

## ***Distinction entre psychiatrie et psychopathologie.***

**Psychiatrie:** elle est une **branche de la médecine** dont l'objet consiste à étudier et à traiter les maladies mentales.

**Psychopathologie:** elle est une branche de la psychologie en même temps qu'une branche de la psychiatrie. C'est une **réflexion théorique** sur la pratique psychiatrique. Il s'agit donc d'une **discipline fondamentale**, dont la psychiatrie représente le domaine d'application.

Pour apprécier un fait pathologique par rapport à un fait normal, la psychopathologie a recours à la méthode clinique.

## **La méthode clinique.**

- La méthode clinique est un outil:
  - d'investigation,
  - d'évaluation,
  - de diagnostic,
  - de pronostic.
  
- Moyens:
  - entretien clinique,
  - test projectif (tache de Rorschach, TAT, NPI),

Aucun outil clinique ne suffit à lui seul à poser un diagnostic, il faut donc recourir à plusieurs méthodes d'investigation pour aboutir à des hypothèses diagnostiques.

- Thérapie: l'indication d'une méthode diffère selon le malade:
  - pour certains, il faut une psychothérapie de soutien,
  - pour d'autres une psychothérapie d'inspiration analytique,
  - psychanalyse (cure type),
  - psychodrame,
  - médicaments et thérapie,
  - thérapie familiale...

**Remarque:** le psychologue ne peut prescrire de médicaments, seulement les thérapies; il lui faut donc travailler avec un médecin.

**Remarque:** ces thérapies se font en face à face, à l'exception du psychodrame et de la cure type.

Selon le diagnostic établi et la thérapie choisie, on peut établir un pronostic, c'est à dire la manière dont la maladie va évoluer.

La psychopathologie doit tenir compte de trois aspects pour étudier des phénomènes psychologiques:

- existe-t'il des espèces morbides au sein d'un groupe?  
*Exemple: l'alcoolisme est-il un fait pathologique ou culturel? Est-il l'expression d'un manque que le malade cherche à compenser ou bien est-il un moyen pour maintenir un lien social?),*
- nécessite une lecture et une interprétation prudente, car la maladie mentale en tant que telle réalise une désorganisation dû a un hypofonctionnement ou hyperfonctionnement.  
*Exemple: crise de colère, même accompagnée de passage à l'acte ne peut être considéré comme pathologique dès l'instant où cette crise reste isolée.*
- il n'existe pas de frontière radicale entre le normal et le pathologique (d'après Freud).

Tous ces éléments doivent faire prendre conscience au clinicien de la nécessité d'une analyse globale et d'un diagnostic, c'est à dire qu'il doit tenir compte d'un comportement psychique obéissant à des pulsions, des mécanismes de défense et tenir compte de la nature du conflit, aussi bien intérieur qu'extérieur.

## **Trauma psychique.**

Il s'agit d'un **concept central** en psychopathologie (trauma psychique ou psychotraumatisme). C'est un **événement** de la vie du sujet qui se définit par:

- son intensité,
- par l'incapacité du sujet à y répondre adéquatement,
- par les bouleversements et les effets pathogènes qu'il provoque dans l'organisation psychique.

Il s'agit donc d'un afflux d'excitation, qui est excessif par rapport à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement cette excitation.

### *Transition:*

En psychopathologie, il existe différentes catégories de troubles: certains sont dits névrotiques (névroses hystériques, névroses phobiques, névroses obsessionnelles, névroses d'angoisse, névroses traumatiques), d'autres plus graves sont dits psychotiques (concernant les moins de 25 ans: schizophrénie, schizophrénie paranoïde; à partir de 35-40 ans: paranoïa, délires chroniques; autisme)

## **Les névroses:**

On regroupe sous le nom de névrose des **troubles fonctionnels sans rapport avec une lésion organique**. La névrose **exprime** donc **de manière symbolique** un **conflit psychique** dont l'**origine** se rattache à la **vie infantile**.

Du point de vue clinique, les névroses se distinguent des psychoses, des perversions et des affections psychosomatiques.

