

Les structures et les caractères

Cours du Département de Formation Paris XVII
Docteur Erick Dietrich Directeur d'Enseignement

STRUCTURES ET CARACTÈRES

En Psychosomatoanalyse, la structure est un ensemble d'éléments psychosomatiques qui s'agencent entre eux. Il en résulte des interdépendances multiples ontogéniques qui s'organisent pour donner une personnalité adulte définitive. Il est important de souligner la différence entre "tempérament" et "caractère": le tempérament peut être prévenu mais non corrigé ; le caractère peut être modifié et peut représenter le seul "instrument" capable de gérer, plus qu'être géré, ou contrôler le tempérament. Nous allons par souci de clarté et de compréhension faire un rappel en fonction d'une vision psychosomatoanalytique.

La première hypothèse, freudienne, est une opposition entre les psychonévroses et les névroses actuelles (névrose d'angoisse et neurasthénie). Quand S. Freud met en place sa première topique, il range toujours "*dans un tiroir*" les névroses actuelles mais dans l'autre il met d'un côté les psychonévroses de transfert (hystérie, obsession et phobie) et de l'autre les psychonévroses narcissiques (nous sommes plutôt là dans la psychose, la libido se fixant à un stade auto-érotique et n'investissant pas les objets). Dans sa deuxième topique, il crée trois catégories :

- "les névroses" (hystérie, obsession et phobie), les anciennes psychonévroses de transfert,
- "les psychonévroses narcissiques" (dépression et mélancolie),
- "les psychoses" (paranoïa et schizophrénie).

Suite au travail réalisé dans notre école, nous ne trouvons pas sensé d'opposer des entités nosologiques. Nous préférons partir de l'hypothèse de l'existence chez tout être humain d'une "structure psychonévrotique", la structure névrotique cachant et protégeant du noyau psychotique sous jacent. Nous sommes très souvent en présence de formes atténuées, d'organisations schizoïdes pseudo-névrotiques, de prépsychoses, sans compter les états "mixtes" et les "états limites". Nous constatons la continuité possible entre structure psychotique et structure névrotique, sorte d'état mettant en place des formes atypiques et non stables. Ainsi en partant de l'hypothèse d'un état psychonévrotique, quelles sont alors les structures de bases ?

LES STRUCTURES

Sommes-nous encore très loin de ce clivage entre "*le délirant*" qu'on enchaîne, le fou, le psychotique et l'autre : le névrotique, "*le malade acceptable*" ? Certains psychiatres puis psychanalystes firent preuve "d'héroïsme" en voulant modifier cette vision moyen-âgeuse de la pathologie mentale. Aujourd'hui la tendance s'est, dans un sens, inversée et dans certains milieux "on a son Psy", mais tout ce qui touche au "sexe" et à "la folie" sent encore le souffre. Nous sommes toujours dans une société répressive et non adulte. La psychanalyse, la sexologie n'ont pas véritablement droit de cité dans notre société. L'histoire de la psychanalyse montre qu'elle a toujours eu maille à partir avec les institutions et la politique.

1/ LA STRUCTURE PSYCHOTIQUE

La structuration psychotique se met en place lors des traumatismes précoces, lors des premiers contacts au monde (premiers contacts qui se font lors de la vie intra-utérine et de la période archaïque), lors des phases les plus primitives (fécondation, vie embryonnaire).

L'indifférenciation psychosomatique s'étend de la fécondation à la première partie du stade oral, la période archaïque va jusqu'à la deuxième partie du stade anal. Mélanie Klein fait beaucoup référence à cette deuxième phase du stade anal et K. Abraham décrit un "divided line", sorte de séparation qui situe les fixations psychotiques en amont (le noyau psychotique) et les fixations névrotiques en aval. Les traumatismes précoces et primitifs entraîneront d'importantes fixations du Moi, déterminant ainsi le noyau psychotique.

Les traumatismes situés en amont du début du stade oral, les plus archaïques, entraînent une structuration schizoïde. Dans notre approche clinique des revécus intra-utérins, nous avons pu remarquer que, si dans l'inconscient de la mère est agencé un déni de la fécondation, l'enfant aura une prédisposition autistique ; quant-aux fantasmes de parthogenèse (l'enfant, objet de mon désir, c'est moi !), ils entraînent des prédispositions aux hallucinations et aux délires. Puis, lors de l'élaboration du stade oral, les traumatismes entraînent une structure mélancolique (avec comportements maniaques défensifs).

