

Licence 1 semestre 2 - F 2.4 TD

Psychoses et névroses

Névroses

Névrose

- phobique
- hystérique
- obsessionnelle
- trouble obsessionnel compulsif

TOME II

études de cas,
vignettes cliniques

Lydia Fernandez



Psychoses

psychose (s)

- schizophrénique
- paranoïaque
- hallucinatoire chronique
- maniaque-dépressive
- bouffée délirante aiguë

ETUDES DE CAS ET VIGNETTES CLINIQUES

NEVROSES

- Madame N, 32 ans, trouble obsessionnel compulsif
- Alexandre, 28 ans, névrose phobique
- Véronique, 33 ans, névrose hystérique
- Mylène, 27 ans, névrose hystérique
- Maximilien, 14 ans, névrose obsessionnelle

PSYCHOSES

- Madame X, 45 ans, schizophrénie
- Pierre, 18 ans, schizophrénie avec troubles thymiques
- Madame Z, 60 ans, psychose hallucinatoire chronique
- Camille, 18 ans, psychose schizophrénique
- Mr C, 18 ans, bouffée délirante aiguë
- Madame A, 36 ans, psychose maniaco-dépressive
- Paul, 50 ans, psychose paranoïaque

PERVERSIONS

- Monsieur L, 50 ans, perversion

CONSEILS DE PREPARATION DES TD

S'initier c'est s'impliquer dans les apprentissages, donc une dynamique active de la part de l'étudiant en cours de formation.

Pour préparer les TD d'une durée de deux heures :

Chez vous ou dans un lieu approprié, individuellement ou en petits groupes d'étudiants selon le cas :

- 1) lire la bibliographie de base sur l'étude de cas et sur névroses, psychoses et perversions. Faites-vous des fiches qui vont servir en TD pour travailler sur les études de cas.
- 2) lire les cas et commencer à les travailler chez vous. Certaines études de cas sont suivies de questions pour vous guider dans la préparation du travail mais elles ne dispensent pas de réaliser une analyse approfondie.

En TD :

- 1) travail sur les cas en binômes ou en petits groupes de 3 ou 4 avec supervision de l'enseignant(e).
- 2) Mise en commun du travail et discussion en grand groupe (étudiants-enseignant(e)).
- 3) Des éléments complémentaires de ceux dégagés en petits groupes et en grand groupe seront apportés par l'enseignant(e).

Bibliographie utile pour les TD : Voir lectures recommandées.

Licence 1 S 2	Psychoses et névroses
Responsable	Pr Lydia Fernandez Bureau E 209 -téléphone: 03 22 82 89 07
Intervenants	L. Fernandez – C. Moukouta- P. Spoljar- F. Thomas
Objectifs et contenus	<p>. Aborder les grandes entités psychopathologiques (névroses et psychoses), décrire leurs principales caractéristiques sémiologiques, nosologiques, cliniques et psychopathologiques et dégager les spécificités de chacun de ces troubles.</p> <p>. Apporter aux étudiants des compléments de connaissances sur les structures psychopathologiques (névroses, psychoses) à travers l'étude de cas en s'intéressant à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'histoire du cas (motif de la consultation, antécédents personnels et familiaux, histoire des troubles, épisode actuel, éléments médicaux, évolution) ▪ L'évaluation testologique (par exemple, évaluation de la personnalité, évaluation du fonctionnement psychosocial, ...) ▪ la sémiologie (signes cliniques) ▪ l'analyse diagnostique (hypothèse diagnostique et justification de l'hypothèse, forme clinique, exclusion des autres troubles) ▪ L'analyse psychopathologique et clinique (analyse de l'histoire de cas, étude de la personnalité, interprétation clinique ou analyse psychopathologique –lien diagnostic/hypothèse, pronostic, évolution)
Modalités	CM : 10h (groupe A et B) TD : 12h - 6 séances de 2h
Contrôle	Voir feuillet modalités d'examen 2008-2009
Lectures recommandées	<p><u>Névroses-psychoses-perversions</u></p> <p>Baruk, H. (1985). <i>Psychoses et névroses</i>. Paris : PUF, collection Que Sais-Je ? n°221.</p> <p>Bergeret, J. et al. (1986). <i>Psychologie pathologique</i>. Paris : Masson.</p> <p>Besançon, G. (1993). <i>Manuel de psychopathologie</i>. Paris : Dunod. (chapitres 3-5-6)</p> <p>Besche-Richard, C., Bungener, C. (2002). <i>Psychopathologies de l'adulte</i>. Paris : Armand Colin, collection Campus. (chapitres 2-4 et plus) et pour vous entraîner :</p> <p>11 vignettes/cas cliniques avec corrigés dans cet ouvrage.</p> <p>Birraux, A. (1999). <i>Les phobies</i>. Paris : PUF, collection Que Sais-Je ? n°2946.</p> <p>Bonnet, A., Fernandez, L. (2007). <i>Introduction à la psychopathologie</i>. Paris : Dunod, collection Express.</p> <p>Chabert, C., Brusset, B., Brelet-Foulard, F. (1999). <i>Névroses et fonctionnements limites</i>. Paris : Dunod.</p> <p>Cohen de Lara, A., Marinov, V., Ménéchal, J. (2000). <i>La névrose obsessionnelle</i>. Contraintes et limites. Paris : Dunod.</p> <p>Chabert, C. (2007). <i>Les névroses</i>. Traité de psychopathologie adulte. Paris : Dunod.</p> <p>Cottraux, J., Mollard, E. (1986). <i>Les phobies, perspectives nouvelles</i>. Paris : PUF, nodules collection psychiatrie ouverte.</p> <p>Graziani, P. (2003). <i>Anxiété et troubles anxieux</i>. Paris : Armand Colin, collection 128.</p> <p>Haouzir, S., Bernoussi, A. (2005). <i>Les schizophrénies</i>. Paris : Armand Colin, collection 128.</p> <p>Harrus-Révidi, G. (1997). <i>L'hystérie</i>. Paris : PUF, collection Que Sais-Je ? n°3238.</p> <p>Loo, H. (1997). <i>Cas cliniques en psychiatrie</i>. Paris : Médecine-Flammarion.</p> <p>Ménéchal, J. (1997). <i>Introduction à la psychopathologie</i>. Paris : Dunod, collection Les Topos.</p> <p>Ménéchal, J. (1999). <i>Qu'est-ce que la névrose ?</i> Paris : Dunod, collection Les Topos.</p> <p>Pedinielli, J.L., Bertagne, P. (2002). <i>Les névroses</i>. Paris : Armand Colin, collection 128.</p> <p>Pedinielli, J.L., Gimenez, G. (2002). <i>Les psychoses de l'adulte</i>. Paris : Armand Colin, collection 128.</p> <p>Pirlot, G., Pedinielli, J.L., (2005). <i>Les perversions sexuelles et narcissiques</i>. Paris : Armand Colin, collection 128.</p> <p><u>Etude de cas</u></p> <p>Alexandre, B. (1998). L'étude de cas. In : R. Samacher et al., <i>Psychologie clinique et psychopathologie</i>, Paris : Bréal, 361-398.</p> <p>Capdevielle, V., Doucet, C. (1999). <i>Psychologie clinique et psychopathologie</i>. Paris : Armand Colin. Collection synthèse psychologie, n° 59.</p> <p>Dumet, N., Ménéchal, J. (2005). <i>15 cas cliniques en psychopathologie adulte</i>. Paris : Dunod.</p> <p>Doron, J. (2001). <i>La méthode du cas en psychologie clinique et en psychopathologie</i>. Paris : Dunod.</p> <p>Fédida, P., Villa, F. (1999). <i>Le cas en controverse</i>. Monographies de psychopathologie. Paris : PUF.</p>

