

**HENRI SZTULMAN\***

ENTRE NEVROSES ET PSYCHOSES,

UNE NOUVELLE PATHOLOGIE :

# LES ETATS-LIMITES

---

\* Professeur de psychopathologie à l'université de Toulouse Le Mirail, Directeur du DEA et de la formation doctorale « Psychopathologie », Directeur du Centre d'Etudes et de Recherches en PsychoPathologie (CERPP), 5 Allées Antonio-Machado, 31058 Toulouse Cédex 01.

Tél : +33 5 61 50 37 38. Fax : +33 5 61 50 37 45. Mel : [sztulman@univ-tlse2.fr](mailto:sztulman@univ-tlse2.fr).

# PLAN

Introduction	_____
Chapitre I : Métaphores « urbaines » du fonctionnement psychique	_____
Chapitre II : Le mythe de Persée et le paradoxe	_____
Chapitre III : Rappels historiques et définitions	_____
Chapitre IV : Problèmes cliniques	_____
Chapitre V : Textes freudiens : névrose, psychose et perte de la réalité	_____
Chapitre VI : Clinique des états-limites	_____
Chapitre VII : Les trois lignées : études comparatives génétique et structurale	_____
Chapitre VIII : Les fonctions du moi psychotique	_____
Chapitre IX : Déception, dépression essentielle et illusion chez les patients états-limites	_____
Chapitre X : Articulation du soin et psychothérapie psychanalytique des patients psychotiques et états-limites	_____
Chapitre XI : Etats-limites et contre-transfert	_____
Chapitre XII : Entre addiction et ordalie : les toxicomanies	_____
Conclusion	_____
Bibliographie	_____
Bibliographie complémentaire	_____
Index thématique	_____
Index auteurs	_____

## TABLE DES TABLEAUX

<i>Tableau I : Synthèse des quatre positions théoriques freudiennes.</i>	_____
<i>Tableau II : Les caractéristiques des trois types de structure névrotique, d'après Bergeret (1994, p. 123).</i>	_____
<i>Tableau III : Les caractéristiques des trois types de structure psychotique, d'après Bergeret (1994, p. 90).</i>	_____
<i>Tableau IV : Le syndrome borderline, d'après Grinker, Werble, Drye (1968)</i>	_____
<i>Tableau V : Les conditions limites, d'après O. Kernberg (1979)</i>	_____
<i>Tableau VI : Schéma général de l'évolution des modes d'organisation, d'après J. Bergeret et al. (1986)</i>	_____
<i>Tableau VII : La personnalité limite (borderline), d'après le DSM-IV (1996)</i>	_____
<i>Tableau VIII : Critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité au DSM-IV (APA, 1996).</i>	_____
<i>Tableau IX : Prévalence des troubles de la personnalité selon le DSM-IV (APA, 1996)</i>	_____

# INTRODUCTION

*A Jean Bergeret*

Le travail de mise à jour, qu'a nécessité la création de ce cours, est issu d'une réflexion sur l'**opposition classique et ancienne** entre **névrose** et **psychose**. Il a été fécondé par une longue pratique clinique et des opérations de recherche dans le laboratoire de psychopathologie dont nous assumons la responsabilité. Recherches qui viennent soutenir ce que, depuis des décennies, psychiatres, psychologues et psychanalystes ont pu observer : l'apparition d'une nouvelle psychopathologie, entre **structure névrotique** et **structure psychotique** : l'**organisation état-limite**.

Basé sur un fonctionnement psychique paradoxal, fait d'ambivalence et de courants pulsionnels intriqués, le sujet état-limite peut être comparé au *Persée* de la mythologie : sa victoire sur la *Méduse*, si elle a libéré tous ses pouvoirs, ne lui a pas permis d'éviter son destin, celui de tuer son grand-père. Le dégagement de la lignée état-limite s'est fait à partir de l'établissement de modèles purement psychiques de la maladie mentale (Janet et Freud). C'est dans la dernière position nosologique freudienne qu'apparaît cet état-limite, entre névrose et psychose, qui n'est pas une structure, mais une « astructuration », mieux une organisation.

Le concept d'état-limite reste toutefois l'objet de grands débats scientifiques au sein de plusieurs formalisations (Grinker, Werble et Drye, les post-kleinien, O. Kernberg, J. Bergeret, le DSM-IV...), qui en font un objet de recherche très actuel. C'est au XIX<sup>e</sup> siècle qu'apparaît pour la première fois le terme d'état-limite (*borderline*) dans la littérature anglo-saxonne (Hugues). Le concept est destiné tout d'abord à regrouper des formes atténuées de troubles schizophréniques. C'est au cours de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle que certaines formes sévères de névrose, difficiles à traiter en psychanalyse, seront aussi intégrées dans les états-limites.

Le concept d'état-limite pose malgré tout un certain nombre de problèmes cliniques : la question du contact avec la réalité, la question de la gravité du trouble, la question de l'étiologie psychogène, celle de la forclusion opposée au refoulement ; finalement c'est sans doute dans le cadre du problème épistémologique et clinique le plus débattu que le concept a pu apporter des réponses décisives : la psychose n'est pas une forteresse impénétrable, les états-limites en sont la clé. Le concept d'état-limite nous ouvre aussi à l'hypothèse d'un continuum nosologique allant du normal-névrotique à la psychose. Le trouble mental ne serait plus perçu comme une entité réifiée à l'instar d'une maladie infectieuse, mais comme un ensemble de signes, qui révèlent des processus psychiques et psychopathologiques sous-jacents et qui évoluent au gré des compensations-décompensations.

La clinique des états-limites est typiquement marquée par des formes particulières d'angoisse, de dépression, de déception et d'illusions. On y rencontre aussi des formes de symptomatologies pseudo-névrotiques et pseudo-psychotiques, voire pseudo-psychopathiques. L'anacritisme, la dépendance, sont aussi des caractéristiques essentielles. Entre les deux lignées, névrotique et psychotique, l'organisation état-limite est marquée au plan génétique par une évolution œdipienne anormale en raison d'un traumatisme psychique précoce, qui est désorganisateur de la psyché. Ce traumatisme, vécu comme frustrations et menaces narcissiques, donne lieu à des mécanismes de défense archaïques : le déni de représentations sexuelles (et non de la réalité), le clivage de l'objet (et non du Moi), l'identification projective ou le maniement omnipotent de l'objet. La triangulation œdipienne ne se fera pas, à sa place s'instaurera une triade narcissique. Par la suite, le sujet état-limite entrera dans une pseudo-latence durable : le tronc commun aménagé. Cet aménagement peut toutefois être remis en question et décompenser à la suite d'un traumatisme désorganisateur tardif,



qui donnera alors lieu à la régression du Moi avec souvent des éléments de dépersonnalisation. Divers aménagements peuvent succéder dans la phase post-traumatique, caractériels ou pervers.

Au point de vue structural l'état-limite, comme maladie du narcissisme, est marqué par le conflit entre le Moi et l'Idéal du Moi. L'affect dépressif est central et est en relation avec les besoins anaclitiques d'étayage narcissique. Le champ est divisé en deux secteurs : l'un adaptatif, l'autre anaclitique dans une dialectique dépendance *versus* maîtrise qui donne lieu à des déformations du Moi. Les principaux mécanismes de défense s'inscrivent dans la classe des évitements du conflit psychique, comme le clivage de l'objet perçu qui donne lieu à cette ambivalence caractéristique entre amour et haine, entre idéalisation et dévalorisation de l'objet ; la projection et l'identification projective ; un déni portant sur certains contenus de pensée pouvant porter atteinte au narcissisme.

La prévalence des troubles états-limites va de 2% à 30% en population psychiatrique et onze classes de tels troubles sont présentées par le DSM-IV. Ils sont marqués par l'enchaînement déception-dépression-illusion. Cet enchaînement semble s'auto-entretenir : les mécanismes d'illusion destinés à lutter contre la dépression essentielle, génèrent à leur une déception intrapsychique qui alimente la dépression.

Les états-limites demandent des aménagements particuliers pour le soin, la psychothérapie et en particulier la cure psychanalytique. Le travail psychanalytique se fait à partir du secteur adaptatif de la personnalité limite qui permet de fonder l'alliance thérapeutique (cela en coordination avec les soins institutionnels qui portent sur la réalité, le travail psychanalytique portant, lui, sur le symbolique : la relation symbiotique et l'élaboration psychique). Le travail de soin et psychanalytique est marqué par des motions contre-transférentielles typiques de cette rencontre avec les états-limites. Si le contre-transfert est en partie lié aux caractéristiques personnelles du clinicien, il représente aussi un contre-effet du transfert du patient état-limite. Le clinicien réagira donc aux mécanismes de défense typiques de ce trouble : les attaques du cadre et du thérapeute, l'ambivalence et le clivage, l'inquiétante étrangeté. Le psychanalyste pourra alors expérimenter des états de dépression contre-transférentielle, des angoisses de danger, de la culpabilité, la peur de devenir fou, les sentiments de se sentir attaqué dans son propre narcissisme.

