapace favorise une structure de caractère excessivement rigide. Ces enfants sont dépendants de routines établies, qui sont pour eux des enveloppes protectrices, assurant leur survie physique. C'est là-dessus que reposent les tentatives de l'enfant autistique à préserver le non-changement. Ce besoin semble également être le point de départ de défenses névrotiques obsessionnelles et le développement de rituels immuables.	1. Protection contre la terreur du " <i>non-Moi, inconnu, étranger</i> ". La dispersion favorise une personnalité qui manque de structure, incohérente et confuse.
2. Voir les étapes décrites au tableau précédent.	2. Cet état se caractérise par une différenciation très faible au niveau affectif, une conscience vague de la séparation corporelle, de l'image du corps, de l'identité et de la vie personnelle.	2. L'illusion d'un enveloppement débordant s'intensifie pour devenir carapace. Celle-ci a pour objectif: - D'interdire l'accès au " <i>non-Moi</i> " terrifiant, - de recouvrir la dépression en " <i>trou</i> ", - d'assurer la cohésion d'une personnalité intégrée trop tôt.	2. L'identification projective s'intensifie au point d'éparpiller les parties du corps dans des Objets extérieurs (cet éparpillement est illusoire, bien entendu). Cela vise à: - Diminuer le choc de la séparation physique, - atténuer la dépression en " <i>trou</i> ", - sentir que les morceaux du corps sont rassemblés quelque part. Il en résulte que la réception des soins nourriciers et des stimuli est entravée par la dispersion des morceaux du corps. L'Objet et le Moi sont fragmentés. La régression et la détérioration en sont les issues inévitables.
3. L'utilisation des Objets autistiques	3. Les Objets autistiques primaires, tels que le doigt ou le	3. Des Objets autistiques de type inhabituel (objets mécaniques durs.	3. Les Objets transitionnels sont utilisés de manière compulsive et à

cède le pas à l'utilisation d'Objets et d'expériences transitionnels .	poing, continuent à être utilisés bien après la période où ils sont habituellement abandonnés.	par exemple) continuent à être utilisés.	un âge où ils devraient être normalement abandonnés.
4. L'autisme cède le pas à des relations réciproques.	4. A la clinique, l'enfant risque de ne pas se séparer de la mère.	4. A la clinique, l'enfant se sépare de la mère sans un regard en arrière.	4. A la clinique, l'enfant risque de se cramponner à la mère ou d'apporter avec lui des Objets transitionnels.
	5. Le corps de l'enfant paraît mou et flasque. Il semble s'enfoncer dans le giron, l'épaule ou la poitrine de la mère.	5. Le corps de l'enfant paraît raide et insensible. Il fuit le contact physique.	5. L'enfant peut être: grandi trop vite, dégingandé ou mince et amaigri.
	6. Distinction parcellaire entre Objets animés et inanimés.	6. Ne semble pas faire de distinction entre les personnes et les choses.	6. Distinction confuse entre les personnes et les choses. Certains de ces enfants parlent à leurs fèces comme si elles étaient vivantes et traitent parfois les personnes comme si elles étaient des choses.
		7. Ces enfants semblent fonctionner sur une dichotomie entre le "Moi" sublime et le "non-Moi" terrifiant, ce dernier étant exclu la plupart du temps.	7. Ces enfants avaient fait une distinction confuse entre "gentil/méchant" et "bon/mauvais". Ces différenciations ne peuvent se maintenir, c'est ce qui crée le problème. Les bonnes et les mauvaises choses se confondent.
		8. Peu ou pas d'activité fantasmatique. Activité limitée de l'imagination primitive autour des parties, fonctions et processus corporels.	8. Beaucoup d'activités fantasmatiques d'une nature confuse et bizarre directement liée à l'anatomie corporelle.
		9. Ces enfants donnent l'impression d'être vidés.	9. Ces enfants font une curieuse impression.
		10. Ces enfants sont devenus des êtres à "peau épaisse" (des crustacés), pour cacher leur hypersensibilité.	10. Ces enfants semblent avoir la "peau fine", et ont combattu leur hypersensibilité par la confusion et le désordre.
	11. "Îlots" de pensée.	11. Inhibition de la pensée.	11. Pensée confuse.
	12. Souvent ne parlent pas ou parlent un langage "gribouillis".	12. enfants souvent mutiques, écholaliques ou possédant un langage personnel, qui semble avoir une structure et une syntaxe.	12. Langage confus, haché, pauvre, ou bavardage dénué de sens.
		13. En psychothérapie, ils en viennent à un Objet global plutôt indifférencié et à un Objet cassé.	13. Au cours de la psychothérapie, ils en viennent à un Objet en miettes ou bizarre, des morceaux qui ne vont pas ensemble, assemblés n'importe comment (dans l'ASR2).
		14. Ces enfants évitent généralement de regarder les gens.	14. Les yeux ne sont pas centrés. Ils dirigent leur regard à travers les gens plutôt que sur eux.
		15. Peuvent	15. Peuvent avoir les

		paraître sourds ou aveugles.	extrémités insensibles.
		16. Semblent s'être recroquevillés sur eux-mêmes et avoir déconnecté leur attention pour préserver l'intégrité de leur personnalité mal structurée. Ils sont "enveloppés en eux-mêmes" (dans leur propre substance corporelle). Certains d'entre eux suscitent des états d'extase dans lesquels "ils semblent se blottir avec délice".	16. Semblent s'être ouverts et éparpillés de tous côtés. Eux et les Objets extérieurs, perçus comme distincts, sont enveloppés les uns dans les autres.
	17. La mère et l'enfant ne se différencient l'un de l'autre que dans certains domaines isolés et parcellaires.	17. Du point de vue de l'enfant, La mère semble s'être fermée. Cela peut provenir de: - Un retrait de l'enfant effrayé loin de la Mère. - Une mère réservée et repliée sur elle-même. - L'absence de la mère, physique ou mentale et un comportement qui n'est pas celui d'une personne vivante et sensible. En général, ces facteurs se combinent.	17. Du point de vue de l'enfant, La mère semble s'être trop ouverte. Cela peut provenir de: - La nature excessivement envahissante de l'enfant, due à une avidité et une envie très vive. - Une mère incohérente. - Une mère trop séductrice et complaisante. - Une mère qui ne constitue pas une image continue. - La combinaison des facteurs ci-dessus.
			18. Ces enfants ont atteint un certain degré d'intégration. Puis cette intégration se disloque et la personnalité semble se cliver en deux parties (ASR1). Il n'y a pas forcément de carapace. S'il n'y a pas de guérison, la personnalité s'effrite et se désintègre (ASR2).

## CARACTÈRES DIFFÉRENCIANT L'AUTISME INFANTILE PRÉCOCE DE LA SCHIZOPHRÉNIE DE L'ENFANT

AUTISME INFANTILE PRÉCOCE	SCHIZOPHRÉNIE DE L'ENFANT
1. Le retrait remonte à la petite enfance.	1. Des symptômes graves interviennent après une période de "normalité".
2. Il peut y avoir eu apparition précoce de crises de colère et de cris.	2. L'enfant pré-schizophrène est "très facile, s'éduque très vite, est propre très tôt, bref, c'est un bébé parfait" (Rimland, 1964, p.69. Il cite là de nombreux auteurs).
3. En très bonne santé depuis la naissance. Signes de progrès lorsqu'ils commencent à avoir les maladies infantiles courantes.	3. Santé souvent précaire, problèmes respiratoires, circulatoires, ou métaboliques fréquents.
4. Leur corps est raide, insensible. Ils restent raides lorsqu'on les porte.	4. Lorsqu'on les porte, ils se "coulent comme une matière plastique ou de la pâte". Mouvements des bras dans le vide, pour se cramponner aux gens. Enfouissement.

5. Evitement de toute forme de contact avec les autres.	5. Le contact est pathologiquement envahissant.
6. Le regard évite les autres.	6. Regard vague. Plutôt que de se poser sur les autres, leur regard semble les traverser.
7. "Inhibition" de la pensée.	7. "Confusion" de la pensée.
8. Pas d'activité fantasmatique.	8. Activité fantasmatique confuse et primitive.
9. Peuvent être mutiques ou écholaliques.	9. Langage mal articulé, confus ou prolixe.
10. Mouvements du corps agiles et gracieux, doigts lestes.	10. Mouvements du corps décousus, mal coordonnés et souvent maladroits.
11. Font tourner les Objets avec habileté.	11. Font tourner les Objets avec maladresse.
12. Manipulent les Objets avec dextérité.	12. Manipulent les Objets sans adresse.
13. Les doigts et les orteils peuvent manquer de sensibilité.	13. Les extrémités du corps manquent souvent de sensibilité.
14. "L'enfant autistique est... inorienté, détaché, paraît se désintéresser de tout ce qui se passe autour de lui. Plutôt retiré et abstrait de son environnement qu'en contact avec lui" (Rimland, 1964, p.74. je souligne).	14. "...L'enfant schizophrène paraît désorienté, confus et angoissé. Il se montre souvent très intéressé par son environnement. Il a conscience de sa confusion"(Rimland, 1964, p.74. je souligne).
15. Potentiel intellectuel bon ou élevé.	15. Potentiel intellectuel variable.
16. Capacité marquée à reconnaître les modèles et les formes.	16. Capacité variable à reconnaître les modèles et les formes.
17. Organes sensoriels hypersensibles.	
18. Le milieu familial est en général instruit et d'un haut niveau intellectuel.	18. Milieu familial beaucoup plus varié.
19. Très faible incidence de désordres mentaux dans la famille.	19. Grande incidence de désordres mentaux dans la famille.
20. Pas de conscience de la séparation physique, sauf pendant de courtes périodes.	20. Vague conscience de la séparation, en permanence. Sentiments confus.
21. Presque toujours fascinés par les objets mécaniques. Persévèrent dans l'utilisation des Objets autistiques.	21. Pas toujours fascinés par les objets mécaniques. Peuvent utiliser un Objet transitionnel et y rester très attachés, après avoir passé l'âge où les autres enfants l'abandonnent.
22. L'enfant peut diviser un Objet effrayant en plusieurs parties et le reconstituer: il lui semble alors plus docile, parce qu'il l'a fabriqué lui-même.	22. Ces enfants ont procédé à un clivage et une dispersion excessifs des parties de leur corps, pour qu'elles se fondent dans les autres personnes. Ils évitent ainsi d'avoir conscience de leur séparation corporelle.
23. Ces enfants ont choisi de se retirer.	23. Ces enfants sont dans la confusion.
24. Arrêt du développement.	24. Régression du développement.
25. Du point de vue de l'enfant, la mère semble s'être fermée à cause: - Du retrait de l'enfant loin d'elle, - de la réserve naturelle de la mère, - de la dépression ou de l'inquiétude de la mère.	25. Du point de vue de l'enfant, la mère semble être trop ouverte à cause: - De l'envahissement excessif de l'enfant, - de la confusion de la mère, - de l'attitude séductrice ou de la trop grande indulgence de la mère envers l'enfant.
26. Leur fonctionnement repose sur la dichotomie entre un Soi assemblé prématurément et l'Objet extérieur. Le Soi est le Moi. Le monde extérieur effrayant est le non-Moi. Le non-Moi est masqué, aussi n'y a-t-il aucune conscience du Soi (accès au dossier: " <a href="#">Ça, Moi, Surmoi</a> ").	26. Leur fonctionnement repose sur un clivage minutieux, proche de la fragmentation (accès au dossier: " <a href="#">mécanismes de défense</a> ").
27. Pour combattre l'expérience traumatisante de la séparation, des mécanismes d'enveloppement explosifs et envahissants ont persisté et sont devenus excessifs. Ils sont associés au "débordement" qu'Herman (1929), dans un article peu connu, décrit comme le précurseur de la projection.	27. Pour éviter de prendre conscience de la séparation physique, les mécanismes d'identification projective (décrits par <a href="#">Mélanie Klein</a> ) sont devenus excessifs (le Dr Herbert décrit ce processus dans son ouvrage, "Psychotic states" 1965, p.170-171).
28. Ces enfants sont enveloppés en eux-mêmes, c'est-à-dire qu'ils ont le délire d'être enveloppés dans leur substance corporelle et dans les Autres, qu'ils perçoivent comme un prolongement de leur propre corps.	28. mère et enfant sont "enveloppés" l'un dans l'autre. Par la suite, ces enfants se perdent dans la foule, si bien que leur propre identité devient incertaine. Ils deviennent ce qu'on appelle des personnalités "inadéquates".