	<p>Frances A., Ross R. (1996) <i>DSM-IV. Cas cliniques</i>. Paris : Masson, 1997.</p> <p>Humery, R. (1995). « La problématique du cas singulier ». In : O. Bourguignon, M. Bydlowsky, <i>La recherche clinique en psychopathologie</i>, Paris : P.U.F., 69-91.</p> <p>Martineau, J.P. (1999). <i>Le cas psychologique</i>. Homo, XXXVI, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 3-15.</p> <p>Pediñelli, J.L., Fernandez, L. (2005). <i>L'observation clinique et l'étude de cas</i>. Paris : Armand Colin, collection 128.</p> <p>Revault d'Allonnes, C. (1989). L'étude de cas : de l'illustration à la conviction. In : Revault d'Allonnes, C. et al., <i>La démarche clinique en sciences humaines</i>. Paris : Dunod, 67-86.</p> <p>Samuel-Lajeunesse, B., Guelfi, J.D. (1999). <i>Psychopathologie. Etudes de cas</i>. Paris : PUF, collection psychologie d'aujourd'hui.</p> <p>Widlöcher, D. (1990). Le cas au singulier. <i>Nouvelle Revue de Psychanalyse</i>, 42, 285-302.</p>
--	--

Textes freudiens de base

FREUD S. (1893c) Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies organiques et hystériques. In Résultats, idées, problèmes I (1890-1920). 1984. P.U.F., Paris,

FREUD S. (1895b) Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de névrose d'angoisse. In Névrose, psychose et perversion. 1973. P.U.F., Paris,

FREUD S. (1895d) Études sur l'hystérie. 1956, PUF, Paris.

FREUD S. (1896a) L'hérédité et l'étiologie des névroses. In Névrose, psychose et perversion. 1973. P.U.F., Paris,

FREUD S. (1896) Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense. Névrose, psychose, perversion. op.cit.

FREUD S. (1900a) L'interprétation des rêves. 1967. P.U.F., Paris.

FREUD S. (1901b) Psychopathologie de la vie quotidienne. 1973, Payot. Paris,

FREUD S. Cinq psychanalyses. 1953, P.U.F., Paris,

FREUD S. (1908a) Les fantasmes hystériques et leur relation à la bisexualité. In Névrose, psychose, perversion. op. cit.

FREUD S. (1909a) Considérations générales sur l'attaque hystérique. In Névrose, psychose, perversion. op. cit.

FREUD S. (1910i) Le trouble psychogène de la vision dans la conception psychanalytique. In Névrose, psychose, perversion. Op. cit.

Autres Textes Psychanalytiques

BRUSSET B. (1993) La névrose obsessionnelle. In BRUSSET B. & COUVREUR C. (édit) "La névrose obsessionnelle". Monographies de la Revue Française de Psychanalyse. 1993, P.U.F., Paris.

BRUSSET B. (1994) Théorie du développement et paradigme de la névrose. In WIDLÖCHER D. (édit.) *Traité de Psychopathologie*. 1994, P.U.F., Paris.

DOR J. (1987) Structure et perversions. 1987, Denoël, Paris.

EIGUER A. (1989) Le pervers narcissique et son complice. 1989, Dunod, Paris.

FEDIDA P. (1978a) La question de la théorie somatique dans la psychanalyse. *Psa. Univ.*, 1978, 3, 12 : 621-648.

FREUD S. (1907) L'Homme aux Rats. *Journal d'une analyse*. Paris, P.U.F., 1974.

GREEN A. (1990) La folie privée. *Psychanalyse des cas-limites*. 1990, "Gallimard (coll. Paris.

ISRAEL L. (1976) L'hystérie, le sexe et le médecin. 1976, Masson, Paris.

KERNBERG O. (1989) Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques. 1989, "PUF, Paris.

LACAN J. (1951) Intervention sur le transfert. In *Écrits*. Paris, Seuil, 1966.

LACAN J. (1953) Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. *Écrits*. 1966 Seuil, Paris.

LECLAIRE S. (1958) Philon ou l'obsessionnel et son désir. In *Démasquer le réel*. 1971. Seuil, Paris,

LECLAIRE S. (1968) *Psychanalyser*. 1968, Seuil, Paris,

"Les obsessions " *Confrontations psychiatriques*, 1981, 20

MALEVAL J.C. (1981) Folies hystériques et psychoses dissociatives. 1981, Payot, Paris.

MALEVAL J.C., CREMNITER D. Délire psychotique ou delirium névrotique. Essai de différenciation structurelle. *Bulletin de Psychologie*, 1987, XL, 378 : 21-36.

PERRIER F. (1984) Les corps malades du signifiant. 1984, Inter Éditions, Paris.

SAMI-ALI (1985b) Une théorie psychosomatique de l'hystérie. *Psa. Univ.*, 1985, 10, 40 : 573-585.

WIDLÖCHER D. (1994) La relation narcissique. In WIDLÖCHER D. (édit.) *Traité de Psychopathologie*. 1994, op.cit.

Autres textes

"personnalités pathologiques". *Pratiques psychologiques*, 1998, 2.

CHARCOT J.M. (1885) *Leçons sur l'hystérie virile*. Paris, Le Sycomore, 1984.

CORRAZE J. (1976b) De l'hystérie aux pathomimies, 1976. Dunod, Paris,

COTTRAUX J., BLACKBURN I.M. (1996) *Thérapies cognitives des troubles de la personnalité*. 1996, Masson.

DEBRAY Q., NOLLET D. (1995) *Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique*. 1995.

FOLLIN S. La notion de psychose hystérique et la théorie générale des psychoses. *Frénésie, Hist. Psychiat. Psychanal.*, 1988, 2, 6 : 159-172.

L'hystérie *Confrontations psychiatriques* 1985, 25 :

PAPPENHEIM B (1986) *Le travail de Sisyphe* 1986, Des Femmes, Paris.

TRILLAT E. (1986) *Histoire de l'hystérie*. 1986, Seghers Paris,

D.S.M. IV. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson.

GUELFI J.D., BOYER P., CONSOLI S., OLIVIER-MARTIN R. *Psychiatrie*. P.U.F., 1987.

A cette adresse en accès gratuit, vous trouverez des documents complémentaires aux CM et aux TD -

<http://www.polycopenligne.com/docs/>

Cliquez sur CM et TD : 2009-2010 et voir Licence 1 semestre 2

¹ **Lydia Fernandez**, Professeur des Universités, Université de Picardie, Jules Verne, Faculté de Philosophie et de Sciences Humaines et Sociales, Campus universitaire, Chemin du Thil 80025 Amiens cedex 1, bureau E 209 casier n°10 rdc salle E025 bât E

<http://www.polycopenligne.com>

<http://www.polycopenligne.com/pages/psych-articles/lfernandez.html>

<http://www.polycopenligne.com/pages/lfernandez-livres/index.html>

étudiants : <http://www.polycopenligne.com/docs/>

Alexandre, 28 ans, névrose phobique

Alexandre, garagiste de 28 ans, demande un rendez-vous pour des difficultés à assumer ses tâches quotidiennes en raison de ses "angoisses émotives", Alexandre arrive au premier entretien accompagné de son épouse, une jeune femme un peu effacée qui ne cherche nullement à s'imposer, précise qu'elle est venue à la demande formelle de son mari et se retire dès le début de la consultation en déclarant très fort qu'elle part chez une amie. Alexandre s'étend surtout au cours du premier entretien sur ses fortes angoisses des rues: tant qu'il va et vient dans son atelier, reçoit des clients, ou opère un dépannage à distance avec un de ses employés, tout se passe très bien. Mais dès qu'il s'agit de se rendre seul en ville, pour une démarche à son agence principale de marque ou chez des fournisseurs en matériel ou accessoires (lesquels se situent dans des quartiers périphériques mal famés), ce sont des réactions de panique qui le gagnent. Il est indispensable que sa femme l'accompagne jusqu'à la porte du lieu où il doit entrer; ensuite tout va bien à nouveau, mais le même processus recommence en sens inverse, dans les rues au retour, tant qu'il n'a pu regagner sa voiture, et surtout son domicile ou son atelier.

