

## PREOCCUPATIONS SEXUELLES CHEZ LES JEUNES PUBERTAIRES. INTRICATION DES FACTEURS MÉSO-PSYCHOLOGIQUES

M. SCHACHTER \*

Chez les garçons ou filles d'âge pubertaire ou péri-pubertaire, les anomalies dans le comportement se manifestant sous la forme de nervosité et de dépression — le qualificatif généralement utilisé par les parents est celui de "nervosité" — sont presque automatiquement rattachées aux troubles provoqués par "l'orage endocrinien". On estime résoudre les difficultés en se rétranchant derrière une notion classique et l'on décrète avec légèreté que la puberté, une fois installée, tout finira par se calmer.

Or, un examen attentif des données psychologiques et psychomésologiques de chaque cas en particulier nous montre — plus souvent qu'on ne le dit — l'existence, chez ces indiscutables perturbés de l'équilibre neuro-endocrinien, d'autres facteurs qu'il faut connaître et qu'il faut savoir dépister, dans toute la mesure du possible. Ce qui intéresse c'est la morphologie des troubles, l'essentiel étant *la compréhension des facteurs mésologiques*, largo sensu: relation entre parents et enfants, cohérence ou non du foyer familial, abandon ou mauvais traitements physiques ou moraux, fréquentations discutables, "expériences traumatisantes", etc. Une série de faits personnels, récemment étudiés, nous permettra de bien fixer les cadres des manifestations que nous voulons mettre en lumière et critiquer.

Il faut ajouter, à titre complémentaire, que pour connaître ces sujets, l'utilisation des tests psychodiagnostics de type Rorschach, Murray et Van Lennep est fréquemment indiquée, car pouvant nous apporter des renseignements de tout premier plan; cela est surtout vrai lorsque nous ne pouvons pas voir assez fréquemment le sujet en question. Bien entendu, il serait erroné et même dangereux de prétendre que les tests psychodiagnostics dispensent le clinicien de chercher à comprendre le mécanisme des perturbations qu'il doit examiner. Bien au contraire, les données des tests doivent trouver leur place dans le concert des informations qu'il a pu ramasser; elles doivent être interprétées à leur tour, tout en tenant compte du fait que le plus souvent, elles expriment *moins ce qui est, que ce pourrait être. et, moins ce que le sujet fait, que ce qu'il serait capable de faire* si des conditions adéquates le permettaient.

---

\* Médecin du Comité de l'Enfance Déficiante de Marseille.

OBSERVATION 1 — Jacques, âgé de 11 ans 6 mois, nous est amené par sa mère qui nous dit que son fils — un enfant unique — qui est un bon écolier, se montre, parfois, paresseux, distrait, ou même déprimé. Elle estime également que l'enfant présente des "lacunes de mémoire".

Objectivement, il s'agit, on le voit, de troubles de bien faible importance. Pourquoi cette maman est-elle venue nous voir? L'interrogatoire systématique nous a montré, ainsi que nous le pensions, que derrière ces plaintes banales, bien d'autres facteurs intervenaient. Que se passe-t-il dans la maison de ce garçonnet? Il y a 3 ans, mourrait brutalement (au cours d'une crise d'angine de poitrine) le père de notre sujet. Cela provoqua un choc émotif très puissant. Jusqu'à ce jour notre garçon ne peut pas oublier son père; à l'école, il n'a pas pu se décider à "l'avouer" à ses camarades de jeu, qui vantent les qualités de leurs parents, de leurs pères surtout. La mère, âgée de 38 ans, ne veut pas se remarier; elle veut se consacrer à l'éducation de son fils unique; elle l'entoure d'une affection accentuée, très proche de l'affection névrotique. Elle est intelligente; elle voudrait donner à son fils une éducation choisie et le préparer à une carrière universitaire. Le premier développement (dentition, marche, parole, propreté) a été normal. Dans les antécédents pathologiques rien de significatif à retenir. Le comportement à la maison et à l'école n'a rien de pathologique.