Les addictions et plus particulièrement les toxicomanies ont des liens privilégiés avec les troubles états-limites. Il apparaît que la solution addictive et ordalique représente une des voies majeures de lutte contre la dépression, contre la déception intrapsychique, permettant la création d'illusions trop longtemps efficaces, autorisant cet étayage narcissique sur un produit ou une activité toujours là, comme une mère infiniment parfaite. Maladie de l'acte, qui se substitue à la pensée défaillante, sauf lorsque cette pensée devient elle-même « acte » pour être utilisée de façon addictive, l'addicté état-limite trouve dans l'acte à la fois ce support de son narcissisme et ce raccourci, ce court-circuit, qui lui évitent le conflit interne.

Maladie mentale de la modernité, dans un monde qui érige en valeurs suprêmes l'individualisme et le narcissisme (du moins dans nos sociétés occidentales), l'état-limite représente ce mal de fin de siècle que nous appréhendons encore avec difficulté du fait d'une inévitable myopie historique. A l'instar de l'hystérie du début du siècle, maladie de la femme par excellence et qui annonçait les valeurs féministes, nous ne devinons encore que confusément les mutations psychologiques et sociales qu'annoncent la « maladie » état-limite. Ce malaise moderne, qui a sans doute reçu de nombreux signes annonciateurs (que l'on songe au *spleen* des romantiques, aux tourments des existentialistes), représente certainement le tournant décisif que va devoir accomplir l'homme dans son intériorité pour affronter, accepter et trouver un équilibre, dans un monde complexe, instable, surpeuplé, où le chacun pour soi se conjuguera à de nouveaux modes de communication et de relation, où l'individu sera d'abord, la famille et le couple ensuite, où entre solitude et monde virtuel de l'information, l'homme devra se construire de solides assises narcissiques pour ne pas s'y perdre.

# CHAPITRE I : METAPHORES « URBAINES » DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE

## Résumé :

Une métaphore urbaine est ici utilisée pour introduire le modèle des trois lignées : névrose, psychose et état-limite. Florence (métaphore du Moi d'une organisation psychique où les équilibres économiques s'opèrent avec aisance et harmonie) représente la structure névrotique ; Sienne (métaphore du Moi qui par ses fonctions d'appartenance, de territorialité, de limites et d'appropriation en rapport avec l'origine maternelle archaïque, évoque un Moi psychotique assiégé, morcelé et dysharmonieux) représente la structure psychotique ; et les villes de Tanger, Trieste ou Lisbonne, parmi d'autres possibles, toutes trois écartelées entre deux limites extrêmes, représentent l'organisation état-limite.

Une longue familiarité avec la Toscane, qui n'apaise pourtant jamais une tendre curiosité, la lecture de P.-C. Racamier (1978), de D. Fernandez (toute son œuvre) et de beaucoup d'autres, me conduisent à proposer **la métaphore des villes de Florence et de Sienne comme illustration des fonctionnements psychiques névrotique et psychotique.**

D'abord Florence, ville ouverte, repose le long de l'*Arno*, que franchit le *Ponte Vecchio*, sous le regard de *Fiesole*. Puis, Sienne, toute entourée de fortifications défendant son territoire, est comme accroupie sur la colline qui la porte.

**Dans la Florence de la Renaissance, l'organisation sociale proposait un modèle à l'image du Moi**, instance fonctionnelle, aux hautes vertus économiques. Les personnes y étaient distinguées par leurs métiers et leurs fonctions sociales et la cité apparaissait comme le lieu d'échanges féconds entre les diverses corporations : charpentiers, drapiers, tanneurs, cuisiniers, banquiers, orfèvres et peintres, lui donnant cette allure inimitable, qu'elle a gardée depuis, d'équilibre, de fluidité, d'ouverture, de fraîcheur et de lucidité.

A l'inverse, **Sienne est marquée pour l'essentiel par l'importance de l'appartenance territoriale** : la ville est une citée encerclée par ses fortifications et divisée en quartiers ou *contrades*, dont le particularisme jaloux est encore perpétuellement présent. Le territoire, pour un siennois, vaut plus que la fonction, car l'habitant est d'abord de sa *contrade* et de Sienne, avant que de représenter un métier ou un grade. Certes, le génie de Sienne s'exprime par la ritualisation de l'agressivité territoriale des citoyens et chaque année la fête du *Pallio* vient illustrer cette rivalité fraternelle. Les siennois sont aussi unis dans un culte commun à la Vierge Marie, la Vierge Mère qu'ils croient avoir, pour une part, inventée (ainsi, lorsque Duccio eut terminé le retable de la vierge en majesté (la mère), tout le peuple de Sienne conduisit l'œuvre de l'atelier jusqu'à l'énorme *Duomo*). Enfin, le conseil du gouvernement siégeait dans les sous-sols, enfoui dans les profondeurs de la Terre-Mère, occulte, pour mieux égarer l'envahisseur ou l'étranger.

Florence, au contraire, est donc ouverte, accessible, se parcourt d'un pied léger, dans la découverte d'une cité agréablement bâtie de part et d'autre de son fleuve, offrant au promeneur amoureux, un sentiment de familiarité et d'aisance. Alors que Sienne se révèle secrète, mystérieuse, labyrinthique et comme toute enroulée sur elle-même, exigeant du promeneur un effort de discernement, dans un climat d'étrangeté, voire d'inquiétude. Il faut avoir assez d'amour et de patience pour, dans Sienne, accepter de se perdre pour finalement se retrouver, tout comme il faut disposer d'assez d'amour et de patience pour accepter de s'égarer dans les labyrinthes de la psychose, avant de se rejoindre, au terme du voyage.

Voici donc deux villes-métaphores **complémentaires** et **antagonistes** :

*FLORENCE*

**organisation névrotique**

Métaphore du Moi d'une organisation psychique où les équilibres économiques s'opèrent avec aisance et harmonie.

*SIENNE*

**organisation psychotique**

Métaphore du Moi qui par ses fonctions d'appartenance, de territorialité, de limites et d'appropriation en rapport avec l'origine maternelle, évoque un Moi psychotique assiégé, morcelé et dysharmonieux, avec son immense Duomo et sa Piazza si belle mais si petite (représentant un espace psychique préservé).

Ces métaphores « urbaines » de la névrose et de la psychose peuvent-elles nous aider à comprendre les états-limites ? Pourrait-on alors imaginer des sortes de « villes-limites » ? Par exemple :

**Tanger** : au carrefour de l'Europe et de l'Afrique, du grand large de l'Atlantique et de ce merveilleux lac, immense de beauté et d'intelligence qu'est la Méditerranée ;

**Trieste** : écartelée entre l'Empire Austro-Hongrois, dont elle fût, le siècle dernier, le principal port de pêche et l'Italie péninsulaire qui a toujours voulu rattacher le Frioul à la Vénétie ;

**Lisbonne** : ville de la nostalgie, du *fado* et de la *saudade*, déchirée entre la mélancolie de la gloire passée des Conquistadores et les nécessités d'une modernité où la mondialisation n'est pas innocente.

## CHAPITRE II : LE MYTHE DE PERSEE ET LE PARADOXE

### Résumé :

Après avoir défini le paradoxe (la liaison dans un même énoncé de deux propositions inconciliables) et la paradoxalité (l'organisation de la vie psychique sur un mode paradoxal), on examine la fonction et les effets de cette dernière dans et sur l'organisation de la vie psychique : fonction de lutte contre le conflit et l'ambivalence, mais au prix du risque de dissociation psychique ; les effets de la paradoxalité sont de tromper les processus secondaires et de stupéfier (« méduser ») les processus primaires. Le mythe de la *Méduse* et de *Persée* (selon un texte freudien) est présenté et utilisé comme métaphore de la castration, la tête de la *Méduse* qui finit par être coupée, représentant les parties génitales. *Méduse* aux yeux protubérants nous rappelle toute l'importance du regard de la mère, celui qu'elle pose ou non, avec amour ou non, sur son enfant, l'aidant ainsi à construire sa vie psychique. Ainsi, le regard de mort de *Méduse* symbolise-t-il celui de la mère du psychotique. Tout comme *Œdipe*, *Persée* fut l'objet d'un funeste destin : fruit d'amours interdites, il était promis à tuer son grand-père. *Persée* dut affronter plusieurs terribles épreuves, jusqu'à la confrontation avec la *Méduse*, dont il parvint à trancher la tête. Cet acte symbolise psychiquement la levée du paradoxe qui libère les courants pulsionnels intriqués, fondant alors l'ambivalence.