Le terme de névrose est apparu la première fois à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle dans un traité de médecine de l'écosais William Cullen. Il a utilisé ce terme pour désigner l'ensemble des maladies mentales, mais aussi des affections cardiaques ou digestives. Plus tard, c'est le psychiatre français Pierre Janet qui répartit les névroses en deux catégories, d'une part l'hystérie et d'autre part la psychasthénie (Freud utilisera le terme de névrose obsessionnelle).

**Biblio:** étude sur l'hystérie (Freud/Breuer)

Pour Pierre Janet, les névroses sont dues "à une chute de la tension psychologique, provoquant l'apparition de comportements inférieurs". Pour lui, dans les névroses les fonctions sont perturbées dans leurs aspects de socialisation, c'est à dire ce qui permet l'adaptation du sujet au réel sont perturbées.

**Exemple:** pour l'hystérie, Janet considère que c'est la faiblesse psychologique qui détermine le rétrécissement de la conscience. Les idées fixes seraient donc responsables de l'apparition des symptômes hystériques.

Du point de vue clinique, les névroses sont caractérisées par des symptômes généraux qui ne sont pas spécifiques des névrose:

- inhibitions,
- limitations,
- troubles du sommeil,
- troubles de la sexualité
- troubles du comportement,
- angoisse,
- anxiété.

Cependant, il existe des troubles spécifiques de telle ou telle névrose:

- la conversion somatique pour l'hystérie,
- les phobies pour les névroses phobiques
- les obsessions pour la névrose obsessionnelle.

Tous ces troubles de conversion phobique ou obsessionnelle, traduisent des défenses contre l'angoisse et constitue à l'égard du conflit interne un véritable compromis.

On peut dire que le **névrosé** est **conscient** de la **réalité** morbide de ses troubles. Il tient compte de la réalité à laquelle il essaie de s'adapter désespérément, mais son **moi** reste obstinément **coincé** entre les **pulsions** envahissantes et les **exigences** d'un **surmoi** trop puissant et trop exigeant. Finalement, le **névrosé** passe son temps à essayer de trouver un **compromis** entre le **désir** et la **réalité**.

Selon Freud, le symptôme névrotique reproduit d'une manière ou d'une autre la satisfaction de la petite enfance. A cet égard, on peut dire que le névrosé reste attaché à certaines phases de son développement psycho-affectif antérieur. En effet, le malade tend à revenir en arrière, et tout particulièrement lorsqu'il rencontre des difficultés, c'est à dire des situations conflictuelles. Chaque fois qu'il y a contradiction entre le principe de plaisir et le principe de réalité, l'angoisse déborde le moi et le symptôme apparaît. Les symptômes névrotiques représente donc des conduites symboliques qui visent à neutraliser l'angoisse, car sans formation symptomatique l'angoisse serait insupportable.

En général, le névrosé est mal à l'aise, il manque d'assurance et il peut être agressif contre lui-même et contre les autres. Il souffre très souvent de troubles du sommeil et de la sexualité, il se sent toujours fatigué. On retrouve chez lui des conflits intérieurs importants. Il n'existe donc pas d'origine organique pour expliquer l'apparition de ces troubles et pas de rupture avec la réalité non plus. C'est pourquoi le **névrosé** peut avoir une **vie quasi normale** en société. Le **traitement** préconisé est souvent la **psychothérapie** ou la **psychanalyse**.

Il existe différentes formes de psychonévroses, les principales sont:

- la **névrose hystérique**,
- la **névrose obsessionnelle**,
- la **névrose phobique**,
- la **névrose d'angoisse**.

Toutes ces névroses sont **en rapport avec la sexualité infantile**.

Il existe d'autres formes de névroses, dites **névroses actuelles**, qui elles, sont en rapport avec la vie actuelle du sujet et non avec son enfance, comme:

- la **névrose d'angoisse**,
- la **neurasthénie**,
- l'**hypocondrie**.