À l'examen médical: constitution asthéo-longiligne; le squelette est normal; poids, 29 kg. Organes génitaux normaux; absence de tout stigmate sexuel secondaire. Les réflexes crémastériens sont très vifs, le signe de Tramer (friction légère des faces latérales des cuisses) est positif avec ascension rapide des testicules ce qui, selon l'auteur cité, pourrait témoigner en faveur de manœuvres masturbatoires.

À l'examen psychologique (au Binet-Simon, fait par Mlle. S. Cotte), nous avons, pour l'âge réel de 11 ans 6 mois, un âge mental de 12 ans 2 (QI = 105), donc parfaitement normal. D'ailleurs, le garçonnet a un esprit curieux, il lit beaucoup; sa mémoire est excellente. Au test de Rorschach, il a donné les résultats que voici:

Nombre des réponses, 16 (inférieur à la normale);

G	—	6 (1DG)	F+	8	An.,	7 (43%)
D	—	8	F±	2	Nid,	2 (12%)
Dd	—	1	sF	10	Sang,	2 (12%)
Db1	—	1	F+%	90	Géogr.	2 (12%)
			K	0	H.	1 (6%)
			C	2	Anat.	1 (6%)
Vulg.	3 (18%)		CF	2	Scène	1 (6%)
Orig.	0		FC	1		
			FC1ob.	1		
			Cn!	1		

Type de perception: G-D-Dd-Db1. Type de réaction: 0 K/2C +2CF+1FC, soit 0/5,5 (extratensivité egocentrique). Commentaire — Il s'agit d'un sujet normal, intelligent (6G,F+%/90), mais dont l'affectivité est très vive, explosive. Une petite note anxieuse se pro-

file, étant en quelque sorte symbolisée par l'interprétation clair-obscur (1FC1ob) et par une interprétation anatomique. Pourtant, ce test ne nous a pas révélé des perturbations psychiques proprement dits, confirmant ainsi notre impression clinique.

Il fallait pousser plus loin notre exploration, et c'est alors que, nous basant précisément sur cette petite note anxieuse trouvée dans le test, nous avons posé à la mère la question directe, si son fils n'est pas "tracassé" par des questions sexuelles, si, en d'autre termes, ce garçon n'est pas, de façon périodique, occupé avec des thèmes "plus intéressants" que ceux que lui offre la classe.

La réponse fut nette: la maman nous a dit (après avoir estimé que cela n'était peut-être pas important) que depuis quelque temps, son fils lui pose des questions "insolites"; ainsi notre patient demande si elle sait ce que c'est qu'un bordel; ce que l'on y fait, etc. Et comme sa mère prend l'air de dire qu'elle ne le sait pas, son fils commence ("à ma stupéfaction", dit la mère) à faire un véritable cours sur la question. Ce garçon fréquente, depuis peu de temps, un camarade plus âgé que lui qui l'a mis au courant des questions sexuelles, après lui avoir posé des questions sur la vie solitaire que mène sa mère. Nous avons également appris que notre garçon va se baigner avec sa mère (bains de mer) et qu'il est "naturellement" intéressé à regarder, de près, les formes humaines adultes.

Ainsi, la "nervosité" de ce garçon, ses "lacunes de mémoire", ses oscillations d'humeur et ses moments de dépression ou d'irritabilité sont, non pas la traduction exclusive d'un début (cliniquement non manifeste) de la puberté, mais surtout en relation avec des facteurs psycho-sexuels qu'il faut chercher dans l'ambiance même de notre sujet: sa mère qui vit seule avec son fils, les précautions insuffisantes qu'elle prend pour ne pas attirer sur elle les regards de son fils, la fréquentation avec un garçon plus âgé qui l'a "initié" en matière sexuelle. Peut-être, faut-il y ajouter (la chose n'est pas exceptionnelle à cet âge) des manœuvres masturbatoires que l'enfant n'avoue pas et qu'il serait maladroit de vouloir mettre en évidence.