### 1) Le paradoxe

Le mythe de Persée sera utilisé pour illustrer la **paradoxalité** (Racamier, 1978, 1980, 1992 ; Pasche, 1965).

#### Définition du paradoxe :

Du grec *paradoxos*, de *para*, contre, et *doxa*, opinion : opinion contraire à l'opinion commune.

C'est une **contradiction** à laquelle aboutit, dans certains cas, le raisonnement abstrait. Le paradoxe représente la liaison dans un même énoncé de deux propositions inconciliables, mais non obligatoirement opposables. Le paradoxe est bâti sur une **relation d'exclusion** (A et non A, un terme et sa négation coexistent), alors que le conflit naît d'une **relation d'opposition** (A est vrai et A n'est pas vrai).

On rencontre des paradoxes **logico-mathématiques** (confusions de niveaux ou de types logiques), **sémantiques** (confusions sémantiques entre les mots) ou **pragmatiques** (distorsions relationnelles de type double contrainte) (Watzlawick et al., 1972).

#### Définition de la paradoxalité :

La paradoxalité représente l'organisation de la vie psychique sur un **mode paradoxal**. Elle remplit une **fonction** et produit des **effets**.

## La fonction de la paradoxalité :

Alors que la **fonction du conflit psychique** est de tenter de **lier** les termes en **opposition** (les mécanismes de défense névrotiques luttent sans répit pour résoudre les conflits, dans le cadre des processus secondaires et de leurs dysfonctionnements), à l'inverse, la fonction de la paradoxalité est d'essayer d'**éviter** le conflit (interpersonnel, intrapsychique ou intrasystémique). La paradoxalité représente la défense la plus radicale et la plus efficace pour lutter contre l'**ambivalence**, mais son risque ultime est la **dissociation** psychique.

Car le conflit fonde l'essence même de l'existence d'une vie psychique, en créant des liens, même s'il s'agit de liens d'opposition. Au contraire, dans la **déliation** psychique le conflit disparaît, rapprochant le sujet de la **pulsion de mort**. Le paradoxe, en liant les contraires annule le conflit psychique, mais l'opération se fait au risque de la dissociation psychotique.

**Ainsi, paradoxe et psychose vont-ils souvent de paire.**

### ♦ Les effets de la paradoxalité :

La paradoxalité parvient à la fois à tromper les processus secondaires (l'illusion paradoxale) et à stupéfier (« méduser ») les processus primaires, **en réalisant un défi extrême et insoutenable pour le narcissisme du sujet.**

Chez les sujets psychotiques, la paradoxalité est :

- **généralisée** (elle gouverne toute la vie psychique du sujet) ;
- **érotisée** (source à la fois de souffrance, mais aussi seul objet de jouissance) ;
- **essentielle** (elle porte sur l'existence même du sujet, du Moi : le sujet, l'objet et la relation ne peuvent exister qu'à la condition de ne point exister psychiquement). Nous tenons là une aporie, ouvrant sur une large discussion, qui sera conduite plus loin.

## 2) Mythologie : la Méduse et le mythe de Persée

### La Méduse :

Commençons par examiner le texte de Freud à propos du mythe de *Méduse* et *Persée*<sup>1</sup> :

*« Nous n'avons pas souvent tenté l'interprétation de thèmes mythologiques isolés. Pour la tête coupée de la Méduse, qui provoque l'épouvante, cette interprétation tombe sous le sens.*

*« Décapitation égale castration. La terreur de la Méduse est donc la terreur de la castration, liée à une chose vue. Nous connaissons cette situation par de nombreuses analyses ; elle se présente lorsque le petit garçon, qui jusque-là ne voulait pas croire à la menace, aperçoit un sexe féminin. Probablement un sexe de femme adulte entouré de poils qui est celui de sa mère.*

*« Dans les reproductions artistiques, les cheveux de la Méduse sont souvent représentés sous forme de serpents et ceux-ci proviennent également du complexe de castration. Mais chose remarquable, si terrifiants qu'ils soient eux-mêmes, les serpents servent pourtant à atténuer l'épouvante, car ils remplacent le pénis, lequel terrifie justement par son absence.*

---

<sup>1</sup> Gesammelte Werke, *Das Medusenhaupt*. traduction de Marthe Robert, document interne de la Société Psychanalytique de Paris, volume 17, 47-48.

*Une règle technique, à savoir que la multiplication des symboles phalliques signifie la castration, se trouve ici confirmée.*

*« La vue de la tête de Méduse pétrifie de terreur, elle change le spectateur en pierre. Ainsi, il y a même origine liée au complexe de castration et même changement de l'affect ! Car être pétrifié, qui signifie être en érection dans la situation primitive, apporte au spectateur une consolation. Il a encore un pénis, il s'en assure en devenant lui-même rigide.*

*« Ce symbole de l'épouvante fait partie du costume de la déesse vierge Athéna. Avec raison car elle devient par là une femme inapprochable qui repousse tout désir sexuel. N'exhibe-t-elle pas le sexe terrifiant de la mère ? Étant donné l'homosexualité courante chez les grecs, cette représentation de la femme terrifiante à cause de sa castration ne pouvait manquer à leur imagerie.*

*« Si l'image de la tête de la Méduse remplace celle des parties génitales, ou plutôt si elle isole leur effet terrifiant de leur effet voluptueux, on peut aussi se rappeler que l'exhibition des parties génitales est connue, d'autre part, également comme un acte apotrope. Ce qui vous plonge dans la terreur fera le même effet à l'ennemi contre lequel il faut se défendre. Chez Rabelais encore, une femme met le diable en fuite en lui montrant sa vulve.*

*« Le membre viril sert lui aussi d'agent apotrope, mais en vertu d'un autre mécanisme. L'exhibition du pénis veut dire : tu ne me fais pas peur, je te défie, j'ai un pénis. C'est donc un autre moyen d'intimider l'esprit malin.*

*« Reste que pour avancer sérieusement dans cette interprétation, il faudrait s'attacher à la genèse de ce symbole de l'épouvante dans la mythologie des grecs et à ses parallèles dans d'autres mythologies. »*

Nous allons tenter de suivre avec modestie cette suggestion de Freud en nous penchant sur le mythe de Persée.

### **Le mythe de Persée :**

Avant d'en venir à Persée, il nous faut remonter aux Gorgones. Les **Gorgones** étaient trois sœurs monstrueuses (*Méduse*, *Euryale* et *Sthéna*), nées des amours incestueuses d'un frère et d'une sœur, nés de divinités marines (*Gaïa*, la terre et *Pontos*, la mer). Les Gorgones habitaient au bord du royaume des morts.

Des trois sœurs, seule *Méduse* était mortelle, seule elle est demeurée dans l'histoire. De quelles parties est faite cette méduse ? Elle a un cou garni d'écailles, il s'agit de ne rien sentir ; deux crocs de sanglier dont la fonction est de déchirer, dépecer, déchiqueter ; elle est dotée de mains de bronze qui ne peuvent ni tenir, ni toucher, ni caresser ; elle a des ailes en or comme *Éros*, mais dont elle ne fait point usage ; et enfin, une masse de serpents enchevêtrés comme chevelure. Certes, Freud a raison de nous indiquer la phallicité de cette symbolique. Mais on peut voir ici un déplacement topologique du conflit sur le terrain mental, la partie la plus psychique du sujet, ce qui nous rapproche du paradoxe.

Enfin, *Méduse* est surtout connue pour ses yeux protubérants, son regard étincelant qui pétrifie et tue qui le croise. Pensons ici à la mère du psychotique, au regard qu'elle pose ou ne peut poser sur son enfant. Pensons à la mère en général, à la relation qui s'établit entre le regard maternel et l'enfant dans le cadre des interactions et des compétences précoces du nourrisson. Pour apprendre à voir, l'enfant a besoin de sentir le reflet de son image dans le regard caressant dont sa mère l'entoure, tout comme pour penser, il doit pressentir que sa mère le pense, lui, l'enfant, comme un sujet à la fois unique, individualisé, autonome et sexué. **L'enfant naissant à la vie ne la vivra que**

**s'il est plongé dans un bain de langage, de caresses, de regards, de goûts, d'odeurs, qui tout à la fois stimuleront son psychisme et respecteront sa singularité.**

Le regard de *Méduse*, ce regard de mort, se prête donc à une analogie avec le regard de la mère du psychotique : ce regard dont le réfléchissement impose la mort, ce regard qui louche comme s'entrecroisent les propositions du paradoxe.