Les traumatismes des périodes les moins archaïques, donc les plus proches du stade anal entraînent des structures paranoïaques. Les traumatismes étant multiples dans le temps, la structuration psychotique sera polymorphe, une fixation pouvant mettre en avant une structure plus qu'une autre. L'organisation ainsi mise en place, avec un noyau psychotique qui se sera structuré, verra dans la suite de psychosomatogenèse le Moi se ré-organiser dans la structure névrotique. Ainsi à la maturité nous pourrions voir un Moi Psychotique resté fixé et entraînant une structure psychotique ou un Moi névrotique ré-organisé sur le noyau psychotique, mettant alors en place une structure névrotique. Enfin, il est important de rappeler, ce que nous avons pu vérifier dans la clinique : la structuration psychotique est parfois le résultat d'une impossibilité de mise en place du narcissisme primaire. En effet, lors de la grossesse et des premiers mois de la vie, si la mère ne fait pas la différence entre elle et l'enfant, l'absence de fonction phallique (père complice ou absent), l'impossibilité pour l'enfant d'exister comme objet distinct entraîneront une psychose fusionnelle symbiotique. Dans les cas les plus archaïques et les plus fusionnels, il n'y aura ni triangulation, ni-même relation duelle donc échec à l'élaboration du narcissisme primaire déclenchant une angoisse morbide. Cette angoisse ne sera centrée ni sur la castration, ni sur la perte de l'objet, mais sur la peur de morcellement, de destruction et de mort par éclatement. La perte de l'objet d'amour ne suffit pas à expliquer l'angoisse, il existe une angoisse de séparation non libidinale et non pulsionnelle liée au traumatisme de la naissance. Elle est traductible sur le mode corporel et émotionnel.

De la fécondation à la fin de l'archaïque, notons que si la structuration psychotique peut ainsi s'établir, nous pouvons réfléchir sur l'incapacité du Père à s'interposer entre la Mère et l'enfant. La Loi du Père n'étant pas présente, la mère archaïque venimeuse peut enfin sortir des tréfonds de la folie pour donner naissance à l'enfant psychotique.

a/ la structure schizophrénique

Fixation orale, avec angoisse de morcellement par défaut de différenciation, comportement à tendance autistique, dans sa déréalité le schizoïde veut changer la réalité et non ses besoins pour satisfaire ses pulsions à dominante orale. La mère n'a pas seulement mis l'enfant dans la carence, elle a de plus été nocive.

b/ la structure mélancolique

Fixation à la fin du stade oral et début du stade anal, avec angoisse de morcellement par perte de l'objet anaclitique, comportement à tendance agressive, la structure mélancolique se situe entre la structure schizoïde et la structure paranoïaque. Au niveau clinique, lors de travail en régression il m'est apparu que le Moi mélancolique fixé en amont de la structure paranoïaque a atteint un niveau de maturation supérieur à la structure paranoïaque. Les travaux de L. Binswanger permettent de rattacher à la structure mélancolique les états "maniaco-dépressifs", les accès maniaques n'étant que des réactions défensives contre la dépression. Pour M Klein, la psychose maniaco-dépressive est le résultat de l'impossibilité pour l'enfant dans sa période archaïque d'avoir pu mettre en place des rapports affectifs avec de bons objets sécurisants.

c/ La structure paranoïaque

Fixation à la première partie du stade anal, avec angoisse de morcellement par peur de la pénétration, tendance aux comportements à prédominance anale avec mise en place de la toute-puissance. A cette phase prégénitale, la peur de pénétration, liée à l'apprentissage de la maîtrise du sphincter, nous permet de prendre en considération l'importance de la stimulation symbolique ou réelle de cette zone érogène. Quant à l'aménagement du sentiment de persécution, il a été décrit en détail par Freud. Le paranoïaque réprime ses désirs et son agressivité dirigés vers la mère puis le père. Chez les parents nous retrouvons un Père faible usurpant une place de Père dominant qui masque une Mère phallique narcissique. M. Klein parle de structure schizoparanoïaque.

2/ LA STRUCTURE NEVROTIQUE

Par rapport à la structuration psychotique que va-t-il se passer ?