OBSERVATION 2 — Marcel, âgé de 13 ans 8 mois, est amené par sa mère qui se plaint que son fils est, depuis plusieurs mois, "nerveux". Que rien ne peut "raisonner" cet enfant, également unique. Parfois, au contraire, il est abattu, paresseux, incapable de suivre ses leçons scolaires. À l'école, le travail est devenu irrégulier, tantôt acceptable, tantôt franchement insuffisant. Que savons-nous sur ce jeune garçon? Parents en bonne santé. Un BW familial a été négatif. Premier et seul enfant, il est né à terme et son premier développement a été sans incidents. Passé pathologique: seulement une coqueluche légère, à l'âge de 22 mois, qui a duré 2-3 semaines; pas de complications nerveuses au cours de la rougeole, de la varicelle ou des oreillons. Comportement à la maison: coléreux, nerveux; mais adroit, aimant les petits travaux domestiques.

Examen clinique — Taille 142 cm; poids, 35 kg; squelette normal; front bombé; dentition bonne. Absence de tout stigmate sexuel secondaire. Reflexes crémastériens vifs et égaux. Rien au point de vue neurologique.

Examen psychologique — Au Binet-Simon, âge mental de 13 ans, soit normal; durant le test, on note sa lenteur et même sa tendance à être méticuleux; le vocabulaire est plutôt médiocre. Soumis au Rorschach, nous avons note ce qui suit: test accepté avec calme. En dix minutes, il donne 14 réponses, après avoir retourné les planches 64 fois (il s'agit surtout des planches: III, VI, VII, VIII, IX et X). La planche IX a été refusée, en dépit de nos encouragements (cette dernière planche a été retournée 13 fois).

Resumé du protocole: Nombre des réponses, 14 (10 minutes)

G	— 3	F+	9	An.	9	(64%)
D	— 10	F±	2	Min.	2	(14%)
Do	— 1	F—	1	Scène, Obj., Anat.		( 7%)
		sF	12	Vulg.	2	(14%)
		F+%	83	Orig.	0	
		FC1ob	2	K,C,CF,FC:	0	

*Type de perception:* G-D-Do. *Type de réactions:* 0/0, soit coarctation totale. *Commentaire* — Ce test apparaît immédiatement comme anormal. Le nombre des réponses est inférieur à la normale. Le type de perception est, statistiquement parlant, rare, sinon franchement insolite; dans des statistiques personnelles nous avons rencontré cette “formule” dans moins de 2% des cas. Le type de réaction de ce sujet, théoriquement du moins, en pleine expansion dynamique est, par contre, pauvre et rétréci; aucune kinesthésie chez un sujet intellectuellement normal; aucune chromesthésie chez un sujet que l'on nous dépeint, comme irritable, comme nerveux. Par contre, nous avons noté deux interprétations “clair-obscur”, dans des configurations bien vues, aux planches III et IV. L'ensemble, avec le grand pourcentage des zoomorphies incite à se demander si derrière cette coarctation ne se cache pas un noyau névrotique, anxieux; cela est d'autant plus valable que nous avons vu ce sujet refuser la planche IX après l'avoir retournée 13 fois. Ajoutons que la réponse anatomique, donné à la planche I (“c'est un peu la colonne vertébrale”), n'a pas une signification particulière, alors qu'à la planche III qui a été retournée 7 fois, ce garçon intelligent, scotomisant très probablement une configuration anatomique-sexuelle, a donné une interprétation totalement insolite (fuite devant la réalité?): “c'est un vallon avec une rivière qui passe en bas”.

L'ensemble des faits révélés par ce test, nous a incité à discuter avec la maman de ce garçon en insistant sur le désir de savoir si, et jusqu'à quel point, ce garçon n'a pas subi un “traumatisme” sexuel. Or, effectivement, nous avons appris que le père du sujet ne dort plus chez lui depuis plus de 10 mois, et que sa mère le prend dans son lit, “afin qu'il ne soit pas malheureux”. Les époux ne sont pas divorcés, mais, nous avons appris que le père n'aime pas notre petit patient.

On comprend maintenant, plus facilement le mécanisme de la “nervosité” et des oscillations d'humeur de notre jeune homme. Il est vraiment superflu d'aller chercher, exclusivement dans les déséquilibres endocriniens de la puberté, l'explication des perturbations ci-dessus détaillées.