## PSYCHOSE INFANTILE ET

# ORGANISATION PSYCHOTIQUE

## Classification des psychoses :

Psychoses précoces (comprenant: autisme et psychoses autistiques; psychoses à expression déficitaire; dysharmonies évolutives de structure psychotique).

Psychoses de la phase de latence.

Psychoses de l'adolescence (non traitées ici).

Psychoses de l'adulte (non traitées ici).

## PSYCHOSES PRECOCES

### Autisme et psychoses autistiques

#### L'autisme primaire :

Son mode de début est difficile à préciser, et variable selon les auteurs. Néanmoins ce seront toujours des perturbations pathologiques précoces, c'est à dire avant 1 an, bien que les manifestations ne se remarquent souvent que plus tard. On observe alors des dysharmonies majeures, avec décalage de plus en plus évident entre l'émergence des fonctions perceptivo-motrices et leur défaut d'investissement. C'est en fait le décalage entre ce que peut faire l'enfant et ce qu'il fait réellement. Les parents ne sont en général inquiets qu'à partir de la deuxième année ("[petite enfance](#)").

Au niveau clinique, nous notons :

- De 1 à 6 mois des difficultés dans l'ajustement postural comme par exemple l'absence de posture anticipatoire quand l'adulte tend les bras, l'absence de mimétisme affectif, l'inadéquation de la position du bébé quand il tète, liée à un manque d'expression de plaisir ou un regard vide.
- Après 6 mois, l'enfant est passif, indifférent aux stimulations maternelles ou aux bruits. Il n'y a pas de manifestation de plaisir ou de déplaisir, ou alors déplaisir intense et inconsolable.

A ces âges-là, plus la mère comprendra son bébé et sera proche de lui, plus les troubles du petit seront longtemps méconnus. Par contre une mère qui ne comprend pas son enfant en parle tôt et fait découvrir rapidement la maladie.

Notons que l'observation de ces troubles ne signifie pas forcément que l'enfant soit psychotique, ou autiste ("[autisme: définition, pathologie et soin](#)").

Il arrive que l'enfant acquière parallèlement la station assise, le contrôle sphinctérien, la marche, la préhension etc... au même moment que les autres; Seulement de sa part il y aura un manque d'intégration de ces fonctions.

Le tableau constitué révèle plusieurs particularités :

- Isolement: il est extrême. L'enfant reste immobile, ou déambule sans motif apparent. Il est indifférent aux sollicitations. Il ne considère pas les personnes, se laisse guider sans participer mais

refuse l'intrusion de tout contact. Ce repli est une défense contre l'angoisse occasionnée par la relation ("[angoisse](#)"). Quand l'angoisse est perçue, elle se manifeste par de l'agitation, des impulsions, de l'automutilation ou encore des stéréotypies, un blocage catatonique, en fait tout ce que peut faire l'enfant autiste quand il s'exprime. La communication avec l'autre est trop dangereuse et il existe réellement un refus intentionnel de communiquer ("[communication](#)"). Ces enfants investissent des Objets partiels ("[relation d'objet](#)"). Notons à ce propos que l'eau est un bon support de relation, ainsi que tout rituel. La façon dont l'enfant utilise la main de l'autre, un regard absent sont encore pour eux une manière de s'exprimer. Ils semblent ne pas entendre, de telle sorte qu'on peut évoquer (à tort) le diagnostic de surdité. La sensibilité à la douleur est perturbée.

- Troubles du langage : il peut y avoir soit une totale absence de langage, soit son apparition qui se fait en retard, mais n'a pas de valeur de communication: écholalie, babillements...
- Aménagement de l'espace : recherche de l'identique, besoin de maintenir des repères dont l'enfant vérifie la présence très régulièrement.
- Stéréotypies et sensations : gestes étranges, répétés et vides de sens, chargés de soulager l'enfant de son angoisse, comme par exemple remuer les doigts devant le visage, bouger les épaules, tourner sur soi, marcher sur la pointe des pieds, se balancer...
- Capacités perceptivo-motrices intactes : mémoire conservée, propreté, marche, nutrition, intelligence... Notons que dans l'autisme primaire, les enfants ne demandent pas à manger et se laissent gaver. Notons aussi que d'une manière générale les autistes sont excessivement intelligents.

Dans l'évolution, on distinguera l'autisme primaire (forme calme, traitée ci-dessus) de l'autisme secondaire (forme agitée) et des psychoses autistiques (psychose symbiotique et forme intermédiaire).

### L'autisme secondaire :

On observe chez les bébés des comportements normaux jusqu'à ce qu'un évènement traumatique survienne. Les parents se rendent alors brutalement compte que quelque chose ne va pas. Mais il semble que ces évènements déclenchants ne fassent que révéler ce qui ne se voyait pas. L'enfant devient alors instable, sans se permettre de répit, avec beaucoup d'agressivité (à l'inverse des autistes primaires), de stéréotypies, de tournoiements ("[agressivité](#)"). On peut voir qu'ici l'isolement se manifeste dans l'agitation, et l'enfermement dans le mouvement.

### Psychoses autistiques :

Nous distinguerons 2 formes : les psychoses symbiotiques et les formes intermédiaires.

1. Dans les psychoses symbiotiques, le premier développement est normal. Une désorganisation survient vers 2 ans à la suite d'un évènement minime vécu comme traumatisant. Ce pourra être une séparation maternelle temporaire, une hospitalisation, une douleur, une maladie etc... L'état psychique se transforme, l'enfant perd ce qu'il a acquis. Affectivement, on observe un désintérêt total, et un arrêt d'investissement dans le langage ("[langage et inconscient](#)"). L'enfant devient hypotonique, flasque. Pourtant, dès que la mère se sépare de lui, il ressent une angoisse intense et catastrophique. La présence de la mère a donc une action calmante. Par ailleurs, l'enfant tyrannise sa mère, et celle-ci lui sert d'Objet contra-phobique. Notons que dans le cas d'une psychose symbiotique, et dans la mesure où la présence de la mère le rassure, l'enfant pourra tirer parti des nouvelles expériences (à l'inverse, un enfant autiste ne tirera pas parti des expériences nouvelles).

2. Formes intermédiaires : on remarque dans le fonctionnement de ces enfants des positions autistiques et des positions symbiotiques. On peut donc dire qu'il y a deux polarités, à savoir une polarité autistique où l'isolement est une défense, et une polarité symbiotique où la communication provoque une telle panique que l'enfant se colle à la mère.

Aussi peut-on dire qu'une des évolutions favorables sera, pour l'enfant autiste, de devenir symbiotique.

## Notion thérapeutique

Savoir soi-même gérer l'angoisse que l'enfant provoque est thérapeutique car on lui communique le calme et la manière d'y parvenir. Dans l'isolement réussi, l'autre n'existe pas et l'enfant est rassuré, se sent sécurisé. Quand un autiste progresse dans la thérapie, il traverse des moments très durs (automutilations, agressivité...), et les fait traverser par sa famille, son entourage (accès à un témoignage sur la "[violence psychotique](#)").

## Psychoses à expression déficitaire

C'est l'intrication d'une relation psychotique et d'une symptomatologie déficitaire ("[déficit infantile](#)"). C'est en fait la conjugaison de symptômes rattachables à une déficience ou à un retard de développement de l'enfant, et de symptômes exprimant une 'façon d'être au monde', de réagir par le biais de comportements, d'attitudes ou de dires dont le caractère est psychotique ("[comparaison et distinction entre psychose, état-limite et névrose](#)").

Toutes les psychoses comportent, quand elles s'expriment, une réduction de l'efficacité dans les premières années de la vie. Le potentiel est intact mais ne sera pas utilisé, et le déficit deviendra arriération au fur et à mesure du développement ("[arriération](#)").

Mode de début : on note une dysharmonie dans le développement, avec par exemple un retard électif au niveau du langage, ou un retard homogène sans trouble de la relation. Le début des troubles est parfois rattaché à un épisode affectif ou organique, avec éventuellement une réelle atteinte nerveuse. Mais dans tous les cas, il s'agit d'enfants qui ne présentaient rien de pathologique auparavant, du moins rien qui ait été décelé.

Le tableau constitué révèle plusieurs particularités.

