

NEVROSES ET PSYCHOSES

<u>1- LA NOTION DE STRUCTURE.....</u>	2
<u>2- LA NEVROSE.....</u>	3
2.1. DEFINITIONS	3
2.2. LES SIGNES CLINIQUES DE LA NEVROSE	4
2.3. LE DIAGNOSTIC DE LA NEVROSE	5
2.4. GENESE ET EVOLUTION DE LA STRUCTURE NEVROTIQUE.....	6
2.5. LES PRINCIPAUX MECANISMES DE DEFENSE DE LA NEVROSE.....	6
2.5.1. LE REFOULEMENT.....	7
2.5.2. LE DEPLACEMENT	7
2.5.3. LA CONDENSATION.....	7
2.5.4. LA CONVERSION.....	7
2.5.5. L'EXTERIORISATION	7
2.5.6. L'ISOLATION.....	7
2.5.7. L'ANNULATION.....	7
2.5.8. LA FORMATION REACTIONNELLE	8
<u>3- LES DIFFERENTS TYPES DE NEVROSES.....</u>	8
3.1. LA NEVROSE HYSTERIQUE (NH)	9
3.2. LA NEVROSE PHOBIQUE (NP)	10
3.3. LA NEVROSE OBSESSIONNELLE (NO).....	11
<u>4- AUTRES TROUBLES NEVROTQUES</u>	12
4.1. L'HYPOCONDRIE	12
4.2. LA DEPERSONNALISATION	12
4.3. INHIBITION NEVROTIQUE	12
4.4. PSYCHASTHENIE ET NEURASTHENIE.....	12
4.5. ETATS SITUATIONNELS ET REACTIONNELS D'EXPRESSION NEVROTIQUE.....	12
4.6. TROUBLES NEVROTQUES CHEZ L'ENFANT	12
<u>5- LA PSYCHOSE.....</u>	13
5.1. DEFINITION ET CLASSIFICATIONS	13
5.2. GENESE ET EVOLUTION DE LA STRUCTURE PSYCHOTIQUE.....	13
5.3. LES PRINCIPAUX MECANISMES DE DEFENSE DE LA PSYCHOSE	13
5.3.1. LE DENI.....	13
5.3.2. L'IDENTIFICATION PROJECTIVE	13
5.3.3. LE CLIVAGE.....	14
5.3.4. LE DEDOUBLEMENT DU MOI.....	14
<u>6- LES DIFFERENTES PSYCHOSES</u>	14
6.1. LES PSYCHOSES AIGUËS.....	14

6.1.1. PSYCHOSES DELIRANTES AIGÜES OU BOUFFEES DELIRANTES.....	14
6.1.2. LES PSYCHOSES PUERPERALES	15
6.2. PSYCHOSES CHRONIQUES	15
6.2.1. LA SCHIZOPHRENIE (S).....	15
6.2.2. LES FORMES CLINIQUES DE LA SCHIZOPHRENIE	16
6.2.2.1. LA SCHIZOPHRENIE SIMPLE	16
6.2.2.2. L'HEBEPHRENIE	16
6.2.2.3. L'HEBEPHRENIE CATATONIQUE.....	16
6.2.2.4. LA S PARANOÏDE	16
6.2.2.5. L'HEBEDOÏDOPHRENIE	16
6.2.2.6. LES FORMES FRONTIERES DE LA SCHIZOPHRENIE.....	16
6.2.2.6.1. SCHIZOPHRENIE PSEUDO-NEVROTIQUE	16
6.2.2.6.2. LES PSYCHOSES SCHIZO-AFFECTIVES OU SCHIZOPHRENIES DYSTHYMIQUES.....	16
6.2.3. PSYCHOSES DELIRANTES CHRONIQUES	16
6.2.3.1. LES DELIRES CHRONIQUES SYSTEMATISES OU DELIRES PARANOÏAQUES OU PARANOÏA ...	17
6.2.3.2. LES DIFFERENTS TYPES DE DELIRES PARANOÏAQUES.....	17
6.2.3.2.1. LE DELIRE D'INTERPRETATION.....	17
6.2.3.2.2. LE DELIRE DE RELATION OU DELIRE DE REFERENCE	17
6.2.3.2.3. LES DELIRES PASSIONNELS (EROTOMANIAQUE ET DE JALOUSIE)	17
6.2.2.3. LES PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES	18
6.2.2.4. LES PARAPHRENIES	18
6.2.4. LES PSYCHOSES AFFECTIVES.....	19
6.2.4.1. LA PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVE (PMD)	19
6.2.4. TROUBLES PSYCHOTIQUES SECONDAIRES A DES AFFECTIONS ORGANIQUES	19
BIBLIOGRAPHIE	20

NEVROSES ET PSYCHOSES

1- LA NOTION DE STRUCTURE

Pour Bergeret (1986), « les deux termes de **névrose** ou de **psychose** s'emploient également de façon habituelle pour désigner une **maladie**, c'est à dire l'état de décompensation visible auquel est arrivée une structure par la suite d'une inadaptation de l'organisation profonde et fixe du sujet à des circonstances nouvelles, intérieures, devenues plus puissantes que les moyens de défense dont il dispose ». Si le diagnostic est posé correctement en tenant compte des signes cliniques (symptomatologie) et des données économiques profondes, l'emploi des termes névrose ou psychose est légitime dans la mesure où il se réfère à la structure authentique du patient.

Pourquoi parler de structure ? Freud dans ses *Nouvelles Conférences sur la Psychanalyse* (1933) explique que si nous laissons tomber sur le sol un bloc de cristal, il se brise mais pas de façon quelconque ; les cassures bien qu'invisibles extérieurement jusque-là sont déjà déterminées de façon originale et immuable par le mode de structure préalable du cristal. Il en serait de même pour la structure psychique. Peu à peu, à partir de la naissance (et sans doute avant), en fonction de l'hérédité mais surtout du mode de relation aux parents dès les tout premiers moments de la vie, des frustrations, des traumatismes et des conflits rencontrés, en fonction aussi des mécanismes de défense, le psychisme individuel s'organise, se cristallise, tout comme le cristal minéral, avec des lignes de clivage ne pouvant plus varier par la suite. On aboutirait ainsi à une véritable structure stable dont les deux modèles sont représentés par la structure névrotique et la structure psychotique. Tant qu'un sujet répondant à l'une ou

l'autre structure n'est pas soumis à de trop fortes épreuves intérieures ou extérieures, à des traumatismes affectifs, à des frustrations ou des conflits trop intenses. Il ne sera pas « malade » pour autant. Le « cristal » tiendra bon. Si à la suite d'un événement quelconque, le « cristal vient à se briser, le sujet de structure névrotique développera une névrose et le sujet de structure psychotique une psychose. Un sujet névrotique correctement traité et soigné se retrouvera en bonne santé en tant que structure névrotique compensée. Un sujet psychotique se retrouvera en tant que structure psychotique compensée.

La stabilité des structures implique une impossibilité de passer de la structure névrotique à la structure psychotique à partir du moment où le Moi est organisé dans un sens ou dans l'autre. Dans la structure névrotique, l'élément immuable demeure l'organisation du Moi autour du génital et de l'Œdipe. Le conflit se situe entre le Moi et les pulsions, le mécanisme de défense du refoulement domine ; la libido objectale se trouve en cause et le processus secondaire conserve un rôle efficace respectant la réalité. Dans la structure psychotique, au contraire, le déni porte sur toute une partie de la réalité, c'est la libido narcissique qui domine, le processus primaire l'emporte avec son caractère impérieux, immédiat, automatique. L'objet est fortement investi (fusionnel) et il apparaît tout un éventail de mécanismes de défense archaïques coûteux pour le Moi.

En psychopathologie, il n'existe pas que la structure névrotique et psychotique. Une autre organisation est décrite comme occupant une place intermédiaire entre la structure névrotique et psychotique, il s'agit de **l'organisation état-limite**. La position intermédiaire veut dire ici situation nosologique proche de l'une ou des deux autres structures tout en demeurant spécifique. Elle se présente comme une organisation plus fragile que les deux autres structures et non comme fixe et irréversible. N'étant pas figée et non réellement structurée, elle peut se cristalliser définitivement dans l'un des cadres voisins et plus solides constitués par la lignée névrotique ou par la lignée psychotique. Ce qui domine dans l'organisation état-limite, c'est l'Idéal du Moi, un choix d'objet anaclitique, l'existence d'un type libidinal narcissique sans Surmoi complètement constitué, où l'essentiel du conflit post-oedipien ne se situe pas dans une opposition entre le Moi et le Surmoi.

2- LA NEVROSE

2.1. Définitions

est une maladie de la personnalité caractérisée par des conflits intra-psychiques qui transforme la relation du sujet à son environnement social en développant des symptômes spécifiques en lien avec les manifestations de son angoisse (Ménéchal, 1999).

Cette définition met l'accent sur 4 éléments centraux qui se retrouvent dans toutes les névroses : 1) la notion de *maladie de la personnalité* qui est en fait un trouble psychique moins grave que la psychose. Les troubles psychiques du névrosé sont subjectifs. 2) La dimension du *conflit intérieur* caractérise le fonctionnement psychique du névrosé. Ce conflit intérieur¹ caractérise le fonctionnement psychique du névrosé du névrosé. Enfin, la spécificité du symptôme mis en avant par le névrosé répond à une angoisse particulière. Le champ de gravité des névroses se définit de façon différentielle par rapport aux autres champs de la psychopathologie à la fois par le degré de gravité, par l'organisation interne à laquelle elle conduit pour le sujet névrosé et par la relation que celui-ci entretient avec l'environnement. La névrose dénote la présence d'une situation permanente de conflit s'opposant à l'équilibre du sujet et source de souffrance. Elle témoigne d'une solution pour faire face aux difficultés que rencontre le sujet dans sa relation au monde extérieur. Ses effets se traduisent par 3) *des symptômes* qui sont des traits d'union entre le sujet et le monde, en relation ambivalente avec 4) *l'angoisse*.