## Les précurseurs de la psychologie scientifique et psychopathologie

### *Hippocrate*

Il est le premier médecin qui a inventé la clinique au pied du malade. C'est lui qui a opéré une rupture avec les dogmes, c'est à dire les règles religieuses, qui jusqu'alors ne différenciait pas l'intervention médicale des croyances religieuses. Il a été le premier à proposer une clinique d'**observation** en prenant le temps d'interroger le malade. Il se livre à une véritable étude de l'histoire du malade et de sa maladie, en tentant de saisir l'homme dans son unité, car pour lui, la santé et la maladie sont intégrés dans un phénomène naturel et ne sont plus attribués aux dieux.

Par ailleurs, il s'interdisait toute chose qui pouvait nuire au patient et son éthique était d'aider en toute circonstance l'action de la nature. Cette démarche clinique qui a pour objet l'**étude** du **sujet** dans son **unité** et en **interaction** avec son **environnement**, préfigure la relation clinique que les cliniciens utilisent jusqu'à ce jour.

### *Thomas Sydenham*

(1624-1689), médecin anglais, est parvenu à restaurer le principe de la médecine hippocratique en luttant contre la mode et les systèmes qui éloignent la clinique de l'observation et de l'expérience.

### *Christian Wolff*

(1679-1754), juriste mathématicien et philosophe allemand, il distingue deux types de psychologies:

- empirique, qui a pour projet de réunir des faits et observations internes ou introspectifs et des faits externes portant sur l'observation des conduites de l'homme. Comme toute science empirique, cette psychologie est fondée sur des calculs et des mesures, ce qui a donné lieu à la psychométrie.
- rationnelle: basée sur le raisonnement. Il s'agit ici de lier expérience et raisonnement dans la démarche de la connaissance.

Cette tentative de fondement d'une science de la mesure cherche à cerner en fait une articulation entre l'interne et l'externe sous la forme d'un objet à connaître qui constitue la subjectivité.

## **William Cullen**

(1710-1790), médecin écossais, a introduit en 1769 le terme de névrose dans un livre de médecine. A cette époque ce terme désignait une affection générale du système nerveux et des propriétés sur lesquelles sont fondée le sentiment et le mouvement. Ensuite, le terme va englober toutes les maladies qui paraissait résulter d'un mauvais fonctionnement du système nerveux.

## **Philippe Pinel**

(1745-1826), il a proposé une présence aussi fréquente que possible auprès du malade. Pinel tente ainsi de cerner le réel d'une clinique en proposant une description dont le résultat sera sa nosographie, publiée dans un ouvrage intitulé "*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*".

Sa démarche est empirique, elle comporte l'examen de chaque patient au cas par cas. Cette démarche porte un **regard naturaliste** identique à celui de l'entomologiste qui étudie les insectes, c'est à dire:

- voir,
- isoler des traits, des formes,
- reconnaître ceux qui sont identiques et ceux qui sont différents,
- les regrouper et les classer par espèces ou par familles.

C'est donc le regard et secondairement la parole qui viennent structurer cette démarche scientifique, puisqu'au-delà des signes rencontrés dans le règne animal, les hommes ont ce privilège qui fait d'eux des êtres de langage et de parole. Ainsi, Pinel ouvre la psychiatrie non seulement à l'**observation** mais aussi à la **prise en compte** de la **parole** du fou et c'est ce qui le met à l'écoute de la folie. En effet, écouter le fou, c'est accorder une place à sa subjectivité et c'est donc à Philippe Pinel que l'on doit ce changement dans une perspective qui prend en compte la pensée du fou.

Il constate que le fou n'est jamais totalement fou, et cette hypothèse le conduit à se poser les quatre questions suivantes:

- en quoi ce que ressent et exprime le sujet aliéné est-il proche de ce que je peux exprimer et ressentir. En quoi est-il différent?
- qu'est ce que le fou me renvoie de moi-même?
- qu'est ce que je lui renvoie de moi-même?
- de quel lieu viennent un regard et une parole qui me constitue comme différent?