- Troubles de l'alimentation : ce sont des manifestations constantes avec refus total ou partiel de la nourriture, ou au contraire de la boulimie. On note des rituels d'alimentation de la part des parents pour stimuler l'enfant. L'anorexie semble être plus fréquente que la boulimie ("[conduites alimentaires](#)").
- Conduites sphinctériennes perturbées : l'acquisition de la propreté est retardée, avec énurésie, encoprésie, ou alors on observe un contrôle très précoce, qui a pour but principal de défendre l'enfant contre l'anxiété de se vider, de se morceler ("[conduites excrémentielles](#)").
- Anxiété (l'anxiété est un degré moins fort que l'angoisse) : on notera de l'agitation avec stéréotypies et rituels déclenchés par une situation donnée. Exemples de rituels: masturbations, balancements... L'anxiété, ou plus encore l'angoisse sont toujours présents.
- Troubles du langage : on observera tous les cas possibles, du simple retard à l'absence totale de langage, en passant par la dysphasie, la stéréotypie et le néologisme. Il pourra aussi y avoir la difficulté ou l'impossibilité à dire "Je", ou "Maman", ou encore l'inversion des pronoms... Notons encore le mutisme, et le langage personnel compris de la seule mère...
- Troubles psychomoteurs : ils sont très fréquents. On pourra avoir un retard temporo-spatial, ou perceptivo-moteur, traduisant une altération du schéma corporel. On pourra observer aussi une dyspraxie (maladresses continues). L'enfant s'interdit toute expérience nouvelle risquant de le dépersonnaliser. Le retard persiste très souvent tout au long du développement ("[conduites psychomotrices](#)").
- Troubles du comportement : ils se traduiront par de l'agitation, une instabilité importante et éventuellement un repli bref ou massif. Néanmoins ce repli sera moins important que dans l'autisme. On observera aussi des lubies, des bizarreries, de la colère, des actes pervers, des auto-mutilations réelles ou symboliques comme par exemple se taper la tête avec la main. Plus la communication est élaborée et plus les conduites auto-agressives diminuent. L'enfant a une incapacité à se différencier clairement dans la réalité. C'est quand il prend conscience de la séparation, de la différence, qu'il a des décharges de

violence. C'est souvent en détruisant que l'enfant peut investir la relation, en cassant ses jouets qu'il reconnaît leur existence propre, et la sienne par la même occasion: car malgré la destruction, il "*tient le coup*" et conserve sa permanence.

Evolution :

Chaque enfant est un cas particulier. Néanmoins on pourra distinguer 4 formes d'évolution.

1. Formes d'évolution progressive : le retard du début est imputé à une carence affective ou sensorielle. Les troubles psychotiques apparaissent tardivement. On parle alors de "*psychotisation d'un processus déficitaire de base*". Mais on pourra toujours se demander s'il s'agit en fait d'un enfant débile qui s'est psychotisé, ou alors si c'est une psychose déficitaire dont le caractère psychotique n'est apparu que tardivement. Autrefois ces enfants étaient nommés des "*arriérés*".

2. Formes très précoces : ces formes allient les deux tableaux déficitaire et psychotique.

3. Formes à versant psychotique : dans ces formes de psychose à expression déficitaire, le versant psychotique sera prévalent, et les déficits intellectuels seront imputables au déficit psychotique.

4. Débilité : certains enfants dépistés tardivement seront étiquetés "*débiles*" par manque de diagnostic.

### Dysharmonies évolutives de structure psychotique

Cela concerne les enfants qui ont entre deux et trois ans. On pourra néanmoins retrouver ces dysharmonies plus tard mais il faudra alors tenir compte de leur évolution. Notons que l'on parle de retard mental quand l'enfant peut rattraper ce retard, et de déficit quand il ne peut y avoir récupération. La dysharmonie s'appuie sur trois notions.

1. Un déficit intellectuel : cette déficience peut être accentuée par des troubles de la sphère instrumentale (langage, motricité), par des perturbations relationnelles, des inhibitions. Si on pratique des tests de niveau, on obtient ici des résultats discordants.

2. Des troubles de la personnalité : ce seront des troubles du type de la névrose ("[névrose: définition, pathologie et soin](#)"), ou de la pathologie du caractère, ou encore de type psychotique.

3. Une évolutivité : on parle de dysharmonie précoce avant 4 ans. On peut retrouver des éléments déficitaires, et la chronologie des acquisitions montre des ruptures, des arrêts de développement. Les perturbations relationnelles sont variables et toucheront la sphère de l'oralité ("[stade oral](#)"), se manifesteront au niveau du sommeil ("[sommeil](#)"), ou de la propreté. On pourra aussi observer de l'agressivité, de l'inhibition, de l'isolement, ou encore des phobies, des manifestations psychosomatiques ("[psychosomatique](#)")... Après 4 ans, on observera l'évolution soit sur un versant névrotique, soit sur un versant psychotique. Le versant névrotique sera caractérisé par une anxiété plus nuancée, avec des manifestations de type phobique, obsessionnelle ou hystérique. Il y aura une inhibition avec conduites d'échecs, et des échanges sado-masochistes vis à vis de l'entourage. Notons aussi de l'asthénie, et de l'apathie ("[névrose infantile](#)"). L'évolution de ces dysharmonies à noyau névrotique va vers une déficience intellectuelle et la disparition des troubles relationnels. Le tableau final sera celui du débile mental. Le versant psychotique sera caractérisé par un déficit intellectuel, et une anxiété envahissante, qui sous-tendent des phases d'agitation ou de retrait. Ce seront des enfants menacés fantasmatiquement, avec troubles importants du langage et de la motricité en lien avec le déficit et les troubles de la personnalité. L'enfant se repère mal et s'attache de façon contraignante à une personne ("[attachement](#)"). Ce sont des enfants qui passent par des phases de régression.

### PSYCHOSES DE LA PHASE DE LATENCE

La phase de latence concerne l'enfant entre 4 ans et la puberté ("[latence](#)"). Mais il faut bien noter que la phase de latence est un concept qui n'a pas de répercussion psychologique chez ces enfants. Il pourra s'agir soit de psychoses précoces qui continuent à évoluer, soit de psychoses qui se manifestent au-delà de 4 ans. Dans ce dernier cas, on notera une rupture de la courbe de développement de l'enfant, progressive ou brutale.

Néanmoins, comme on ne sait pas ce qui se passait avant, on peut penser que l'extériorisation de la psychose s'est faite tardivement, et qu'elle ne s'est alors révélée qu'à ce moment-là.

Ces enfants ont acquis le langage et ont été confrontés à un mode de vie familial et social assez développé. On pourra donc avoir toutes sortes d'éléments cliniques, comme par exemple des symptômes névrotiques, caractériels ou déficitaires.

Il n'en reste pas moins certains traits spécifiques à la psychose:

- Isolement et syndrome inhibition/dépression : cela pourra se traduire en cas d'autisme précoce, par de l'isolement dont l'évolution ira en augmentant. On pourra aussi avoir des perturbations du contact avec autrui, comprenant mutisme, phobies graves, conduites régressives (avoir peur de tout, adopter un comportement de bébé...), perte des modes usuels de communication, mise en évidence à l'école d'une mauvaise intégration groupale et scolaire. Il y aura alors peu d'intérêt pour le travail, un retrait ou de l'inhibition. L'apparence sera triste. Parfois l'échange avec les autres continuera mais avec toutefois une discordance dans les propos. Le refus observé à l'école se traduira à la maison par un refus de manger, de se laver... L'enfant s'enferme, ou erre dans l'espace. On pourra observer un retour à l'encopésie, ainsi que d'autres sortes de régressions. Notons aussi une perte majeure d'initiative, de l'inhibition, de l'apragmatisme... Ainsi que de la dépression ("[dépression: définition, pathologie et soin](#)"). Tout ce qui est nouveau provoque de l'angoisse ou de la tristesse.
- Instabilité et excitation psychiques : on notera une importante agitation hypomaniaque, avec difficultés de concentration, turbulence, incontinence émotionnelle, soliloques, manipulations incessantes d'objets... Mais les attitudes peuvent être élaborées, voire ludiques. On aura aussi de l'agressivité, de l'impulsivité, des colères et violences verbales ou gestuelles, des actes immotivés créés par le raptus anxieux (invasion de l'angoisse).
- Élaboration et expression fantasmatiques : ce sont des enfants qui rêvent, imaginent, pensent, mais on notera une certaine dépersonnalisation. Normalement, l'enfant sait, quand il joue, que c'est pour "*faire semblant*". Il prête aux choses une vie fantasmatique, et explique le monde naturellement, magiquement, avant de pouvoir passer à une explication scientifique. Chez les enfants qui ont une psychose de la phase de latence, on notera un décalage qui s'est opéré entre ce qu'il est "*normal*" de croire, et ce qu'il croit vraiment. On notera en particulier son adhésion à sa rêverie ("[rêve](#)"). Les troubles d'origine psychotique qui se manifesteront seront très difficiles à remarquer. L'enfant va subir de plus en plus son imaginaire, vécu comme réel, et qui prendra vite une tournure angoissante. Habituellement, l'enfant a besoin de jeux où il pourra exprimer sa toute-puissance, comme "*Zorro*" ou "*Spider man*". Mais il doit aussi les dépasser pour des jeux aux problématiques plus oedipiennes, comme la chasse au trésor, ou papa/maman ("[oedipe](#)"). L'enfant psychotique ne fera pas cette démarche. On notera aussi un état de confusion onirique, où l'enfant ne sait plus où il en est. Le délire ne se retrouve qu'exceptionnellement avant la puberté ("[délire](#)"). On observe par-contre des hallucinations (non structurées), des fixations imaginaires, des prononciations de mots en aparté... L'enfant semble lointain, perplexe, et tient des propos interrogatifs que les réponses ne satisfont pas. Dans les jeux, on aura beaucoup de fantasmes de morcellement, de destruction, avec une forte symbolique corporelle. Mais ce sera un jeu où l'autre n'a pas sa place. Idem pour les dessins.
- Anxiété et symptôme d'allure caractérielle et névrotique : rappelons que l'anxiété est une crainte névrotique, tandis que l'angoisse caractérise un ensemble de craintes et peurs plus archaïques, intenses et profondes. On note une certaine dépersonnalisation, accompagnée de phobies avec rituels de vérification. Ces phobies mettent l'entourage en état d'alerte, sans pouvoir contenir l'anxiété. Ceci caractérise la phobie ("[phobie](#)"), d'allure névrotique, mais profondément rattachée à la psychose (un enfant qui a des obsessions d'origine névrotique est seul à souffrir, et ça ne contamine pas l'entourage). Plusieurs éléments feront penser à la psychose. Ces symptômes pourront être les phobies scolaires, les phobies de l'empoisonnement, les tics, la coprolalie, les obsessions au niveau des idées, les phénomènes de ritualisation, la conversion hystérique, le passage à l'acte ("[passage à l'acte](#)"), la violence sans

culpabilité ni demande de réparation, un aspect figé, des expressions discordantes par rapport aux affects exprimés...