¹ conflit pathologique et chronique, partiellement lié à l'état d'environnement.

Concernant la définition de la névrose, la publication du Manuel Diagnostique et Statistique de Troubles Mentaux (DSM, version IV actuellement) a marqué une nette rupture avec les classifications issues de la psychopathologie psychanalytique. Elle se centre sur des points de vue thérapeutiques et pathogéniques nouvelles en rattachant phobies et obsessions aux troubles anxieux. Ce qui est important ici, c'est la disparition de termes comme *maladie* ou *réaction* qui sont remplacés par *désordre* et *trouble*.

Classification freudienne (Fénel, 1945)		Classification du DSM	
Névroses actuelles en rapport avec un événement contemporain	Névroses de transfert en rapport avec les défenses contre l'angoisse	Troubles anxieux (états névrotiques anxieux ou phobiques) qui comprennent :	Troubles somatoformes qui comprennent :
N. post-traumatique N. liées aux difficultés sexuelles • N. d'angoisse • Neurasthénie • Hypochondrie	N. Hystérique ou hystérie de conversion N. phobique ou hystérie d'angoisse N. Obsessionnelle	Troubles paniques avec ou sans agoraphobie Agoraphobie sans trouble panique Phobie sociale Troubles obsessionnels compulsifs Etat de stress post-traumatique Anxiété généralisée Troubles anxieux non spécifiés	Peur d'une dysmorphie corporelle Trouble de conversion ou N. hystérique de type conversif Hypocondrie ou N. hypocondriaque Somatisation Troubles somatoformes : douloureux, indifférenciés, non spécifiés

Ces définitions relatives aux névroses sont actuellement descriptives et symptomatiques. Seront dits névrotiques les troubles qui, sans étiologie organique décelable sont ressentis par le sujet comme indésirables et étrangers à lui-même, sans qu'il y ait perturbation sérieuse ou durable du sens de la réalité ou du sentiment de l'identité.

2.2. Les signes cliniques de la névrose

La proximité de la névrose et de la normalité rend difficile une systématisation de ses signes cliniques. Six éléments sont toutefois présents dans chaque tableau névrotique :

- 1) des difficultés relationnelles : le motif de la consultation du névrosé peut être une plainte contre sa hiérarchie professionnelle, problèmes familiaux, de couple, de relations à ses enfants, à ses amis ou aux autres. Maltraité, incompris, brimé, intimidé, inhibé, ..., le névrosé témoigne d'une vive sensibilité à la relation aux autres dont il ne peut admettre les inévitables variations. Cette sensibilité en fait un être difficile à vivre, ce qui tend à objectiver des propres sentiments. Il est en conflit avec son environnement qui le perçoit « caractériel », d'humeur instable et intolérant. Ses traits de caractère sont dissimulés derrière une couverture sociale protectrice : son humeur agressive est transformée en provocation, en séduction, en causticité ou en ironie. Il peut aussi choisir l'indifférence, le retrait ou l'indécision. Il peut manifester des attitudes de rivalité : goût pour la compétitivité professionnelle valorisée socialement, jalousie pathologique, ... Il peut aussi vivre sur le mode du retrait de la compétition, avec l'asthénie comme symptôme. Constamment fatigué, le névrosé se trouve cette excuse pour gérer son rapport problématique aux autres.
- 2) la survenue inopinée de moments d'angoisse : Elle se manifeste comme un état affectif marqué par un sentiment d'insécurité et une extrême sensibilité à l'environnement de traduisant par un état émotionnel d'intensité variable, dépendant des caractéristiques propres de chaque individu. Elle se traduit par une triple composante (Besanson, 1993) :
 - a) une composante émotionnelle, corporelle : le corps réagit face à une situation anxiogène qu'elle soit mentalisée ou extériorisée - troubles neuro-végétatifs par exemple (tachycardie, sueurs, rougissement, tremblements, ...)
 - b) une composante cognitive (ce qui est pensé) : les ruminations, les pensées parasites, les scénarios catastrophes (cela va être catastrophique, je vais devenir fou, je vais mourir, ...).

- c) Une composante comportementale (comment le sujet réagit face à ces situations) : inhibition de l'action, fuite, évitement, recherche de réassurance, obsessionnalisation de rituels de répétition et de vérification.
- 3) le développement de symptômes particuliers : certains névrosés développent des symptômes témoignant d'une tension s'exerçant prioritairement entre les processus de pensée et le monde environnant qui aboutit à la mise en retrait apparente du corps. Les symptômes rendent compte soit d'un surinvestissement du monde extérieur sur le processus autonome de pensée (pensées extérieures, obsédantes par exemple) soit d'une tentative pour échapper à l'emprise de l'environnement sur leurs pensées (rituels) –cf *névrose obsessionnelle*. D'autres mettent l'accent sur un accordage problématique entre leur vécu corporel et l'environnement avec un désinvestissement corrélatif du processus de pensée. Les symptômes témoignent de l'envahissement de l'extérieur sur le corps propre du sujet ou d'une forte mise en avant du corps dans le contact avec le monde extérieur –cf. *névrose hystérique*. D'autres encore reportent sur le monde extérieur des difficultés interne corps-psychisme désignant dans les objets de ce monde par exemple, la nature de leur angoisse – cf. *névrose phobique*. D'autres enfin, privilégieront des symptômes témoignant d'une régulation plus difficile au plan interne entre corps et psychisme, au terme de laquelle le monde extérieur est disqualifié dans son rôle de soutien. L'angoisse prévaut ici donnant sa fonction principale à la névrose cf. *névrose d'angoisse*.
- 4) un sentiment subjectif de mal être : qui met le névrosé en décalage par rapport à certaines situations sociales et qui le conduit parfois à des attitudes interprétatives par rapport au monde extérieur. Ce mal être est en relation avec l'angoisse vécue par le sujet quand sa propre représentation dans les situations sociales est en jeu (solitude, vie de couple, groupe, foule).
- 5) la perception d'une conflictualité interne : souvent hésitant, versatile, le névrosé peut se figer dans une rigidité absolue, l'une et l'autre représentant la difficulté qu'il rencontre à mettre en débat son jugement avec celui d'autrui. Le névrosé est toujours intérieurement partagé et en souffre. Il témoigne de sa difficulté à vivre les contradictions internes qui l'assaillent, de même que celles qu'il perçoit souvent parce qu'il les recherche chez autrui. Il en résulte une personnalité fragile, ce qui rend indispensable l'élaboration de mécanismes de défense.
- 6) la conscience de difficultés sexuelles : chez le névrosé, la sexualité parasite la personnalité qui ne peut plus trouver les aménagements habituels que le sujet normal est contraint d'organiser avec elle. L'inhibition du désir sexuel par exemple est marquée par l'impuissance chez l'homme ou les troubles de l'éjaculation (en particulier éjaculation précoce), par la frigidité chez la femme. L'excès fantasmatique peut également représenter un signe névrotique lorsque la satisfaction sexuelle avec le partenaire ne peut être obtenue qu'au prix d'une construction par le sujet de scénarios impliquant d'autres personnes.

2.3. Le diagnostic de la névrose

La notion de diagnostic est controversée en psychopathologie et plus encore dans la névrose. Le névrosé n'est pas malade au sens classique du terme, en ce sens que sa guérison ne consiste pas à isoler et à traiter sa maladie afin de retrouver l'intégrité du sujet. S'il est malade, c'est dans sa subjectivité même et le diagnostic porte moins sur la névrose que sur le névrosé lui-même. Il n'est pas possible d'isoler un fonctionnement psychique d'un fonctionnement organique en opérant un simple diagnostic sur des mécanismes mentaux. Il n'est pas possible de traiter la pathologie névrotique en isolant un dysfonctionnement des mécanismes cérébraux ou de leurs constituants aux plans mécanique, biochimique, ou génétique. Compte tenu de la polarisation de ce champ névrotique sur certaines problématiques typiques parfaitement repérables, la relative stabilité des ces différentes formes, leur différence notable avec les conduites humaines de la normalité, la spécificité de certaines expressions névrotiques de la subjectivité et de la relation à la sexualité, la réalité de la souffrance

psychique du névrosé, la sensibilité thérapeutique de l'ensemble du champ à ses approches relationnelles, on peut poser un diagnostic de névrose sous un certain nombre de réserves :

Les 3 éléments du diagnostic : 1) des problèmes répétitifs et anciens mettant en jeu sa relation aux autres ; 2) la présence de symptômes corporels ou psychiques qui demeurent mystérieux dans leur nature et dont le sujet considère qu'il ne peut se passer ; 3) les troubles de la sexualité. Ces éléments doivent être validés dans les entretiens par la perception que le clinicien se fait de la situation qui lui est apportée : le contact rend compte de la qualité de la relation aux autres et de ses difficultés la description des symptômes témoigne de l'angoisse qui leur est liée. Le tact avec lequel sont abordés les troubles sexuels rend compte de leur caractère névrotique. La *souffrance* du sujet doit être perceptible (reconnaissance de la souffrance psychique par le sujet lui-même) ainsi que la reconnaissance du caractère singulier des symptômes. Le diagnostic de névrose ne saurait être établi que par un professionnel psychiatre ou psychologue compte tenu de l'importance des éléments contre-transférentiels qu'il implique. Il ne saurait être immédiat. Il a toujours un statut d'hypothèse car il peut se voir invalider par la survenue d'un délire ou d'autres symptômes psychotiques. La névrose peut servir dans ce cas de mécanisme de défense contre la psychose. La névrose de l'enfant doit faire l'objet d'une approche diagnostique particulière tenant compte de la différence de niveau de communication entre l'adulte et l'enfant, dans l'inachèvement psycho-sexuel.