#### *La vie de Méduse*

Elle aurait été unie à *Poséidon* (dieu de la mer) dans un temple dédié à la déesse *Athéna* (Parthénon d'Athènes). De cet accouplement, on n'a d'ailleurs pas la preuve, aucune naissance n'en portant trace. Mais la déesse aux yeux pers, en fut extrêmement courroucée et imposa, à titre de châtiment, sa célèbre chevelure à la *Méduse*. Cependant, sa vengeance n'étant pas encore épuisée, elle chargea *Persée* de l'accomplir.

#### *La vie de Persée*

Son destin préfigure celui d'*Œdipe*. Il est le fils de *Zeus* et de *Danaé*, elle-même fille d'*Acrysios*, le roi d'*Argos*, qui savait d'un oracle qu'il serait tué par son petit fils. Dès lors, sagement prophylactique, il fit enfermer sa fille unique, la belle *Danaé*, dans une cage aux barreaux d'or. C'était faire peu de cas de l'ingéniosité et de la violence du désir de *Zeus*, qui se déguisa en pluie d'or et franchit aisément les fragiles défenses qui protégeaient la belle convoitée (Cf. la toile de G. Klimt consacrée à ce sujet mythologique, Graz, collection privée).

*Persée* fut donc le fruit de ces amours interdites, mais de par son origine paternelle, il eût aussitôt un statut divin qui lui assurait une relative sécurité et nul ne pouvait impunément le tuer. Notons déjà, en passant, ce premier échec de la révolte contre le destin, la nécessité, l'*ananké*.

Le roi *Acrysios* soumit donc *Danaé* et son fils à une épreuve ordalique, comme en son temps le jeune *Œdipe* l'avait subi. La mère et l'enfant furent ainsi placés dans une nacelle, elle-même soumise aux caprices de la mer Égée. Ils arrivèrent sur l'île de *Sériphos* où régnait le roi *Polydectès* qui hébergea la mère et son fils. Au fil des années, *Persée* prit peu à peu conscience de l'attention intéressée que *Polydectès* portait à sa mère, ce qui entraîna des disputes et un défi : *Polydectès* renoncera à *Danaé* (que la pluie d'or n'avait pas empêchée de rester vierge), si *Persée* ramène la tête de *Méduse*, soit le plus inimaginable des exploits.

De naissance divine, *Persée* reçut des *Nymphes* le casque d'*Hadès* qui rend invisible celui qui le porte, d'*Hermès* des sandales ailées et une serpe, et d'*Athéna*, son égide, un bouclier de peau de chèvre tellement tendue qu'il faisait miroir et un conseil : ne regarder *Méduse* qu'à travers son reflet dans le bouclier, sous peine de pétrification et de mort.

Pour se frayer un chemin, *Persée* dut rencontrer les *Grées* (les demi-sœurs des Gorgones) qui gardaient la voie menant aux Gorgones. Elles étaient nées vieilles et ne disposaient que d'un œil pour trois (l'une veillait pendant que les deux autres dormaient). *Persée* déroba cet unique œil, les plongeant ainsi dans la nuit et put ainsi poursuivre sa route, en gardant entre lui et *Méduse*, le bouclier poli comme un miroir réfléchissant. Rappelons ici le mot de J. Cocteau : « Les miroirs feraient bien de réfléchir avant de renvoyer des images », ainsi que la célèbre communication de J. Lacan (1936) au congrès de Marienbad, sur le stade du miroir. *Persée* put ainsi surprendre *Méduse*, « réfléchir », sur le miroir que lui avait confié la déesse vierge *Athéna* et d'un coup de serpe définitif lui trancher le cou. Le *Persée* de Cellini, autrefois exposé à Florence dans la *Loggia dei Lanzi*, maintenant mieux protégé dans les collections du *Bargello* tout proche, a inscrit pour la postérité l'image glorieuse du héros vainqueur.

Une fois la tête de *Méduse* tranchée, du cou de la gorgone jaillirent deux flots de sang distincts : l'un est un poison mortel qui tue instantanément toute personne entrant en contact avec lui ; l'autre, au contraire, est un nectar qui possède la propriété de guérir les malades et de ressusciter les morts.

Ainsi, la dissolution ou la levée du paradoxe libère-t-elle des courants pulsionnels intriqués qui fondent l'ambivalence, alors que ces deux flots avaient toujours été conjoints dans le paradoxe. Ils donnent respectivement naissance à : *Chrysaor*, qui devait plus tard engendrer un monstre à trois têtes et qui vient au jour armé d'une épée d'or ; *Pégase*, avec ses ailes d'or comme *Éros*. *Chrysaor* et *Pégase* personnifient respectivement les représentations agressives et libidinales, que l'écheveau du paradoxe enfermait et que sa dissolution remet en circulation.

*Persée* a donc relevé le défi, mais à son tour, il va vouloir s'emparer du pouvoir paradoxal : il met la tête de *Méduse* dans sa besace et reprend sa route. En chemin il va user et abuser de ce pouvoir paradoxal, il va tuer : le géant *Atlas* à la suite d'une dispute ; puis, le monstre qui tenait captive la belle et vierge *Andromède*, dont il fera son épouse ; et enfin, *Polydectès* lui-même, son rival majeur, dès son retour à *Sériphos*.

C'est alors qu'il restituera son bouclier à *Athéna*, qui placera la tête de *Méduse* en son centre, signifiant par là l'inaccessibilité de son sexe. Plus tard, participant à des jeux athlétiques, où il brillait au lancer du disque, *Persée* décapitera par maladresse un spectateur dissimulé dans la foule, son grand-père *Acrysios*, roi d'*Argos*. L'oracle était ainsi réalisé.

On ne peut s'empêcher de penser à *Œdipe*, en ce qui concerne la similitude des destins, mais non dans leur conclusion. D'une certaine façon on peut dire que *Persée* fut un *Œdipe* heureux : il a relevé le défi auquel il a été affronté, il ne s'est pas dissous dans la folie psychotique de *Méduse*, sans quoi il eut été un *Œdipe* psychotique et donc paradoxal.

***Nota bene* : le recours aux mythes et à l'iconographie artistique permet, en tant qu'ils sont des rejetons de l'inconscient (collectif), de nous rapprocher des processus primaires, de ce qui demeurerait sinon hors de portée (à l'instar de l'étude du contenu manifeste d'un rêve qui permet d'accéder à son contenu latent).**

#### **Bref rappel mythologique :**

- *Athéna* (Minerve) : déesse vierge, qui naquit toute armée de la tête de son père Zeus. Elle passe pour être la déesse de la guerre, mais aussi de l'ingéniosité et de l'intelligence ;
- *Zeus* (Jupiter) : maître de la Terre et des Cieux, il régnait sur l'Olympe ;
- *Héra* (Junon) : épouse de Zeus, elle était la reine légitime de l'Olympe ;
- *Gaïa* : la Terre ;
- *Pontos* : la mer.



## CHAPITRE III : RAPPELS HISTORIQUES ET DEFINITIONS

### Résumé :

Quelques rappels historiques montrent que l'origine du concept de névrose est d'abord basé sur des travaux qui recherchent davantage son étiologie que ses processus (causes psychiques, somatiques, sociales). Ainsi, longtemps les causes « organiques » ont-elles été privilégiées, conduisant à de regrettables confusions entre les affections purement psychiques, psychologiques et des maladies du système nerveux (comme l'épilepsie, la maladie de Parkinson, jusqu'au syndrome syphilitique tardif).

C'est avec Janet et Freud que la dimension psychologique des névroses sera réellement développée. Janet distinguera entre nervosisme, psychasthénie et hystérie auxquels il attribut une origine psychique, tandis qu'il réserve encore aux psychoses une origine organique. C'est avec Freud que l'étiologie purement psychique de la maladie mentale prendra son essor. Tout au long de son œuvre ses positions théoriques et cliniques ne cesseront d'évoluer, on en distingue quatre grandes étapes : 1) névroses actuelles + psychonévroses de défense ; 2) névroses actuelles + psychonévroses de défense (psychonévroses de transfert + psychonévroses narcissiques) ; 3) névroses actuelles + névroses + psychonévroses narcissiques + psychoses ; 4) névroses actuelles et affections psychosomatiques + structures névrotiques + états-limites + structures psychotiques + structures perverses. Actuellement on considère un continuum entre structures névrotiques et structures perverses, en passant par les états-limites et les psychoses.