- Troubles du langage : ce seront soit des troubles anciens dus à une psychose précoce, l'enfant grandissant avec ce retard, soit une psychose déclenchée à la phase de latence. C'est alors le cas de l'enfant qui devient mutique (mutisme secondaire), de façon totale ou partielle. Ce mutisme peut alterner avec d'autres symptômes comme l'anorexie, l'agitation, l'agressivité... L'enfant pourra continuer à faire de nouvelles acquisitions, avec une activité intellectuelle conservée. On pourra observer des phénomènes de régression du langage, de déformation des mots, d'altération de la syntaxe...
- Troubles psychomoteurs : ces troubles comprennent l'écho-praxie (gestes en mimique), les troubles de la mimique, la non-reconnaissance dans le miroir, les gestes précieux et maniérés. Il y aura aussi des troubles à type d'inhibition, comme ces enfants qu'on trouve gauches, maladroits alors que certains gestes sont très précis. On pourra aussi avoir des troubles psychomoteurs sur un secteur particulier (pieds, mains...): ces troubles renvoient à un schéma corporel perturbé ("[schéma corporel](#)"). Les troubles psychomoteurs peuvent être durables et entraîner des altérations plus profondes, faisant penser à un déficit instrumental de base.
- Manifestations de la série déficitaire : en fait tout ce qui se rapporte à de l'inhibition intellectuelle, à un trouble de la compréhension...

---

# NÉVROSE INFANTILE ET ORGANISATION NÉVROTIQUE

## INTRODUCTION

Il faut bien noter l'extrême plasticité des symptômes de l'enfant, plasticité due au remaniement constant de la croissance. La pathologie névrotique présente donc chez lui des aspects parcellaires et variables, rendant floues les limites entre "*normalité*" (inhérent à l'évolution habituelle vers une sexualité adulte) et "*anormalité*" (notion de souffrance importante, et cristallisation du comportement).

A ce propos, il est intéressant de distinguer 4 degrés dans l'approche conceptuelle des névroses infantiles, et allant du moins au plus pathologique.

1. Immixtion dans le développement : ce sont des carences à un âge où le Moi n'est pas assez développé, mais créant des situations de nature à empêcher son développement harmonieux. Ces carences laissent parfois des points de fixation faisant craindre de futurs conflits névrotiques.

2. Conflits de développement : inévitables, ces conflits peuvent ne laisser aucune trace ou alors s'inscrire de manière pathologique en prémices d'une névrose constituée.

3. Conflit névrotique : c'est un conflit interne entre le Ça, le Moi et le Surmoi ("[ca-moi-surmoi](#)"). Le développement psychologique ne le fera pas disparaître.

4. Névrose de l'enfant : c'est une tentative psychique pour faire entrer dans une seule structure tous les conflits névrotiques précédents.

Si l'accession à une forme d'organisation névrotique est inévitable dans le développement de l'enfant -on parle alors de "*névrose infantile*"-, certaines structures inhibent complètement et empêchent l'évolution psychique -on parlera cette fois de "*névrose de l'enfant*"- ("[pathologie psychique](#)").

La névrose proprement dite est due à l'impact de processus psychotiques précoces. Le symptôme névrotique a valeur de symbole et de compromis. Avant la période de latence, on parle de conflictualisation pré-génitale (pré-névrose ou pré-psychose). Chez l'adolescent, l'après-coup et la ré-élaboration fantasmatique permettent souvent la remise en place d'une organisation névrotique plus (ou mieux) adaptée ("[adolescence](#)").

## PSYCHOPATHOLOGIE DES CONDUITES NÉVROTIQUES

La "*névrose infantile*" est une reconstruction théorique adaptée à l'enfant d'une structure théorisée chez l'adulte ("[névrose: définition, pathologie et soin](#)"). La névrose de l'enfant est-elle identique à celle de l'adulte? Il est difficile de distinguer les différentes névrozes chez les enfants mais néanmoins on remarquera des conduites pathologiques variables en fonction de la croissance et des interactions avec l'environnement ("[conduites pathologiques](#)"). Il faudra veiller à ne pas se servir des reconstructions de Freud sur la névrose infantile, qui est un modèle méta-psychologique, un modèle qui explique la névrose de l'adulte mais qui n'est pas une réalité clinique que l'on peut observer chez l'enfant ("[Freud](#)").

On pourra aborder le sujet de deux manières: soit par la conduite pathologique (à travers les symptômes), soit par l'organisation psychique (à travers la structure sous-jacente). La façon dont l'enfant exprime sa souffrance interne est très différente de celle de l'adulte. Les plaintes sont souvent centrées sur le corps, et sa souffrance s'exprimera par un comportement "*gênant*" ou bien silencieux.

Mais à la base de toute conduite névrotique il y a d'abord l'angoisse.

### Angoisse et anxiété :

L'anxiété se définit comme une affect pénible avec attente d'un événement imprévu vécu comme désagréable. L'angoisse est une peur sans objet souvent accompagnée de manifestations somatiques. La peur est liée à un objet ou à une situation précise qui a déjà été vécue, de façon réelle ou imaginaire. La conduite pathologique sera, pour l'enfant, une manière de lui éviter cette angoisse. Quand la tension est menaçante, l'angoisse se déclenche et les manifestations cliniques en sont variables. L'angoisse survient quand l'équipement maturatif est défaillant ou inexpérimenté ("[angoisse](#)").

- Manifestations préverbales (du nourrisson) : l'angoisse se manifeste par des cris et de grandes décharges motrices, par des caprices, des refus, de l'hostilité envers la mère... Mais pour remarquer l'angoisse, il faut que l'adulte la perçoive, et cela dépend donc de ses capacités. On observera certaines fois des convulsions. L'angoisse en face du visage étranger est une réaction normale plus ou moins marquée et évocatrice, mais si son absence totale peut révéler l'autisme ("[autisme](#)"), son excès pourra aussi bien évoquer une psychose symbiotique ("[psychose infantile](#)"). On verra dans ce cas des yeux hagards, une hypertonie avec agitation des membres inférieurs, des cris stridents... Noter aussi les conduites somatiques.

L'évolution de cet état dépend beaucoup de l'entourage. La compréhension du père, les liens du couple sont ici très importants.

Les angoisses d'endormissement traduisent la sensibilité de l'enfant à la présence ou à l'absence de sa mère ("[sommeil](#)").

- Manifestations post-verbales : l'enfant vit avec un sentiment d'appréhension qui se manifeste par une vague inquiétude sur sa santé. Il y aura des épisodes d'angoisse aiguë déclenchés par des événements extérieurs (changement d'entourage, de classe, déménagement...). Plus l'enfant est jeune, et plus l'aspect psychosomatique sera important (vomissements, céphalées, mal de ventre...). Seule la présence d'un parent pourra calmer l'enfant dans ces moments de crise.

Plus tard, vers 11 ou 12 ans l'enfant extériorise son angoisse non pas en parlant mais en agissant (colère, fugue...). Il n'y a pas extériorisation de l'affect par la parole et devant de telles manifestations l'adulte devient anxieux, créant une spirale relationnelle angoissante. Il faut au contraire contenir l'angoisse pour calmer l'enfant, voire pratiquer une contention physique ferme et bienveillante en limitant sa destructivité. On notera aussi des manifestations hypocondriaques, fréquentes et normales chez tout jeune enfant. Plus il grandit et moins il exprimera par le corps son angoisse. S'il continue néanmoins à le faire (expression de l'angoisse à travers des symptômes de fatigue, douleurs...) cela signifie très souvent qu'il y a un contexte somatique dans la famille, comme par exemple une attitude hypocondriaque des parents, de la mère ("[hypocondrie](#)"), ou un aspect culturel particulier transmis de manière privilégiée ("[ethnopsychiatrie](#)").

L'angoisse est soit une réponse (en tant que signal d'un danger), soit une donnée constitutive de l'émergence de l'individu. Tout enfant ne devient autonome que dans le conflit. Mélanie Klein envisage le conflit dès la naissance entre le désir de vivre et le désir de mourir ("[Mélanie Klein](#)").

### Conduites phobiques :

La phobie est une crainte non justifiée d'un objet ou d'une situation dont la seule confrontation est pour le sujet source d'une réaction intense d'angoisse. Il tend à utiliser alors une stratégie défensive qui peut être la conduite d'évitement, l'utilisation d'un objet contra-phobique, la technique de la fuite en avant...

Il est parfois difficile de distinguer la peur de la phobie. Vers 8 ans apparaît la peur de la mort, avec des craintes hypocondriaques. La réponse de l'entourage jouera un rôle déterminant, amenant l'enfant à dépasser sa peur. Autrement, la phobie s'installe avec envahissement du Moi par une peur irraisonnée capable d'entraver ses possibilités d'évolution.

D'une manière générale, quand il y a eu mentalisation, la peur devient phobie. Chez l'enfant, la peur signifie l'existence d'un sentiment d'individualité.

Il y a deux types de phobies :

1. Phobies archaïques pré-génitales, avant 2 ou 3 ans. Ce sont les angoisses les plus fréquentes, avec peur du visage étranger, témoignant de la reconnaissance du visage de la mère et de la perception du manque, peur du noir... Il n'y a que la présence de la mère qui puisse rassurer l'enfant car il n'y a pas encore accès à la mentalisation. C'est aussitôt la détresse, sans contre-investissement, amenant néanmoins des bénéfices secondaires. Ce type de phobies est retrouvé chez les psychotiques;

2. Phobies de la période oedipienne, de 2 ou 3 ans à 6 ou 7 ans. A partir de la résolution (plus ou moins efficace) du conflit oedipien ("[complexe d'Oedipe](#)"), un travail psychique a eu lieu, avec élaboration symbolique. La nature des situations phobiques en sera plus vaste. On observera plusieurs thèmes possibles, comme les animaux (souris, loups, araignées...), les éléments naturels (éclair, orages...), les paysages urbains (grues, portes cochères...), les personnages (barbus...), les personnages mythiques (fantômes, vampires...), les situations (le noir, le vide, la solitude, l'enfermement...), les maladies, précurseurs obsessionnels (saleté, microbes...), le scolaire... etc. On notera aussi la présence de bénéfices secondaires amenés par ces phobies.