## **Jean-étienne Esquirol**

(1772-1840). A la suite des idées développées par Pinel, c'est Esquirol qui s'est efforcé de mettre l'accent sur les patients, en tentant de montrer l'aliénation comme un état ou la part pensante et réfléchie du sujet est susceptible de se conserver. Pour les aliénistes, les patients participent à la fois de la vie consciente et du fonctionnement du corps, c'est à dire une conception qui établit une unité entre le corps et l'esprit.

L'intérêt d'une telle conception nous permet de dire qu'il existe une **continuité** entre le **normal** et le **pathologique**, en ce sens où les passions humaines font partie de l'existence aussi bien sur le plan physique que psychique. Partant de là, on pourrait interpréter la folie comme une exacerbation ou exaltation passionnelle. On pourra penser par exemple la **fureur** comme un **excès de colère prolongé**, ou que la **manie érotique** serait un **amour porté à l'excès**, ou encore que la **mélancolie** avec penchant au suicide comme un **excès de désespoir prolongé**.

Esquirol considère le **fou** comme un **sujet** qui est **soustrait** à sa **propre volonté**. Selon cette perspective, l'acte que peut commettre un individu est susceptible d'échapper à sa raison et dont la détermination lui reste inconnue.

Tout ce que dit ou fait le sujet dans sa folie a un sens pour lui, sans doute un excès de sens et donc une perte du sens commun. C'est ce qui peut donner au délire et aux hallucinations qui s'imposent au sujet autant de signes subjectifs venant d'un autre lieu, car il ne sont pas de sa propre création.

Dans la folie, l'activité humaine reste significative et signifiante d'un sens, mais les aliénés ne sont pas maîtres du sens, ceci parce qu'ils restent liés à l'idée délirante. Ils sont convaincus que ce qu'ils disent est vrai et que ce qu'ils veulent est juste et raisonnable. Quelquefois, leur **conviction** est **plus forte** que leur **jugement**, c'est ce qu'on appelle une **conviction délirante**. Dans ces conditions, on peut dire que le sujet est agi et halluciné par des voix qui s'imposent à lui et qui le commandent. Elles forcent et occupent ses pensées, et habitent son corps le temps du délire, le problème est alors l'absence d'écart entre le sujet lui-même et son propre processus de pensée.

Dans la pratique actuelle, un malade psychotique en mesure de critiquer son délire peut être considéré comme déjà allant mieux. Ceci parce qu'il redevient capable de prendre de la distance et d'appréhender du dehors sur un mode réflexif ce dans quoi il est pris, c'est à dire les délires et les hallucinations.

Démence amorcée par Pinel et Esquirol a permis d'avancer le principe de l'échange langagier avec le fou et d'en avoir fait un principe de compréhension, fondant un nouveau savoir sur la folie, d'où la naissance du traitement moral de l'aliéné et du malade mental. La découverte de la possibilité de parler avec le fou a conduit à un changement de position chez les aliénistes, en effet, ce ne sera plus le rappel à l'ordre, les coups et les douches froides, mais une tentative de repérer les manifestations de la raison dans la déraison, c'est à dire une démarche qui va s'efforcer de chercher des éclats de conscience dans le sujet cartésien, c'est à dire le sujet du cogito.

Pour Pinel et Esquirol, le fou ne doit plus être hors de l'échange. Il paraissait en effet absurde de vouloir le traiter par la méchanceté parce qu'il est méchant, selon le principe de réciprocité. Cette méthode est d'autant plus absurde qu'elle nie la folie du sujet. Traiter le fou comme s'il était dépourvu de présence autre que végétative équivaldrait à un retranchement total et définitif de la communauté des humains.

Puisque le rapport et la communication sont possibles, le dialogue dévient possible également, à condition que le clinicien admette que le fou ne peut pas se conformer avec lui à la règle de réciprocité. Cette règle de réciprocité, qui règle ordinairement les échanges entre les humains, doit être assouplie par plus de bienveillance et de tolérance à l'égard d'un sujet qui n'utilise pas les mêmes critères que soi-même.