L'enfance du patient est décrite par lui comme douloureuse: il était l'aîné d'un frère, né quatre ans après lui, et ayant très peu vécu par suite d'une encéphalopathie. La mère qui aurait été très bonne pour lui pendant les premières années, cessa de s'occuper de lui dès la naissance de l'enfant malade qui suivit, puis, peu après la mort de celui-ci, elle aurait été surprise par le père, revenu à l'appartement à l'improviste, dans les bras d'un voisin. Le père aurait alors demandé et obtenu le divorce, mais on lui refusa cependant la garde de son fils qu'il sollicitait avec insistance et l'enfant demeura entre sa mère et les amants de celle-ci jusqu'à l'âge de 12 ans où il eut enfant la possibilité d'aller vivre chez son père. Bien que celui-ci s'occupât beaucoup de lui (il était marchand forain, assez libre tous les après-midi et non remarié, vivant avec une de ses sœurs), Alexandre regrettait de ne pouvoir aller assez souvent rejoindre une mère qu'il considérait cependant comme beaucoup plus égoïste. Dès qu'il le put, il s'engagea dans un régiment technique où il reçut une formation assez poussée à la suite de stages et "pelotons" divers. A sa libération, son père lui achète le petit garage qu'il exploite aujourd'hui et où il semble avoir assez bien réussi.

Ses aventures féminines furent pauvres et terriblement tendues entre désirs et culpabilités. De retour au pays, il fréquente la fille d'une amie de sa mère qu'il doit épouser, une grossesse ayant survenue dès leurs premières relations sexuelles, pourtant combien hésitantes et combien prudentes. Le père n'était pas tellement d'accord pour le mariage. Dès le retour du voyage de noces, de premiers éléments d'angoisse font leur apparition. Ils se sont particulièrement développés depuis un an, après le décès du père.

Veillez répondre de manière précise, concise et argumentée aux questions relatives à l'étude de cas proposée. Illustrez vos propos en vous appuyant sur l'étude de cas.

- 1) Qu'apprenons-nous concernant : a) la vie familiale et sociale d'Alexandre ; b) sa scolarité et sa vie professionnelle ?
 - 2) Quels sont le *mode de début* et la *durée de la pathologie* ?
 - 3) Faites le relevé de la *symptomatologie* afin de broser le tableau clinique d'Alexandre
 - 4) De quelle *structure* ou *organisation* s'agit-il (névrose, psychose, état-limite) ? Justifiez votre réponse
 - 5) De quel type d'*angoisse*, s'agit-il ? Justifiez votre réponse
 - 6) Pourquoi peut-on dire qu'Alexandre fonctionne sous le primat de la génitalité ? Quelle est la nature de la *relation d'objet* ?
 - 7) Qu'est-ce que les relations qu'Alexandre a entretenu avec ses parents nous apprennent *par rapport à l'œdipe* ?
 - 8) *Trois mécanismes de défense principaux* sont à l'œuvre ici : a) *le déplacement de la pulsion sur les rues* ; b) *l'évitement de l'objet phobogène* ; c) *quel est le troisième mécanisme de défense* ?
- Définissez et expliquez a) et b). Trouvez le troisième : c), définissez-le et expliquez-le ?

Mylène, 27 ans, Névrose hystérique

Mylène est une jeune femme de 27 ans, professeur de danse dans une école privée. Elle est spécialisée dans les danses d'Amérique centrale et le flamenco. Elle demande une psychothérapie car elle redoute d'être dépassée par son anxiété, souffre de variations dysthymiques, ne contrôle plus ses émotions depuis le deuil de son grand-père, dont elle était très proche, surtout depuis le divorce de ses parents, qui s'est produit lorsqu'elle était âgée de 10 ans. Depuis lors, elle voit que très rarement son père, qui est dit-elle, assez indifférent à son sort, et se montre très instable affectivement, surtout envers ses enfants. Mylène pense donc avoir reporté beaucoup d'affection sur son grand-père, bien qu'elle reconnaisse de nombreuses qualités à son père, comme l'humour, le charme et la beauté.

Elle surinvestit son apparence vestimentaire, autant soignée que sexualisée, exhibant tour à tour des vêtements longs et fendus, courts et moulants. Elle paraît avoir besoin de capter le regard, d'exciter la curiosité sexuelle de l'autre, comme si elle était exclue dans son imaginaire de l'intimité parentale.

Elle a partagé son adolescence entre de longues méditations spirituelles, flirtant au passage avec l'abbé de la paroisse, et un engagement authentique dans l'activité théâtrale.

Sa vie amoureuse est probablement déjà riche d'expériences la plupart tronquées. Elle avoue son besoin et son plaisir narcissique de séduire, d'être courtisée. Elle est très avide d'amour et de relations interpersonnelles. Son désir d'enrichissement culturel est étendu. Mais elle rêve avant tout de fonder une vie familiale.

De séance en séance elle aborde deux problématiques nodales, probablement inter-relées. La première se rapporte à l'imgo maternelle. Celle-ci, chef de bureau d'une grande administration, a désiré avoir une fille parfaite, belle, admirable. Fortement surmoïque, il arrive à sa mère d'être sadique, cruelle, parfois disqualifiante,

promettant à Mylène le pire des métiers. Les cadeaux de sa mère sont uniquement représentés par de beaux vêtements, des bibelots et des bijoux. Ils sont toujours déterminés par la qualité de ses résultats scolaires. En réalité la rancune avec sa mère, qu'elle ne tarde guère à exprimer se rapporte à l'investissement essentiellement narcissique de celle-ci. « Ma mère ne me voit pas, ne me comprends pas...aussi, j'ai besoin de paraître. ..». Cette attente maternelle, affectueuse et érotique, s'articule avec sa deuxième problématique: le besoin de séduction sexuelle. De nombreux galants se bousculent auprès d'elle. Elle en a besoin et en est rassurée.

Cette attitude de séductrice lui a valu des épithètes peu flatteuses de ses parents ou de ses partenaires: « les hommes te perdront... allumeuse, etc ». Elle accepte de reconnaître là un fonctionnement défensif, d'autant plus qu'un jour elle put relier son besoin de séduction à son besoin d'un objet maternel qui reconnaisse son manque affectif, sa défaillance à rêver, en dehors de la scène théâtrale et des jeux de l'amour, sollicitées en direction de ses souvenirs oedipiens. Elle se rapproche de sa problématique fondamentale en comprenant que la naissance de son frère quand elle avait cinq ans et demi a non seulement rendu insupportables les angoisses de castration mais aussi provoqué un refoulement étendu de ses désirs oedipiens. En réalité la naissance de son frère a constitué un traumatisme peu dépassable car vécu comme la perte irréparable de sa mère. Jusque là elle était la reine et la poupée chérie de sa mère. Désormais elle aspire sur un mode très conflictuel et sans y réussir d'être l'emblème phallique de sa mère.

Elle est en voie de renoncer à sa vie de séductrice, devient capable de s'aimer et d'attendre d'aimer un homme qui l'aimera pour ce qu'elle est et pas pour ce qu'elle paraît être.

Véronique, 33 ans, névrose hystérique

Véronique, fille unique, 33 ans vient consulter pour un état permanent d'excitation et de tension qui s'est aggravé depuis 5 ans, peu de temps après la mort de son père. Elle parle peu au début se cantonnant dans une « paix psychique » apparente. Elle ne dit rien de sa souffrance psychique. Elle explique seulement qu'elle souffre de céphalées localisées dans les régions frontales mais pouvant atteindre l'ensemble du crâne y compris la nuque. Elle a également connu des périodes où elle s'alimentait peu faisant penser à des périodes d'anorexie. Elle souffre de tremblements et de spasmes. Ces paroxysmes semblent en liaison avec des causes d'énervement qui se reproduisent de façon périodique: départ pour le bureau, pause après le déjeuner, discussion avec les collègues, ...Les céphalées disparaissent complètement pendant la période des vacances. Elle raconte que tous les traitements antérieurs tant en ce qui concerne son agitation ainsi que ses céphalées ont échoués.