Les définitions des concepts de névrose, psychose et état-limite sont présentées dans les champs de la psychiatrie et de la psychanalyse. Ces définitions sont discutées pour montrer que les critères choisis en psychiatrie sont loin d'être pathognomoniques, certains signes pouvant être partagés par les trois organisations (la gravité du trouble, la nosognosie ou l'anosognosie, enfin le contact ou non avec la réalité). La psychanalyse s'en sort mieux car elle prend appui sur un modèle évolutif, décrivant des processus psychiques (comme le conflit, le désir, la défense, la pulsion, les affects, les représentations, les processus primaires et secondaires, ...) qui vont permettre une description précise en termes d'économie libidinale, de relation objectale, de mécanismes de défense, de niveau de régression ou de nature de l'angoisse.

Après avoir discuté le statut de la réalité en psychopathologie, le concept d'organisation état-limite est abordé au plan historique (syndrome borderline de Grinker, Werble et Drye ; l'approche des auteurs post kleiniens ; les conditions limites de Kernberg ; en France, le tronc commun aménagé des états-limites de Bergeret ; la personnalité limite (*borderline*) d'après le DSM-IV). Finalement, le concept d'état-limite reste l'objet de grands débats scientifiques entre concept opératoire et concept fourre-tout.

### 1) Rappels historiques

A. Le terme de **névrose** apparaît en 1777, sous la plume de W. Cullen, un médecin écossais, qui désigne par ce terme : « *Les affections de la sensibilité et de la motilité qui ne dépendent pas d'une affection topique des organes, mais d'une affection générale du système nerveux.* » En fait, les définitions et les travaux qui viendront sont ceux où se manifeste une **recherche de l'étiologie**, de la **causalité** :

- psychique (les causes morales de la folie) ;
- somatique (le magnétisme animal) ;
- sociale (les conditions économiques).

**B.** En 1869, Beard isole et décrit le tableau clinique de la neurasthénie (étymologiquement, faiblesse nerveuse), soit un état d'épuisement physique et psychique, avec une incapacité d'effectuer aucun travail psychique, accompagné par un cortège de troubles fonctionnels : céphalées, dyspepsie (mauvaise digestion), constipation, appauvrissement de l'activité sexuelle.

L'intérêt de ce concept de neurasthénie est que Beard cherche l'étiologie de cette nouvelle entité nosologique et cela en trois temps successifs :

- **organogénèse** : hypothèse que la maladie serait liée au dysfonctionnement neurologique (la déphosphorisation du système nerveux) ;
- **sociogénèse** : à partir de l'observation des modes de vie aux États-Unis, hypothèse des liens possibles, sur le plan épidémiologique, avec les conditions socio-économiques ;
- **psychogénèse** : hypothèse de déséquilibres énergétiques entre les fonctions mentales.

**C.** Ainsi, tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle et plus tard, est posé le **problème des causes de la maladie mentale**. Les premiers temps de cette épopée scientifique furent marqués par l'hégémonie des causes organiques et la prééminence de pathologies où les lésions du système nerveux sont avérées : épilepsie, maladie de Parkinson, chorée de Huntington, maladie des tics de Gilles de la Tourette.

Durant toute cette période, que le grand historien de la médecine L. Enthalgo place « sous la monarchie du signe physique », les divers travaux, essentiellement anatomo-cliniques, s'obstinent à mettre en évidence des lésions organiques en lien avec la maladie mentale. On peut y voir une « véritable catastrophe épistémologique » (Sztulman, 1971).

**D.** Un exemple canonique en est la **paralysie générale** de Bayle qui, dans sa thèse de 1822 intitulée « Folie des grandeurs corrélative d'une diminution des facultés intellectuelles », montre l'association entre : une paralysie des membres, une évolution démentielle et un délire. Il poursuit ses recherches par des autopsies et chez presque tous ses malades, il met en évidence une leptoméningite inflammatoire. Il y a donc bien un lien entre cause anatomique et délire.

Plus tard, Fournier en 1879 avancera la nature syphilitique de l'affection, confirmée par Noguchi et Moore en 1913 (une inflammation méningée consécutive à une infection par le tréponème de la syphilis en phase tertiaire). Une maladie mentale, marquée d'un délire, est donc ainsi reliée à une pathologie organique lésionnelle, elle-même liée à une infection par un agent transmis sexuellement.

C'est sur ce modèle que vont travailler, pendant une bonne partie de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la plupart des chercheurs voulant retrouver dans les autres entités de la nosographie mentale une semblable étiologie, infectieuse et lésionnelle. Nous rencontrons là aussi, le premier rapproché entre sexualité et folie, induisant le rôle majeur de la culpabilité sexuelle dans toute affection de la psyché. Ce même paradigme réapparaît de nos jours avec l'épidémie du sida, qui connote produits sexuels, sang, populations à risque, dans des milieux ou des régions de la planète considérés comme exclus et morts.

**E.** Vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et le début du XX<sup>e</sup>, deux hommes n'ont pas suivi ce chemin, il s'agit de P. Janet et S. Freud.

Pour Janet (1927, 1929), les névroses sont des maladies des fonctions psychologiques qui sont perturbées dans leur aspect socialisé ; d'où, lors de toute crise (puberté, mariage, mutations sociales), risque de majoration des symptômes. Janet établit une hiérarchie de gravité entre trois types de psychopathologie :

- **nervosisme** : marqué par l'intensification des réactions émotionnelles ;
- **psychasthénie** : dans laquelle on regrouperait aujourd'hui les comportements phobiques et obsessionnels, avec une note dépressive ;
- **hystérie** : qui devait être le lieu du grand débat de la fin du siècle pour la psychiatrie française et européenne, en particulier avec J.M. Charcot et J. Babinski.

P. Janet distingue assez grossièrement : la névrose comme d'étiologie psychogène et la psychose comme d'étiologie organique. Notons au passage, que le terme de **psychose** a été utilisé pour la première fois en 1845 par Feuchtersleben, à Vienne, dans son « Manuel de médecine de l'âme ». Cet auteur introduisait une distinction, aujourd'hui totalement dépassée, entre la psychose comme « maladie de l'âme » (au sens étymologique) et la névrose comme affection du système nerveux.

C'est avec l'œuvre freudienne que l'étiologie purement psychique de la maladie mentale prit son essor. On distingue classiquement quatre périodes qui marquent une évolution des positions théoriques de S. Freud :

**a) Première position** : avant 1910, Freud (1894, 1895a, 1895b, 1896) oppose :

- les **névroses actuelles** (névrose d'angoisse - incluant les phobies -, neurasthénie et hypocondrie).
- les **psychonévroses de défense** (névrose obsessionnelle et hystérie).

**b) Deuxième position** : entre 1910 et 1920, Freud (1911, 1914, 1915, 1916-1917, 1918), au moment de la construction de la première théorie de l'appareil psychique (première topique), distingue entre :

- les **névroses actuelles** (névrose d'angoisse, neurasthénie et hypocondrie).
- les **psychonévroses de défense** scindées en deux sous-catégories :
  - les **psychonévroses de transfert** (névroses obsessionnelle, hystérique et phobique) ;
  - les **psychonévroses narcissiques** (soit l'ensemble des pathologies psychotiques).

**c) Troisième position** : entre 1920 et 1925, Freud (1923, 1924a, 1924b, 1924c, 1925a) au moment de la construction de la deuxième théorie de l'appareil psychique (seconde topique), distingue entre :

- les **névroses actuelles** (neurasthénie et hypocondrie).
- les **névroses** (anciennes psychonévroses de transfert, névroses obsessionnelle, hystérique et phobique, auxquelles se rajoute la névrose d'angoisse).
- les **psychonévroses narcissiques** (mélancolie, manie, psychose maniaco-dépressive).
- les **psychoses** (schizophrénie et paranoïa).

d) **Quatrième position<sup>1</sup>** : à partir de 1925, Freud (1925b, 1927a, 1931, 1938, 1940), qui s'intéresse désormais à la **nature des conflits** et aux **mécanismes du versant psychotique** (clivage et déni), distingue :


- le **conflit névrotique** : entre le Moi et le Ça.
- le **conflit maniaco-dépressif** : entre le Moi et le Surmoi.
- le **conflit psychotique** : entre le Ça et la réalité.
- la **névrose actuelle** : pas de conflit, pas de défense.

e) **Cinquième position actuellement valable et synthèse** :

- les **névroses actuelles** : troubles psychosomatiques (sauf à les inclure dans les états-limites).
- les **structures névrotiques** :
  - Pôle obsessionnel
  - Pôle hystérique (de conversion - la plus classique - ou d'angoisse - phobique).
- les **états-limites** : troubles de la personnalité.
- les **structures perverses** : troubles caractériels.
- les **structures psychotiques** : schizophrénie, paranoïa, psychose maniaco-dépressive.