Le noyau psychotique se sera organisé en fonction des différentes fixations et empreintes. Au cours de cette psychosomatogenèse, l'enfant accédera à la deuxième partie du stade anal, au stade phallique et surtout à la triangulation oedipienne sous le primat du génital. Comme précédemment on retrouvera à la maturité les structures névrotiques avec leur noyau psychotique et les structures psychotiques mais avec toutes les spécificités de la triangulation oedipienne. La relation névrotique se fait sur le mode génital et objectal, l'angoisse est liée à la peur de la castration. Dans le travail en régression, nous travaillerons au niveau du génital et de la structuration névrotique, mais nous pourrons grâce aux techniques psychosomatoanalytiques atteindre les niveaux prégénitaux et archaïques. Le névrotique ne fera pas de déni de la réalité, même s'il tente, de par les exigences du principe de plaisir, de modifier la réalité par la fantasmatisation ou les satisfactions hallucinatoires.

a/ La structure obsessionnelle

Fixation à la deuxième partie du stade anal, fixation régressive du Moi, donc très proche de la ligne de séparation avec l'archaïque, elle pourrait posséder certains traits avec la structure paranoïaque. L'économie génitale domine le mode d'organisation obsessionnelle, le refoulement des pulsions agressives et sadiques anales joue un rôle très important. Les investissements libidinaux se détournent de l'objet effectuant par là-même un détachement entre l'affect et l'expression pulsionnelle. L'énergie est alors investie dans des formations réactionnelles mises au service d'une meilleure adaptation sociale (réussite, ordre, économie, propreté, rituels, activités compulsives). Ce conflit entre Eros et Thanatos constitue la mise en place de l'ensemble de ces symptômes morbides et d'un masochisme destiné à tromper le Surmoi. La vie fantasmatique est particulièrement pauvre. "(...)l'obsessionnel annule d'avance le gain comme la perte, en abdiquant d'abord le désir qui est en jeu "(Lacan). Dans la triangulation oedipienne avec les parents, se développent une haine contre le parent du même sexe et un amour/désir pour l'autre.

b/ La structure Hystérique

Déjà pour Galien, l'hystérie était le résultat de l'insatisfaction sexuelle, ce caractère très érotisé est le résultat de fixations au stade phallique avec de fortes composantes orales. L'hystérie est un des exemples qui montre bien les interactions entre les empreintes archaïques et celles de la période Œdipienne.

- L'hystérie d'angoisse : angoisse qui concerne bien sûr la castration, est la plus proche de la structure obsessionnelle. De type phobique, cette structure présente des mouvements pulsionnels ambivalents avec agressivité et amour envers les objets. Sous la primauté du génital, avec des fixations orales et anales, des mécanismes phobiques d'évitement et/ou de conservation s'installent. Il y a ambivalence parentale avec excitation et interdits sexuels, l'identification devient difficile.

- L'hystérie de conversion est le résultat des fixations orales et phalliques, des mécanismes de conversion et de somatisations, d'une dualité parentale au niveau de la sexualité (excitation par le parent de sexe opposé et interdit par l'autre organisés sous le primat du génital. La conversion est le résultat du retrait de l'investissement concernant le parent de sexe opposé (excitation) par peur de la castration punitive par le parent du même sexe (interdit), la somatisation prend selon son expression une grande valeur symbolique.

Dans ces états, l'enfant qui a été traumatisé dans les périodes d'indifférenciation psychosomatiques et archaïques voit son Moi s'organiser sur un mode psychotique (mise en place du noyau psychotique). Les traumatismes arrivant lors de la deuxième phase du stade anal, de la situation triangulaire oedipienne et génitale ne pouvant pas être résolus facilement, de par l'action inadéquate du couple parental, le Moi ayant réussi à dépasser la psychogenèse de type psychotique, n'arrive pas encore à parvenir à une psychogenèse de type névrotique. La relation d'objet centrée sur la dépendance anaclitique de l'autre et la lutte contre la dépression caractérise ces états. Tout enfant polytraumatisé a une structure psychonévrotique, forme proche des états limites. Se mettent donc en place en fonction des différents traumatismes et des différentes fixations, des structurations polymorphiques.