L'évolution va en général vers une atténuation aux alentours de 7 ou 8 ans, ou même vers leur disparition complète. Parfois certaines phobies se manifestent jusqu'à l'adolescence et au delà. Quand elles se fixent on peut dire que l'entourage y est pour quelque chose, soit par une compréhension excessive du trouble de la part des parents, soit par l'adoption de leur part de phobies.

Cas du petit Hans : cet enfant a peur de sortir dans la rue de crainte d'être mordu par un cheval. L'analyse révèle qu'il s'agit d'un déplacement du père au cheval, de la crainte qu'il ressent. L'enfant a peur d'être

mordu, déplacement de la peur d'être puni par le père pour avoir des désirs envers sa mère. Il a recours au déplacement symbolique qui lui apporte des bénéfices secondaires comme par exemple rester à la maison près de la mère, susciter l'attention bienveillante et protectrice du père... Ceci permet aussi de lutter efficacement contre l'angoisse, et les possibilités de maturation et d'évolution ne sont pas entravées.

Le cas du petit Hans est à la fois un exemple de névrose de l'enfant, l'exemple classique de la névrose infantile et le prototype du développement normal de l'enfant: cela souligne toute la difficulté à définir la pathologie chez l'enfant. Le terme même de "*névrose infantile*" reste donc très ambigu...

### Conduites obsessionnelles :

L'obsession est une idée qui assiège le patient, en l'occurrence l'enfant, avec un sentiment de malaise anxieux dont il ne peut se défaire. L'enfant aura deux façons de réagir, soit par le rituel qui est une compulsion à agir contre laquelle le sujet lutte avec angoisse (c'est la "*conduite agie*"), soit par la mentalisation sous forme de pensée ou d'idée obsédante. Notons que l'enfant présentera plus souvent des rituels que des idées obsédantes. Les parents sont souvent eux-mêmes obsessionnels ("[névrose obsessionnelle](#)").

- Le rituel. C'est un sentiment de contrainte qui est précédé d'une lutte anxieuse. L'enfant se sentira obligé de faire quelque chose en sachant que c'est idiot, inutile. On observera plus souvent le rituel, et plus rarement les idées obsédantes qui n'apparaîtront que vers 12 ans. Mais les rituels sont aussi des conduites banales qui doivent disparaître vers 7 ou 8 ans. Notons enfin qu'après la phobie l'enfant pourra se fixer sur la ritualisation pour neutraliser l'angoisse.

- Les idées obsédantes. Elles sont très difficiles à repérer chez les enfants. L'obsession peut rester très secrète et les symptômes ne sont pas gênants dans la vie quotidienne. Il faut qu'il y ait rupture de l'équilibre pour que l'angoisse apparaisse et que les parents soient alertés. Néanmoins on rencontrera les pensées obsédantes plus souvent dans la pré-adolescence et à l'adolescence. Le plus souvent elles se présentent comme un sur-investissement obsessionnel de la pensée avec doute portant sur la religion, l'existentialisme... Ce sont des questions auxquelles les adultes ne peuvent répondre.

Le premier stade des conduites obsessionnelles arrive au cours de la phase anale avec l'accession à la propreté ("[stade anal](#)"). L'attitude de l'entourage peut être source de fixation. En arrivant à la phase oedipienne certaines ritualisations peuvent servir à maîtriser l'angoisse, avec par exemple les rites de se faire border, raconter une histoire... Ce sont des conduites banales à cet âge là. Les tics peuvent être associés à des symptômes obsessionnels. Freud pensait que la névrose obsessionnelle vient du fait que la maturité du Moi est en avance sur les besoins pulsionnels que le Moi réproouve, ce qui explique les mécanismes de contrôle, d'isolation ou d'annulation rétro-active ("[mécanismes de défense](#)").

La période de latence est à ce niveau une phase caractéristique puisqu'il y a une poussée du Moi alors que les besoins pulsionnels sont plus discrets. C'est l'époque des collections, des rangements, du sens de la propreté ou au contraire du fouillis, du refus de se laver ("[latence](#)"). Ces traits n'entravent en rien la maturation de l'individu mais il peut y avoir néanmoins la greffe d'une fonction névrotique (sa fixation), ou l'utilisation de ces conduites obsessionnelles dans l'ultime ressource de cohérence de l'individu. Sa personnalité pourra à tout moment voler en éclats et seuls ces mécanismes de défense l'empêcheront de tomber dans la psychose ("[psychose état-limite névrose](#)").

### Conduites hystériques :

Les symptômes des conduites hystériques se rencontrent rarement chez l'enfant de moins de 10 ans. Il n'y a pas jusqu'à 14 ans de prévalence de sexe. La fréquence augmente, et cette fois surtout chez la fille, à partir de 14 ou 15 ans. Chez l'adolescent, la symptomatologie hystérique est proche de celle de l'adulte ("[hystérie](#)").

Il convient de distinguer de l'hystérie les symptômes suivants :

- La simulation. C'est par exemple quand l'enfant fausse le thermomètre pour éviter d'aller à l'école, ou quand il simule consciemment une faiblesse ou augmente une douleur pour obtenir un bénéfice immédiat et évident. Il est parfois difficile de distinguer l'hystérie car il peut aussi y avoir apport de bénéfices secondaires.
- La mythomanie. Une fille par exemple pourra se plaindre d'avoir subi des sévices. C'est un phénomène transitoire qui permet à l'enfant de dire ses pulsions tout en apportant (ou demandant la confirmation de -) la négation de l'inceste.

Les manifestations de l'hystérie pourront présenter parfois des phases aiguës. On verra ainsi des crises de tétanie, des fugues, du somnambulisme, une amnésie d'identité, un dédoublement de la personnalité... Tous ces symptômes sont dits hystériques par comparaison à la symptomatologie adulte mais ils n'en demeurent que très souvent anodins en ce qui concerne l'enfant. Notons que les symptômes hystériques de conversion sont rares chez l'enfant et atteignent, quand ils existent, l'appareil locomoteur ou les appareils sensoriels (mutisme, cécité...). La personnalité hystérique infantile majorera le besoin d'être vu, d'être aimé, et amplifiera l'égoïsme... Ce sont des comportements néanmoins habituels chez tout enfant.

Au niveau psychopathologique on pourra dire que c'est en quelque sorte l'inverse de l'obsession. Les pulsions libidinales seront trop intenses face à un Moi incapable de faire face. Le corps est alors saturé d'élan libidinal. On remarquera souvent une attention accrue de la mère sur son enfant, et là est le principal bénéfice secondaire, sinon le seul.

### Inhibition :

C'est un symptôme très courant, principalement au niveau scolaire et qui s'exprimera socialement ou mentalement.

- Inhibition des conduites externes, socialisées. Cela concerne 3 types d'enfants. Ainsi il pourra s'agir d'un enfant calme, soumis, trop sage mais qui gardera néanmoins un contact avec ses camarades dans le jeu. Ou bien l'enfant est isolé, ne joue pas, reste chez lui où il se montre autoritaire et dominateur. Enfin ce pourra être un enfant mutique dans et hors famille. L'inhibition touchera alors l'aspect corporel et sera souvent confondue avec la timidité. Le corps sera peu mobile, peu actif avec des mimiques pauvres et des maladresses gestuelles.

- Inhibition des conduites mentalisées. Au niveau fantasmatique on notera une inhibition à rêver, à imaginer, pouvant aller jusqu'à la "niaiserie" névrotique. L'enfant joue peu, ou joue à des jeux très conformistes, recopie des dessins, les rature beaucoup. L'écriture est tremblante, les activités sont répétitives. Au niveau intellectuel on observera aussi de l'inhibition. Ce sera souvent la gêne à l'école qui fera consulter les parents. Les enfants sont alors en retrait, avec une pseudo débilité névrotique. Ils paraissent limités dans leurs capacités à penser. L'enfant craint d'être interrogé et panique jusqu'à avoir un trouble scolaire. Le niveau intellectuel est correct. L'échec arrive alors souvent dans les classes secondaires.

L'inhibition est l'expression d'une limitation fonctionnelle du Moi dans le but d'éviter un conflit avec le Ça. Cela permet d'éviter, au moyen d'un compromis, la confrontation avec les pulsions libidinales, vécues comme angoissantes. L'inhibition est un refoulement massif pour protéger le Moi trop fragile ("[conscient et inconscient](#)").

## LA NÉVROSE DE L'ENFANT

Pour qu'il y ait névrose il faut qu'il y ait un ensemble de symptômes variables se maintenant dans un cadre de développement satisfaisant. La névrose caractérisée se constitue en deux temps, avec premièrement des manifestations névrotiques variées à la période oedipienne, et deuxièmement éclosion de la névrose au cours de la puberté. Durant la latence, on observera des manifestations du caractère, de l'inhibition...

## Période œdipienne (5/7 ans) :

La névrose se manifeste par une symptomatologie phobique bruyante avec troubles du sommeil, difficultés alimentaires, grande instabilité, et parfois apparition de rituels. Ce qui est important c'est de savoir si le développement de ces troubles permettra le développement de la maturité, car un retour au pré-génital est toujours possible. Dans la phobie en particulier on observe une régression avec quelques traits obsessionnels.

## Période de latence :

On pourra trouver deux types d'organisations, présentant soit un repli pulsionnel avec inhibition intellectuelle et trouble discret du comportement, soit des conduites obsessionnelles avec symptômes obsessionnels francs et rigides. Il faudra toujours se poser la question d'une organisation psychotique sous-jacente.

La névrose se différencie de la psychose sur ces trois notions :

1. il y a la conscience de la morbidité des troubles,
2. il n'y a pas la perte du sens de la réalité,
3. il n'y a pas de confusion entre réalité extérieure et réalité intérieure.

Comme nous l'avons vu, chez l'enfant la névrose aura un aspect différent de chez l'adulte, et sa symptomatologie évoluera en fonction du niveau de maturation, suivra en quelque sorte le réaménagement pulsionnel à chaque stade. Pour étudier la névrose de l'enfant il faut donc prendre un abord évolutif, et non pas structurel. Attention à ne pas confondre "*névrose infantile*", organisatrice de la personnalité (c'est le conflit central lié au problème oedipien et structurant l'individu) et "*névrose de l'enfant*", qui est véritablement la pathologie.