Physiquement, il s'agit d'une femme grande et mince, élégante, au regard vit: au sourire moqueur et agressif. Elle tient à s'asseoir en face de moi, les genoux bien droits et bien serrés laissant cependant apparaître sur les côtés de sa jupe une fine dentelle noire assez lâche qui rappelle qu'avant la mode des mini-jupes, les collants n'existaient pas. Puis elle desserre et croise progressivement les jambes offrant en pâture et en piège facile pour les naifs ses contours. Seul son corsage blanc brodé

resté fermé par de petites perles de nacre brillantes, boutons avec lesquels elle joue. Je (le thérapeute) me contente alors de lui faire remarquer qu'elle ne m'a pas parlé encore depuis qu'elle vient d'arriver de ce qu'elle attendait de moi. Sa gêne de parler de « ces choses » a cédé la place à son récit. Elle raconte qu'elle a voué une grande affection et qu'elle admirait pour ses nombreuses qualités et son savoir-faire. Elle déclare à son sujet que c'était son dieu! Mais elle ne pouvait lui montrer qu'elle l'aimait beaucoup car la mère décrite comme autoritaire, sèche, égoïste, agressive s'interposait et empêchait tout rapprochement quand elle se sentait attirée vers lui. A un moment donné, elle dit avoir pensé à la mort de sa mère mais elle se reprend en disant qu'il ne s'agit pas d'un souhait seulement d'une pensée qui lui a traversé l'esprit et qu'en fait elle n'a jamais souhaité véritablement la mort de sa mère. Elle dit « ne pas avoir pu profiter de son père » et elle a présenté un épisode dépressif qui a duré environ 5 ans. Elle exprime aussi dès les premières minutes de l'entretien un état d'insatisfaction chronique tant sur le plan conjugal que professionnel.

Sur le plan conjugal, l'entente est plus superficielle que profonde. Elle ne dit rien des sentiments à l'égard de son mari. Son mari qu'elle décrit comme égoïste et assez indifférent n'a jamais éprouvé de désir d'avoir des enfants.

Juliette n'a jamais accepté sa condition féminine «< Suis-je femme ou suis-je homme ? Qu'est-ce qu'une femme ? ») et regrette explicitement son sexe: « être/ne pas être une vraie femme ? ». Ces interrogations l'amènent à exprimer son désir le plus cher : « Etre un homme pour ne plus avoir tous les soucis de la femme » : tracas ménagers, conjugaux, malaises physiques périodiques. « Faire l'homme » pour résoudre l'énigme de la féminité. Elle exprime souvent son ressentiment à l'égard de ses parents les rendant responsables de son sexe. Elle a toujours eu peur d'avoir des filles car elle n'aurait pu surmonter un sentiment d'hostilité à leur égard. Si elle les avait eu, elle les aurait étranglées ! Elle n'éprouve pas de regret de ne pas avoir d'enfant, si ce n'est dans la mesure où un enfant aurait pu la guérir de ses troubles.

Sur le plan professionnel, les rapports qu'elle entretient avec ses collègues femmes de l'administration où elle travaille comme secrétaire sont très tendus : elle leur reproche leur esprit mesquin et les multiples intrigues qu'elles nouent en vue d'obtenir les faveurs du directeur. Emportée par une imagination fertile, elle bâtit facilement des romans à partir d'un sourire ou d'un sous-entendu qui prennent immédiatement pour elle une valeur sexuelle. Elle pense que toutes ses compagnes de travail tentent d'user de leur charme pour obtenir des avantages matériels. Cette attitude la rend intolérante à toute critique ou remarque. Cette susceptibilité extrême se manifeste par des crises de colère. Elle dit être consciente de « jouer un rôle » pour capter l'attention, elle exploite d'ailleurs ses dons d'actrice en exécutant publiquement des parodies de ses chefs. Par cette méthode, elle reconquiert facilement les bonnes grâces de celles qu'elle aurait pu blesser par ses accès de mauvaise humeur.

Veillez répondre de manière précise, concise et argumentée aux questions relatives à l'étude de cas proposée. Illustrez vos propos en vous appuyant sur l'étude de cas.

- 1) Le type d'angoisse qui caractérise Véronique est l'angoisse de castration. Pourquoi ? Cette angoisse opère à trois niveaux que vous devez expliciter: a) au niveau des symptômes et de leurs significations inconscientes; b) au niveau du discours tenu sur les symptômes; au niveau du mode relationnel instauré avec autrui dont ils sont investis.
- 2) De quelle structure s'agit-il (névrose ?, psychose ? ; quelle névrose ?, quelle psychose ?) ? Pourquoi ?
- 3) Les mécanismes de défense principaux sont le refoulement et la dénégation ? Expliquez pourquoi ? Comment opèrent ces mécanismes de défense ?
- 4) Quelle est le type de relation d'objet à l'œuvre ? Expliquez pourquoi ?
- 5) Qu'est-ce que les relations qu'a entretenue Véronique avec ses parents nous apprennent de sa position par rapport à l'Oedipe ?
- 6) Que cherche à démontrer Véronique par son discours et par son corps du point de vue de la clinique du sujet ?

Madame, N, 32 ans, trouble obsessionnel compulsif

Madame N. vient pour la troisième fois à la consultation du centre psychothérapeutique. Les premiers entretiens nous ont appris que Mme N. est une femme de 32 ans, mariée sans enfant; secrétaire-comptable de formation, elle est employée de l'administration fiscale.

Mme N. nous explique que ses troubles ont débuté il y a 2 ans. Elle les met sur le compte d'un différend qui l'a opposée à une collègue de travail. A partir de cette époque, elle a commencé à se laver les mains chaque soir avant de quitter le bureau puis, chaque fois qu'elle avait un contact physique direct avec cette personne, se sentait obligée de se laver les mains. Enfin les contacts indirects comme tout un dossier, se servir du même ordinateur, la conduisaient au même rituel. A la maison, Mme N. se lavait les mains aussi fréquemment et se sentait obligée de faire ménage plusieurs fois par jour à l'eau de Javel. Elle a alors consulté un psychiatre mais l'approche thérapeutique ne lui convenant pas, elle a cessé les consultations.

Cependant, le rythme de lavage des mains s'est accentué, de manière telle que Mme N. a dû cesser toute activité professionnelle, et depuis un an elle est en arrêt de travail. Concernant ce rituel, elle précise: " Ce n'est pas une envie mais un besoin irrépressible, incontrôlable, je sais que c'est un acte ridicule mais je ne peux m'en empêcher. Quels que soient mes efforts, je n'arrive pas à chasser l'idée de la" saleté ». Elle précise que les lavages l'apaisent momentanément. Ce rite consiste savonner les mains, les avant-bras, l'intérieur des ongles et le robinet, suivi d'un rinçage minutieux. Ensuite elle sent ses mains pour vérifier qu'il n'y a pas d'odeur. Son quotidien est entièrement envahi par ce problème. Elle se lève très tôt pour faire les lessives: tous les vêtements sales doivent être pliés soigneusement un à un, l'un après l'autre et mis dans la machine à laver selon un certain ordre. Entre chaque vêtement, elle procède à un lavage de mains. Le jour de la lessive, elle ne réalise aucune autre activité, même acheter le pain est impossible faute de temps. Mme N.

avoue que lorsqu'elle sort de chez elle, elle s'organise pour ne rien toucher. Elle utilise des mouchoirs en papier pour éviter tout contact direct avec les poignées de portes, la barre du chariot du supermarché, etc. Elle évite les personnes qu'elle connaît ou s'arrange pour les saluer de loin, pour ne pas avoir à leur serrer la main, car elle ne peut s'empêcher de penser que les gens sont sales. Actuellement, elle se lave les mains plus de cent fois par jour et procède au ménage complet de l'appartement trois fois par jour. Elle décrit une anxiété modérée avant de réaliser ce rituel et une anxiété extrême dans certaines situations. Elle cite en exemple le jour où facteur voulant lui remettre directement son courrier, elle l'a violemment a verbalement dans l'escalier de l'immeuble.