LE CARACTÈRE

Le Caractère est une représentation, une émanation de la structure de base de la personnalité résultant des inter-relations entre le mode d'organisation du Moi, les différentes fixations et empreintes et l'héritage de traces mnésiques innées remontant à la vie pré-utérine. F. Navarro définit le "tempérament" comme étant lié aux bases congénitales de l'individu. Les particularités physiologiques et morphologiques différencient les individus. Durant la vie embryonnaire, il y a une prédominance biologique endocrinienne, et durant la vie fœtale, une prédominance neurovégétative. Ainsi chaque individu naît avec un tempérament particulier. Le sevrage induit une entrée en fonction de type "intentionnel" de la neuromuscularité. Il est donc évident qu'un sevrage précoce - pire, s'il est mal fait - anticipe forcément et dangereusement l'entrée en fonction de l'activité neuromusculaire. Or, c'est la fonction neuromusculaire qui induit la formation du "caractère". Le comportement s'exprime toujours au moyen d'une activité neuromusculaire et trouve ses motivations, chez l'homme, dans l'activité du cerveau limbique et reptilien avec un relatif conditionnement de la part du néocortex. Le caractère mature, génital, est capable de gérer le tempérament. Le tempérament a des besoins, alors que le caractère a des désirs. Dans son sens Reichien, le caractère est dû à un changement qui s'opère au niveau du Moi mettant en place une sorte de bouclier protecteur contre le Monde extérieur. A ce caractère va correspondre une cuirasse musculaire (ou caractérielle) qui donne au sujet une allure psychosomatique bien spécifique.

1/ LES CARACTERES PSYCHOTIQUES

Le terme de Psychotique a un sens bien spécifique en psychiatrie et en psychologie. Il n'a pas le même en psychopathologie, nous parlerons de "caractère psychotique". Un caractère structuré "pur" ne peut pas exister. Comme nous l'avons vu, un grand nombre d'individus possèdent un "noyau psychotique", mais ils ne présenteront pas toujours de symptômes psychotiques. Ces noyaux psychotiques sont très répandus dans la population dite "socialement adaptée". Les carences affectives et les traumatismes psychoaffectifs de la petite enfance entraînant la formation de noyaux psychotiques, vous comprendrez que nous les rencontrons plus fréquemment que le "vrai de vrai caractère névrotique". Le noyau psychotique, ainsi "associé" à un caractère névrotique de défense, de couverture ou d'adaptation est un caractère psychonévrotique. Dans la psychonévrose, le caractère névrotique est une adaptation du système psychosomatique de l'individu pour lutter contre une décompensation psychotique. Un amalgame ne doit donc pas être fait entre psychonévrose dans le sens où je l'entends et états limites. Le sujet limite présente un comportement caractériel névrotique associé à un noyau psychotique dépressif latent. Le sujet limite, facilement dans la relation affective, sujet chez qui l'angoisse est fortement présente, ne lutte pas contre la décompensation psychotique mais contre la dépression (le Moi qui a échappé à la structuration psychotique n'a pas pu accéder à la structuration névrotique). Déconcertant dans l'approche clinique, le sujet limite a un peu tout et pas tout à fait tout. Sa forte composante prégénitale lui donne des allures de pervers et comme le souligne Bergeret le sujet limite passe facilement d'un état à son contraire. Les psychonévrotiques, avec prédominance d'un important noyau psychotique, peuvent avoir une sexualité de type compulsive (à tendance essentiellement génitale) pour que la relation pénis-vagin vienne combler la carence affective (bouche-mamelon). Le rapport sexuel peut même être vécu comme une tentative de retourner dans le sein (utérus) maternel. La carence archaïque entraîne une quête illusoire pour combler le manque, soit dans une relation hétérosexuelle, soit dans une relation homosexuelle.

a/ Le caractère schizophrénique, résultant d'une importante carence affective, présente donc essentiellement une problématique de contact : évitement du contact avec repli sur soi-même ou apparition d'une détresse et/ou d'une rage destructrice lors d'un contact "forcé". Introverti, peu chaleureux, perdu dans l'instabilité sentimentale, il vit très souvent dans la crainte des autres et le refus de la réalité.

Kretschmer a défini trois groupes de schizophrènes : les associaux (renfermés, bizarres), les timides (sensibles, susceptibles), les apathiques (mous, dociles). Le schizophrène peut éprouver des sentiments très contradictoires (amour et haine, attraction et répulsion) avec comme dominante très souvent le retrait affectif et le manque de contact. La mélancolie est l'expression la plus grave de la tristesse, d'autres formes sont observées dans les contextes névrotiques : spleen, ennui, dégoût de la vie, nostalgie et asthénie. On retrouve chez le caractère paranoïaque, fixé à des états primitifs vindicatifs et agressifs, une surestimation du Moi entraînant orgueil et méfiance pouvant aller jusqu'à des sentiments très forts de persécution. La succession des phases d'excitation et de dépression, associée au mode d'être du paranoïaque entraîne à des degrés divers, une inadaptation sociale.