L'évolution des symptômes se fera en suivant l'enfant durant un certain temps. On notera les caractères cliniques comme l'intensité, la fréquence et la persistance des troubles, et les critères dynamiques (ou son évolutivité) comme l'aptitude ou non à progresser, les anomalies du développement, les types d'angoisse traversés... Il faut bien avoir à l'esprit que la névrose de l'enfant est une affection psychogène où les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire même récente du sujet. Cela constitue un compromis entre le désir et sa défense ("[formation psychologie](#)").

## Psychodynamique

Les troubles de la dimension temporelle sont à comprendre comme étant un refus d'en savoir quelque chose au niveau des origines. Dans le "*je ne sais pas*" scolaire du névrosé enfant, traduisant son inhibition intellectuelle, on peut entendre "*je ne sais rien du sexe*", et aussi "*je ne sais rien, car j'ai tellement envie de savoir par rapport au sexe que je ne perds pas de temps à savoir autre chose*". La névrose, c'est se situer dans le désir de l'autre. On a tous eu une période d'hallucination précoce. Halluciner permet d'attendre la mère. On a tous halluciné le sein, et quand on est adulte on hallucine les gens qu'on a perdus. Or, le premier objet perdu fut bien le sein.

- L'angoisse par rapport au Surmoi structure la névrose obsessionnelle.
- L'angoisse de perte de l'amour de l'objet structure l'hystérie.
- L'angoisse de castration structure la névrose phobique.

On parle parce qu'on a eu plaisir à le faire. Ce qu'il y a de fondamental dans le processus humain, c'est qu'un jour il y a eu plaisir à faire. Dans la thérapie il faudra continuellement travailler avec ce "*plaisir à faire*". La thérapie est finie quand les symptômes ont disparu, quand un jeu répétitif s'installe.

---

## ÉTAT LIMITE CHEZ L'ENFANT

### Pathologies frontières :

#### Pré-psychose

On nomme ainsi une pathologie plus grave qu'une névrose, et moins grave qu'une psychose ("[psychose état-limite névrose](#)"). L'incertitude réside dans l'évolution. Il y a une certaine correspondance avec les états limites chez l'adulte. Au niveau clinique, on observera des troubles du comportement, des troubles d'évolution, des problèmes somatiques... On trouvera notamment une multiplicité et une variabilité des symptômes. Les tics seront remplacés par des terreurs nocturnes, puis des phobies. L'enfant passe d'un symptôme à l'autre, mais reste néanmoins très en contact avec la réalité. Le rapport à l'Autre est très particulier: l'enfant investit la relation pleinement, et avec agressivité. On le verra aussi parfois soumis à l'adulte, en présentant une apparence de "*niaiserie*". Le "faux self" est souvent évoqué (le "self" est une notion introduite par Winnicott. le "faux self" traduit un manque de spontanéité, une dissociation entre d'une part la pulsion, et d'autre part l'ensemble "*pensée/comportement*").

L'évolution pourra se faire vers une organisation psychotique ("[organisation psychotique](#)") qui se développera en fin de période de latence ("[latence](#)"), ou une organisation pseudo-déficitaire, ou alors vers un déficit dans un secteur particulier ("[déficit infantile](#)"). L'évolution pourra être de type caractériel avec adaptation de surface fragile et grande rigidité des fonctions mentales. On pourra enfin observer une évolution dysharmonique.

#### Pathologie caractérielle

C'est un trouble du caractère et du comportement. Les enfants sont instables, agressifs ("[agressivité](#)"), émotifs, anxieux, impulsifs, renfermés ou excités, opposants... On notera l'importance des pulsions agressives extériorisées ou non, avec absence apparente de souffrance. Il existe souvent dans l'entourage familial une carence affective, ou une déviance, ou encore une déficience sociale.

### Organisations psychopathiques et perverses :

Des enfants psychopathes: le terme paraît moralisateur et choque presque autant que d'anciennes étiquettes normatives et fatalistes comme "*caractériel*" ou "*pervers*". Certains enfants et certains pré-adolescents utilisent sans culpabilité ni conflit intra-psychique l'agir comme mode exclusif d'expression de pulsions archaïques ("[pulsions](#)") et ne peuvent établir de relations stables avec l'autre.

Ces trois points (primat de l'agir, absence de conflit, incapacité au transfert) définissent non seulement un comportement mais aussi une organisation spécifique qui est inscrite très tôt.

Elle peut dans certaines conditions favorables de milieu ne jamais se révéler par un comportement franchement antisocial.

## Primat de l'agir

De telles organisations semblent fonctionner selon deux modes absolument différents. Tant qu'il n'y a pas d'émergence pulsionnelle ou d'interdit extérieur ce comportement apparaît relativement adapté à la réalité et au groupe social, quelquefois sur-adapté chez un enfant agréable, séducteur souvent aimable et aimé. Puis brusquement se produit entre la pulsion et l'acte un court-circuit qui met hors-jeu tout processus d'attente, de détour, de mentalisation aussi bien pendant l'émergence qu'après elle.

## Identification et transfert

De tels enfants font naître chez l'autre une curieuse ambivalence. L'adulte se laisse capter, émouvoir et manipuler tout autant que les autres enfants des groupes auxquels ils appartiennent et qu'ils font exploser (ils jouent les éminences grises, moralisent et pervertissent, induisent des "acting" chez les autres ou bien ils sont des leaders craints et adulés, capricieux, changeant de favoris, le tout dans une coloration très homosexuelle). Un tel contre-transfert ("[contre-transfert](#)") et la difficulté que l'on peut avoir à s'identifier à de tels enfants montrent bien combien ceux-ci ont eux-mêmes de grandes difficultés d'identification. Ils ont en effet à la fois une avidité affective énorme, mais brisent toute relation dès que celle-ci risque d'être prolongée d'où l'impossibilité d'un transfert authentique dans une analyse s'il n'existe pas de noyau névrotique. D'importantes fixations orales ambivalentes ("[stade oral](#)") sont donc à l'œuvre avec leur double versant d'avidité et de sadisme et avec même quelque fois le goût pour les médicaments et le versant toxicomane qui apparaîtra à l'adolescence ("[adolescence](#)").

## Angoisse et défenses

Il n'y a pas de culpabilité ni d'angoisse élaborée vraiment intégrée, même si elle est mimée de façon souvent convaincante ("[angoisse](#)"). L'acte semble même avoir pour fonction d'éviter l'émergence de l'angoisse dont on peut deviner qu'elle serait peut-être destructrice. On évoque souvent la relation de la psychopathie avec la psychose. Il ne semble pas qu'il y ait en fait risque de morcellement (l'objet, bien qu'on désire le détruire, reste entier) mais bien plus de perte de l'objet qui est désinvesti par avance (pour éviter sans doute d'être désinvesti par lui: "*je veux te faire ce que j'ai terriblement peur que tu me fasses*"). Le point commun que l'on pourrait trouver avec la psychose serait donc l'utilisation de l'identification projective Kleinienne ("[Mélanie Klein](#)").

Même si elle ne va pas jusqu'à l'invasion de l'autre, la projection est en tout cas toujours à l'œuvre de deux façons: projection de l'idéal du Moi de toute puissance sur l'autre, toute puissance niée immédiatement et attribution à l'autre de sa propre agressivité persécutoire. L'autre seul est méchant, et lui en veut. Mais cette projection est seulement vécue, agit sur un mode différent du mode psychotique, sans création ni représentation d'une néo-réalité. Le fantasme se trouve ainsi décapité de son élément représentatif habituel (*mais est-ce un fantasme?*) et transposé dans l'agir. C'est l'acte qui tient lieu de fantasme. Tout le système défensif semble donc constitué pour éviter l'angoisse et pour maintenir et justifier le sentiment persécutoire, bien plus que pour obtenir une hétéro punition justifiant la culpabilité.

## Métapsychologie

Sur le plan topique ("[les deux topiques](#)"), l'absence de Surmoi génital et intériorisé est frappante. C'est le parent, la société qui constituent des béquilles pseudo Surmoïques parce que toujours extérieures. Le conflit lui-même n'est jamais entre deux instances intériorisées, il ne peut naître qu'entre le Ça et la réalité, conflit 'équilibré' car aucun des deux n'est annihilé par l'autre. On est dans le domaine du narcissisme et du masochisme primaire malgré l'apparente maturation du Moi ("[ça moi surmoi](#)"). L'utilisation de l'agir semble avoir pour but de dénier avec un succès momentané une carence narcissique, en fait très précoce (c'est dans ce mécanisme du déni que l'on peut voir le lien avec les organisations perverses). On peut alors se demander ce qui sépare ces organisations des organisations psychosomatiques où la carence est du même ordre. On pourrait répondre qu'il s'agit d'une différence

purement économique. Le nourrisson futur psychopathe investirait sur un mode primaire et aussi défensif la motricité plutôt que d'autres fonctions corporelles ou le corps entier. L'absence d'évolution de ces organisations, la répétition monotone des "*acting*" permet de voir à l'œuvre de la façon la plus pure le processus primaire, le principe de constance (chaque acte a pour but de ramener par la voie la plus directe l'excitation au point zéro) et la compulsion de répétition ainsi que l'instinct de mort en deçà de toute économie libidinale (Freud: "*au-delà du principe de plaisir*").

### Perversions infantiles

On sait que Freud ("[Freud](#)") a provoqué un scandale, aujourd'hui désamorcé, en traitant l'enfant de "*pervers polymorphe*". Il entendait par là d'une part que la sexualité infantile normale s'exerce sous les multiples aspects des pulsions partielles et n'est pas soumise au primat de l'amour génital (sexualité polymorphe), d'autre part que cet exercice s'opère sans culpabilité (l'absence de souffrance névrotique signe la structure perverse qui par là est bien le négatif de la névrose). Plutôt que de faire le catalogue des diverses activités perverses de l'enfant rappelons quelques rapports entre certaines de ces activités et des moments du développement (et des [mécanismes spécifiques de défense](#)): l'objet transitionnel décrit par Winnicott est le prototype du fétiche ("[Winnicott](#)"). A la phase sadique anale apparaissent l'ambivalence, le masochisme moral ou secondaire, le sadisme libidinalisé ("[stade anal](#)"). Le déni de la castration féminine entraîne travestissement, homosexualité, voyeurisme, exhibitionnisme... etc. Ce déni (tout comme les diverses activités perverses évoquées) appartient au développement normal de la phase phallique ("[stade phallique](#)"). Remarquons que la plupart de ces comportements pervers sont bipolaires ou plutôt ont deux faces complémentaires et indissociables.