Certains matins, se sentant épuisée, elle reste au lit toute la journée pour ne pas être souillée.

Son mari est présent lors des deux premiers entretiens. Il insiste pour qu'elle se fasse soigner, en suivant les conseils de leur médecin qui les a orientés vers consultation.

Interrogé par le psychiatre, il a expliqué son désarroi: « Avant, nous étions très heureux, nous envisagions même la venue d'un enfant, mais actuellement nous ne pouvons plus recevoir nos amis ou notre famille et nos relations intimes sont quasi inexistantes. Je ne sais plus quoi faire; certains jours je préfère être au travail qu'à la maison ». Pour ne pas rendre sa femme plus anxieuse, il se prête à ses exigences comme se doucher et se faire un shampooin à sa demande; cela représente 4 à 5 douches par jour le week-end ; même s'il lui prouve que ce n'est pas vrai, elle lui dit qu'il est sale. Il accepte aussi pour s'asseoir dans le canapé, qu'elle considère non souillé, de changer entièrement ses vêtements. Une fois, il a essayé de résister mais elle est devenue agressive car complètement paniquée.

Lors des deux premières consultations, le psychologue a procédé à un bilan d'évaluation psychopathologique et a posé le diagnostic de trouble obsessionnel phobique compulsif grave.

Il propose une prise en charge comportementale. Mme N vient aujourd'hui pour ne séance de bilan clinique d'évaluation.

Questions – Madame N

- 1) Quels sont les problèmes réels de Madame N à ce jour ? (signes cliniques ou symptomatologie en lien avec l'hypothèse diagnostique à argumenter). Distinguez obsession et phobie et argumentez votre réponse.
- 2) Expliquez la psychodynamique de la névrose obsessionnelle ?
- 3) Argumentez le choix d'une thérapie comportementale pour ce type de trouble.
- 4) Quel est l'intérêt d'un bilan clinique d'évaluation ?

Camille, 18 ans, schizophrénie

Camille, 18 ans, est amenée en urgence par le SAMU à la consultation du dispensaire à Paris. Elle a été retrouvée par les cheminots, étendue sur la voie ferrée prétendant prendre un bain de soleil. Elle se montre agitée, se plaint de douleurs thoraciques, de secousses musculaires, de sensations d'étouffement et de transpiration. De plus, elle évoque l'impression que son ventre se déchire, que ses ovaires éclatent.

Lorsqu'on la questionne sur les raisons de son comportement, elle reste évasive, tient des propos décousus et énigmatiques: « Le train ne suivait pas l'itinéraire normal mais me transportait vers une « destination fatale » .Sa volubilité laisse échapper des idées mystiques et mégalomaniaques : « Je suis possédée, habitée par Marie-Madeleine, je dois racheter les péchés des hommes du monde ».

Elle se dit hantée, depuis quelques temps, par la pensée que son existence est artificielle, condamnable, vouée à une inéluctable damnation. Elle se fait la messagère de l'apocalypse, damne la gent masculine.

Elle reste persuadée que Dieu l'a désignée pour souffrir, que le recours à un exorcisme est seul capable de la soulager. Enfin, elle affirme qu'aucun traitement ne peut la guérir et que sa volonté seule lui permet « d'en sortir» avec l'aide de Dieu.

Finalement, elle banalise et rationalise ce qui lui arrive, expliquant qu'elle « se fait des idées à cause de sa situation difficilement et moralement humiliante d'ancienne prostituée » ...« Je suis juste malheureuse .et révoltée mais je ne suis pas folle. »

Ses antécédents psychiatriques révèlent une première hospitalisation à l'âge de 17 ans.

A ce propos, la mère de Camille racontait qu'après une période de prostitution entre 16 et 17 ans, sa fille a commencé à s'isoler, à passer ses journées à lire la Bible, à ne plus voir personne. Elle se repliait sur elle même et ne semblait plus éprouver de sentiments pour les êtres. Hormis quelques crises d'agressivité inexplicables, elle se montrait léthargique, ne s'alimentait plus et ne se lavait plus. Devant ce comportement, sa mère décida de la faire hospitaliser.

A son entrée, Camille décrivait l'impression vague, ineffable, inquiétante, que le monde ambiant changeait, que son corps se transformait étrangement.

Seconde d'une fratrie de deux enfants, elle est née un an après le décès en bas âge de sa soeur. Sa mère explique qu'elle ne s'est jamais remise de la mort de son premier bébé et qu'elle a reporté toutes ses attentes sur Camille; attentes déçues puisque Camille était une « enfant difficile, fragile, pleurant toutes les nuits » ...« pourtant j'ai tout fait pour elle et vous voyez où j'en suis maintenant ».

Quand on interroge Camille sur ses relations parentales, elle répond :

« Lui, je ne sais pas, je vois pas, et elle, elle m'étouffe, j'ai l'impression qu'elle rentre en moi, alors on ne fait plus qu'un, et parfois, brusquement, je la déteste ».

Après 7 mois de suivi thérapeutique, les préoccupations mystiques s'estompent et la sortie de Camille est décidée. Par la suite, elle ne se rendra pas aux consultations et arrêtera vite tout traitement.

Monsieur C, 18 ans, bouffée délirante aigue

Monsieur C., 18 ans, est amené aux urgences de l'hôpital par ses parents sur les conseils du commissaire de police du quartier. M. C., est allé porter plainte, à plusieurs reprises, au commissariat contre ses voisins, affirmant qu'il est « télépathicien ». Tout le monde est au courant de ce qu'il pense, une femme lui affirme: « Tu es beau et tu es un génie ». D'autres voix l'insultent, le traitent de « pédéraste et de salaud ». Ces phénomènes sont accompagnés de sensations d'odeurs, il perçoit des ondes qui le traversent et provoquent des « blocages de son être » ; il se refuse à donner plus de précisions sur ces derniers points, en disant qu'il " serait dangereux d'en dire plus.

Mr C. nous dit « se sentir en relative sécurité quand il est dans sa chambre parce que, dernièrement, on surveillait ses déplacements dans la ville. Les passants l'échangeaient des signes à son approche; certains se moquaient de ses faits et gestes, influençaient ses pensées, voire le contraignaient à proférer des injures. C'est pour cela qu'il s'est rendu au commissariat pour porter plainte ».

Les manifestations qu'il ressent l'angoissent par leur caractère inquiétant, et le font s'interroger sur les raisons qui pourraient expliquer « pourquoi tant de gens s'intéressent à sa vie ».

L'entretien fait ressortir une impression d'étrangeté de son corps, de sa personne par moments, il semble hagard, comme obnubilé.

.Ses parents nous précisent que les troubles ont commencé il y a 15 jours, d'une façon rapide, à la suite d'une fête organisée un samedi soir, entre amis, à leur domicile. A leur retour du week-end, ils ont retrouvé leur fils dans une maison en plein désordre. Les parents nous signalent que, depuis, M.C. ne dort pas bien, passe parfois des heures, la nuit, à déambuler et à lire la Bible. Il mange irrégulièrement, saute des repas « pour se purifier et faire triompher le bien ».