b/ Les caractères narcissiques

Ici encore les traumatismes archaïques et plus particulièrement les blessures narcissiques archaïques vont maintenir l'individu dans la relation d'objet (peur de la perte de l'objet d'amour et besoin de protection), d'où angoisse et agressivité manifeste ou latente. La structuration fusionnelle a été dépassée mais la triangulation oedipienne ne s'est pas mise en place. Quand la relation primitive à la mère a été très perturbée, s'il y a eu persistance de cette mauvaise relation affective, des angoisses profondes, des troubles narcissiques vont déborder un Moi trop faible. La dépression est le résultat d'une faillite précoce de la relation orale mère/enfant. On est alors dans le registre psychotique ; par contre si la relation archaïque a pu s'établir à peu près convenablement mais qu'il y a eu perte de l'objet d'amour libidinal, on sera alors plus dans le registre de la dépression névrotique. Le dépressif présente un tableau polymorphe avec humeur triste, asthénie psychosomatique et affective, perte des désirs, insomnie matinale, douleur morale, culpabilité, auto-accusation et auto-punition, dévaluation

de Soi et perte de l'estime de Soi, et de nombreuses manifestations psychosomatiques. L'approche Reichienne situe le siège psychosomatologique du narcissisme au niveau de la zone anatomo-fonctionnelle du cou et du thorax haut. Les trois premiers niveaux sont considérés comme les niveaux les plus archaïques.

Durant la vie intra-utérine et néonatale le narcissisme n'existe pas en tant que protection et/ou défense contre le danger, mais en tant que condition réactionnelle automatique assurant une homéostasie vitale, basée sur les mécanismes neuro-hormonaux et neuro-humoraux. Il s'agit donc d'un "narcissisme" primitif, physiologique. Le narcissisme (qui nous renvoie au mythe de Narcisse) lie l'instinct de conservation au cou. Il est évident que si l'on tombe dans l'eau (comme Narcisse!) il faudra maintenir à travers une tension du cou, la tête hors de l'eau pour respirer. Une fois le danger passé, quand la défense n'est plus nécessaire, la tension persiste, nous aurons l'installation d'un narcissisme de type secondaire qui va déterminer le caractère narcissique psychopathologique. L'apparition du narcissisme se développe de manière consciente avec l'instauration de la mobilité ; c'est -à-dire à partir du neuvième mois, de manière réactive, inconsciente et ensuite vers deux ans de manière active, consciente. Notre système socioculturel met malheureusement l'enfant en situation d'agir de cette façon narcissique qui se retrouve liée aux différentes manifestations caractérielles : orale, compulsive, phallique et hystérique. Le blocage au niveau du cou barre la possibilité de s'abandonner à soi-même et aux autres. Le blocage "narcissique" du cou est révélateur des sentiments d'orgueil, de fierté, de vanité et d'obstination. La blessure narcissique agit sur le Moi, en particulier sur l'inaccessible "idéal du Moi" qui est l'expression d'un "Moi fragile".

L'autre aspect du narcissisme est la séduction qui a pour but le désir de pouvoir et non de puissance! Le "narcissique" (oral, phallique, anal, hystérique) a besoin de démontrer son pouvoir pour compenser son insuffisance de puissance dûe à son angoisse. L'angoisse est toujours de "castration" et empêche la possibilité de se lier vraiment avec un partenaire.

Le contact avec un Autre que Soi est alors un pseudo-contact, car il n'y a pas eu maturation du contact avec Soi grâce à la masturbation. Le narcissique conserve "ses distances" par rapport à la masturbation. Les mécanismes de compensation dans le narcissisme sont les manifestations d'ostentation et de présomption, liés au sentiment d'omnipotence et d'omniscience que possèdent ces sujets. Le caractère narcissique est dans ses différents aspects, de façon plus ou moins importante, présent dans chacun des caractères que nous abordons. Ceci signifie qu'il est toujours présent dans le caractère névrotique, c'est-à-dire chez l'homme "normovrosé". Preuve en est la vaste diffusion d'arthrose cervicale, signe du blocage musculaire du cou.