### Etats limites :

Ou "*organisations indifférenciées de type anaclitique*". Ce que l'on considérera plus tard chez l'adulte dans un diagnostic rétrospectif comme des états limites ("[état-limite adulte](#)") constitue un groupe "*muet*" apparemment normal chez l'enfant. En effet même si le premier traumatisme est survenu, il s'agit d'un traumatisme purement économique non figurable, non représentable, non fantasmatisable (même s'il correspond chez l'autre à une "*scène riche de contenu*"). Son impact crée, comme l'a noté Bergeret, une pseudo latence qui chez l'enfant ne se distingue pas phénoménologiquement de la normalité ou d'une précocité banale. Nous croyons pourtant à l'existence chez l'enfant d'états limites dont nous donnerons une définition très restrictive. Nous avons exclu en effet de ce groupe non seulement les entités cliniques qu'une analyse structurale plus précise permet de ranger soit parmi les psychoses, soit parmi les névroses, mais aussi les organisations psychosomatiques caractérielles et perverses qui nous semblent constituer chez l'enfant bien plus que des remaniements d'un tronc commun: des structures différentes inscrites très tôt dans le narcissisme primaire (la faille correspond à un traumatisme très précoce). Plutôt que d'états limites nous préférons parler d'organisations indifférenciées de type anaclitique. L'unité de groupe ne siège pas au niveau de la nosographie clinique très hétérogène, mais de l'existence constante d'une faille du narcissisme secondaire. Il est difficile de savoir si cette faille correspond à un traumatisme réel, mais le système défensif qui est constitué pour combler la faille permet souvent d'en supposer l'existence. Sur le plan clinique on note deux types de troubles très différents, avec d'une part les arriérations affectives et d'autre part les dysharmonies fixées apparemment non évolutives.

### Arriérations affectives

Elles présentent des états de dépendance à l'égard de l'entourage (enfants qui ont à peine dépassé le stade de la symbiose), que l'on peut considérer comme des dys-maturations ou des a-maturations qui ne se sont structurées ni sur le mode psychotique ni sur le mode névrotique. Il faut bien entendu ne pas trop étendre ce cadre nosologique qui pourrait être commode pour éviter une analyse structurale précise dans certains cas. Mais la réalité clinique nous en apparaît incontestable. Il s'agit en effet d'enfants intelligents sans troubles du contact, sans inhibition mais dont l'affectivité et la dépendance évoquent celles d'un enfant de moins de deux ans.

## Dysharmonies fixées non évolutives

Le secteur oblitéré où s'inscrit la faille peut être soit l'intelligence et la connaissance, soit les fonctions instrumentales (certaines dyslexies), soit le corps et la psychomotricité (dyspraxies, certaines instabilités qui sont une lutte constante contre la dépression). Rien au premier examen ne permet le plus souvent de rattacher ces troubles à une carence narcissique. Mais c'est l'échec bien particulier des tentatives de rééducation instrumentale (orthophonie, rééducation psychomotrice) qui peut y faire penser. De plus le trouble instrumental n'est pas lié à une inhibition compréhensible et analysable, il n'a pas de sens pour l'enfant, il ne s'inscrit pas dans un conflit, il existe comme un simple trouble économique.

On pourrait intégrer dans ce groupe des dysharmonies fixées certains cas de "*sottises*" ou de "*niaiseries*" dans le comportement d'enfants potentiellement intelligents mais qui souffrent d'une telle inhibition non névrotique. Il semble donc exister cliniquement un tronc commun indifférencié chez l'enfant. C'est l'action sur ce tronc commun d'un traumatisme qui peut provoquer des remaniements importants, de nouvelles structurations aussi bien sur un mode névrotique que sur un mode psychotique d'éclatement du Moi. Mais le plus souvent ce type d'organisation anaclitique n'aborde pas l'Oedipe ("[complexe d'Oedipe](#)") et traverse sans encombre la phase de latence et la puberté, manifestant dans l'enfance une solidité singulière.

## Métapsychologie

L'angoisse dépressive est toujours sous jacente, poussant à la fois à un travail constant d'auto régulation narcissique et de dépendance, d'appui (étymologie d'anaclitique) sur l'objet. Il s'agit d'un diagnostic structural difficile, souvent diagnostic d'évolution, ou plutôt de non évolution. On y fait référence en même temps à la deuxième topique Freudienne (pour la partie saine du Moi) et à la topique du narcissisme. Une description dynamique en est difficile: la dimension du conflit est en effet souvent quasi absente, et l'on peut repérer seulement le travail continué effectué pour combler ou plutôt circonscrire la faille narcissique, en faire une "*vacuole*". Il semble donc que là, plus qu'ailleurs, c'est une description purement économique qui permet de rendre compte du cas: les investissements sont hétérogènes, en mosaïque ou en deux secteurs et la libido qui les maintient est à la fois narcissique et pulsionnelle (tantôt fusionnée, tantôt non).

Cet enfant dépend de ses objets auxquels il s'identifie de façon encore primaire, très centripète, sur un mode d'incorporation sans pouvoir les intégrer comme des objets Oedipiens ("[relation d'objet](#)"). C'est dans de telles structures que la faille narcissique impose la projection d'un Idéal du Moi archaïque et mégalomane dont la traduction clinique sera soit le "*transfert idéalisant*" sur des parents transfigurés, soit la constitution d'un Soi grandiose et d'un transfert en miroir.

# DÉPRESSION INFANTILE

La dépression chez l'enfant est une souffrance fréquente, bien que souvent masquée par des troubles du comportement. Elle est donc relativement méconnue, et peu d'études lui ont été consacrées.

## Abord théorique et psychopathogénique :

- La position dépressive théorisée par Mélanie KLEIN ("[Mélanie Klein](#)") se situe entre 6 mois et 2 ans, ce qui correspond à la perception de l'Objet total. Jusque là l'enfant était protégé par le clivage

("mécanismes de défense"). Désormais il perçoit la globalité de l'Objet. Il cachera sa dépression derrière des tendances agressives.

- D'après Spitz ("Spitz"): la dépression est consécutive à un événement extérieur, et vient donc en réaction à une séparation ou à un traumatisme. Il relève l'importance des pulsions agressives avec possibilité d'expression et d'élaboration ("[pulsions](#)"), et la présence d'une notion de perte, de séparation.

## Étude clinique :

La sémiologie est variée, avec troubles de l'humeur, auto-dépréciation, comportement agressif, troubles du sommeil ("[sommeil](#)"), modification des performances scolaires, changement d'attitude à l'école, diminution de la socialisation, plaintes somatiques, perte de l'énergie habituelle, modification de l'appétit ou du poids... etc.

L'étude de la dépression chez l'enfant pourra se faire en fonction des symptômes ou en fonction de l'âge:

- En fonction des symptômes.

- On observera des symptômes directement liés à la dépression, comme l'isolement, l'inhibition motrice, la tristesse, l'ennui, l'indifférence, une dévalorisation qui s'exprime par des phrases stéréotypées ("*je ne sais pas*"... "*je n'y arriverai pas*"), un ralentissement psychique, des signes physiques comme de l'anorexie ("[conduites alimentaires](#)"), des insomnies...

- On pourra aussi noter des symptômes rattachés à la souffrance dépressive, avec par exemple une grande passivité, de la soumission, un échec scolaire, de la négligence corporelle, la tendance à perdre ses affaires, de la culpabilité, des conduites pathologiques ("[conduites pathologiques](#)"): auto-agressivité, tentatives de suicide ("[tentatives de suicide](#)")....

- Certains symptômes surviennent en défense contre la dépression: cela pourra se voir par de la turbulence, une instabilité motrice ou psychologique, des protestations, des revendications, des manifestations agressives, des conduites délinquantes...

- Enfin des équivalences psychosomatiques pourront aussi apparaître, comme de l'énurésie, de l'asthme, de l'eczéma, une prise de poids importante, de l'anorexie...

- En fonction de l'âge.

- De la naissance à 2 ans, la dépression est devenue rare: on observe le petit enfant prostré, abattu, le regard éteint, qui s'isole et reste indifférent à l'entourage ("[stade oral](#)"). Le bébé n'a pas les manifestations d'éveil et de jeu propres à son âge. Il présente des mouvements de balancement, d'auto-stimulation. Les grandes acquisitions psychomotrices sont retardées, ainsi que plus tard l'acquisition du langage ("[langage et communication](#)"). Au long terme, on note une atténuation des symptômes mais la personnalité s'élaborera avec des troubles déficitaires et une évolution dysharmonique ("[déficit infantile](#)"). On observera aussi de l'anorexie, des troubles du sommeil...

- Entre 2 ans et 6 ans, l'enfant a déjà la parole. Les manifestations s'en trouveront plus variées. Si on observe encore des symptômes dépressifs, on aura aussi des attitudes de lutte, avec perturbation du comportement à type d'agitation, d'agressivité ("[agressivité](#)"), d'auto-stimulation prolongée, de masturbation. Il y aura alternance de quête affective et d'attitudes de refus, de colère. Apparition des troubles de l'acquisition sociale, grande difficulté à s'autonomiser, somnolence diurne, trouble du sommeil ou de l'appétit, énurésie... L'enfant est très sensible aux séparations. Sans traitement, l'évolution va vers l'échec de la socialisation.

- Pour l'enfant plus grand, entre 6 ans et 13 ans, on distinguera encore mieux les deux pôles de la symptomatologie avec d'une part les symptômes directement liés à la dépression (auto-dépréciation, souffrance morale...) et d'autre part ceux liés à la protestation et à la lutte (troubles du comportement, colère, vols, mensonges...). L'évolution se fera vers des difficultés comportementales, ou psychosomatiques ("[psychosomatique](#)").

## Contexte étiopathologique :

On note une grande fréquence de perte dans l'histoire de l'enfant dépressif, soit réelle et prolongée (décès, séparation) d'autant plus traumatisante que l'enfant est dans une phase critique entre 6 mois et 4 ans, soit temporaire mais avec une angoisse qui persiste ("[angoisse](#)"), soit encore purement fantasmatique. On note aussi la fréquence d'un milieu familial perturbé, avec antécédent de dépression chez les parents ("[dépression de l'adulte](#)"). Se transmet alors une frustration affective à laquelle réagit l'enfant par une dépression. La carence affective est présente chez la mère. Il pourra y avoir une sévérité éducative excessive de la part des parents.