Comme dans le cas précédent, point n'est besoin de faire appel aux explications psychanalytiques — plus ou moins fantaisistes et que l'on doit se garder, en tout cas, de proposer aux parents — pour voir que la structuration psychomésologique est, à elle seule, suffisante pour nous orienter. Comme dans le cas précédent, si nous ne pouvons pas obtenir, à la suite de discussions avec les parents, un changement de l'ambiance, si nous ne pouvons pas corriger ces erreurs éducatives, il est vain de croire qu'un psychanalyse, avec ou sans médicaments, puisse donner satisfaction.

OBSERVATION 3 — Emile, est âgé de 15 ans 2 mois; son père, un homme aux manières sévères, nous l'amène en nous disant qu'il ne travaille pas. Nous apprenons que le jeune homme est, fréquemment, frappé par ce père qui veut faire de lui "un homme capable dans la vie".

Au point de vue scolaire le travail est tantôt acceptable, tantôt de qualité inférieure. Au cours de notre entretien, nous constatons qu'il s'agit d'un garçon intelligent. Il est, toutefois, très réticent. Au point de vue somatique rien d'anormal. Organes génitaux bien développés; pilosité axillo-pubienne normale pour son âge. Structure de la famille: la mère a quitté le foyer, pour vivre avec son "ami". Notre sujet, un enfant unique, est sous le joug de son père (peut-être "projète-t-il", comme le disent les psychanalystes, sur son fils qui ressemble physiquement à sa femme, une haine dont il est plus ou moins inconscient). Déshabillant le jeune homme pour l'examiner, nous avons constaté chez lui une certaine gêne; nous avons soupçonné l'existence d'un sentiment de culpabilité, en relation avec la masturbation. Le père nous a confirmé sa conviction dans ce sens.

Au test de Rorschach, attitude très réticente, malgré nos multiples essais de mettre le jeune homme en confiance. Après avoir retourné 77 fois les planches, il a donné seulement 8 réponses et refusé les planches I et IV. Il est intéressant de dire, dès maintenant, que ces refus symbolisent, d'une part, la tension psychologique provoquée par la dissension intra-familiale (planche I) et, d'autre part, la tension provoquée par la cruauté (pl. IV: "l'ogre", "l'ourang-outang" — ici, le symbole d'un père puissant).

Sur ces 8 réponses, 3 sont données en position renversée ou horizontale, ce qui réalise un index de réponses para-normales de 37%, témoin symbolique de l'opposition, de la résistance contre une ambiance que l'on ne peut pas supporter.

En détails, le résultat du test est le suivant:

G	— 2	F+	3	An.	2 (25%)	
D	— 4	F±	1	Volcan, canal, scène, paysage, eau	(12,5%)	
Dd	— 2	sF	4	Vulg.	2 (25%)	Orig. 0
		F+%	75	CF	— 1	
				FC1ob	— 3	

*Type de perception:* G-D-Dd. *Type de réaction:* 0/1, soit extensivité-coartative.

Le faible de nombre des réponses après l'énorme fréquence des rotations ainsi que les deux refus significatifs, nous ont conduit à nous intéresser, de plus près, aux "loisirs" de ce jeune homme. Nous avons pu apprendre, grâce au père qui a fait les recherches nécessaires, que son fils était très obsédé par "les questions sexuelles"; qu'il a déjà eu quelques expériences incomplètes avec une jeune fille. Plus encore, il a même eu l'idée de partir avec une autre jeune fille du même âge, qu'il considérait comme étant sa fiancée.

Dans ce cas, également, faisant intervenir au premier plan les perturbations endocriniennes, dont il est d'ailleurs vain de nier l'influence, on risque de ne pas voir la réalité: à savoir que ce jeune homme, qui n'a pas un foyer harmonieux, qui est plus ou moins laissé à sa fantaisie et qui a déjà assisté à la fuite de sa mère, est en train de subir l'influence d'une "révélation sexuelle", faite dans des conditions malsaines, d'où l'ensemble des incohérences et des manifestations névrotiques dans son comportement et dans son travail scolaire.