Tableau I : Synthèse de quatre positions théoriques freudiennes.

Positions		Catégories nosographiques			
I	Névroses actuelles	Psychonévroses de défense			
II	Névroses actuelles	Psychonévroses de transfert	Psychonévroses narcissiques		
III	Névroses actuelles	Névroses	Psychonévroses narcissiques	Psychoses	
V	Névroses actuelles et troubles psychosomatiques	Structures névrotiques	Etats-limites	Structures perverses	Structures psychotiques



CONTINUUM

La conception actuelle est celle d'un continuum entre les structures et les organisations, partant de la névrose à l'état-limite, de ce dernier à la psychose et enfin aux perversions. Une telle conception implique de distinguer, pour chaque structure ou organisation, un état « compensé » (sans manifestation symptomatique, mais avec un type particulier de fonctionnement mental (type de relation d'objet, nature de l'angoisse, choix des mécanismes

<sup>1</sup> Cette position n'étant pas taxinomique, elle ne figure pas dans le tableau I.

de défense prépondérants, modalité du conflit intrapsychique, niveau des points de fixation-régression du Moi) et un état « décompensé », dans lequel la sémiologie est clairement observable.

## 2) Définitions : névrose, psychose et état-limite

Dans le champ de la psychopathologie, deux types de définitions se font face : celles de la nosographie psychiatrique, qui sont essentiellement athéoriques et phénoménologiques ; celles construites par la métapsychologie freudienne, qui représentent des concepts dans un corpus théorique, un modèle. Pour chaque terme défini (névrose et psychose), nous donnerons successivement sa version psychiatrique et sa version psychanalytique. Pour l'état-limite, la présentation suivra une approche temporelle historique.

### A. Névrose

#### ♦ *En psychiatrie :*

La névrose possède trois caractéristiques :

- une **psychopathologie mineure** et **sans base organique** ;
- la persistance d'une **claire connaissance de la morbidité** des phénomènes (nosognosie) ;
- le maintien du **contact avec la réalité**.

Cette définition est simple et claire, mais pose un certain nombre de problèmes, si l'on se réfère aux deux grandes classifications internationales : la CIM-10 (OMS, 1994) et le DSM-IV (APA, 1996). Toutes deux sont construites sur un postulat athéorique, qui consiste à ne prendre en compte que les seuls symptômes, conduites ou comportements, sans aucune référence ni inférence quant aux processus qui les régissent. Autrement dit, ces classifications restent volontairement à la surface des phénomènes et se refusent à toute modélisation. Tout au plus, ont-elles quelques liens avec le courant comportementaliste (le béhaviorisme de Watson) qui se refuse lui aussi à toute inférence psychologique. Bien que certaines activités mentales (par exemple, « des fantaisies imaginatives » dans les paraphilies) puissent être repérées, ces classifications ignorent les processus psychiques complexes sous-jacents à la psychopathologie. Elles présentent à ce titre une certaine forme de réductionnisme, niant l'histoire, l'individualité, la personnalisation singulière du sujet, tout comme les processus et dysfonctionnements psychopathologiques sous-jacents sont scotomisés. Cependant, on ne peut demander aux classifications internationales ce qui n'est pas dans leur intention ; elles restent des outils objectifs et précis pour la classification des patients, la constitution des groupes de sujets pour la recherche et la comparaison des études au plan international.

Plus précisément, les trois critères choisis ne sont pas pathognomoniques :

- le névrosé obsessionnel peut voir sa vie entravée par des rituels interminables et terriblement invalidants, le phobique peut, de même, voir sa vie particulièrement handicapée par l'impériosité des rituels contraphobiques et dans ces deux cas au moins, la névrose ne saurait être pas une pathologie mineure ;
- la nosognosie (connaissance de la maladie) n'est pas toujours vraie, comme le démontre la « belle indifférence » des hystériques ou le déni du trouble chez le phobique qui a pu aménager sa vie et son environnement pour éviter tout stimulus anxiogène ;

- le maintien du contact avec la réalité est contestable dans les troubles de la conscience au cours des attaques de panique ou dans les troubles confusionnels de l'hystérie.

♦ *En psychanalyse :*

La névrose est une « **affection psychogène** où les symptômes sont l'**expression symbolique** d'un **conflit psychique** trouvant ses racines dans l'**histoire infantile** du sujet et constituant des **compromis** entre le **désir** et la **défense** » (souligné par nous, Laplanche, Pontalis, 1967). Il convient d'ajouter que ces conflits infantiles sont essentiellement des **conflits sexuels** et que l'économie de fonctionnement de la névrose est placée sous le **primat du principe de réalité** et de la **prévalence des processus secondaires**.

**Nota :** bien que le terme « d'affection psychogène » laisse entendre une étiologie d'origine psychique, psychologique, dans l'ordre de la symbolique et non de l'organicité, on peut toutefois retrouver certains marqueurs cérébraux biochimiques (par exemple, le rôle de la sérotonine dans les Troubles Obsessionnels Compulsifs).

**Rappel :** pour la psychanalyse la névrose est structurée selon trois modes :

1. névrose obsessionnelle ;
2. névrose hystérique de conversion ;
3. névrose hystérique d'angoisse ou névrose phobique.

Chacun de ces trois modes peut être différencié et spécifié selon plusieurs points : le point de vue topique, l'économie libidinale, la nature de l'angoisse, celle de la relation objectale, les mécanismes de défense prépondérants, la représentation fantasmatique et la genèse de la relation parentale (Bergeret, 1974). Nous ne retiendrons ici que trois de ces points de différenciation :

Tableau II : Les caractéristiques des trois types de structure névrotique, d'après Bergeret (1994, p. 123).

	<b>Économie libidinale</b>	<b>Relation objectale</b>	<b>Mécanismes de défense</b>
<b>Structure obsessionnelle</b>	primauté du génital + fixations au 2e stade anal	relation à mi-distance	Refoulement + isolation, déplacement, annulation, puis formations réactionnelles
<b>Structure hystérique d'angoisse</b>	primauté du génital + fixations orales et anales précoces	écran phobique pour conserver ou éviter la relation	Refoulement + déplacement, évitement
<b>Structure hystérique de conversion</b>	primauté du génital + fixations orales et phalliques	relation proximale pour mieux maîtriser l'autre	Refoulement seul (dans les cas « purs »)

## B. Psychose

### ♦ *En psychiatrie :*

La psychose possède elle aussi trois caractéristiques :

- une **psychopathologie majeure** ;
- l'**absence de conscience de la morbidité** des phénomènes (anosognosie) ;
- le **perte du contact avec la réalité**.

Les trois critères choisis peuvent donner lieu à critique :

- le caractère de psychopathologie « majeure » de la psychose peut être nuancé en référence à deux points : les **aménagements** et l'efficacité de la **chimiothérapie** (nombre de psychoses se maintiennent « à bas bruit » grâce à des aménagements existentiels comme une profession permettant de limiter les contacts sociaux (l'informatique), des loisirs pouvant canaliser un délire (intérêt pour les extra-terrestres) ; ailleurs, les molécules normothymiques peuvent suffisamment contrôler une psychose maniaco-dépressive) ;
- l'anosognosie n'est jamais totale (là encore la chimiothérapie des anti-psychotiques - neuroleptiques - doit être prise en compte), un délire, des hallucinations peuvent être « critiqués », une souffrance psychique secondaire à la maladie (provoquée par l'enfermement, les sentiments de déchéance) exprime dramatiquement la conscience du mal, même chez des malades chroniques au long cours ;
- la perte de contact avec la réalité n'est, elle aussi, jamais complète, il reste des « îlots » de contact avec la réalité, ou bien à l'inverse, c'est la perte de la réalité qui n'est que lacunaire (par exemple, du délire paranoïaque souvent seules les prémisses sont inexacts ; un délire de jalousie peut rester circonscrit à un seul objet).

### ♦ *En psychanalyse :*

La psychose est une « perturbation primaire de la relation libidinale à la réalité (...) la plupart des symptômes manifestes (construction délirante notamment) étant des tentatives secondaires de restauration du lien objectal » (Laplanche, Pontalis, 1967). Les troubles psychotiques sont sous le primat du **principe de plaisir** et des **processus primaires**.

**Nota :** tout comme la névrose peut mettre en jeu des marqueurs biochimiques cérébraux, la psychose est une affection dont le caractère « psychogène » n'est jamais absolu. Ici aussi, des marqueurs peuvent jouer un rôle de facteurs (par exemple, la dopamine dans la schizophrénie), d'où les succès de certaines molécules (par exemple, les neuroleptiques). Les modèles génétiques (hérédité) ne sont pas non plus absents, l'ensemble laissant envisager une multifactorialité.