c/ Le caractère abandonnique est celui qui est le plus en rapport avec la carence affective entraînant au delà de l'angoisse d'abandon : le manque, la détresse et la rage. L'ambivalence archaïque est bien présente. La détresse et la rage seront en rapport avec l'impuissance. Le caractère dépressif peut se rencontrer à l'état "pur" mais aussi dans les autres caractères. Il est souvent présent (caché) chez le narcissique et comme nous l'avons vu plus haut dans les états limites.

d/ Le narcissique-phobique a des comportements d'inhibition envahissant de nombreux domaines et surtout une ambivalence amour/haine. Le Moi est faible, l'émotion s'exprime facilement et les formations réactionnelles l'entraînent dans des comportements phobiques et perfectionnistes. Nous verrons que dans le caractère hystéro-phobique l'inhibition est dirigée sur la sexualité.

e/ Le narcissique-phallique ici aussi se défend contre la dépression ; la possession du phallus lui permet "de s'imaginer fort" face à ceux qui n'ont pas le phallus (au royaume des castré(e)s, celui (ou celle) qui a un phallus est Roi ...!). Le narcissique-phallique va chercher sa force dans l'amour pour lui-même ou pour des objets partiels ou globaux par identification. Plus fréquent chez les hommes, ce caractère qui se sert de la puissance érective se retrouve dans l'impuissance orgastique. La peur de

la castration entraîne une haine des femmes, bien cachée derrière un comportement séducteur et attirant pour la femme qui sera alors confrontée à un sadomasochisme-narcissique.

f/ Le caractère psychopathe est important à aborder car il est défini différemment selon les auteurs. Le psychopathe, qui présente une grande instabilité affective et émotionnelle, a un Moi faible, de nombreuses fixations prégénitales qui lui donnent ses tendances perverses. Le psychopathe passe à l'acte. Ces derniers (révolte, violence, suicides, perversions.....) cachent la dépression et leur recherche d'être aimés et reconnus par l'objet anaclitique.

g/ Je citerai, pour mémoire, **les caractères hypocondriaque, hypomaniaque, psychasthénique et psychosomatique.**

2/ LES CARACTÈRES NÉVROTIQUES

Le caractère névrotique, c'est le mode d'expression de la névrose (en tant que structure) sans qu'il y ait décompensation. Cette expression sera le résultat de l'incidence du noyau psychotique, des fixations prégénitales et de l'organisation œdipienne. Trouvant sa source principale dans la relation œdipienne, l'individu en fonction de son animus/anima va chercher dans la sexualité à se satisfaire avec l'autre de ce qui n'a pas été satisfait dans la relation œdipienne.

a/ Le caractère déficitaire névrotique présente une diminution, une inhibition fonctionnelle et un appauvrissement de la personnalité (malade patraque, céphalées, lombalgies, constipation, vie sexuelle et affective réduite).

b/ Le caractère hystérique outre ce que l'on en connaît, est dans sa forme la plus élaborée sur le plan libidinal, une hystérie de conversion dont la sémiologie est surtout sensitive, motrice et sensorielle (avec des crises). La conversion du conflit psychique dans le domaine organique confère à l'hystérique son mode d'expression. Le refoulement est très important, le Moi a dû accéder sans trop de fixations prégénitales à la triangulation œdipienne, l'expression fantasmatique et onirique sont très érotisées. L'érotisation s'étend à l'ensemble du comportement. En ce qui concerne les fixations archaïques, nous pouvons trouver chez les hystériques une tendance à l'oralité. Dans l'hystérie avec fixations orales, qui est plus répandue chez les femmes, l'anorgasmie est fréquente, même si elle est cachée derrière "un faire semblant théâtral". Confondant excitations et orgasmes, certaines femmes se croient pluri-orgasmiques. Si le Moi de l'hystérique faiblit, un déséquilibre peut se créer entre le Surmoi et les pulsions entraînant alors une angoisse génitale générée par la peur fantasmatique de la castration.

L'hystérie de conversion est la scène de l'expression symbolique érotisée de certaines parties du corps où la représentation s'est fixée. Chez l'hypocondriaque, une représentation dépressive s'est portée dans une zone de son corps et l'amène à se plaindre de son état de santé. Chez le psychosomatique, "la maladie" s'exprime dans le domaine du système neuro-végétatif, viscères et musculatures lisses. Dans ce dernier cas, les conflits émotionnels créent "une névrose d'organe" avec altérations fonctionnelles et lésions, le choix de l'organe est en rapport étroit avec la nature psychoaffective du conflit.

