

## « Névroses, psychoses et perversions »

### 1. Qu'est-ce qui permet le diagnostic de phobie devant une crise d'angoisse ?

Il y a des phénomènes signifiant qui se passe dans la phobie. Faute d'un père qui marquerait l'interdit de la mère, l'enfant va être obligé de se forger un signifiant à-tout-faire qui est celui de la phobie. Ce sont des manifestations d'angoisses ressenties dans des circonstances qui sont toujours les mêmes pour un sujet donné. Il y a un mécanisme d'évitement pour les diminuer. Il y a 5 critères pour parler d'une phobie. **L'angoisse**, l'**évitement**, la **partition de l'espace** et les **conduites de réassurance**. L'angoisse est une angoisse soudaine avec une oppression thoracique : les battements du cœur rapide. Elle souvent de dépersonnalisation avec la peur de devenir fou. Il y a une espèce de **morçèlement moïque**. La phobie est une maladie de l'espace, mais c'est **aussi une maladie du regard**. Dans la phobie, dans la crise de phobie le regard est présentifié. Alors on peut dire aussi que le phobique va éprouver ces troubles quand il est devant le regard d'autrui, qu'il ne maîtrise pas, c'est-à-dire en général au-dehors. On peut rencontrer des phobies occasionnelles dans toutes les structures psychiques, et d'une manière précise, comme dans un tableau clinique, où se rencontrent des **attaques d'angoisse** et **l'importance de l'espace**. Donc ce que dit Lacan, c'est que l'animal de la phobie, avant d'être un animal avec des pattes des yeux etc. et un danger potentiel, est **un signifiant**. C'est un « **signifiant à tout faire** » parce que non seulement il supplée la carence du père réel, le père n'est pas effrayant, mais l'animal va être effrayant à la place du père, mais l'animal est aussi à tout faire parce qu'il va régler les rapports de Hans avec tout le monde extérieur. Avec ses parents, avec son espace avec ce qu'il peut faire ce qu'il ne peut pas faire etc. Ceci juste pour mettre en valeur ce qui était important. **L'angoisse de la phobie** n'est pas la peur de l'objet, mais c'est plutôt la **peur d'une absence d'objet**, la peur de **l'absence du père** en tant que tel.

### 2. Devant des troubles corporels, à partir de quels éléments peut-on s'orienter dans la structure ?

Comme tout symptôme, le symptôme est **l'indice d'un réel**. Le symptôme **signale le rejet** de la dimension du réel, c'est-à-dire celle de l'impossible, ce qui résiste à la symbolisation et à la représentation. En même temps que le langage semble avoir supplanté tout savoir instinctif, la **physiologie du corps humain s'en trouve affectée** quant à sa régulation « normale ». C'est par les bords de leurs trous respectifs que corps et langage vont s'articuler pour donner un lieu au sujet. Par exemple la psychosomatique : un signifiant peut se dégrader en signe, et un signe en signal, un **signal** qui va se greffer sur une **fonction corporelle** ou qui va inhiber une fonction corporelle. Le stade du miroir, ce n'est pas simplement reconnaître que l'image dans le miroir est celle de son corps. **L'incorporation est pathologique** dans la mesure où elle **semble faire violence au corps** ou du moins le soumettre en partie à ses propres lois, aux **lois du langage**. L'inconscient, c'est cet effet de l'incorporation du langage. C'est le corps du langage qui fait le corps au sens ordinaire, qui **donne corps à notre corps**. Il y a un sujet, qui est un effet de la **parole sur le corps**, et le **fantasme**. Grâce au fantasme, le sujet ne sera ni pur signifiant, ni pur objet, **mais une séparation du signifiant et de l'objet**. L'objet n'est pas homogène au signifiant : c'est **quelque chose qui vient faire butée**. La représentation du sujet se fait toujours au prix d'une perte de la signification, mais aussi de jouissance. Le comportement de quelqu'un ne le réfère pas à une structure. La personnalité pathologique, est ce qui apparaît au premier plan : **une façon de se conduire** dans la vie **qui fait symptôme**. Pour un sujet, les lois du langage l'engagent, il est engagé. Le réel, c'est une façon de le voir, est ce **qui fait une limite au sens**, tout ne fait pas sens normalement. Il y a **du non-sens**. Et c'est d'ailleurs là que va pouvoir se poser pour un sujet la question de la vérité.

3. Quels sont les éléments cliniques qui font penser à une paranoïa devant des troubles obsessionnels compulsifs ?

La paranoïa exige que le sentiment, la perception intérieure soit remplacée par **une perception venant de l'extérieur**. La paranoïa appartient à la fois la psychologie et la psychopathologie. Elle appartient à la psychologie en ce sens qu'elle est d'abord fondamentalement à caractère, le caractère paranoïaque, très répandu qui peut rester dans la limite de la tolérance sociale où s'en écarter notablement. Même si ces manifestations restent infraclinique, le caractère paranoïaque est une organisation pathologique de la personnalité. Et on trouve alors par rapport à cette question le regard,... On fonctionne avec le regard, ou par exemple, on peut parler de la paranoïa **à partir de cette notion du regard**. Le paranoïaque est quelqu'un qui est en règle avec son idéal. C'est-à-dire que le regard qui est porté sur lui est parfaitement d'accord avec ce qu'il raconte. Les réactions paranoïaques transitoires se rencontrent en période de décompensation, névrose obsessionnelle, TOC... Les TOCs, **troubles obsessionnels compulsifs**, sont une catégorie du DSM regroupant des symptômes d'allure obsessionnelle. Ça ne recouvre pas pour autant la névrose obsessionnelle de Freud. Ces TOCs peuvent se rencontrer en effet dans la psychose. L'important est la **position du sujet à leur égard** et sans doute la **lutte** contre eux sans laquelle il n'y a pas névrose. Le névrosé obsessionnel a constitué cette cause, **l'objet a, sous forme anale**, il ne fait qu'essayer de retenir en pensée l'objet a mis en cause de son désir. **Le paranoïaque rejette toute participation à la cause** de ce qui se passe. Il n'y a pas de cause hétérogène au signifiant, **il n'y a que des preuves** qu'il possède, mais **qu'on ne reconnaît pas** ou **qu'on lui dérobe**. De ce fait le diagnostic différentiel demande d'accorder de l'attention à la position du sujet à l'égard de sa symptomatologie. Dans la paranoïa il y a toujours quelque chose de péremptoire ou de subtilement « persécutif ».