Dans ce contexte, la méthode de l'entretien ne doit pas chercher à convaincre le malade, ni à adhérer à ce qu'il dit. Il faut donc rechercher une troisième voie, qui se retrouve entre le principe de réciprocité et le retranchement, c'est la méthode que propose le **traitement moral**. Cette méthode consiste à accepter un discours sans le faire sien et sans le rejeter. Cela a l'avantage d'introduire une distance entre le clinicien, le fou, et sa parole folle.

# Rôle de l'inconscient et symbolisme des symptômes névrotiques

Les premières études de Freud sur le psychisme l'ont convaincu de l'existence d'une vie psychique inconsciente, déjà pressentie par plusieurs philosophes des le 18<sup>e</sup> siècle. Si la prise de conscience et la reviviscence émotionnelle de certains souvenirs possède une vertu thérapeutique, c'est qu'elles forcé organisées au dessous du niveau de conscience trouvent dans ces expérience le moyen de se dégager et de parvenir à leur but. Ces forces sont des besoins instinctuels que la structuration de la vie psychique à réprime par la censure et le refoulement.

Trois conditions pour que ce but thérapeutique puisse avoir lieu: ?, ?, sublimation.

La reviviscence des conflits lointains, ceux qui sont antérieurs à la maîtrise du langage et par lesquels s'est organisé l'inconscient permet à une partie des forces de se dégager et de se détendre dans une satisfaction substitutive, d'où la valeurs symbolique des symptômes, par exemple les phobies, les troubles fonctionnelles hystérique (conversion) ou encore dans les idées obsédantes. Selon cette théorie, la névrose constitue alors une forme d'adaptation du moi aux exigences pulsionnelles (exigences du Ça) d'une part et aux exigences socio-culturelles (exigence du surmoi) d'autre part. Dans une large mesure, l'inconscient exprime et poursuit la préhistoire du sujet. Cette découverte de Freud rend compte du contenu positif de la névrose, c'est à dire la tendance à des satisfactions archaïques. Puisque c'est le principe de plaisir qui règne en maître dans les tout premiers mois de la vie, l'enfant doit avec l'expérience apprendre à contourner les obstacles, à vaincre les difficultés, à attendre, à différer et à tolérer une certaine quantité de déplaisir, éventuellement à renoncer. C'est cette tolérance du déplaisir qui portera le nom de "principe de réalité". Principe de plaisir et principe de réalité, logiquement opposé l'un a l'autre ne sont pas pour autant toujours en conflit. Par exemple, dans le cas de satisfaction des besoins vitaux (manger, boire), le principe de réalité est inévitable, c'est une nécessité qui ne laisse place ni au refoulement ni à la substitution de satisfaction imaginaire aux satisfactions réelles. La satisfaction réelle est ici liée au principe de conservation.

En revanche, les désirs d'origine sexuelle peuvent être refoulés, ils peuvent être insatisfaits, sublimes ou encore transformés en satisfaction substitutive à travers la sublimation ou l'imaginaire. C'est pourquoi la création de fantasmes, ce que Freud appelle le travail de fantasmatisation, constitue une auto légende à laquelle chacun s'accroche e a. Des niveaux conscients et inconscients. C'est un élément constituant de la subjectivité de la vie psychique, voire même. La pathologie. Ces fantasmes rigoureusement organisés ressemblent aux formations du système conscient, même s'ils restent inconscients. Ils sont sous-jacents, et ce sont eux qui sont à l'origine des conduites répétitives, des mises en actes, des rêves et des symptômes. En 1920, Freud a introduit deux nouveaux concepts: "au delà du principe de plaisir" et "instinct de mort". En effet, c'est en remarquant le retour des répétitions dans les névroses traumatiques, dans les rêves et cauchemars, sans pouvoir y découvrir pour le sujet une source ou une promesse quelconque de satisfaction libidinale que Freud en vint à penser un fonctionnement psychique non exclusivement domine par la tendance au plaisir. À côté de cette tendance au plaisir coexiste une tendance à la destruction qui serait selon Freud en continuité avec la tendance de la matière animée à retourner à l'inanimé. En d'autre terme le but de tout être vivant étant le retour à l'inorganique.