2.4. Genèse et évolution de la structure névrotique

Le Moi est organisé autour du génital et de l'Oedipe. Le conflit sexuel de la névrose se situe au niveau génital de L'Oedipe, entre le Moi et les pulsions. Le conflit chez le garçon découle de la rivalité œdipienne avec le père dans le projet de conquête de la mère. Ce projet est abandonné en fonction à la fois des sentiments tendres existants vis à vis du père et de la crainte de rétorsion de ce dernier qui prend la forme de ce que l'on appelle l'angoisse de castration. Chez la fille, la position n'est pas exactement identique en raison du changement d'objet (des soins maternels à l'amour du père) et de la castration anatomique. Le refoulement des représentations pulsionnelles domine les autres défenses. La libido objectale se trouve en cause et le processus secondaire conserve un rôle efficace respectant la notion de réalité.

1- Au départ, la sexualité infantile est indifférenciée et peu organisée (indifférenciation somato-psychique).

2- Evolution précœdipienne banale jusqu'au moment du conflit œdipien (fin du stade anal, stade phallique). Pas de fixations pré-génitales importantes. La névrose naît, s'acquiert durant la première enfance bien que les symptômes puissent être plus tardifs.

3- Si trop fortes fixations ou régressions à ces deux stades, préorganisation du Moi selon un système relationnel et défensif de mode névrotique. Et certaines modifications du Moi demeurent comme des cicatrices.

Le type d'*angoisse* caractérisant la névrose est l'*angoisse de castration*. Elle concerne la conception symbolique de la castration qui permet de réguler psychiquement le constat de la différence des sexes (avoir ou non un pénis) ainsi que la loi paternelle qui sépare la mère de l'enfant (triangulation), la castration symbolisant ici l'ensemble des interdits incontournables (interdits fondant la différenciation des sexes, des générations, des individus, interdit de l'inceste) qui font barrage à la pulsion.

La *relation d'objet* est dite *génitale*. L'objet garde une position proximale, tout en existant en propre.

Les *mécanismes de défense* principaux de la névrose sont dits *tactiques* (ils visent un objectif protecteur du moi au prix de négociations avec les autres instances du sujet avec son corps ou avec le monde extérieur) : *le refoulement, l'extériorisation, le déplacement, la condensation, l'isolation, l'annulation, la formation réactionnelle, la conversion*.

4- Au moment de la période de latence, il y a un arrêt de l'évolution structurelle. Une période de normalité fait suite, processus qui est sans doute facilité par la latence physiologique.

5- Au moment de l'adolescence, reprise de l'évolution et organisation du moi névrotique. La névrose deviendra réellement manifeste par l'effet retardé des traumatismes, conflits internes ou externes au moment de la puberté. Le Moi peut même être amené à se détériorer et recourir

à des systèmes défensifs et relationnels plus archaïques dépassant la simple économie pulsions-Surmoi au profit d'une mise en question plus ou moins sérieuse de la réalité et s'organiser sur un mode psychotique si les traumatismes, conflits internes ou externes au moment de la puberté sont trop intenses.

6- Cependant, dans la majorité des cas, à l'âge adulte, le Moi névrotique préorganisé demeure dans le cadre névrotique et tend à s'organiser de façon définitive selon la structure névrotique (cf. différents types de névroses).

2.5. Les principaux mécanismes de défense de la névrose (Laplanche, Pontalis, 1994 ; Ionescu, 1997)

2.5.1. Le refoulement

= Opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations psychiques d'origine pulsionnelle. Le refoulement est une mise à l'écart paradoxale de l'expérience que le sujet protège autant qu'il tente de s'en séparer.

Exemple : refoulement de désirs incestueux pour le père non acceptables au niveau conscient.

Le *retour du refoulé* conduit les contenus inconscients à réapparaître en permanence à la surface sous une forme plus ou moins reconnaissable.

Dans *Délires et Rêves dans la Gradiva de Jensens*, Freud utilise l'apologue de l'ascète qui essayant de chasser la tentation par l'image du crucifix voit apparaître à la place du crucifié l'image d'une femme nue... : « c'est dans et derrière le refoulant que le refoulé obtient finalement la victoire ».

2.5.2. Le déplacement

L'accent, l'intérêt, l'intensité d'une représentation est susceptible de se détacher pour passer à d'autres représentations originellement peu intenses. Il est surtout utilisé pour la N. obsessionnelle et la N. phobique.

Un exemple de déplacement dans un mot d'esprit :

Deux messieurs se rencontrent au voisinage d'un établissement de bains : As-tu pris un bain demande l'un deux. Comment ? dit l'autre, en manquerait-il donc un ?

Dans la question, l'accent porte sur l'élément « bain » tandis que la réponse accentue l'élément « pris » et le mot d'esprit repose sur le déplacement de l'accent.

2.5.3. La condensation

se retrouve dans le symptôme névrotique qui résume plusieurs chaînes associatives dans une représentation unique.

Un exemple de condensation dans un jeu de mot :

« J'étais assis à côté de Salomon Rothschild, il me traitait tout à fait d'égal à égal, de façon toute famillonnaire ». Le mot d'esprit résulte d'une condensation de « familier » et de « millionnaire » aboutissant à un signifiant composite construit autour de leur noyau signifiant commun.

2.5.4. la conversion

Le corps constitue toujours un recours pour le névrosé. La conversion qualifie « le saut du corps psychique dans l'innervation somatique » particulièrement spectaculaire dans l'hystérie. Il s'agit de la transposition du conflit psychique dans des **symptômes somatiques, moteurs ou sensitifs**. Elle offre une alternative au déplacement en utilisant le corps comme support des représentations.

2.5.5. L'extériorisation

= vivre une tension inacceptable en l'état en utilisant le support d'autrui.

Dans la névrose phobique, la menace issue du conflit interne se déplace sur un objet ou une situation extérieure.

2.5.6. L'isolation

= élimination de l'affect lié à une représentation (souvenir, idée, pensée) conflictuelle alors que la représentation reste consciente ou séparation entre 2 pensées ou 2 comportements qui sont liés, leur relation ne pouvant être reconnue sans angoisse par la personne.

Exemple : l'amour platonique où le sentiment amoureux est isolé de sa composante sexuelle.

Autre exemple : une adolescente froide et hostile, jeune mère de 16 ans dont les relations avec son bébé sont très perturbées (elle a envisagé devant thérapeute de le tuer quand il serait plus grand) raconte son enfance dramatique : battue par son beau-père, abandonnée par sa mère. Mais l'affect associé à ces expériences est oublié. Elle ne se souvient ni de l'impuissance, ni de la terreur qu'elle avait ressentie en étant maltraitée et abandonnée. Elle se met même à rire au cours de son récit. L'isolation apparaît dans le fait que la jeune femme reproduit avec son bébé la situation vécue dans son enfance sans en avoir conscience (Ionescu, 1997).

2.5.7. L'annulation

permet au névrosé de faire en sorte d'annihiler une événement, une action, un souhait porteurs de conflits grâce à la toute puissance d'une action ou d'un souhait ultérieur, censés avoir un effet de destruction rétroactive.

Exemple : un jeune homme ôte de la route où va passer la voiture de la femme qu'il aime et hait inconsciemment en même temps une pierre dangereuse. Mais il se ravise et remet la pierre ensuite (annulation rétroactive qui consiste à annuler la première action grâce à sa répétition inversée).

2.5.8. La formation réactionnelle

Le névrosé met en œuvre une attitude opposée à son désir et développe un contre symptôme pour combattre une motion repoussée (*excessive politesse pour contrer une agressivité violente, générosité contre avarice foncière, conduites contraphobiques, ...*).

Exemple : l'obsession de la saleté tente de masquer l'intérêt pour les productions anales.

Il existe de nombreux autres mécanismes de défense de la névrose comme la *projection*, le *refuge dans la rêverie* (qui peut aussi être un mécanisme de défense psychotique), *sublimation*, *retournement contre soi-même*, *renversement dans le contraire*, *régression* (qui peut aussi être un mécanisme de défense psychotique, et des états-limites), *rationalisation* (qui peut aussi être un mécanisme de défense psychotique), *mise à l'écart*, *introjection*, *intellectualisation*, *identification à l'agresseur*, *identification*, *humour*, *dénégation*, *contre-investissement*, *ascétisme de l'adolescent*, *anticipation*, *altruisme*, *affirmation de soi*, *affiliation*, *activisme* (qui peut aussi être un mécanisme de défense psychotique), *idéalisation*, *dévalorisation*...

3- LES DIFFERENTS TYPES DE NEVROSES

3.1. La névrose d'angoisse (NA)

Elle comporte dans sa description classique l'association de :

- *crises d'angoisse*, survenant sans cause déclenchante apparente et associant des manifestations psychiques (appréhension intense voire panique, avec risque de raptus suicidaire), comportementales (agitation ou sidération) et somatiques. Ces dernières peuvent concerner toutes les fonctions physiologiques (fonctions cardio-vasculaires - oppression thoracique, palpitations, ..., digestives - spasmes gastro-intestinaux par exemple, respiratoires - sensation d'étouffement, hyperventilation, ..., génito-urinaires - douleurs abdomino-pelviennes, inhibition sexuelle, ..., neuromusculaires et sensorielles (crampes, tremblements, céphalées, ..., manifestation neuro-végétatives -).
- *manifestations d'anxiété chronique* (tension intérieure chronique, attitude de doute, sentiment d'insécurité durables, appréhension permanente, ...).
- *conduites d'évitement de type agoraphobique*, parfois de caractère invalidant.