Il est étudiant en 1^{ère} année de sciences, il ne se rend plus en cours depuis 15 jours, reste à la maison, le plus souvent enfermé dans sa chambre. Il ne veut plus travailler, ni recevoir ses amis, même pas sa petite amie rencontrée il y a trois mois avec laquelle il s'entendait très bien. Pensif et d'humeur sombre, il répondait à ses parents qu'il était seulement fatigué. Avant que le commissariat les appelle, Mr C. avait fugué depuis 2 jours du domicile familial.

Mr C. n'a aucun antécédent psychiatrique personnel ou familial. Il n'a jamais eu de troubles du comportement jusqu'alors. Il a eu une enfance et une scolarité sans difficulté particulière.

Au terme de l'entretien, Mr C. proteste contre sa venue en consultation. Il ne veut en aucun cas être hospitalisé car « il a un rendez-vous avec le président de la République cet après-midi au sujet de la guerre en Irak». D'autre part, il menace de tout casser si un individu quelconque se permettait de lui faire du mal et d'attenter à sa vie.

Mr C. est hospitalisé à la demande d'un tiers signée par le père en service de psychiatrie, pour syndrome hallucinatoire et délirant à type de bouffée délirante aiguë.

L'objectif de l'hospitalisation est l'observation et l'exploration du syndrome hallucinatoire ainsi que l'instauration d'un traitement et la mise en place d'un suivi extra-hospitalier.

.Le médecin prescrit :

.un traitement neuroleptique avec surveillance des effets de celui-ci (efficacité et tolérance) :

-HALDOL @ {neuroleptique} 20/00 gouttes: 50 -50 -100 ;

- TERCIAN@ {neuroleptique} gouttes: 50- 50- 100 ;

-THERALÈNE@ {neuroleptique} gouttes: 30 gouttes au coucher ;

.en cas de refus du traitement *per os*, injecter par voie intramusculaire : -HALDOL @ (neuroleptique) injectable sachant qu'une ampoule de 1 mL contient 5 mg de produit actif ;

-NOZINAN@ {neuroleptique sédatif} 25 mg: 1 ampoule (1 mL = 25 mg) ;

-LEPTICUR@ {correcteur anticholinergique) : 1 ampoule de 10 mg ; .traitement en cas d'agitation: BARNETIL @ (neuroleptique) : 1 ampoule par voie intramusculaire ;

.surveillance du pouls et de la tension artérielle à chaque prise de traitement ;

.pas de visites pendant une semaine ou avec accord médical, et contrôlées par les infirmiers sur un temps déterminé ;

.deux infirmiers sont référents: ils assistent aux entretiens.

Mr C. est hospitalisé dans le service, dans une chambre seule.

Questions – Monsieur C

- 1) Quels sont les problèmes réels de Mr C. à ce jour ? (signes cliniques ou symptomatologie en lien avec l'hypothèse diagnostique à argumenter).
- 2) Quel est l'intérêt des prescriptions médicales pour ce patient ?
- 3) Quel est le projet thérapeutique pour ce patient ?

Madame A, 36 ans, psychose maniaco-dépressive

Madame A., 36 ans, professeur de philosophie, est hospitalisée le 8 septembre 1998 en hospitalisation sur demande d'un tiers signée par sa mère.

Elle vit en appartement avec ses parents à Paris. Sa mère signale que, depuis plusieurs jours, Mme A. ne dort plus que 3 à 4 heures par nuit, déambule dans l'appartement en faisant des vocalises, passe l'aspirateur. Au cours de la journée, Mme A. change de tenue vestimentaire toutes les heures, va constamment sonner chez les voisins de palier en demandant du café, promène le chien 8 à 10 fois par jour. Au cours de ces sorties, elle vocifère contre les voitures, clamant que tout le monde est contre elle. Elle mange ce qu'elle trouve, à n'importe quelle heure de la journée et avec glotonnerie. En une semaine Mme A. a perdu 5 kg.

Son père précise qu'elle s'est rendue place Vendôme, chez un grand bijoutier, et qu'elle a fait l'acquisition d'une bague de 10 000 euros. De plus, elle est allée chez un

concessionnaire automobile et a commandé une berline haut de gamme dépassant les 30 000 euros en versant un acompte par chèque de 10 000 euros.

Devant cette situation, ses parents l'ont accompagnée au dispensaire du secteur psychiatrique où Mme A. est suivie depuis 10 ans pour une psychose maniaco-dépressive. Mme A. a été examinée par son psychiatre. Il préconise une hospitalisation pour accès maniaque. Sa lettre d'accompagnement stipule que :

.Mme A. a arrêté son traitement (THERALITHE@ 250 mg: 2 comprimés matin, midi et soir) depuis 1 mois, jugeant qu'elle se sentait beaucoup mieux ; .Mme A. a déjà été hospitalisée 5 fois pour les mêmes symptômes ;

.le comportement désinhibé, logorrhéique, hyperactif et instable a motivé l'hospitalisation sur demande d'un tiers.

Lors de l'entretien d'accueil, dans l'unité d'hospitalisation, Mme A. se présente vêtue de couleurs criardes avec de nombreux colliers. Elle parle sans cesse, se lève, se rassoit. Son discours logorrhéique est ponctué de nombreux jeux de mots. Ses idées sautent du coq à l'âne et sont suivies d'éclats de rires ou de larmes. Mme A. parle d'un homme qui la suit, l'observe et lui fait des propositions malhonnêtes ; elle dit « pouvoir lui résister compte tenu qu'elle possède une ceinture de karaté depuis 15 jours et que tout le monde lui reconnaît une force surhumaine».

Mme A. met fin de son propre chef à l'entretien et se propose d'aider les infirmières à préparer les traitements. Devant le refus des infirmières, Mme A. se fâche et décide de prendre un bain.

.Le médecin prescrit alors le traitement suivant:

.HALDOL @ (neuroleptique) 5 mg: 3 fois par 24 heures, par voie intramusculaire profonde (ampoule de 1 ml contenant 5 mg de produit actif) ;

.NOZINAN (neuroleptique) 25 mg, à 8 h-12 h-16 h-20 h par voie intramusculaire profonde (ampoule 1 ml contenant 25 mg de produit actif) ;

.LEPTICUR@ (correcteur anticholinergique) 10 mg: 1 ampoule matin et soir par voie intramusculaire.

Questions – Madame A

- 1) Quels sont les problèmes réels de Mr C. à ce jour ? (signes cliniques ou symptomatologie en lien avec l'hypothèse diagnostique à argumenter).
- 2) Quel est l'intérêt des prescriptions médicales pour cette patiente ?
- 3) Une mesure de protection des biens est envisagée pour cette patiente. Justifiez ce choix.
- 4) Expliquez la psychodynamique de psychose ?

Paul, 50 ans, psychose paranoïaque

Paul, 50 ans vient consulter un psychiatre sous la pression de son entourage familial, alerté par des policiers, devant l'exacerbation de troubles du comportement. Chacun reconnaît la nécessité d'une hospitalisation.

Sa biographie nous permet de repérer des troubles de l'adaptation plus anciens. Durant l'enfance, Paul qui n'a pas connu son père (le père est parti de la maison avant la naissance de l'enfant) est toujours dans les jupons de sa mère omniprésente et hyperprotectrice. L'entrée à l'école maternelle se passe assez mal, il refuse de quitter sa mère et s'accroche à elle au moment d'entrer en classe. Il demande à sa mère de ne pas aller à l'école et fait même semblant d'être malade pour éviter d'y aller. Il dira de sa mère: « *je me demande souvent ce que voulait ma mère ? Pourquoi était-elle toujours là à s'occuper de moi quand rien ne l'y oblige ou que je n'en avais pas forcément besoin ?* ». « *Quant à mon père, je n'ai jamais rien pu savoir, c'est comme s'il n'avait jamais existé* ».