**Rappel :** pour la psychanalyse la psychose est structurée selon trois modes :

1. structure schizophrénique ;
2. structure paranoïaque ;
3. structure mélancolique.

A l'instar des structures névrotiques, chacun de ces trois modes peut être différencié et spécifié selon plusieurs points : le point de vue topique, l'économie libidinale, la nature de l'angoisse, celle de la relation objectale, les mécanismes de défense prépondérants, la représentation fantasmatique et la genèse de la relation parentale (Bergeret, 1974). Nous ne retiendrons ici aussi que trois de ces points de différenciation :

Tableau III : Les caractéristiques des trois types de structure psychotique, d'après Bergeret (1994, p. 90).

	<b>Économie libidinale</b>	<b>Relation objectale</b>	<b>Mécanismes de défense</b>
<b>Structure schizophrénique</b>	primauté orale	autisme ou relation autistique	déni primaire + déplacement, condensation, symbolisation
<b>Structure paranoïaque</b>	primauté du premier sous-stade anal	persécution maîtrise	déni primaire + projection + annulation, dénégaration, double retournement
<b>Structure mélancolique</b>	régression <sup>2</sup>	primauté de l'agressivité	déni <i>secondaire</i> + introjection

Alors qu'en psychiatrie cette « réalité », dont on dit que le psychotique a perdu le contact, est considérée comme allant de soi, en laissant le soin aux philosophes de la formaliser, au contraire, en psychanalyse, la question du statut de la réalité est posée : **qu'est-ce que la réalité ?**

La psychanalyse propose une réponse, en prenant appui sur la clinique groupale et familiale, selon **trois différenciations** et **une donnée existentielle** (entre parenthèses nous donnerons succinctement des exemples cliniques extrêmes à caractère psychotique) :

- **la différenciation de sexe (ou de genre)** : chacun appartient à l'un des deux genres féminin ou masculin selon son anatomie (dans l'indifférenciation sexuelle le sujet croit qu'il est du genre opposé à son sexe anatomique ; croit qu'il est asexué ; ou qu'il possède en lui les deux sexes ; un enfant garçon est vécu par ses parents comme fille) ;
- **la différenciation de génération** : chacun appartient à sa propre génération selon sa naissance, les grands-parents, les parents, les enfants, etc. (dans l'indifférenciation générationnelle, un enfant est « parentifié » et il accède précocement à des secrets d'adultes ; il peut aussi remplir une fonction parentale de soutien de la dépression d'un de ses parents ; les relations incestueuses ou incestuelles<sup>1</sup> dans une famille) ;
- **la différenciation d'identité** : chacun est un être autonome corporellement et psychiquement (dans l'indifférenciation d'identité, une mère ne se sent pas séparée corporellement et/ou psychiquement de son enfant ; une famille - ou un groupe - dont tous les membres se considèrent comme équivalents et interchangeables) ;
- **la donnée existentielle** : elle est double, liée aux trois états de différenciation ou d'indifférenciation ci-dessus et concerne notre **origine**, être né d'une femme (certaines idées

<sup>2</sup> La régression, d'un point de vue génétique, s'effectue selon la ligne stade génital - stade phallique - stade anal - stade oral.

<sup>1</sup> Selon P.-C. Racamier, l'*incestuel* se distingue de l'*incestueux* où des actes sexuels sans équivoques sont perpétrés, par un ensemble d'attitudes et de comportements qui mettent à mal la barrière des générations (un parent qui révèle sa vie sexuelle à son enfant et en fait son confident, la possibilité pour un enfant de dormir avec l'un de ses parents, une érotisation excessive du contexte familial, etc.).



délirantes - dont on retrouve les thèmes dans la mythologie - peuvent concerner l'auto-engendrement, l'engendrement par un moyen non sexuel) et notre **fin**, être mortel (la croyance religieuse en l'immortalité - de l'âme - peut prendre parfois, dans certains délires des grandeurs, la forme d'une conviction d'immortalité corporelle, ou d'une réincarnation assurée).

La question du statut psychique de la « réalité » est sans doute au cœur de la problématique état-limite, au sens où si le fameux « contact avec la réalité » doit être considéré comme patent chez le névrosé « idéal » et comme absent chez le psychotique « idéal » (entendant par « idéal » les prototypes théoriques), la clinique nous montre que ce contact avec la réalité n'a jamais un caractère aussi tranché et définitif. S. Freud nous dit bien sur la fin de sa vie, à propos des psychoses et du clivage : *« le problème de la psychose serait simple et clair si le moi pouvait se détacher totalement de la réalité, mais c'est là une chose qui se produit rarement, peut-être même jamais »* ; *« Dans toute psychose, fut-elle la plus profonde, on peut retrouver l'existence de deux attitudes psychiques (...) : l'une, qui tient compte de la réalité, l'attitude normale, l'autre qui, sous l'influence des pulsions, détache le moi de la réalité »* (Freud, 1938).

Bergeret (1994) a pu montrer que même chez le « normal » le statut de la réalité pouvait avoir quelque chose d'ambigu, les divers aménagements, notamment caractériels, représentant des compositions variées avec la réalité. La réalité n'est jamais totalement perdue, ni totalement gagnée et il restera toujours des secteurs où se partageront appréhension juste et interprétation délirante. N'oublions pas non plus que la « réalité » est aussi un problème philosophique et épistémologique qui renvoie à l'influence des valeurs culturelles, aux effets des choix politiques, idéologiques, aux effets des systèmes de communication (Watzlawick, 1978). Tout le danger d'une réflexion sur le statut de la réalité vient du singulier appliqué au terme : il n'y a pas **une** réalité, mais **des** réalités, qui représentent chacune un point de vue, celui d'un individu, ou celui d'une communauté plus ou moins large. Ce point de vue est toujours une « interprétation » d'une réalité sans doute insaisissable et il n'y a rien de bien tranché entre, par exemple, le délire de transformation corporelle d'un schizophrène, des convictions politiques racistes ou révisionnistes, des croyances mystiques, jusqu'aux banales « vision du monde » à caractère culturel, familial ou idiosyncrasique. Ce continuum des réalités suggère un autre continuum, celui entre névrose et psychose, dont l'état-limite serait le pont.

## C. État-limite

### 1) Historique du terme et du concept

Le terme d'état-limite (*borderline*) apparaît pour la première fois vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle dans la littérature anglo-saxonne : M. Hugues (1884), décrit un cas où l'on observe des symptômes physiques dans une maladie psychiatrique et J.C. Rosse (1890) parle d'aliénation état-limite et d'un « *borderland* ». L'époque est partagée en psychiatrie entre deux modes de pensée :

**a) Celui de l'Europe continentale** : où deux conceptions nosographiques se font concurrence dans la délimitation d'entités morbides précises :

– En France, J. Magnan (1891) impose le concept de dégénérescence (morale), d'où la description d'une **typologie différenciée** ;

– En Allemagne, E. Kraepelin (1913) édifie en dix ans une vaste synthèse, qui en plus de la nosographie, prend en compte l'**étiologie**, l'**évolution de la maladie**, les **processus** et la **psychopathologie**. Cependant, ses travaux ont le défaut de rester centrés sur la démence précoce et manquent d'étayage clinique.

b) **Celui de la Grande Bretagne et des États-Unis** : où il n'y a pas vraiment de préoccupation nosographique (au sens de faire entrer des individus dans les cases d'une construction théorique), mais une vision beaucoup plus **clinique** et **pragmatique** sera développée. La **psychanalyse** et la **phénoménologie** y sont en essor, étayées par une **pratique clinique consistante** et la recherche de **processus sous-jacents** aux symptômes et syndromes.

Du côté des classificateurs, la volonté de créer des typologies précises se heurtera toujours à la complexité de la réalité clinique et les divers auteurs seront amenés à envisager des formes « atténuées », « pseudo », « mineures », « limites », etc., de leurs classes. Par exemple, du côté des psychiatres on trouve une « forme atténuée de démence précoce » chez Kraepelin en 1883, une « héboïdophrénie à la limite entre psychose et psychopathie » chez Kahlbaum en 1885, une « schizomorphie » chez Bleuler en 1911, une « constitution schizoïde » chez Kretschmer en 1921, une « schizonévrose ou schizomanie » chez Claude en 1930 ; tandis que du côté des psychanalystes cliniciens on trouve un « psychotique introverti » chez Jung en 1907, une « schizophrénie polymorphe pseudo-névrotique » chez Binswanger en 1929, ou encore des « personnalités *as if* qui imitent une identité névrotique » chez Deutsch (1934).