Le caractère hystéro-phobique, résultat d'une trop forte pression du Surmoi, présente des angoisses, des troubles neuro-végétatifs (vertiges, céphalées.....), et tente de cacher derrière un comportement malheureux ou heureux ses tendances érotisées plus ou moins agressives.

Dans la névrose, l'hystérique s'offre à l'Autre en se servant de l'image du Parent, dans la perversion il (ou elle) se sert de l'image phallique. Dans l'hystérie, la femme souffre du manque de pénis dont elle est privée. L'hystérique, par le déni, s'accorde dans l'imaginaire que là où l'Autre avait un phallus, il n'y

en a plus. Elle s'assure donc la castration imaginaire de l'autre et devient ainsi le phallus imaginaire pour l'Autre qui en a le manque. L'hystérique par son comportement suscite l'envie de l'homme devenant ainsi femme pour le phallus réel. Refusant alors de donner SA jouissance, elle rend réelle l'impuissance de l'homme à la faire jouir. Elle a ainsi la preuve qu'elle a CE par quoi IL échoue. Celui qui copule avec l'hystérique le fait en remplacement symbolique du père qui serait, si un tel père existait, le seul à savoir la faire jouir.

Pour résumer, chez la femme comme chez l'homme, à chaque fois qu'émerge un désir, il est tellement œdipien qu'il est immédiatement refoulé (inhibition, anaphrodisie etc...) ou remplacé par des symptômes rendant la consommation œdipienne impossible ou symbolisée pour que puisse être mis en place un simulacre de rapport sexuel.

c/ Le caractère obsessionnel, possède des traits de caractères anaux, mais n'a pas comme seule composante l'agressivité anale. Le pré-génital constituerait plus une défense contre l'œdipe. L'obsessionnel cherche à satisfaire ses pulsions sexuelles, mais le désir ne doit pas être découvert, les formations réactionnelles et le comportement obsessionnel protègent l'individu en masquant son agressivité. L'obsessionnel lutte contre l'érotisme anal par l'intermédiaire de comportements défensifs : scrupules obsédants, manies mentales, phobies obsédantes (peur de la saleté, de rougir), phobies de compulsion (peur d'être obligé de faire certains actes). Contre les obsessions et les compulsions le sujet va mettre en place un rituel défensif et conjuratoire dont l'organisation est souvent de type sadique-anal. Les obsessions sont des sentiments pénibles qui s'opposent aux pulsions ; les phobies peuvent devenir obsédantes si elles existent, même quand l'objet est évité. L'obsessionnel n'a pas du tout les mêmes problèmes que l'hystérique qui cherche un parent pour la faire jouir. Son problème se trouve plutôt dans l'acceptation que les parents-idéaux peuvent se satisfaire eux-mêmes. En mettant en avant sa castration et en s'accrochant à l'image d'un père incastrable, il n'aura pas à prendre la place d'un père incapable de faire jouir la Mère. Devant la possibilité de la consommation œdipienne, l'obsessionnel régresse à la période anale qu'il connaît bien et avec laquelle il sait se ré-organiser. Il tente alors un compromis entre ses pulsions inconscientes œdipiennes et l'interdit posé par Un Surmoi tyrannique et castrateur.

d/ Le caractère Phobique

L'angoisse qui peut se définir comme une peur sans objet ou en tout cas hors de toute proportion avec l'objet est à distinguer de la peur qui a un objet. L'angoisse est souvent accompagnée de sensations somatiques diverses dues à la mise en jeu du système neurovégétatif. Le phobique a des craintes ou des répulsions angoissantes liées à un être, un objet ou une situation. En général une phobie est due à un déplacement d'une peur sur un objet secondaire. Il faut donc trouver la peur originaire et chercher quels bénéfices secondaires trouve le phobique qui conserve ce symptôme. La castration est omniprésente, le phobique est un impuissant qui tente de se référer à un Père incastrable, incapable de faire jouir la Mère. Si la peur de l'étranger, les cauchemars de la petite enfance (15 à 20 mois), puis la peur du noir et de différents animaux ne sont pas convenablement gérés par la présence d'une mère sécurisante et par le jeu, le terrain du phobique va se mettre en place. Ainsi se mettront en place dans la névrose phobique des conduites conjuratoires, d'évitement, d'échec et de réassurance.

d/ Le caractère pervers : Le pervers renie la castration, prend la place du Père. En se parant de l'image phallique, il donne à l'Autre le phallus fantasmatique et réel qui lui manque.