La caractéristique de cette névrose est l'anxiété. Les difficultés de maturation infantile et les situations frustrantes avec crainte d'abandon ou de séparation s'y retrouvent comme génératrices d'un fond particulier d'insécurité et même de névrose d'abandon. Aussi le sujet est-il dépendant d'une sécurité extérieure qui, n'existait pas, réactive les craintes, le malaise et engendre l'angoisse avec même des remises en question de l'existence. Les maladies physiques, les frustrations sexuelles et la tension créées par un mauvais épanouissement de la libido et de la culpabilité sont autant de sources déclenchantes. A côté de cela, le sujet en situation de compétition, inhibé, immature, dépendant réagit sous forme anxieuse et par des somatisations. Il existe une sorte de perplexité anxieuse, une attente, le sujet est mal à l'aise, craint pour lui et pour son devenir.

Installation vers l'âge de 20 ans ou plus avec une nette prédominance féminine.

Le cours évolutif de la NA peut être marqué par la survenue d'états dépressifs, une alcoolisation ou une pharmacodépendance aux tranquillisants, une organisation hypocondriaque ou agoraphobique. L'évolution vers une forme névrotique plus structurée s'opère par extériorisation de la source de l'angoisse (N. phobique) ou par déplacement vers des mécanismes de défense plus élaborés (N. hystérique ou obsessionnelle).

Le traitement de la NA associe la chimiothérapie (benzodiazépines, antidépresseurs pour prévenir la récurrence d'attaque de panique), les méthodes de relaxation et des techniques comportementales (en cas d'agoraphobie associée).

3.2. La névrose hystérique (NH)

Nous avons vu qu'elle est absente du DSM parce qu'il s'axe sur la description au bénéfice de troubles somatoformes et de simulation. Les grandes crises à la Charcot sont rares aujourd'hui et remplacés par des manifestations équivalentes qui tiennent compte de l'évolution de la médecine et du monde en général. Elle évolue donc en fonction de l'environnement puisqu'elle utilise une stratégie d'identification, elle résiste à toute organisation sémiologique rigide et trouve son unité psychopathologique dans son aptitude au changement trahie par les symptômes corporels pour le sujet.

La NH comporte deux grandes catégories de symptômes :

- somatiques ou de conversion : concernent essentiellement les fonctions de la vie de relations, ne comportent pas de lésions organiques sous-jacentes et sont réversibles bien qu'ils puissent donner lieu à des séquelles invalidantes. Ils sont interprétés dans la théorie psychanalytique comme la mise en scène, à travers le corps de fantasmes inconscients liés aux avatars de la sexualité infantile et au conflit œdipien.
- *les troubles de la motricité et du tonus* sont représentés aujourd'hui par de « banales crises de nerfs » (de l'épisode d'agitation à des crises tétaniformes). On observe des tremblements, certains hoquets, des toux spasmodiques, des dysphagies (« boule dans la gorge »), certaines formes d'asthénie ou de faiblesse musculaire, des troubles de la station debout et de la marche, des contractures, des pseudo-paralysies, des spasmes sphinctériens, des crampes (crampe de l'écrivain)...
- *les troubles sensitifs* (hyperesthésies ou algies diverses, douleurs abdominales pelviennes, céphalées, douleurs mictionnelles, prurits ano-vulvaires, dysménorrhées, ...)
- *les troubles neuro-végétatifs* (gastro-intestinaux, cardio-respiratoires et gynécologiques).
- psychiques (dits intermittents à cause de leur caractère transitoire) *ou dissociatifs* (reposant sur une altération soudaine et brève des fonctions d'intégration de la conscience).

On distingue :

- *l'amnésie psychogène* (incapacité soudaine d'évoquer des souvenirs personnels importants) souvent lacunaire ou sélective dont le mécanisme est analogue à celui de l'amnésie infantile avec des difficultés de concentration et l'inhibition intellectuelle.
- *fugue psychogène* (départ soudain du domicile ou du travail avec impossibilité de se souvenir du passé et parfois adoption d'une nouvelle identité).
- *personnalité multiple* (co-existence chez un même individu de 2 ou plusieurs personnalités distinctes, chacune d'elle prédominant à des moments déterminés).
- *la persistance d'accès de somnambulisme chez l'adulte*.
- *certaines formes de dépersonnalisation*.

Les symptômes hystériques sont vécus avec un certain détachement ou peuvent être présentés avec une dramatisation d'apparence factice. Ils sont sensibles à la suggestion produite sur des spectateurs éventuels, renforcés par la survenue de bénéfices secondaires (captation ou indulgence de l'entourage, évitement d'une situation conflictuelle).

Les premiers symptômes de la NH apparaissent généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. La prédominance de la NH chez la femme est loin d'être assurée. Les femmes seraient plus sujettes à la boule œsophagienne ou à l'apparition de troubles somatiques variés. Les hommes sont plus exposés à des symptômes concernant les sphères intellectuelles et sexuelles, à des troubles des conduites (alcoolisme, toxicomanie, délinquance) et à des manifestations morbides déclenchées par des accidents de travail ou de la circulation. Certaines formes d'hystérie évoluent avec l'âge vers une organisation hypocondriaque mais

aussi vers une plus grande vulnérabilité organique de type psychosomatique. D'autres s'améliorent avec l'âge. Le risque dépressif devant toute situation d'insécurité affective est constant. Le traitement de la NH suppose l'adoption de règles élémentaires destinées à éviter une médicalisation excessive ou le recours privilégié à l'expression des conflits par le corps, voire l'instauration d'une relation de séduction réciproque dans laquelle le médecin risque de se voir disqualifié ou d'être débordé par une revendication affective envahissante. Les approches corporelles (relaxation) et surtout psychothérapiques peuvent permettre d'espérer des améliorations durables reposant sur un certain remaniement des défenses psychiques. Une prise en charge psychanalytique peut être entravée en raison d'une résistance par le transfert et de la fragilité narcissique responsable d'un risque dépressif difficile à évaluer.

3.3. La névrose phobique (NP)

La phobie est définie comme une crainte angoissante déclenchée par un objet, une situation ou une personne, n'ayant pas en eux-mêmes de caractère objectivement dangereux. Une telle crainte entraîne un comportement d'évitement permettant de contrôler l'émergence anxieuse au prix d'une restriction plus ou moins importante des activités sociales ou des relations interpersonnelles. Les symptômes phobiques sont caractérisés par des situations phobogènes et les conduites phobiques dont les principales sont l'évitement, la réassurance, la fuite en avant, ... Le caractère phobique rassemble un ensemble de traits de caractère dont la timidité, l'hypermotivité, l'inhibition notamment sexuelle, l'état d'alerte constant, la passivité, l'immaturation, ...

Au plan étiologique, la théorie analytique met l'accent sur une régression des pulsions partielles investies lors des apprentissages de l'enfant. Les théories comportementales soulignent l'impuissance du sujet à dépasser un apprentissage erroné. L'une et l'autre reconnaissent les bénéfices secondaires que tire le sujet de cette situation. La NP est souvent stable au prix de conduites parasites dissimulées, mais elle peut évoluer vers des formes plus structurées. Elle permet la fixation de rituels de rassurement (recherche d'un objet contraphobique) qui perdent leur caractère énigmatique pour devenir le support d'une régression plus archaïque à des conduites répétitives. Certaines névroses centrées sur la perception corporelle peuvent évoluer vers la psychose. L'hystérie dilue les phobies en généralisant les conduites contra-phobiques dans le tableau hystérophobique marqué par l'identification.

Plusieurs tableaux cliniques sont caractérisés par des mécanismes et un profil évolutif différents :

- 1) *l'agoraphobie* : peur de sortir dans les lieux publics (rues, magasins, moyens de transport, ...) par crainte d'être victime d'un malaise subit sans pouvoir aisément s'échapper ou sans être assuré de trouver du secours. Des accès d'angoisse ou des attaques de panique peuvent avoir précédé ce trouble. Elle se manifeste souvent après 20 ans, avec une prévalence féminine et peut se compliquer d'une dépendance alcoolique ou médicamenteuse aux tranquillisants.
- 2) *les phobies sociales* : peur persistante des situations dans lesquelles l'individu pourrait être observé par autrui ou se conduire de manière humiliante ou embarrassante – peur de parler en public, de rougir, ... Elles apparaissent à la puberté, peuvent entraîner un handicap professionnel et être combattues par un recours à des substances toxiques.
- 3) *les phobies simples* : souvent des peurs infantiles persistant à l'âge adulte (peur du noir, de l'eau, de l'hôpital, ...).

Le traitement est dominé par l'application de techniques comportementales (désensibilisation systématique, immersion) indiquées particulièrement dans l'agoraphobie avec attaques de paniques mais aussi dans certaines phobies sociales ou phobies simples. Traitement antidépresseur au long cours pour l'agoraphobie. Benzodiazépines et bêta-bloquants sont

utiles pour atténuer l'anxiété de fond et l'hyperémotivité. L'indication des psychothérapies d'inspiration psychanalytiques est réservée aux états phobiques les plus structurés.

3.4. La névrose obsessionnelle² (NO)

La NO est caractérisée par la survenue de symptômes obsessionnels ou compulsifs souvent multiples et à caractère extensif en l'absence de symptômes psychopathologiques d'une autre nature. *L'obsession* consiste en l'intrusion chez un sujet dont la conscience reste claire, d'une idée ou d'une représentation, ressentie par le patient lui-même comme étrangère à sa volonté, absurde ou répréhensible et engendrant une lutte anxieuse destinée à l'écarter. On distingue :

- 1) *les obsessions idéatives* : doutes religieux, scrupules moraux.
- 2) *les obsessions phobiques* : crainte de la saleté, des microbes, de la maladie ouvrant entraîner une évitement du contact.
- 3) *les obsessions impulsives* : crainte de commettre un acte absurde, ridicule ou surtout préjudiciable pour soi-même ou pour autrui.