Ici, aussi, seule une modification radicale de la part du père envers son fils, une véritable "réconciliation" de ces deux hommes, s'expliquant et s'éclairant mutuellement, est la voie la meilleure pour arriver à une solution acceptable pour

notre jeune homme, qui se considère déjà un adulte et ne veut pas admettre la condition enfantine que son père veut encore lui imposer.

OBSERVATION 4 — Noël est âgé de 16 ans; il a été élevée par une tante maternelle, car sa mère est morte peu de jours après sa naissance. Son propre père l'a repris chez lui (une fois remarié) lorsqu'il avait 4 ans. Dans les antécédents de l'enfant nous retenons des crises d'asthme. Depuis plus d'un an, donc aux environs de 15 ans, ce garçon a commencé à avoir des idées obsessives: il avait peur de faire "quelque chose de mauvais", de faire du mal aux autres. De plus, il était fréquemment assailli par des idées noires; il allait visiter, sans que le père le sache, la tombe de sa mère. Simultanément il a commencé à délaisser ses occupations scolaires.

L'examen clinique ne montre rien d'anormal chez ce jeune homme qui présente des stigmates sexuels d'une puberté bien faite. Au cours de nos entretiens, nous apprenons qu'il est très préoccupé par des idées de pureté; il se dit croyant et a peur du péché. Ses nuits sont peuplées de rêves plus ou moins terrifiants. Il s'agit toujours, ou presque toujours, de thèmes sexuels: il est "presque" sur le point de toucher les organes génitaux d'une fille, il est "presque" en train de vouloir embrasser une femme, etc. Jamais le thème n'est rêvé jusqu'au bout. Mis en confiance, il nous dit que depuis l'âge de 9 ou 10 ans, il lui arrive de se masturber très souvent; il lutte désespérément contre ce "péché", sans pouvoir s'en débarasser. Envers sa marâtre, il a une attitude hostile: elle ne l'aime pas et n'a jamais voulu le considérer comme son enfant.

Au test de Rorschach, ce garçon donne, en 4 minutes, 10 réponses, malgré nos encouragements et nos insistances. Il s'agit exclusivement d'interprétations de type anat. ou anat-sex. Il voit "le bas de la colonne vertébrale", "des sexes de femmes" (pl. II, III, VII, VIII, IX et X). En détails, nous avons:

G	— 4	F+	3	Anat. 10, dont 7 des Anat. sex. (100%)
D	— 6	F <sub>±</sub>	2	Vulg. 0%; Orig. 1 (10%)
		F—	3	K: 0; FC: 2
		sF	8	
		F+%	63	

Type de perception: G-D. Type de reaction: O K/2FC, soit 0/1 extratensivité-coartative.

Dans ce cas, les "idées obsessives" sont plus facilement compréhensibles lorsque l'on sait qu'il s'agit d'une jeune homme qui vit dans une ambiance qui ne lui plait pas; où il n'est pas aimé, n'étant pas "intégré" dans la famille. De plus, il se masturbe et, à cause d'une éducation religieuse mal comprise, il se croit coupable de crime de "lèse-croyance". Dans cette famille, on n'a pas le droit de discuter sérieusement et franchement ces questions. On préfère montrer ces enfants à des médecins ou à des psychiatres, qui veulent prescrire des médicaments, sans aller plus loin. Il est évident que dans un cas de ce genre, seule la confiance de tous les personnages, la discussion franche avec tous et la liquidation, sans fausse pudeur, des fautes et des tabous, est la voie à suivre, si nous voulons vraiment "libérer" ce jeune homme des fautes imaginaires et humainement compréhensibles. Ensuite, on pourra orienter son activité sur des chemins vraiment constructifs.

OBSERVATION 5 — Roland, âgé de 15 ans, est le fils d'un intellectuel. Depuis plusieurs mois a commencé à ne plus travailler ses devoirs comme par le passé. Il a même commencé à dire des mensonges que ses parents démasquent

très facilement. À l'examen somatique, rien de particulier. Stigmates sexuels secondaires en plein développement.