A l'adolescence, Paul est décrit comme turbulent, réussissant peu en classe. Il fait souvent l'école buissonnière. Il arrive cependant à passer un CAP d'électricien mais très instable professionnellement, il est souvent au chômage. Pour expliquer ces fréquents changements, il fait allusion à des menaces homosexuelles dans le cadre du travail. Il pense qu'il n'est pas responsable de sa situation de chômage car il fait bien son travail et que tout va bien pour lui et considère que ce sont ses collègues qui ne l'apprécient pas qui lui imposent de démissionner. « *C'est dommage car avant ça, je les aimais bien, on travaillait bien ensemble et maintenant, c'est plus pareil, je les déteste. Comment voulez-vous vouloir du bien à des collègues qui vous veulent du mal ?* ».

Paul est longiligne, plutôt maigre car il s'alimente peu. Il est toujours habillé de noir des pieds à la tête et porte un chapeau noir dont il ne se sépare jamais comme un des collègues d'un de ses amis qu'il admire. Son regard est absent, se fixant parfois sur des objets. Il craint la lumière et se protège par des lunettes de soleil. Ses déplacements dans la pièce sont sans logique apparente.

Depuis plus de huit mois, il est inquiet et a un comportement bizarre. Il ne sort plus de chez lui et craint les moindres bruits qu'il attribue à ses voisins et ses ennemis. Il veille la nuit par peur d'être pris au dépourvu pendant son sommeil et laisse la télévision allumée toute la nuit pour couvrir les bruits de ses ennemis et brouiller le parasitage de ses pensées. Il a l'impression d'être rongé de l'intérieur pour des pensées tenaces qui ne le laissent pas en paix. Des sensations étranges et angoissantes se manifestent. Tout devient rouge, chaud, brûlant dans son corps.

Dès qu'il sort dans la rue, il ne s'attarde pas car il se sent épié, on parle même de lui. Les américains le surveillent à l'aide de satellites qui violent son intimité psychique et lui imposent des pensées étrangères. Il est envoyé pour accomplir une mission : se débarrasser de créatures diaboliques. Il agresse un clochard et est appréhendé par les forces de l'ordre.

Quand le psychiatre lui demande la raison de sa venue à l'hôpital, il explique qu'il est manipulé par ses patrons : « *ils veulent que je provoque des incendies pour récupérer les primes d'assurances* ». « *Ils sont connectés avec un trafic de drogue, puisqu'ils prennent souvent l'avion pour des destinations ayant quelque chose à voir*

avec le drogue ». Ces sentiments de persécution l'amènent à démissionner de son travail pour ne plus être sous le contrôle de ses patrons. Il exprime ses mésaventures dans un chaos difficile à comprendre. La qualité du contact est fluctuante, oscillant entre le détachement froid, le désintérêt, la réticence ou l'implication affective inadaptée.

Veillez répondre de manière précise, concise et argumentée aux questions relatives à l'étude de cas proposée. Illustrez vos propos en vous appuyant sur l'étude de cas.

- 1) Le type d'angoisse qui caractérise Paul est l'angoisse de morcellement. Pourquoi ? Comment opère cette angoisse ?
- 2) De quelle structure s'agit-il (névrose ? psychose ? ; quelle névrose ?, quelle psychose ?) ? Pourquoi ?
- 3) Quels sont les motifs de l'hospitalisation de Paul ? Qu'en est-il de la demande du sujet ?
- 4) Les mécanismes de défense principaux sont le clivage de l'objet, l'identification projective et le déni ? Expliquez pourquoi ? Comment opèrent ces mécanismes de défense ?
- 5) Quel est le type de relation d'objet ? Expliquez pourquoi ?
- 6) Qu'est-ce que les relations qu'a entretenues Paul avec ses parents nous apprennent de sa position par rapport à l'Oedipe ?
- 7) Que cherche à démontrer Paul par son discours et par son corps du point de vue de la clinique du sujet ?

Monsieur L, 50 ans, perversion

Les conditions dans lesquelles la mise en examen de l'intéressé a pu être réalisée semblent être les suivantes: les services de police auraient récupéré, jetés dans des poubelles, les débris éparpillés de photos d'enfant; il serait ensuite parvenu les reconstituer et à identifier les personnes figurant sur celles-ci; l'une d'entre elles aurait déjà été répertoriée en tant que victime dans une affaire criminelle non élucidée. Enfin ces services furent en mesure de repérer les propriétaires de ces photographies, selon leurs techniques propres.

Examen psychologique (année 1998)

Monsieur L. Jean Marc (né le 17/06/1948 à -45) est mis en du chef de recel d'objets obtenus à l'aide du délit de corruption de mineurs de plus ou moins de 15 ans; recel de messages pornographiques susceptibles d'être vus ou perçus par un mineur.

Informations biographiques recueillies par :

-lecture du dossier
-entretien avec l'intéressé.

Mr L Jean Marc est le fils de :

-Mr Li Robert (décédé il y a un an) qui fut employé à l'Office des céréales et de -
Madame J Thérèse (épouse L , âgée de 76 ans) qui fut, avant d'élever ses enfants,
employée de Préfecture.

L'intéressé a une sœur aînée (Annick née en 1948) qui est enseignante de mathématiques; les relations fraternelles seraient harmonieuses ; il précise cependant « quand j'étais jeune, elle avait une ascendance sur moi, elle est dépressive ».

La présentation des personnages parentaux est établie de la façon suivante :

-« mon père, j'ai eu des conflits avec lui, j'ai senti que ma mère était plus mère que femme, elle comptait plus sur moi que sur lui, il était colérique... j'aime plus ma mère que mon père, il m'a dit une fois je te renie... je n'avais pas peur de lui, nous avions des rapports superficiels... s'il décède je pourrais pas le pleurer ».

-« ma mère, j'avoue que je la trouvais la plus belle, la plus bonne des mères, elle m'a gardé sous ses jupes, sous ses robes, j'étais malheureux de la quitter quand j'allais en colonie de vacances, je n'ai pas rompu le cordon ombilical » ; l'intéressé rajoute: « elle me disait encore récemment je compte beaucoup sur toi ». Elle s'intéressa « à la musique, à la danse, elle a fait le conservatoire ».

L'intéressé ne fait pas allusion à des marques de préférence induites par le couple parental, à l'égard des deux enfants. Il maintient cependant le fait « que ma mère comptait sur moi » et sans doute davantage que sur son époux.

Mr L. a vécu son enfance, son adolescence au sein de sa famille; il précise que sa grand-mère maternelle « a vécu avec nous, elle s'occupait de nous ». Il n'est pas fait mention du grand-père maternel.

Histoire de vie

1) Mr L a effectué une scolarité primaire, secondaire correcte, sanctionnée par l'obtention du certificat d'études d'abord, du B.E.P.C. ensuite, du baccalauréat enfin, ce dernier diplôme fut obtenu à l'âge de 20 ans. Il n'a pas accompli d'études supérieures déclarant « je reconnais mes limites » et précisant « ma mère ne m'a pas poussé ». Malgré cette scolarité secondaire réussie, il remarque: « au départ, j'ai eu un blocage, j'étais attiré par la nature, la campagne », mais la nature de ce blocage n'est pas explicitée. « Ma mère s'est occupée de mes études « sous-

entendant qu'elle prit en main sa scolarité. « A l'âge de 14 ans, je me suis mis à la lecture » et cette curiosité, cette attraction intellectuelles l'amènèrent à choisir l'option philosophie en classe terminale. L'intéressé fait mention d'un souhait qui l'aurait habité, « être professeur d'allemand ou de français » ; il ne fut pas mis à exécution. Pour ce qui relève de sa conduite en tant qu'élève, il note « j'étais pas très dissipé ».

Au terme de ses études secondaires (en 1968) Mr L envisagea devenir éducateur, il fut donc éducateur stagiaire durant un an « j'ai été recalé, on m'a trouvé trop intellectuel ». Au sujet de cette option professionnelle, il remarque « je me sentais mieux avec des jeunes, des enfants qu'avec des adultes ».