### Organisation maniaco dépressive de l'enfant :

Le symptôme essentiel est une alternance rapide et brutale d'états affectifs extrêmes et opposés. Dans les antécédents familiaux on note des carences affectives massives et des ruptures répétées. L'évolution ira plutôt vers une psychose dissociative, ou parfois vers une organisation psychopathique ("[état-limite chez l'enfant](#)").

### Organisations dépressives :

Les organisations dépressives n'occupent pas, tout au moins sur le plan phénoménologique, la même place éminente et centrale chez l'enfant que chez l'adulte. Chez l'enfant c'est en fait la structure déficitaire qui est un véritable carrefour. Certaines études récentes ont montré combien les déficits fixés sont le résultat cicatriciel d'un jeu dynamique entre psychose et névrose ("[psychose état-limite névrose](#)"). Cela pourrait conduire à des hypothèses nosologiques concernant les déficits fixés: les considérer comme des organisations dépressives ou même comme l'homologue chez l'enfant des états limites étudiés chez l'adulte.

- Comme similitude on peut rapprocher le jeu entre névrose et psychose au tronc commun indifférencié. De plus on retrouve le même type de relation d'objet basé sur l'anaclitisme ("[relation d'objet](#)").

- Comme différence l'organisation déficitaire est un point d'arrivée, la fin cicatricielle et amputante d'un long processus (et non point de départ, une a-structuration susceptible de multiples devenir).

Elle a un caractère le plus souvent définitif. Sa décompensation éventuelle ne s'effectue d'ailleurs généralement que sur le mode psychotique ("[psychose: définition, pathologie et traitement](#)"). De plus l'angoisse dépressive apparaît peu cliniquement chez les débiles. A moins qu'on ne considère que l'organisation déficitaire a pour fonction de contre investir massivement l'angoisse dépressive, non pas seulement en la refoulant mais en la déniait, en la rendant nulle et non avenue.

### Dépressions avérées (ou syndromes dépressifs pouvant évoquer la psychose chez l'enfant).

Les dépressions de style mélancolique sont très rares chez l'enfant ("[mélancolie](#)"). Il y a bien-sûr l'hospitalisme et les dépressions anaclitiques décrites par Spitz chez le très jeune enfant ("[hospitalisme](#)"). D'après C. Chiland ces dépressions anaclitiques se prolongeraient chez le jeune enfant et l'écolier par des états dépressifs chroniques et d'importantes inhibitions. D'autre part certaines affections psychosomatiques gravissimes au niveau du tube digestif (perforation, rectocolite ulcéro hémorragique) pourraient être rattachées à l'incorporation d'un mauvais objet interne persécuteur. Mais l'affect dépressif en est absent ainsi que la culpabilité, la douleur morale. Cet affect dépressif existe pourtant dans une autre lignée, celle des troubles du caractère ou de l'humeur où il se résume en un sentiment assez peu exprimé de non-valeur de soi, en une absence de self-estime. En revanche certains comportements suicidaires graves, certains accidents à répétition survenant chez l'enfant très jeune peuvent être considérés comme des équivalents mélancoliques. De même certains troubles du caractère et du comportement, comme l'agitation incoercible, l'instabilité grave, l'excitation et l'exaltation de l'humeur peuvent être considérés comme des défenses maniaques. On peut les observer soit dans la petite

enfance, soit au moment de la pré-adolescence et de l'adolescence ( "[petite enfance](#)" et "[adolescence](#)"). Male a bien montré au cours des changements fréquents d'objet de cette époque qu'il y a un refus d'attachement ("[attachement](#)") et un mode de défense contre les fantasmes intériorisés par l'oscillation entre deux réalités (interne, externe).

### Métapsychologie.

Tous ces troubles que nous venons d'énumérer surviennent dans un psychisme qui en fait n'a pas toujours constitué un objet total par réunion des deux objets partiels clivés en bon et mauvais (M. Klein). C'est dire que la frontière entre structure mélancolique pure et structure dépressive est difficile à repérer chez l'enfant. Ces organisations souffrent toutes d'une faille narcissique avec une traduction dans et par le corps beaucoup plus multiforme que dans la mélancolie. Dans les cas typiques il y a à la fois déception par l'objet, retrait de la libido sur le Soi mais aussi incorporation de cet objet. Comme l'a noté Ajuriaguerra, la dépression chez l'enfant prend très souvent une allure réactionnelle trompeuse (après deuil, séparation, mise à l'école... etc.). Cette dépression réactionnelle est trompeuse parce qu'elle renvoie en fait à une perte d'objet bien antérieure. Le mécanisme essentiel est un double retournement des pulsions (retournement de l'objet vers soi et de l'amour en haine), et la dé-liaison (c'est dire l'importance de l'agressivité).

### Affect dépressif.

Remarquons tout d'abord que la dépendance et l'anaclitisme sont normaux chez l'enfant pour des raisons naturelles mais aussi culturelles. Les parents comblent le plus souvent leurs enfants non seulement en fonction des besoins et des demandes de l'enfant mais aussi dans un but réparateur pour éviter chez lui l'apparition de la dépression (et ce de façon très projective, pour réparer chez un autre le mal qu'ils ont cru lui faire et leur propre manque narcissique). Il suffit de voir aussi combien des parents peuvent se sentir gênés devant leur enfant dès qu'il s'agit du problème de la mort. Mais cette angoisse de mort refoulée et déniée renvoie en fait, comme l'a noté Freud ("[Freud](#)") à l'angoisse de castration des parents et des enfants. L'affect dépressif a donc sa place, même masquée, dans la névrose infantile ("[névrose infantile](#)"), qu'elle disparaisse comme elle le fait normalement ou qu'elle se structure au moment de la latence ("[latence](#)"). L'affect dépressif semble en fait avoir deux rôles chez l'enfant névrosé. On le considère en effet soit comme le résultat ou le témoin du travail d'élaboration de l'angoisse phallique et de l'angoisse de castration ("[stade phallique](#)"), soit comme le signe de l'échec de cette élaboration. On assiste à un début de dé-liaison et à un début d'affaiblissement des images objectales, c'est en particulier le cas où le refoulement secondaire des représentations échoue chez l'hystérique ("[hystérie](#)").

### Abord thérapeutique :

En prévention, il faut aider les parents à éviter les ruptures. L'approche thérapeutique concernera l'enfant et l'environnement ("[thérapie enfant](#)"). Ce pourra être une approche relationnelle, ou médicamenteuse si la relation est impossible (par exemple par antidépresseurs tricycliques. Le Lithium donne peu de résultats).

Dans le traitement incluant la mère et l'enfant, proposer les psychodrames, l'analyse ("[psychanalyse](#)"), la thérapie familiale ("[thérapie familiale](#)")...

L'intervention doit essayer de restaurer le lien défaillant entre la mère et son enfant. Si la famille est absente, il faudra instaurer un nouveau nid familial.

---

## DÉFICIT INFANTILE ou

# L'ÉTAT DÉFICITAIRE CHEZ L'ENFANT

- L'état déficitaire est un symptôme.
- Il s'agit d'un déficit intellectuel entraînant un déficit des acquisitions, allant du seul retard scolaire au manque total d'autonomie.
- Les états déficitaires sont toujours associés à des troubles relationnels et affectifs importants, et souvent à des troubles du développement psychomoteur.

## Étiologie

- Étiologie biologique

Dans la pratique, on ne connaît que très rarement l'origine et la cause mais on peut néanmoins récapituler théoriquement: avant la naissance, on aura des anomalies intra-utérines comme la toxoplasmose, la rubéole... ou des anomalies d'origine génétique. En néo-natal, on pourra avoir un accouchement qui se passe mal, ou une naissance prématurée. En post-natal, il s'agira alors de maladies infectieuses, ou de maladies convulsivantes.

- Étiologie psychogénétique

Il y a altération de la relation Mère/Enfant très tôt dans leur histoire. La mère a dans la tête l'image d'un enfant "cassé" ( "[grossesse](#)" et "[stade oral](#)"). Le père n'a plus sa place face à cet enfant qui aura tout le temps besoin d'une présence et d'une protection maternelles. Psychogénétique et biologique sont très intriquées. On parle à ce niveau de spirale transactionnelle: une petite altération du départ entraîne une mauvaise réponse de la mère, augmentant l'altération chez le bébé.

- Facteur socioculturel

Dans les milieux très défavorisés on trouve une proportion un peu plus importante de débiles moyens et légers.

On distingue 4 catégories d'états déficitaires :

1. les débiles légers,
2. les débiles moyens,
3. les débiles profonds,
4. et les arriérés.

Les débiles légers et moyens se trouvent en I.M.P. et ne fréquentent que rarement le secteur psychiatrique.

Le psychotique déficitaire est perturbé au niveau de la relation et de la personnalité, ce qui fait qu'il n'investira pas certaines acquisitions bien qu'il laisse toujours l'impression d'en être capable (le chapitre des "*psychoses à expression déficitaire*" dans le dossier "[psychose infantile](#)").

D'autres enfants, par défaut d'acquisition, peuvent emprunter des comportements psychotiques ("[psychose: définition, pathologie et soin](#)").

## Place du soignant

- Travail avec la famille. Il y a toujours une souffrance énorme de la famille, ou de l'un de ses membres et un travail est à faire par des entretiens ("[entretien infirmier](#)"), l'organisation de la vie de l'enfant ou en étayant la mère.

- Lieu de vie. Va arriver un moment où le déficient sera placé en institution. La formation psychiatrique des soignants va permettre de travailler au niveau institutionnel, de donner un sens à ce qui se passe. La place de l'[infirmier de secteur psychiatrique](#) n'est pas seulement dans une structure de soin mais aussi dans le lieu de vie, où un "*portage psychique*" peut être fait au quotidien.

- Soin psychiatrique ("[soin psychiatrique](#)"). C'est une mise en situation, hors du contexte quotidien et d'apprentissage, dans un lieu donné et un espace donné, qui permet de travailler sur la relation et la vie mentale de l'enfant, et leur donner un sens.

Idéalement, ces trois niveaux (famille, lieu de vie, soin) devraient être bien différenciés, chacun d'entre eux pouvant alors prendre la relève en cas de défaillance. Dans la réalité il est souvent difficile de les reconnaître.

**FIN**