La *compulsion* est un besoin incoercible d'accomplir un acte absurde, ridicule ou gênant, malgré les efforts effectués par le sujet pour y résister. L'obsessionnel essaie généralement de contrôler les obsessions ou les compulsions grâce à des rituels plus ou moins complexes ou à des vérifications prenant à leur tour un caractère obsédant. Les symptômes obsessionnels sont souvent maintenus secrets et source de honte. Ils s'inscrivent dans une pensée magique ou tout souhait prend la valeur d'un acte accompli et réclame une pensée ou un acte contraire pour en annuler la portée. Les symptômes morbides apparaissent à la fin de l'adolescence, sur une personnalité de type psychasthénique (introspection, scrupules, sentiment d'incomplétude), obsessionnelle-compulsive (doutes, retenue émotionnelle, perfectionnisme, vérifications), ou encore un caractère dit « anal » (ordre, parcimonie, entêtement).

Au plan étiologique, on retrouve l'opposition traditionnelle entre interprétation psychanalytique et comportementalo-cognitive. Si la première met l'accent sur une fixation au stade anal (sadique-anal) au travers de formations réactionnelles à valeur adaptative ou bien une séduction vécue activement, la seconde privilégie une erreur dans le déroulement des processus cognitifs. Ces deux points de vue n'étant pas contradictoires.

Les symptômes obsessionnels doivent être distingués de l'idée fixe et de l'idée délirante, des pensées imposées de l'automatisme mental, des phobies (où la crainte anxieuse est toujours déclenchée par une situation ou un objet électif) et des impulsions (actes réalisés de manière impérieuse, sans lutte anxieuse préalable). Les *tics* ont souvent un caractère compulsif. Les symptômes obsessionnels sont fréquents en dehors de la NO et se rencontrent dans d'autres névroses structurées mais aussi dans les états dépressifs pseudo-névrotiques et formes résiduelles.

Les mécanismes de défense de la NO sont multiples : *annulation rétroactive, annulation, formation réactionnelle*.

La thérapeutique est controversée, le transfert dans la cure analytique des obsessionnels étant contrecarré par la hantise du changement et la force des mécanismes de défense. Dans les cas graves, une thérapeutique médicamenteuse vise à réduire l'angoisse ou à combattre les obsessions (anxiolytiques, antidépresseurs ou neuroleptiques spécifiques en cas de rituels envahissants). Les thérapies cognitivo-comportementales font le choix de privilégier la disparition du symptôme pathogène en étudiant les séquences comportementales par une analyse fonctionnelle parfois étayée sur des dispositifs d'auto-observation. Le soutien psychologique représente également une indication classique.

² cf. troubles obsessifs compulsifs (T.O.C.)

4- AUTRES TROUBLES NEVROTIQUES

4.1. L'hypocondrie

= souci exagéré concernant l'état de santé personnelle aboutissant à la crainte ou à la conviction d'être atteint d'une maladie, psychique ou surtout physique, plus ou moins grave. Il s'agit d'un trouble imaginaire reposant sur une interprétation erronée des perceptions corporelles, sans lésion objectivable. Le symptôme hypocondriaque est peu sensible au rassurement, rebelle à la thérapeutique, souvent associé à la revendication voire à un sentiment de préjudice. Des préoccupations hypocondriaques sont fréquentes dans le cadre de la NO, peuvent s'installer au cours de l'évolution d'une NA en particulier dans les suites d'attaques paniques. L'hypocondrie peut annoncer une dépression ou en représente une forme masquée.

4.2. la dépersonnalisation

Elle associe : des troubles de la conscience de soi (sentiment de désanimation, perturbation du sentiment d'identité) ; des troubles de la conscience du corps (sentiment de transformation, de dévitalisation, de non-appartenance) ; une déréalisation (sentiment de non familiarité, d'étrangeté, distorsion du temps et de l'espace). Il s'agit d'un syndrome prenant la forme d'accès aigus, accompagnant des crises d'angoisse ou émaillant l'évolution du NO ou une pathologie de la personnalité psychasthénique. Elle est caractérisée par la persistance d'une critique plus ou moins partielle du symptôme qui ne s'accompagne pas de troubles perceptifs proprement dits, ni d'idées délirantes et qui est vécue comme étranger au reste de la personnalité.

4.3. Inhibition névrotique

= symptôme rencontré dans les états névrotiques. Il s'agit d'une limitation active d'une fonction physiologique appartenant aux domaines intellectuel (attention, concentration, mémoire, raisonnement, capacité à élaborer mentalement les conflits), moteur (spontanéité motrice, initiative comportementale, capacité à entreprendre des actions nouvelles, à régir concrètement dans une situation de frustration ou face à une agression), instinctuel (sexualité, sommeil, alimentation) et affectif (capacité à ressentir et à extérioriser des sentiments tendres ou hostiles). Parfois associée à d'autres symptômes névrotiques notamment à des phobies, elle peut résumer le tableau clinique de celles-ci. Elle doit être distinguée de l'inhibition psychomotrice des déprimés et de l'apragmatisme des schizophrènes.

4.4. Psychasthénie et neurasthénie

= entités névrotiques autonomes (psychasthénie = surtout des obsessionnels ou des phobiques pour Janet ; neurasthénie = certains états dépressifs, certains états anxieux de nature névrotique, certaines manifestations réactionnelles et situationnelles d'allure névrotique).

4.5. Etats situationnels et réactionnels d'expression névrotique

Ils sont caractérisés par la survenue de troubles de l'idéation, de l'humeur ou des conduites à la suite d'événements déclenchants traumatiques ou éprouvants (cf. N. traumatique à la suite de situations extrêmes ayant mis le sujet en danger et comportant une reviviscence répétitive de la scène traumatique sous forme de rêves angoissants ou de réminiscences obsédantes. Une irritabilité émotionnelle, des troubles du sommeil, des difficultés de concentration, des conduites phobiques et des préoccupations hypocondriaques sont fréquemment associées. Ces troubles peuvent être annonciateurs d'une pathologie psychosomatique.

L'approche thérapeutique implique une intervention précoce et repose sur une prescription de psychotropes adaptés aux symptômes cibles, sur l'encouragement de la verbalisation des effets induits par la situation traumatique, et sur des techniques comportementales dans les cas comportant des manifestations de type phobique.

4.6. Troubles névrotiques chez l'enfant

Nous n'en parlerons pas ici mais cf. Besançon, G. (1993). *Manuel de Psychopathologie*. Paris : Dunod. (chapitre 6 p. 203-226) pour ceux qui sont intéressés par cette question.

5- LA PSYCHOSE

5.1. Définition et classifications

= Etat psychique caractérisé par une altération profonde de la conscience du sujet (troubles graves de l'identité) et de son rapport à la réalité (Besançon, 1993).

Dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) les psychoses sont regroupées dans la rubrique psychoses et états psychotiques. On trouve : les psychoses maniaques et dépressives ; les schizophrénies chroniques, les délires chroniques, les psychoses alcooliques.

Dans le DSM, on trouve : les troubles schizophréniques, paranoïdes, les troubles psychotiques non classés ailleurs.

5.2. Genèse et évolution de la structure psychotique

1- La lignée psychotique est marquée au stade oral ou dans la première partie du stade anal par des frustrations précoces tirant leur origine du pôle maternel. L'organisation du Moi n'a pas atteint le stade objectal et ses stratifications (orale, anale, phallique) permettant d'accéder aux aspects essentiels de la structuration objectale et surtout oedipienne. C'est la progression maturante de ses structurations successives et leur achèvement dans la primauté du génital qui manquent chez le psychotique. Les expériences vécues de l'éprouvé anal ou génital sont présentes mais ce sont les phases de structuration anale ou génitale qui sont mal définies chez lui.

2- Le moi ayant subi d'importantes fixations ou régressions à ce niveau se préorganise selon le mode psychotique.

Le type d'*angoisse* de la psychose est une *angoisse de morcellement* et/ou de mort (au sens d'éclatement).

La *relation d'objet* est *fusionnelle, symbiotique à la mère*. Elle se révèle incomplète et ne peut concevoir la séparation de cette partie d'elle (le fœtus, puis le bébé), ni physiquement, ni psychiquement. Le père est souvent effacé, « absent » physiquement et psychiquement.

Les principaux *mécanismes de défense* sont : *déni, identification projective, dédoublement du moi, clivage (clivage du moi, de l'objet)*.

2- Au moment de la période de latence, il y a un arrêt de l'évolution structurelle (comme pour la névrose).

3- Au moment de l'adolescence, dans la majorité des cas, le Moi préorganisé sur le mode psychotique va poursuivre son évolution au sein de la lignée psychotique dans laquelle il se trouve déjà suffisamment engagé. Il s'organisera ensuite de façon définitive, sous forme de structure psychotique véritable et stable. Cependant, le sujet garde une petite chance de voir l'axe d'évolution quitter la lignée psychotique (pas encore totalement fixée) pour aller rejoindre la lignée névrotique.

4- Organisation définitive sous forme de structure psychotique. (cf. les différents types de psychoses).

5.3. Les principaux mécanismes de défense de la psychose

5.3.1. le déni

= Action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi. (différent de la dénégation où la formulation de la perception vécue comme dangereuse ou douloureuse peut être formulée).

Exemple : déni de la maladie.

Autre exemple : Pour le petit garçon qui voit pour la première fois un sexe féminin, tout se passe comme s'il n'avait rien vu ; il n'est pas censé savoir qu'il existe des êtres castrés, donc que la castration existe sur le plan de l'intégrité corporelle. Il n'y a pas refoulement mais déni portant sur la réalité qui n'a jamais eu à devenir consciente. Dans l'évolution du jeune garçon, on rencontre ce premier temps initial de déni : « je n'ai pas vu que la castration pouvait exister ». Au moment de l'Edipe survient un second mouvement affectif parallèle mais différent : la crainte de la castration génitale par le père. Les défenses du Moi qui prédominent à ce moment là dépendent du choix structurel : refoulement dans les névroses, déni de la réalité dans les psychoses, régression pulsionnelle dans les états-limites.