Un examen psychométrique au Binet-Simon, montre un niveau suffisant. Au Rorschach, il donne 14 réponses assez banales: il s'agit 12 fois sur 14, d'animaux plus ou moins bien vus, ce qui donne un +F% de 66. Refus de la planche VI, après l'avoir longuement regardée ("scotomisation" d'une interprétation anatomique?). Une seule kinesthésie valable (classique) est donnée à la planche III et une seule chromesthésie (de type FC) à la planche X. *Type de perception*: G 4; D 10. *Type de réaction*: 1K/1 FC, soit 1/0,5, soit coartativité.

Apparemment, rien ne trahissait le moindre élément névrotique chez ce jeune garçon dont l'intelligence est moyenne. Et pourtant, l'enquête qui a été menée discrètement, par son père, a montré que la chute de l'efficiencia scolaire coïncidait avec une "initiation" sexuelle, de type tout à fait puérile, due à un nouveau camarade de notre jeune homme; depuis cette date il a commencé à acheter, en cachette, des journaux plus ou moins indécents, pour y regarder les images de femmes nues, etc. Plus encore, il aurait été surpris regardant de façon indécente sa sœur aînée au moment où elle changeait de vêtements. Tout ceci n'a aucun caractère de gravité, mais l'on devine combien, au début surtout, la "découverte" de cette nouvelle sphère d'intérêts psychologiques, peut perturber le cœur d'un jeune sujet, surtout si à cela s'ajoute la peur de l'avouer aux parents. Dans le cas présent, le père, un homme d'idées avancées, a compris rapidement l'utilité d'une discussion franche avec son fils, qui devait connaître la signification de toutes ces questions, afin de mieux se préserver contre les mauvais exemples.

Nous arrêtons ici l'exposé des cas. Nous n'avons pas fait mention de cas féminins. Mais, en gros, la différence est à peine existante. Nous avons vu qu'il s'agit souvent d'enfants uniques. Le foyer n'est pas souvent complet. L'enfant peut n'avoir que l'un ou l'autre des parents; il peut être élevé par une marâtre peu disposée à comprendre l'âme d'un enfant qui n'est pas le sien. Mais, il peut s'agir aussi, comme dans le dernier exemple, de sujets provenant de familles normalement constituées.

L'essentiel est que, souvent, des troubles catalogués comme "état nerveux", obsessif, des oscillations de l'humeur entre des attitudes coléreuses, opposantes, à type de rébellion, et des attitudes de dépression avec chute de l'efficiencia scolaire, peuvent être, chez ces pubertaires ou pré-pubertaires, en relation non pas avec des déséquilibres glandulaires, mais avec des préoccupations d'ordre psycho-sexuel. Or, à cet âge, et selon les milieux et les éducations reçues, l'initiation peut constituer et rester un traumatisme psychique, dont il serait vain de nier la réalité et les méfaits.

Nous avons vu (obs. 1) qu'un petit péri-pubertaire, lui même très traumatisé par les "découvertes" qu'il vient de faire, peut être, du fait de la maladroitie attitude de sa mère, encore plus frappé par l'importance des choses qu'il savait, ou croyait savoir. Dans le cas 2, le jeune homme est maladroitement pris, par une mère angoissée et délaissée de son mari, dans son lit et l'on assiste, peu après, à l'installation de trou-

bles caractériels, des oscillations dans l'humeur, allant de pair avec une diminution des performances scolaires. Chez le 3<sup>e</sup> sujet, les expériences sexuelles, bien qu'incomplètes, ont pu favoriser, partiellement du moins, cette surestimation de soi, aboutissant à des fantaisies de partir avec une jeune fille du même âge. Chez le 4<sup>e</sup> garçon, nous avons vu le rôle joué par une ambiance familiale particulièrement défavorable, par des préjugés malfaisants. Dans le 5<sup>e</sup> cas, nous avons noté l'influence, chez un sujet d'intelligence modeste, d'une initiation sexuelle, suivie de lectures de journaux illustrés qui pullulent en si grand nombre, et qui tombent avec tant de facilité entre les mains des jeunes.