Pour Freud , toute pulsion comporte un caractère régressif et répétitif. La régression la plus totale, cad une répétition d'un état antérieur serait un retour à l'inorganique. Cette seconde théorie des pulsions repose donc sur la distinction entre pulsion de vie et pulsion de mort. Les pulsions de vie désignées par Freud par le terme d'eros recouvrent non seulement les pulsions sexuelles proprement dites mais aussi les pulsions d'auto conservation. Elles obéissent au principe de constance, qui tend maintenir à un niveau aussi bas que possible la quantité d'excitation que contient l'appareil psychique. Elles rétablissent et donc répètent un niveau antérieur correspondant aux tensions permanentes normales d'un organisme au repos, cad un organisme préservé et perpétue dans son existence.

Les pulsions de mort que l'on désigne sous le terme de thanatos s'opposent aux pulsions de vie. Elles tendent à la réduction complète des tensions et à ramener l'être vivant à l'état inorganique. Elles obéissent au principe de "nirvana", terme d'origine bouddhique utilisé par Freud dans le sens limite de "tendance à la réduction, à la constance et à la suppression de la tendance d'excitation interne". Ainsi, la projection de la pulsion de mort sur l'extérieur donne lieu à la pulsion de destruction

et aux pulsions d'agression. À l'inverse un sujet qui parvient à l'apaisement intérieur canalise mieux l'énergie pulsionnelle et n'éprouve aucun besoin ni de s'autodétruire ni à détruire quiconque. Par exemple, la foi, la prière, le zen, la méditation peuvent participer et favoriser cet état de l'être.

Malgré leur antagoniste, pulsion de vie et pulsion de mort agissent le plus souvent de concert, elles concourent au moins temporairement au même but. Par exemple, cette collaboration, cette union ou cette fusion des pulsions peut s'observer dans les conduites sexuelles ou la conquête de l'objet implique une certaine agressivité. Les proportions variables dans cette union peuvent amener des désordres dans les conduites. À ce sujet, Freud écrit dans *Abrégé de psychanalyse*, "*un excédent d'activité sexuelle fait d'un amoureux un meurtrier sadique. Une forte diminution du facteur agressif le rend timide et impuissant*".

Les mécanismes de défense du moi sont des mesures que le moi met en œuvre pour tenir les pulsions en échec. Le refoulement par exemple fait partie de ces mécanismes et est inconscient. L'un des buts de la psychanalyse est d'arriver à ce que le moi parviennes une conquête progressive du contenu de l'inconscient tout en tenant compte des exigences du surmoi et de la réalité. Le moi doit reconnaître les désirs émanant du ça et choisir ou non de leur accorder la satisfaction au lieu de les fuir par le refoulement.

En s'intéressant au narcissisme, Freud a remarqué que la libido n'est pas uniquement tournée vers les objets extérieurs. Initialement la libido est toute entière centrée sur le moi puis s'en détache progressivement pour investir l'extérieur, d'où elle peut toujours être ramenée vers le moi.

Le conflit n'apparaît plus alors comme opposant des pulsions sexuelles à des pulsions d'origine différente mais comme l'expression d'une divergence entre deux directions de l'énergie libidinale, l'une dirigée vers les objets extérieurs, l'autre tournée vers le moi. Pour Freud la personnalité est en position de défense et donc les frontières entre le normal et le pathologique ne sont pas étanches. Ainsi, le choix de telle ou telle solution reste étroitement lié à l'histoire antérieure du sujet et à la manière dont il en a été marqué.

Les névroses impliquent que le désir œdipien n'a pas été abandonné et que l'angoisse de castration subsiste dans toute sa vivacité.

