

ABC DE LA PSYCHOLOGIE ET DE LA PSYCHANALYSE

CORINNE MOREL

Editions Grancher, Paris, 2002. pp189-192

L'équilibre et la souplesse entre les différentes instances psychiques sont essentielles et contribuent à la définition de la personnalité saine. Néanmoins, du point de vue psychanalytique, aucun sujet n'est indemne de conflits, de tensions ou de complexes. Dans cette optique, la normalité n'existe pas. Freud, en considérant que tous les hommes étaient névrosés (exception faite des psychotiques), défendait ce principe. Il cherchait surtout ici à exclure toute définition figée de la normalité. La psychologie n'est pas moraliste ; en ce sens qu'elle ne juge pas selon des critères idéologiques. Elle définit la structure pathologique en fonction de la socialisation du sujet. Ainsi, chaque individu a ses faiblesses, ses limites, ses propres conflits ; cependant, tant que ceux-ci n'affectent pas son quotidien et ses relations avec l'environnement, il est considéré comme « sain ». L'équilibre est donc toujours relatif, et la normalité en soi n'existe pas. Dans une certaine mesure, il en va de même avec le corps. Chaque sujet a ses petits désordres, problèmes ou troubles. La santé « idéale », sans faille, n'existe pas plus que la normalité psychologique. La différenciation s'opère donc au niveau du degré des troubles, de l'incapacité de la personne à les gérer, les maîtriser, les réguler, et de la conséquence malheureuse et destructrice de ces désordres (psychiques ou physiques) au niveau de l'existence même de la personne (notamment les relations avec l'environnement). Dès lors que la socialisation est menacée, rendue difficile ou impossible, c'est la preuve que les troubles intérieurs débordent le sujet. On parle dans ce cas de maladie mentale. P189-190 (Morel, 2002)

Il est donc primordial de bien comprendre que la notion de normalité est, d'une certaine manière, un leurre. La santé mentale n'est toujours que partielle et imparfaite ; c'est d'ailleurs cette souplesse et cette variabilité qui sont à l'origine de la richesse et de la complexité humaines. Nous serions sinon tous construits sur le même moule et tous identiques ; ce qui est loin d'être le cas ! L'idée de construction est, à ce titre, fondamentale. Nous savons que de même que le corps se construit, se développe, se forme et se transforme (mobilité, préhension, puberté, croissance, etc.), l'esprit se construit. Et comme toute édification est unique, tout individu est unique. Même les frères et sœurs, dans les mêmes conditions éducatives, affectives et matérielles, seront différents. L'attitude des parents ne sera pas la même selon l'enfant. D'une part, parce qu'eux-mêmes changent dans le temps, d'autre part, parce que l'enfant occupe une place spécifique (aîné ou cadet) et que la relation dépend en partie de cette place. Le vécu tient également une place prépondérante. Les situations rencontrées au cours de l'enfance, de l'adolescence, de l'âge adulte sont déterminantes pour la construction de la structure psychique. Les facteurs héréditaires entrent également en ligne de compte. Cependant, la psychologie a une vision dynamique des choses. P190 (Morel, 2002)

La vie est en mouvement, l'individu aussi. Il passe son temps à découvrir, changer, évoluer ou régresser. Les expériences ou la découverte de la vie continuent donc après l'enfance. Il continue de se construire dans le temps, tout au long de son existence. Néanmoins, il est certain que les bases de l'édifice sont posées lors de l'enfance, et les bases peuvent être saines, solides et suffisantes ou, au contraire, malsaines, fragiles et insuffisantes. P191 (Morel, 2002)