Nous ne voulons pas nier de façon catégorique le rôle joué par les grandes modifications que subit l'organisme dans la phase péri-pubertaire et pubertaire. Mais, cela ne nous dispense pas du tout d'une étude clinique-psychologique du sujet et de son ambiance. Seule cette façon de procéder peut nous expliquer le mécanisme et la signification de bien des "nervosités" et des chutes du travail scolaire chez ces jeunes sujets.

La pubération ne peut pas et ne doit pas être considérée comme un facteur pathogène ou névrosant. *Ce sont les fautes éducatives de toute sorte* qui, à cet âge, risquent de prendre des tournures plus ou moins sérieuses. Ce sont ces dernières qu'il s'agit de savoir et de vouloir mettre à nu, si nous voulons aider efficacement ceux qui viennent nous demander notre avis. La mise en évidence n'est pas toujours facile, si le clinicien-psychologue ne se donne pas le temps suffisant pour y arriver. Elle n'est pas, non plus, facile si le clinicien-psychologue ne sait pas apprécier ce qui, dans la psychologie des jeunes, est à considérer comme normal ou pathologique. Enfin, *elle n'est pas possible*, si le clinicien-psychologue est, de par son attitude dogmatique, trop enclin à voir partout des complexes freudiens, ou, au contraire, s'il adopte lui-même des idées plus ou moins métaphysiques, ne sachant pas voir le sujet qu'il étudie comme une partie d'un ensemble, c'est à dire *comme un être vivant dans une communauté familiale et sociale qui peut, selon la couche sociale à laquelle elle appartient, présenter tel ou tel autre aspect*. Il n'est un secret pour personne qui veut regarder les choses en face que là ou, à cause de la misère économique et de l'ignorance, les enfants vivent et participent presque à la plupart des gestes qui sont considérés comme intimes, là il est rare de constater les tableaux cliniques névrotiques dont nous venons de parler.

Il importe, donc, de tenir compte, lorsque l'on étudie des manifestations psychopathologiques, non seulement de leur morphologie et de leur motivation, *mais aussi de la structure du milieu social ou ces manifestations apparaissent*.

Nous avons vu tout au long de notre exposé que nos observations comportent un compte-rendu, plus ou moins circonstancié, sur les données fournies par le test psychodiagnostic de Rorschach. Pourquoi avons-nous appliqué, dans tous ces cas, ce sondage psychologique?

Il est avéré, et le Prof. R. Meili vient de le souligner dans son récent manuel de diagnostic psychologique en citant l'opinion si autorisée du psychologue américain Rapaport, que de tous les moyens psychodiagnostics modernes, le Rorschach est le meilleur. À la condition, ajoutons-nous de le connaître, de ne pas lui demander de poser des diagnostics, et de ne pas lui faire dire ce qu'il ne peut pas dire.

Nous l'utilisons, car il nous donne, tout d'abord, et de façon discrète, l'occasion de *regarder faire le sujet*. Chez un jeune sujet il est, plus souvent qu'on ne le dit, difficile d'obtenir des déclarations sur des thèmes dont il sent la signification importante; nous sommes une sorte d'autorité capable de prendre — avec ses parents — des décisions dont peut dépendre la limitation de sa liberté. Le jeune homme que nous examinons peut, donc, de par la nature même des conditions dans lesquelles il est soumis à des tests, se méfier s'il croit que cela pourrait le défavoriser. Il peut être intrigué ou intimidé par l'allure que prend l'examineur durant un test. Tout cela nous devons le savoir.

D'autre part, le jeune homme ne sait pas que lors des essais d'interpréter les taches d'encre que nous lui présentons, il peut livrer, par l'association involontaire et inconsciente des idées, des matériaux qui peuvent avoir pour nous une valeur de premier plan. Si, dans un cas donné, le clinicien-psychologue se trouve devant des faits intéressants révélés par le test, il peut, plus tard, en tirer bénéfice, en interrogeant de nouveau son patient avec plus de succès.

Tout cela peut, dans certains cas, permettre des interprétations correctes et des solutions pratiques et justes. Mais même dans le cas où le profil rorschachien n'est pas très significatif, le clinicien-psychologue peut avoir pour nous une valeur de premier plan. Si, dans un cas donné, le nique, concernant la personnalité qu'il étudie.