Mr L a accompli ses obligations militaires dans un régime d'infanterie. Aucun incident notable n'est rapporté. « Durant le service j'ai remplacé le militaire qui était affecté à l'aumônerie ».

2) Démobilisé Mr L entra au séminaire de ... envisageant devenir prêtre. Cette orientation religieuse fut déterminée par plusieurs facteurs: « ma mère allait à la messe et enfant j'ai été un enfant de chœur ». Ensuite il précise « j'étais attiré par le célibat, je n'étais pas attiré par la vie de couple ». En outre, il remarque « avoir senti en moi la lutte entre le bien et le mal, et je trouvais que mon désir serait plus sain, plus positif d'être prêtre » tentant ainsi d'endiguer ses inclinations libidinales homosexuelles-pédophiliques dont il avait conscience; elles seraient apparues clairement à son esprit en classe de quatrième « quand je croisais un garçon, je rougissais comme une jeune fille qui croise un jeune garçon ». Cette comparaison, cette équivalence situent l'impact d'une identification au féminin dans sa relation à l'autre masculin. Il convient s'être ouvert à un prêtre de ses mouvements libidinaux, « il fallait que je renonce aux jeunes » et cette renonciation fut refusée, il ne devint donc pas prêtre.

Après cet échec de la voie religieuse, Mr L fut attaché commercial de la Société C. durant un an, avant d'être admis à l'école de radiologie de ... Diplômé en 1974, il devint manipulateur en radiologie et il exerça dans divers hôpitaux. « Au départ je voulais devenir infirmier, depuis treize ans, je suis à l'hôpital

3) Quelles sont ses représentations électives relatives à la période infantile ? « J'ai pas de souvenirs quand j'étais bébé mais je sais que ma mère a eu un accouchement difficile, il a fallu une césarienne... pour ma première classe, je pensais être avec ma soeur, j'ai pleuré... j'ai été amoureux d'un élève de ma classe, il était beau, j'aimais le provoquer... j'ai dormi longtemps dans la chambre de mes parents jusqu'à dix ans je crois... ma mère m'a aidé à me laver assez tard. jusqu'à 13-14 ans, elle me lavait, me savonnait ». Parallèlement, l'intéressé fait état d'une allergie aux foin et d'une énurésie se prolongeant jusqu'à dix ans environ.

Pour ce qui a trait à son adolescence, il précise: « elle a été difficile, j'ai été marqué par l'achat d'un rasoir à 14 ans... j'ai fumé la pipe, j'essayais de m'affirmer, j'étais très brimé, il n'était pas question pour moi d'avoir une correspondante, ma mère me disait qu'il fallait que j' ai 18 ans pour fréquenter... j' avais une voisine qui avait deux ans de moins que moi, elle avait des jeux de garçon, on a joué au docteur entre 8 et 10 ans, sa mère nous a surpris, ça m'a traumatisé... j'ai vu un psychiatre-neurologue vers 14-15 ans, j'avais un blocage intellectuel... en première et classe terminale, j'ai eu une maladie, je n'ai plus de sourcils ». Durant l'adolescence quelques liaisons homosexuelles survinrent, « deux ou trois fois des attouchements, des masturbations réciproques... j'étais amoureux de quelques garçons de ma classe... j'étais plus à l'aise avec les garçons de mon âge ».

4) Mr L déclare n'avoir aucune expérience de sexualité génitale avec un représentant de l'autre sexe. « Il y a une femme qui est tombée amoureuse de moi, je lui ai dit que je n'avais aucun désir, je ne faisais que lui caresser les seins, c'est une amie encore aujourd'hui ».

Ses représentations liées au sexe féminin sont les suivantes : « je vois un tunnel noir vers lequel on ne sait pas où on va, pour moi c'est une appréhension, pénétrer mon sexe dans le vagin, je ne pourrais pas, par peur et par non désir ».

Mr L n'aurait pas davantage d'expérience de sexualité génitale homosexuelle. Par contre il confesse l'existence d'expériences sexuelles pédophiliques « des caresses sur les enfants, le fait de les masturber... la première fois c'était un voisin, j'avais 22 ans il en avait 14... entre 20 et 30 ans il y a eu cinq-six enfants de 10 à 12 ans ».

Pour ce qui relève de sa vie sexuelle l'intéressé poursuit: « après il y a eu les représentations photographiques ça me servait de support à mes fantasmes... je me contentais de me masturber en même temps, c'était un pis-aller en assumant ma pédophilie ».

De la pédophilie il livre la définition suivante: « c'est un homme qui aime les enfants mais pas les petits gros, ceux qui sont déjà poilus, les garçons plus âgés me faisaient peur, avec les plus petits c'est plus ludique... l'enfant pour moi c'est le summum de la beauté... la peau d'un enfant c'est une douceur de bébé ». L'intéressé cite alors un poème d'un auteur grec où il est question d'enfant pré-pubère « de la douceur de leurs cuisses et de leur douce bouche jusqu'à qu'un poil follet leur tourne la tête ». Mr L .rajoute: « j'ai toujours eu de la pudeur à embrasser un enfant sur la bouche... la tranche d'âge que je préfère c'est quand ils ont de dix à treize ans, j'adore leurs voix, j'adore les chorales d'enfants...à l'hôpital. Je suis apprécié par les enfants et leurs parents... je ne souffre pas d'une absence de sexualité avec les femmes ou avec les hommes, je peux vivre une vie sans sexualité en sublimant, j'aurai pu devenir moine ». « D'un enfant, j'attends qu'il me permette de l'aimer, j'ai besoin de mater, pouvoir lui donner ma tendresse et mon écoute ».

5) Mr L admet l'existence d'une consommation d'alcool excessive « depuis trois-quatre ans mais je ne pense pas être vraiment dépendant ». Aucun usage de produits stupéfiants n'est rapporté.

L'intéressé n'aurait jamais été hospitalisé dans un établissement psychiatrique. Il précise « j'ai consulté un médecin à la fin de ma deuxième année de séminaire, c'était le Docteur S., je l'ai vu pendant un an, il m'a aidé sur un plan nerveux et psychologique, mais il est parti en Bretagne, il m'avait confié à un de ses confrères, je ne l'ai vu qu'une fois ». Il admet qu'en l'absence d'une souffrance psychique manifeste, il ne persévéra pas dans cette voie.

Mr L n'aurait jamais fait l'objet de poursuites judiciaires antérieurement à sa présente mise en examen.

En matière d'activités de loisir, il cite « la marche, la lecture, la chorale, je fais partie d'une chorale, il y a quatre-cinq ans j'ai fait un peu de syndicalisme ».

A propos des faits qui lui sont reprochés, les déclarations de Mr L sont les suivantes :

-« je ne reconnais pas l'usage du Minitel ni celui d'Internet, je n'ai pas montré de photos pornos à d'autres enfants, c'est vrai que j'étais possesseur de photos, mais c'était à usage personnel ».

-« C., je le connais depuis dix ans environ, il y a eu une période de fréquentation importante, on se voit quatre-cinq fois dans l'année, on ne s'est pas vu pendant trois ou quatre ans, il m'a recontacté par un réseau, pour moi c'est aussi un pédophile ».

-« il y a deux ans à peu près, j'étais sur une voie pas acceptable, je prends conscience qu'on n'a pas le droit d'attenter aux enfants...je me suis embarqué dans cette histoire malgré moi, j'aurai pu m'occuper d'enfants en sublimant son image et mon désir sexuel) ,

-l'intéressé conclut: « j'ai demandé à consulter ici à ...mais ça ne s'est pas encore fait ».

Lecture recommandée pour ce cas :

Pirlot, G., Pedinielli, J.L., (2005). *Les perversions sexuelles et narcissiques*. Paris : Armand Colin, collection 128.