5.3.2. l'identification projective

= fantasme dans lequel le sujet imagine s'introduire partiellement ou en totalité à l'intérieur de l'autre, tentant ainsi de se débarrasser de sentiments de pulsions ressenties comme indésirables et cherchant de cette façon à nuire, à posséder et à contrôler cette autre personne.

= le sujet expulse sur l'objet tout le mauvais de lui-même, de telle sorte que l'objet se voit déprécié par le sujet qui le rejette et développe à l'inverse une représentation idéalisée de lui-même (toute puissance, omnipotence).

Exemple : une jeune femme de 19 ans est hospitalisée pour tentatives de suicide graves. Elle s'est livrée à des actes d'automutilations bizarres, tatouant un cœur sur ses bras avec un couteau, frappant ses poignets avec une massue. Elle raconte l'histoire suivante : elle a été violée par un homme brandissant un couteau qui l'aurait attaquée et entaillé ses bras dans la lutte ou bien un homme qui l'aurait suivi jusqu'au parking de sa maison où il aurait écrasé son chat. La jeune femme se coupe (automutilations) pour se punir d'avoir pris plaisir avec l'homme interdit. Elle se coupe aussi en tant qu'identification avec l'homme : elle se détruit, elle, en réalité et aussi l'homme incestueux à l'intérieur d'elle-même, en imagination. En racontant aux gens qu'elle a été violée par un homme qui l'a attaquée ou qui a écrasé son chat, elle dit indirectement que le persécuteur incestueux est un monstre (chérie et très aimé dans sa vie).

5.3.3. le clivage

= Action de séparation, de division du moi (clivage du moi) ou de l'objet (clivage de l'objet) sous l'influence angoissante d'une menace, de façon à faire coexister les deux parties ainsi séparées qui se méconnaissent sans formation de compromis possible.

Exemple : la mère écrasante à la fois objet de nécessité vitale pour le sujet (d'où une dépendance étouffante à la mère) et objet de haine immense (qu'il faut absolument masquer pour survivre). « Elle me fait peur. Je crois que je la déteste » dit le sujet.

5.3.4. le dédoublement du moi

Il agit contre l'angoisse de morcellement et de mort. Il correspond aux reliquats d'une étape où les relations primitives à la mère s'avéraient insuffisantes pour faire échapper le Moi de l'enfant à son organisation primitive fragile. Organisation dans laquelle le Moi se montrait difficile à se constituer de façon autonome que facile à dissocier.

Il existe de nombreux autres mécanismes de défense de la psychose comme le *retrait apathique*, *le refuge dans la rêverie*, *dissociation*, *niveau de désaveu*, *niveau de distorsion majeure de l'image*, *rêverie autistique*, *distorsion psychotique*, *projection délirante*...

6- LES DIFFERENTES PSYCHOSES

6.1. Les psychoses aiguës

6.1.1. psychoses délirantes aiguës ou bouffées délirantes

Le terme de bouffée délirante caractérise un état (transitoire) délirant d'installation brutale, à la symptomatologie riche et polymorphe, dont l'évolution est rapidement et spontanément résolutive, avec retour à l'état antérieur. Le délire s'installe d'emblée en quelques heures parfois précédé par des phases d'inquiétude vague alternant avec des états d'exaltation, des moments d'anxiété, d'insomnie. Le délire est polymorphe et variable d'un moment à l'autre, dans ses thèmes (toute puissance, filiation, persécution, influence) et ses mécanismes (hallucinations psychiques sans sensorialité : représentations de bruits, de paroles, odeurs, visions, mouvements, transformations de la pensée (elle fait écho, est devinée ou est imposé)... ; hallucinations psycho-sensorielles : visuelles, auditives, gustatives, olfactives, cénesthésiques³, kinesthésiques⁴). Il est immédiatement vécu avec une conviction totale et s'accompagne de fluctuations thymiques intenses, de l'euphorie à l'angoisse et la tristesse. Les expériences de dépersonnalisation et de déréalisation sont fréquentes : transformations morphologiques, modification de la perception du monde, du temps, de l'espace, ... Le vécu a un aspect oniroïde : état de rêve délirant, ineffable, énigmatique et magique, coexistant de façon flottante avec le maintien de la perception du réel. Les troubles de l'humeur sont fréquents (exaltation affective tantôt mélancolique -avec abattement, tristesse, idée de mort ; tantôt illuminée et triomphante -expansivité, agitation ; tantôt anxieuse). Leur parenté avec les psychoses maniaco-dépressives est indéniable. Le comportement se caractérise par : - un risque majeur de passage à l'acte agressif ou suicidaire avec risque d'actions médico-légales (vols, fugues, conduites dangereuses, agressions, ...) ; - l'importance de la quête affective, - la recherche d'un rôle, d'un personnage, dans un discours souvent œdipien.

L'évolution à court terme se fait en quelques jours ou quelques semaines vers la guérison. La persistance du délire au-delà de ce délai doit faire récuser le diagnostic de bouffée délirante et

3 transformation dans son corps.

4 Hallucinations de mouvements.

faire craindre une évolution schizophrénique chronique ou vers une psychose maniaco-dépressive.

Le traitement nécessite une hospitalisation. L'obtention rapide d'une sédation du délire et des troubles affectifs relève d'un traitement par les neuroleptiques incisifs (anti-délirants) et sédatifs (pour réduire l'angoisse et l'agitation). Souvent on a recours à la sismothérapie en raison de son efficacité et de sa rapidité d'action.

6.1.2. les psychoses puerpérales

Le cours de la grossesse s'accompagne souvent de manifestations de type névrotique liées à des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Il est rare qu'une schizophrénie débute pendant la grossesse. Les suites à cours terme d'un accouchement sont souvent marquées par une phase dépressive banale et transitoire (post-partum blue : rumination accompagnée de troubles du sommeil sous forme d'insomnie avec cauchemars et agitation nocturne) qui peut cependant être parfois annonciatrice d'une psychose puerpérale survenant entre le 5^{ème} et 25^{ème} jour. Cette dernière réalise un tableau confusionnel avec vécu oniroïde généralement centré sur l'enfant (la naissance récente peut être niée : l'enfant n'est pas encore né ou n'a jamais existé ou n'est pas du sexe déclaré à l'état civil ; ou vécu sur un mode persécutoire : il va mourir, risque d'être tué ou enlevé) et oscillations thymiques (abattement dépressif, stupeur, angoisse intense). Elle nécessite un traitement neuroleptique d'urgence en milieu spécialisé avec si possible une hospitalisation conjointe de l'enfant. Son pronostic est variable : bon au prix parfois de nouveaux épisodes puerpéraux ou plus préoccupant annonçant une schizophrénie ou une PMD. Une dépression peut également s'installer dans les mois qui suivent l'accouchement, avec une évolution parfois traînante lorsqu'elle survient sur une personnalité de type hystérique.

6.2. Psychoses chroniques

6.2.1. La schizophrénie (S)

Elle est caractérisée par l'association de trois troubles principaux : la dissociation de la personnalité, le délire paranoïde et l'autisme. Les modes d'entrée dans la S peuvent être plus ou moins lents et progressifs ou brutaux.

La dissociation ou discordance traduit une scission qui s'opère dans la conscience et la personnalité du sujet. Elle se traduit à plusieurs niveaux :

- intellectuel : déficit de l'attention, des facultés de concentration, troubles/altérations du cours de la pensée (illogique, subjective, symbolique, bizarre, incohérente, floue, abstraite sans lien avec le réel) : le flux idéique s'interrompt fréquemment, rationalisme morbide (construction de théories absurdes et abstraites). Discordance dans le mode d'expression verbale (mutisme, logorrhée, ...). Détournement du sens des mots, néologismes, symbolisme hermétique.
- affectif : ambivalence affective (affects violents et paradoxaux tantôt intenses, tantôt hostiles), la relation fusionnelle⁵ à la mère est au centre des troubles affectifs. La régression affective se révèle dans ses pulsions archaïques orales (boulimies, suçotement, tabagisme forcené, balancements) et anales (stéréotypies obsessionnelles, incurie, ...) et dans la sexualité (auto-érotisme, exhibitions sexuelles, tentatives de réaliser des fantasmes œdipiens soit par l'inceste, soit par le déplacement sur des tiers, homosexualité, auto-mutilations sexuelles parfois).
- comportemental : apragmatisme, absence d'initiatives, indécision (actes volitionnels, motricité corporelle) d'où des attitudes figées, raides. Attitudes contradictoires (expressions paradoxales simultanées –mimiques discordantes par rapport aux situations, des gestes contraires à l'intention supposée, ...). Manifestations de type catatonique : négativisme, repli hostile, ironie défensive, refus de tendre la main, des stéréotypies (répétition de gestes, de mots). Passages à l'acte impulsifs et immotivés (suicide, automutilations, agression, meurtre, ...).

Le délire paranoïde est un délire flou, variable, non systématisé, changeant dans le temps, incommunicable dont les thèmes multiples sont dominés par des idées de persécution, d'influence, d'atteinte corporelle (transformation, maladie, empoisonnement, ...), thèmes religieux et surnaturels (possession, mission, réincarnation), protection, mégalomanie (omnipotence, idéalisme, richesse, ...), identité (filiation, possession). Tous les mécanismes délirants peuvent coexister : hallucinations, imagination, illusions, interprétations.

⁵ Mère indispensable et dont l'intrusion le persécute. Pas d'identité propre du S, menacé de destruction face à un vécu de non-existence.

L'autisme caractérise la rupture de la vie mentale du sujet avec le monde extérieur, le repliement sur lui-même et la reconstitution d'un monde intérieur hermétique à autrui.

6.2.2. Les formes cliniques de la schizophrénie

Il existe différentes formes de S : la schizophrénie simple, l'hébéphrénie, l'hébéphrénie catatonique, l'héboïdophrénie, la S paranoïde, les S pseudo-névrotiques, les psychoses schizo-affectives.