Les détracteurs de la méthode rorschachienne, qui prétendent que tout est seulement et exclusivement du subjectivisme et que l'examineur y retrouve ce qu'il vient d'y mettre involontairement, se trompent ou ignorent les éléments de tout psychodiagnostics et du Rorschach en particulier. Un examineur sérieux et honnête sait que, tout d'abord, il s'agit de noter rigoureusement les réponses qu'il obtient. L'interprétation psychologique doit tenir compte du protocole tel qu'il a été rédigé, si elle ne veut pas s'égarer dans des considérations vagues et sans intérêt. De plus, le test psychodiagnostics n'édicte pas des jugements sans appel. La prudence la plus élémentaire exige, lors du moindre doute, de refaire le test au cours d'une autre séance, ou de procéder immédiatement à un Rorschach de contrôle à l'aide du Behn-Eschenburg, par exemple. Dans certains cas, on peut être amené à pratiquer — pour compléter et mieux nuancer les renseignements que l'on désire avoir — le test de Murray ou celui de van Lennep, dont la valeur psychodiagnostics est voisine.

Ajoutons que si le clinicien peut suivre son cas, la répétition du Rorschach lui montrera — conjointement avec les renseignements cliniques

— si l'évolution se fait vers la disparition ou non, des troubles constatés.

Il est presque superflu de souligner que dans certains cas, l'entretien du clinicien durant le test, peut avoir une valeur thérapeutique, en permettant cet échange d'idées dont certains jeunes ont tant besoin. Nous ne connaissons pas des travaux consacrés tout particulièrement à cet aspect pragmatique des méthodes projectives. Sans en exagérer la portée, ce fait mérite d'être pris en considération.

En terminant, nous ne voudrions pas laisser au lecteur l'impression que la psychothérapie à l'aide des tests projectifs est et reste le seul moyen dont nous disposons pour comprendre et influencer les troubles divers que présentent les jeunes pubertaires, préoccupés par des questions psychosexuelles. Ce serait fausser totalement la question que nous venons d'exposer. Le remède à ces manifestations, qui expriment un certain état de l'ambiance familiale et sociale, ne peut être, lui même, autre chose qu'une thérapie psychologique et sociale à la fois. Posé de cette façon, le problème rejoint celui, plus vaste, de l'éducation sociale et sexuelle des parents, de l'éducation sexuelle des jeunes, tant à la maison qu'à l'école.

#### RÉSUMÉ

L'auteur présente quelques cas de jeunes gens d'âge pubertaire ou pré-pubertaire, vus pour des troubles "nerveux", des changements de l'humeur et pour des chutes dans l'efficacité scolaire. L'étude psychologique et clinique montre le rôle joué par les préoccupations à caractère sexuel. L'auteur insiste sur les fautes éducatives de toutes sortes et montre l'utilité que possèdent les tests projectifs (Rorschach, Murray, van Lenep), en tant que moyens permettant de mieux connaître la personnalité de ces sujets. La thérapie doit tenir compte du rôle, de premier plan, joué par les facteurs mésologiques et psychologiques à la fois.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Meili, R. — Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Edit. H. Huber, Bern, 1951.
2. Schachter, M. — Recherches sur le psychodiagnostic de Rorschach chez 110 enfants impubères (de 6 à 15 ans) atteints de troubles névrotiques. *Arq. Neuro-Psiquiat.*, 9:9-20, 1951.
3. Schachter, M. e Cotte, S. — a) Étude sur la prostitution juvénile à la lumière du test de Rorschach. *Arch. Int. Neurol.*, janv. 4-18, 1951; b) Caprices et originalités juvéniles. Contribution à l'étude médico-psychol. et sociologique des adolescents. *Annali di Nevrologia*, 117-127, 1951; c) Contribution à l'étude de la sodomie infantile. *Encéphale*, 44-49, 1951.
4. Waggoner, R. W. e Boyd, D. A. -- Juvenile aberrant sexual behavior. *Am. J. Orthopsychiat.*, 275-291, 1941.