Quant aux perversions sexuelles, elles interdisent une jouissance maximale dans la relation normale en ne la permettant que sous certaines conditions, au caractère obsédant et exclusif. Ce sont des déviations par rapport à l'**acte sexuel normal** défini comme **coït** visant à obtenir l'orgasme par **pénétration génitale** avec une personne de **sexé opposé**. Freud range les perversions selon:

- le **choix objectal**, c'est à dire l'obtention de l'orgasme avec des objets non classiques ou non normaux. Par exemple l'auto-érotisme, l'onanisme, la pédophilie, la ? , l'inceste, la zoophilie, le fétichisme et l'homosexualité.
- l'objet des **érotisations substitutives**, c'est à dire par déformation de l'acte sexuel. Par exemple le sado-masochisme, l'érotisation de la douleur, le voyeurisme, l'exhibitionnisme, l'érotisation des fonctions urinaires.

Les stades successifs de la sexualité infantile

Ils sont les étapes de la vie de l'enfant à la fois expérience de maturation du système nerveux dans ses structures et du développement du psychisme naissant, dans ses sperme ces et relations primitives, cas le stade oral (plaisir de la succion et de l'incorporation), stade sphinctérien (plaisir de l'émission et de la rétention) cf l'homme aux loups, 5 études de psychanalyse, stade phallique (plaisir génital). Cette période constitue des franchissements difficiles imposant à l'enfant le renoncement à un plaisir pour la conquête d'une maîtrise progressive du corps et l'adaptation à l'univers perçu.

Dans les névroses, la psychanalyse nous permet d'observer la persistance de besoins archaïques contre lesquels la névrose lutte par des procédés typiques de défense. Il existe un certain nombre de mécanisme de défense qu'utilise le sujet contre l'angoisse névrotique. Le sens et les buts de ces procédés consiste à éviter la reconnaissance des besoins de cette satisfaction infantile, en effet, la défense du moi consiste à maintenir l'ignorance de la signification des conduites névrotiques. Grâce à de réponses élaborées en conduites symboliques répétitive, le moi permet aux pulsions une issue incomplète, ainsi il évite partiellement l'angoisse du conflit intérieur. En fait, le symptôme assure au moi une sorte de protection et une relative tranquillité. Finalement, le névrose adopté et conserve des conduites névrotiques parce qu'elle lui apporte d'une part une certaine satisfaction (décharge instinc-

tuelle travestie dans des conduites symboliques) et d'autre part certains bénéfiques secondaires. En d'autres termes, le sujet échappe à des nécessités et des représentations tout en recevant des gratifications. À travers les paradoxes et les complications de la névrose, on retrouve donc le principe de plaisir qui clôt la névrose sur elle-même.

Ces procédés de défense et ce travestissement symbolique des conflits entre les forces inconscientes n'épuisent pas généralement toute l'énergie pulsionnelle non satisfaites. Ainsi lorsque le sujet n'a pas pu élaborer des conduites de protection, ou lorsque ces conduites sont imparfaites, l'angoisse réapparaît. Par exemple la névrose d'angoisse correspond à la position des sujets qui n'ont pas réussi à se constituer des défenses par des conduites ou des symptômes et chez lesquels l'angoisse se trouve pour ainsi dire à découvert.

Dans tous les cas, le rôle de l'angoisse est d'alerter le sujet sur les dangers qu'il court, par exemple lorsqu'une pulsion instinctuelle ne peut pas trouver une décharge adéquate. Cependant, même dans la névrose la mieux structurée, l'angoisse fait partie de l'existence humaine, elle est toujours la preuve d'une perturbation dans l'équilibre du sujet. Aux yeux des psychanalystes, la névrose apparaît donc comme une mauvaise structuration du moi qui n'est pas capable d'exercer son rôle normal de filtre et de contrôle entre les exigences pulsionnelles et les exigences sociales, et à l'édification d'une morale personnelle.

## Conclusion

### CM6

Trois questions CM, trois questions TD. Précision demandée.

### Documentaire

- Manifestation de la violence chez les malades: les pulsions dépassent les capacités du sujet.
- Façon dont les personnes sont accueillies dans les service d'urgence psy.