6.2.2.1. La schizophrénie simple

Elle s'installe progressivement à partir des traits de caractère schizoïdes qui vont s'accroître. Elle se caractérise par : - une accentuation de l'inhibition ; - le désinvestissement professionnel et social ; - l'isolement ; une indifférence et un appauvrissement affectifs et des troubles comportementaux. Il n'y a pas forcément délire ou troubles de la pensée.

6.2.2.2. L'hébéphrénie

Elle débute à l'adolescence de façon insidieuse et progressive. Elle se caractérise par : - des troubles de concentration intellectuelle responsables d'une baisse du rendement scolaire ou professionnel ; - des troubles affectifs et du caractère entraînant un repli social, une apathie et une indifférence hostile à l'entourage ; - la perte progressive des intérêts, l'inertie et l'aboulie ; - des actes impulsifs ou engouements para-scientifiques, ésotériques ou religieux à caractère symbolique et abstrait ; - le recours à l'alcool et aux drogues.

6.2.2.3. L'hébéphrénie catatonique

La discordance psychomotrice (catatonie) est au premier plan. Inertie, stupeur, apragmatisme, maniérisme, négativisme et stéréotypies. Décharges impulsives verbales ou agies. Quelquefois accès cataleptique : sujet figé dans une raideur plastique, se protégeant de tout contact avec le monde pour tenter de maîtriser des angoisses délirantes terrifiantes.

6.2.2.4. La S paranoïde

= la forme la plus complète de la S avec le délire et la dissociation. Elle apparaît plus tardivement que l'hébéphrénie souvent au décours d'un ou de plusieurs accès délirants aigus incomplètement résolutifs.

6.2.2.5. L'héboïdophrénie

Elle débute chez le sujet jeune par des troubles d'allure psychopathique et perverse qui prennent un aspect de plus en plus discordant (immotivation des impulsions, inactivité, comportements paradoxaux et bizarres, retrait, ...). Des épisodes délirants peuvent surgir. Elle se caractérise par des troubles du comportement (conduites anti-sociales, délinquance, instabilité, impulsivité).

6.2.2.6. Les formes frontières de la schizophrénie

6.2.2.6.1. Schizophrénie pseudo-névrotique

Les troubles d'allure névrotique sont infiltrés par un processus dissociatif discret. Des phases délirantes sont possibles. Le rapport à la réalité et les capacités d'adaptation sont mieux conservées que dans les formes schizophréniques franches. Les phobies (phobies sociales) et les obsessions sont fréquentes. Les manifestations de l'hystérie peuvent aussi s'observer dans la schizophrénie (cf. psychose hystérique d'état schizophréniforme).

6.2.2.6.2. les psychoses schizo-affectives ou schizophrénies dysthymiques

Elles sont à la frontière entre la S et la psychose maniaco-dépressive (PMD) avec association de troubles mélancoliques et maniaques et de symptômes schizophréniques. Les troubles schizophréniques sont perceptibles pendant les périodes de normothymie. Durant certaines périodes les symptômes dysthymiques et dissociatifs sont très atténués. Elles peuvent évoluer vers la désagrégation psychotique ou des S franches.

L'évolution de la S reste difficile à systématiser (évolutions oscillantes, par poussée et rémissions). Elle peut s'améliorer après plusieurs années.

Le traitement d'une affection aussi hétérogène dans ses manifestations, son évolution et ses facteurs pathogènes ne saurait être codifié. Il repose sur l'utilisation thérapeutique du milieu, sur des traitements biologiques (neuroleptiques, tranquillisants, hypnotiques, antidépresseurs, régulateurs de l'humeur) et la thérapie individuelle (psychanalyse ou psychothérapies d'inspiration psychanalytique), thérapie cognitivo-comportementale) ou collective (psychothérapies analytiques de groupe, psychothérapie institutionnelle, thérapie familiale, socio-thérapie).

6.2.3. Psychoses délirantes chroniques

Ces psychoses sont caractérisées par des idées délirantes permanentes auxquelles le sujet adhère de façon inébranlable, tout en gardant une perception conforme à la réalité. Elles surviennent vers 40-50

ans. Il n'y a pas d'évolution déficitaire. Le sujet vit dans la réalité et conserve ses capacités d'adaptation, mis à part le secteur délirant de sa pensée.

On distingue trois grands types de délires chroniques : 1) les délires chroniques systématisés ou délires paranoïaques ou paranoïa ; 2) les psychoses hallucinatoires chroniques ; 3) les paraphrénies.

6.2.3.1. Les délires chroniques systématisés ou délires paranoïaques ou paranoïa

Ils sont caractérisés par des idées délirantes permanentes qui font l'essentiel du tableau clinique. Le délire paranoïaque apparaît souvent brutalement mais précédé par une période d'angoisse, de perplexité qui va déboucher sur un syndrome de dépersonnalisation et d'étrangeté qui ouvre sur le vécu persécutoire. On a souvent décrit la personnalité prémorbide comme une personnalité pathologique où domine la méfiance, l'orgueil, la surestimation de soi, l'intransigeance, la susceptibilité, l'agressivité défensive et la rigidité psychique (masquant un sentiment profond d'insuffisance) et la fausseté du jugement (recours constant à des explications et des déductions pseudo-logiques aux bases affectives et erronées). De telles personnalités dites paranoïaques sont cependant loin de constituer le substrat de tous les délires paranoïaques et ceux-ci peuvent survenir sur des personnalités très diverses, pathologiques ou non.

6.2.3.2. Les différents types de délires paranoïaques

6.2.3.2.1. Le délire d'interprétation

= construction progressive d'un système cohérent par un jeu d'interprétation (raisonnement faux à partir de perceptions exactes). A partir d'une croyance de base, à tonalité persécutoire (préjudice, malveillance) : on en veut à ses biens, à sa santé, à sa vie, parce qu'on est jaloux de lui, qu'on a un secret à cacher, une faute à se reprocher. L'histoire prend vite l'allure d'un roman policier ou d'espionnage avec parfois un aspect si plausible et si logique que l'entourage peut y croire. Le sujet interprète toute la réalité : chaque objet, événement recèle un secret qu'il faut décrypter, dans un réseau d'interprétations ou de preuves.

Exemple : « on lui en veut, on le surveille, il a bien compris que le sourire du voisin, l'accueil réservé d'un collègue, qui fait partie du complot, et le salut chaleureux d'un autre, qui cache ses sentiments. Sa voiture démarre mal, on la lui a trafiquée, mais ça ressemble à une panne ordinaire : ils sont très forts. Certains de ses papiers ont disparu, et il les a retrouvés dans un autre tiroir : on les lui a donc volés, photographiés et rendus. Dans la rue, les voitures klaxonnent derrière lui, ils se font des signaux pour la filature. D'ailleurs, le feu est passé au rouge devant lui, cela signifie qu'il est en danger. Ils peuvent télécommander les feux de circulation, ça leur est facile, et on cherchera à se débarrasser de lui dans un accident provoqué. Mais il se méfie, il a beaucoup réfléchi, il a surpris autrefois un détail apparemment anodin sur un homme politique, qui a des amis dans la pègre. D'ailleurs, il comprend bien les allusions à son affaire qui sont faites dans les journaux et à la radio, y compris quand on parle de lui sous d'autres noms : si le sens de l'article est hostile, c'est bien la preuve, et s'il est favorable, il n'est pas dupe...

6.2.3.2.2. Le délire de relation ou délire de référence

Le délire se développe souvent à la suite d'événements pénibles, d'échecs, de frustrations, de rejets ou de culpabilité. Un environnement hostile et méprisant, l'isolement social ou culturel, la transplantation sont également des facteurs favorisants. Le sujet rumine douloureusement des impressions de brimades ou de mépris, il développe des idées de référence (rapporter à des faits ou des événements banaux, le sujet pense que tout ce qui se passe autour de lui le concerne) qui deviennent vite des certitudes : on fait des allusions désobligeantes à son propos, on se moque de lui, on rit de ses maladresses, on parle de lui dans son dos. C'est une conjuration du mépris visant la dignité de la personne, de la part de son milieu de travail, de ses proches.

6.2.3.2.3. Les délires passionnels (érotomane et de jalousie)

Délires très systématisés concernant un secteur de la vie mentale, du système relationnel, des champs d'intérêts du sujet. Les mécanismes délirants sont dominés par l'interprétation et l'intuition. Le délire s'installe à partir d'une brusque intuition venant éclairer une période de doutes et d'interrogations dans le domaine affectif. A partir de ce postulat, toute une série d'interprétations va construire la trame du délire. La participation de l'affectivité au délire est toujours importante. Elle entraîne une conviction totale, inaccessible à la logique comme aux données de la réalité.

- Délire de jalousie

Le sujet a l'intuition délirante d'être trompé, sans motif précis. Il met toute son énergie à la recherche de preuves, d'indices qui alimente des événements minimes que le jaloux jugera significatifs : le regard d'un passant, un coup de téléphone, une allusion à la radio. Pendant des mois, le jaloux ruminera de façon obsédante ses soupçons et ses doutes qui se transformeront peu à peu en certitudes. Il cherchera les preuves de l'infidélité du conjoint en le surveillant sans cesse, en le suivant dans la rue, en scrutant son courrier, en examinant son linge. Les gestes les plus banaux sont interprétés comme autant de preuves ; les amis ou les beaux-parents sont des complices, le passé est même reconstruit en fonction du délire. Le conjoint se trouvera vite soumis à une

pression difficile qu'il s'y soumette ou se révolte ne changera rien au délire. L'évolution de celui-ci est très tenace, elle va connaître des atténuations et des paroxysmes teintés de revendications vindicatives, de moments dépressifs (avec quelquefois des tentatives de suicide) ou des passages à l'acte agressifs envers le conjoint ou le rival supposé. L'alcoolisme chronique est souvent associé au délire de jalousie.