Deux structures président aux pathologies mentales. On différencie communément les névroses des psychoses. Néanmoins, tous les désordres ne peuvent être répertoriés dans l'une ou l'autre structure. C'est à dire qu'ils ne sont ni de l'ordre de la névrose, ni de l'ordre de la psychose (états limites, perversions). Toutefois, la distinction de deux structures-types permet une relative clarté dans la complexité et la variabilité des troubles psychiques. On oppose, dans cette dialectique, névrose et psychose puisque tant dans leur forme que dans leur fond ces pathologies présentent des différences fondamentales. (...) Ce fait est en étroite relation avec la structure psychique du sujet. C'est la raison pour laquelle, d'ailleurs, on parle de structure névrotique et de structure psychotique. C'est à la deuxième topique freudienne plus exactement qu'il en est fait référence. Les trois instances psychiques Ça-Moi-Surmoi sont à l'origine de conflits permanents, parce que leurs intérêts divergent. Dans cette perspective, l'être humain est nécessairement la proie de conflits intérieurs. L'équilibre psychologique réside dans la capacité à réguler et gérer ces conflits. Les instances psychiques Ça-Moi-Surmoi, du fait de leur création historique, sont nécessairement individuelles. Elles dépendent de l'éducation, de l'environnement affectif, culturel et matériel. Chaque individu possède donc une structure psychique qui lui est propre, avec un Ça, un Moi et un Surmoi plus ou moins affirmé, plus ou moins forts. (...) La spécificité et l'individualité de la structure psychique expliquent le fait que chaque sujet soit un être unique, avec une

personnalité propre. Tout comme l'organisation libidinale, et les traits de caractère qui en résultent, l'originalité de la personnalité est liée à l'histoire individuelle, à la réaction personnelle aux événements et situations de la vie. P192 (Morel, 2002)

LES PSYCHOSES

Pour Freud, dans la psychose, le Moi est sous l'empire du ça. Il s'agit donc d'une affection plus grave parce que dé structurante pour le Moi. Le psychotique peut d'ailleurs « préférer » rester dans sa maladie, qui l'isole de la réalité, qui le coupe justement d'un monde qu'il refuse. Ce phénomène se voit bien dans l'autisme, où le refus de dialoguer manifeste cette volonté de rupture avec l'extérieur. P197 (Morel, 2002)

LA SCHIZOPHRÉNIE

La schizophrénie touche surtout les adolescents et met fréquemment en jeu des problèmes relationnels, notamment avec la mère. Les acteurs biologiques ou neurologiques de la maladie, pouvant être responsables de la maladie, ne sont pas déterminés. 197-198 (Morel, 2002)

Le schizophrène entretient des relations difficiles et chaotiques avec la réalité. Il ne parvient pas à communiquer. Il vit, en fait, dans son monde, dans une néo-réalité pleine d'expériences hallucinatoires fortes et éprouvantes.

L'échec rencontré dans les procédures thérapeutiques appliquées provient vraisemblablement du fait que le schizophrène « veut » rester dans son monde, qu'il met en œuvre des défenses lourdes (déli, hallucination) pour fuir l'épreuve de réalité. P198 (Morel, 2002)

LA PARANOÏA

Le mot est passé dans le langage courant. Il sert à décrire l'attitude méfiante, suspicieuse et agressive de la personne, qui se sent constamment persécutée. Le trait dominant de cette pathologie est effectivement un sentiment de persécution obsédant et irrationnel.

La différence entre une tendance paranoïaque et la maladie elle-même réside dans l'ampleur et la systématisation du sentiment de persécution. La paranoïa est une structure délirante. L'évolution de la maladie est lente et perniciose. Freud a, dès le début, insisté sur l'origine sexuelle de la pathologie et, notamment, sur sa relation avec une homosexualité latente et refoulée. Le malade met en jeu des mécanismes défensifs archaïques, auxquels Mélanie Klein fait référence dans sa description des premières phases de la vie. Le clivage et la projection sont largement utilisés. P198 (Morel, 2002)

LA MÉLANCOLIE

Elle se caractérise par une organisation dépressive. Contrairement au paranoïaque qui projette hors de lui les affects négatifs, le mélancolique les introjecte. Il se dévalorise et se déprécie, en se considérant responsable de tous les maux de la terre. Un puissant sentiment de culpabilité le hante. Il est en proie à l'abattement, à la tristesse et à la mélancolie, d'où le nom de la maladie. Au lieu d'accuser l'autre, comme le paranoïaque le fait si bien, il s'accuse lui-même. Il devient ainsi le « mauvais » objet. Il est souvent apathique et prostré. Les tendances suicidaires peuvent accompagner les autres symptômes. La maladie est souvent consécutive à un traumatisme, qui ne constitue cependant que le facteur déclenchant, l'origine véritable se trouvant généralement bien en deçà. P198 (Morel, 2002)