- Délire érotomaniaque

= illusion délirante d'être aimé par un personnage souvent prestigieux (vedette de cinéma, homme politique, patron d'entreprise, médecin, ... Elle affecte surtout les femmes. La révélation repose sur un fait anodin : une parole insignifiante, un regard dans la foule ou un détail vestimentaire entraînant une certitude (« il m'aime ») qui va ensuite se renforcer de tout un jeu d'interprétations toujours orientées dans le sens de la position passionnelle (« s'il me parle, c'est bien parce qu'il m'aime, s'il se tait s'est pour ménager ma pudeur, donc, il m'aime). Le sujet vit une longue phase d'espoir, faite d'attente et de poursuite, de lettres, d'appels téléphoniques, de cadeaux. Si l'objet de cette quête exprime clairement son indifférence ou son hostilité, la certitude d'être aimé n'en est pas entamée (il ne veut pas que les autres le sachent, il doit cacher son amour par obligation professionnelle ; il est marié mais il va bientôt divorcer pour moi). Avec le temps, à l'espoir succède une phase de dépit puis de rancune où les sollicitations deviennent des injures ou des menaces avec risque de passage à l'acte contre la personne aimée ou son conjoint.

6.2.2.3. Les psychoses hallucinatoires chroniques

= apparition soudaine (mais tardive entre 30 et 50 ans) d'un syndrome hallucinatoire qui constitue l'essentiel de la symptomatologie : climat d'inquiétude et de perplexité s'accompagnant de phénomènes cénesthésiques pénibles et vagues et de phénomènes mentaux particuliers : automatisme mental⁶ ; hallucinations psychiques et psycho-sensorielles, auditives, visuelles, olfactives, gustatives, cénesthésiques et kinesthésiques aboutissant à un délire d'influence à tonalité persécutoire. Les thèmes délirants sont variés : grandeur, puissance, mission à effectuer...

6.2.2.4. Les paraphrénies

= délire chronique où les mécanismes imaginatifs prédominent sur les autres phénomènes délirants, dont les thèmes du délire sont grandioses et fantastiques*. Début lent et progressif entre 30 et 45 ans, s'exprimant de façon discrète par des bizarreries de conduites et un certain retrait affectif. Le délire n'envahit pas totalement la vie psychique du sujet : la pensée délirante coexiste avec une pensée « normale », le sujet reste capable d'effectuer les opérations mentales adaptées à la plupart des circonstances concrètes de la vie. Le délire est en marge de la réalité quotidienne avec laquelle il interfère peu.

- 2 formes de délire :

1) imaginative : fabulation progressive qui s'enrichit des apports de la réalité extérieure : lectures, conversations, événements d'actualité ou faits historiques rajoutés au délire. Thèmes délirants avec des idées de puissance, de richesse ou de filiation

Exemple : héritier d'un secret alchimiste, descendant du masque de fer ou de Louis XVII : le sujet élabore son arbre généalogique, montre les actes de propriétés de ses provinces, à des titres nobiliaires singuliers, attend la réalisation de son destin romanesque en transigeant le quotidien avec les artifices de sa fiction.

2) fantastique : hallucinations riches, complexes et floues entremêlant des phénomènes auditifs (voix célestes, musique des étoiles), un automatisme mental (les extra-terrestres téléguident ses sensations) et des hallucinations corporelles (son cœur en diamant se prolonge dans le rayon vert). Elles sont exprimées et interprétées sur le mode d'un imaginaire tout-puissant libéré de toute référence à la réalité. Thèmes délirants (contes de fée, récits de science-fiction).

Le traitement : chimiothérapie (neuroleptiques), antidépresseurs dans les troubles de l'humeur (délire de relation et passionnels). L'hospitalisation est nécessaire pour contrôler les poussées aiguës mais réduite (n dehors des périodes de danger) pour permettre une réinsertion effective dans le milieu social et familial, l'essentiel des soins devant être ambulatoire.

La psychothérapie de soutien prenant en compte des conflits sous-jacents au délire et les difficultés propres du sujet dans la réalité facilitera certains réaménagements relationnels et pourra aider le sujet à affronter certaines situations conflictuelles.

⁶ Le sujet exprime le sentiment d'avoir perdu le contrôle de sa vie psychique et les limites de sa personne. Il a l'impression que sa pensée est devancée ou devinée, volée et répétée en écho par une voix étrangère à lui-même, parasitée par une autre pensée. Ses actes sont énoncés, commentés, critiqués. Il a le sentiment d'être soumis à une influence extérieure. La pensée devient auditive et perçue comme une réalité objective extérieure.

6.2.4. Les psychoses affectives

6.2.4.1. La psychose maniaco-dépressive (PMD)

Elle fait alterner dans sa forme complète ou bipolaire des accès dépressifs ou mélancoliques et des accès maniaques séparés par des intervalles libres de toute manifestation thymique ou psychotique. Premier accès vers 30 ans. La fréquence des épisodes est variable. Evolution aiguë : durée 6 à 8 mois. La fin de l'accès aigu peut se produire brutalement de quelques heures à quelques jours, avec risque d'inversion de l'humeur (passage à une phase d'excitation). Le risque suicidaire est constant tout au long de l'évolution et élevée au moment de la levée de l'inhibition. Evolution vers la chronicité lorsque : - sujet plus âgé ; - accès nombreux ; - répétition des thèmes délirants ; - accès successifs rebelles à la thérapeutique anti-dépressive ; détérioration intellectuelle associée.

- Les accès mélancoliques : apparaissent à la suite d'un conflit familial, d'un deuil, d'un surmenage ou d'une affection somatique. Ces épisodes semblent survenir plus souvent chez la femme, à l'automne et à l'hiver. Début brutal (tentative de suicide par exemple) qui surprend l'entourage par sa soudaineté. Le début est insidieux marqué par le développement progressif des troubles dépressifs. Le rendement intellectuel baisse et un ralentissement psychomoteur apparaît. Les signes cliniques sont : humeur triste avec douleur morale intense, inhibition psychomotrice avec ralentissement, perturbations neuro-végétatives (troubles du sommeil, digestifs, amaigrissement, ...), idéation délirante à thèmes mélancoliques (indignité, incurabilité, damnation, ruine,...) et par des idées de suicide prégnantes.
- Les accès maniaques : Début brutal après des chocs émotionnels, des conflits affectifs, des difficultés professionnelles, des affections somatiques, deuil récent. Les signes cliniques sont : - hyperactivité inhabituelle et insomnie ; - excitation psychique avec accélération des processus intellectuels, fuite des idées, discours diffus, passages du coq à l'âne, perturbations majeures de l'attention et de la concentration ; - excitation motrice plus ou moins importante avec hyperactivité souvent improductive, troubles des conduites sociales, démarches intempestives, déambulations nocturnes et matinales ; hyperthymie expansive (cad euphorie morbide accompagnée d'une labilité thymique extrême – le patient passe du rire aux larmes, d'une attitude familière à une ironie agressive, d'un sentiment d'élévation et de toute puissance à des attitudes provocantes ou hostiles) ; - des troubles de la vie instinctuelle constitués par une insomnie rebelle sans sensation de fatigue, par une restriction de l'appétit avec déshydratation fréquente et par une hypersexualité avec ou sans hypergénéésie).

Ces états maniaques s'accompagnent d'idées mégalomaniaques quasi délirantes avec projets grandioses, sentiments de grandeur, de richesse et d'infailibilité, intuitions prophétiques, certitudes de découverte scientifique fondamentale. Thèmes érotiques ou idées délirantes de filiation, voire idées de persécution avec revendication. Les mécanismes sont le plus souvent imaginatifs.

Le traitement : chimiothérapie après les bilans cliniques et biologiques (antidépresseurs, neuroleptiques). L'hospitalisation est souvent nécessaire (en fonction de l'évaluation de la gravité de l'état dépressif ou maniaque et des risques encourus par le patient). La psychothérapie constitue une thérapie complémentaire dont les effets sont souvent appréciables.

6.2.4. Troubles psychotiques secondaires à des affections organiques

= Troubles de l'identité et du contact dus à une atteinte organique des supports biologiques de la vie de relation. Les mécanismes pathogènes complexes sont encore mal connus. Les principales étiologies : - endocriniennes (thyroïdiennes) ; - alcooliques (cf. délires alcooliques chroniques, psychose polynévritique de Korsakoff, démences alcooliques) ; - syphilitique (paralysie générale) ; - encéphalitique ; post-traumatique (traumatismes crâniens) ; - démentielle sénile (troubles psychotiques de la maladie d'Alzheimer).

BIBLIOGRAPHIE

- Bergeret, J. (1986). *Psychologie pathologique*. Paris : Masson. (cf. chapitre 7 à 11, p.129-210).
- Besançon, G. (1993). *Manuel de Psychopathologie*. Paris : Dunod. (cf. chapitre 3, p. 75-104 ; chapitre 5, p.161-199).
- Guelfi et al. (1987). *Psychiatrie*. Paris : PUF Fondamental. (cf. chapitre 2, p. 179-245 ; chapitre 6, p 417-519).
- Ionescu, S. (1997). *Les mécanismes de défense*. Paris : Nathan Université.
- Juignet, P. (1997). *Etats-limites et passions narcissiques*. Paris : Berger-Levrault. (cf. chapitre 8, p. 111-126).
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1994). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris : PUF, 12^{ème} édition.
- Ménéchal, J. (1999). *Qu'est-ce que la névrose ?* Paris : Dunod. Collection Les Topos.
- Pedinielli, J.L., Gimenez, G. (2002). *Les psychoses de l'adulte*. Paris : Nathan, collection 128.
- Pedinielli, J.L., Bertagne, P. (2002). *Les névroses*. Paris : Nathan, collection 128.