De nombreux auteurs décrivent des formes atténuées ou problématiques de schizophrénies : « pseudo-psychotiques », « pseudo-caractérielles », « mineures », « frustrées », « affectives », « marginales », « *incipiens* ». D'autres travaux hétéroclites évoquent au passage les états-limites : les « psychopathies et mythomanies » de Dupré (1925), les « personnalités psychopathiques » de Schneider (1955), la « paranoïa sensitive ou schizonoïa » de Kretschmer (1927).

Au cours de la première moitié du XXe siècle, l'opposition radicale entre névrose et psychose s'est estompée grâce à l'affinement des définitions et la découverte de cas cliniques qui n'entraient ni dans l'une, ni dans l'autre structure. D'où l'extension du concept d'état-limite dans les années 1940-50. Stern (1938) étudie le « groupe borderline des névroses », Borel en 1947, nous parle du « déséquilibré », Hoch et Polatin (1949) présentent les « micropsychoses » comme des formes pseudo-névrotiques de la schizophrénie, enfin, Eisenstein en 1949, rapproche les *borderline* des schizophrènes pseudo-névrotiques de Hoch et Polatin. Tous ces travaux se réfèrent à une clinique psychiatrique classique et se donnent pour objet des présentations cliniques qui n'entrent pas dans le cadre de la schizophrénie.

Désormais, ce sont les difficultés à poser des indications de cure psychanalytique, ou celles afférentes à la conduite de la cure type, qui amènent les psychanalystes à réfléchir sur une catégorie intermédiaire destinée à certains patients névrosés atypiques. Cependant, l'application sans nuances de la conceptualisation psychanalytique sur la clinique et la nosologie psychiatriques, sera la source de bien des confusions.

Le concept continue pourtant à se développer d'année en année : Wolberg décrit en 1952 les états-limites comme radicalement différents des sujets psychotiques, même si l'on peut trouver chez eux des traces d'épisodes psychotiques résolus. Wolberg insiste sur les caractéristiques d'**intolérance aux frustrations** et de la **volonté de maîtriser** l'autre, tout en se faisant exploiter (ou en se croyant exploité). Knight (1953), propose une description générale des pathologies états-limites en insistant sur la faiblesse de l'ego (**anaclitisme**) et la **perturbation des processus secondaires**. Schmideberg (1959), met l'accent sur la permanence et la stabilité de cette catégorie de patients états-limites, ainsi que sur la proximité avec le « déséquilibré » de Borel.

Enfin, Grinker et al. (1968) mettent au point la **première approche statistique de l'état-limite**. A partir d'une population (n = 51) de sujets reconnus états-limites sur critères cliniques, une analyse multifactorielle permet de dégager les **fonctions du moi** (préalablement interprétées dans une grille

en **variables comportementales**). Le « syndrome borderline » est ainsi confirmé dans son authenticité comme **syndrome spécifique à forte consistance interne**. Il possède quatre caractéristiques d'ensemble et se ramifie en quatre sous-groupes particuliers (voir tableau IV). L'entité « état-limite » reçoit ainsi un **statut scientifique** (bien que l'on puisse considérer la taille de l'échantillon comme faible pour réaliser une telle typologie).

Tableau IV : Le syndrome borderline, d'après Grinker, Werble, Drye (1968)

1) Les caractéristiques d'ensemble du syndrome se ramènent à quatre composantes fondamentales extraites de l'analyse des données recueillies à partir de l'étude des fonctions du moi :

- 1) **L'agressivité** : comme principal ou seul affect que l'état-limite soit capable d'éprouver ;
- 2) **Le trouble dans les relations affectives** : qui sont anaclitiques, dépendantes ou complémentaires, mais rarement réciproques ;
- 3) **Le trouble de l'identité** : vraisemblablement en rapport avec la perte des relations affectives ;
- 4) **La dépression** : dont la caractéristique est de ne pas être de type mélancolique (avec remords, auto-accusation et sentiments de culpabilité), mais plutôt liée à un sentiment de solitude (angoisse d'abandon).

2) Le syndrome se ramifie en quatre sous-groupes de traits particuliers :

- 1) **Etat-limite psychotique** : il est composé de sujets dont la caractéristique est d'avoir des comportements inappropriés, négatifs et agressifs envers les autres. La perception qu'ils ont d'eux-mêmes et de la réalité environnante est déficiente et, si la majorité d'entre eux reste non psychotique, ils sont toutefois proches de la désintégration ;
- 2) **Noyau de l'état-limite** : les patients de ce groupe sont inconsistants et oscillent constamment dans leurs relations avec les autres. Leur caractéristique est d'être à la fois agressifs et déprimés, mais à des moments différents, de telle sorte que l'on peut considérer que leurs passages à l'acte les protègent contre la dépression ;
- 3) **Personnalité « as if »** : ce sont les seuls sujets limites à avoir un comportement adapté, mais ils s'épuisent dans la recherche de leur identité et, s'ils n'ont pas les réactions agressives des catégories a ou b, ils attendent passivement des autres une relation de complémentarité et ont recours aux défenses du repli et de l'intellectualisation ;
- 4) **Etat-limite névrotique** : ces sujets ont généralement une ressemblance frappante avec les névroses de caractère narcissique et c'est chez eux que l'on peut mettre en évidence la dépression anaclitique, en rapport avec leur quête d'une relation symbiotique avec une figure maternelle qu'ils ont perdue.

Les auteurs qui ont poursuivi l'œuvre de **M. Klein** ont très attentivement étudié les mécanismes de défense actifs des états-limites, en particulier le **clivage des représentations objectales** (Fairbairn, 1952 ; Rosenfeld, 1964 ; Segal, 1964). L'école de **Hartmann** (New York) étudie les relations Soi-Moi (Hartmann, 1964 ; Jacobson, 1964 ; Erickson, 1956 ; Greenson, 1954).

Dans les années 70, H. Kohut (1966, 1968, 1971, 1972) développe le concept de **soi grandiose**, qui correspond à une **hypertrophie narcissique** du sujet par l'union surinvestie d'objets internes et de relations objectales. Ces patients sont conduits à des fluctuations, des oscillations pour maintenir un niveau stable et suffisant d'estime de soi. Kohut est l'un des premiers auteurs à mettre l'accent sur la **problématique narcissique**.

Pour O. Kernberg (1979), qui étudie les **troubles limites de la personnalité**, l'état-limite représente une pathologie névrotique particulière par le fait qu'elle s'exprime par des **mécanismes psychotiques** (comme modes de fonctionnement mental), ces caractères psychotiques étant éphémères, mais récurrents.

La stratégie de l'état limite est de se protéger, non contre la dissociation (comme dans les psychoses), mais contre les conflits internes (comme dans les névroses) par l'évitement. Aussi, Kernberg a-t-il développé une technique d'investigation particulière, incluant une **épreuve de réalité**, afin de pouvoir distinguer les sujets psychotiques des patients limites. On trouve en effet souvent chez ces patients, de multiples **contradictions** entre les affects, les contenus de la pensée et les comportements.

Tableau V : Les conditions limites, d'après O. Kernberg (1979)

### 1° Les manifestations polymorphes :

- manifestations névrotiques atypiques (conversions bruyantes, crises d'angoisse aiguës, phobies atypiques, obsessions) ;
- traits caractériels d'allure psychotique (hypomanes, persécutifs, schizoïdes) ;
- expressions pathologiques diverses (traits narcissiques, pervers, psychopathiques).

### 2° Les traits spécifiques :

#### a) traits permanents :

- manque de tolérance à l'angoisse ;
- manque de contrôle des pulsions ;
- manque de développement des voies sublimatoires ;
- prédominance des processus primaires de pensée ;
- fixation à des relations d'objet de type prégénital ;
- prédominance des objets partiels.

#### b) traits particuliers (se manifestant dans des circonstances singulières, lorsque se mobilisent les systèmes défensifs en présence de conflits intrapsychiques) :

- clivage ;
- idéalisation primitive ;
- tendance projective ;
- déni de la réalité ;
- refuge dans le sentiment d'omnipotence ;
- importance des pulsions agressives.

Kernberg utilise l'ensemble de la relation humaine patient-psychothérapeute afin de confronter le sujet à ses propres contradictions. Cette méthode (à laquelle on peut ajouter l'intérêt pour l'**interprétation des opérations défensives primitives** lorsqu'elles entrent dans le transfert), permet une exploration fine du succès (état-limite) ou de l'échec (psychose) dans l'épreuve de réalité. Cependant, la violence de l'**agressivité** est source, chez le sujet limite, d'une **division défensive du Moi**, un **clivage**, qui est responsable d'une mauvaise maturation du Moi et du Surmoi et finalement de la non acquisition d'une identité stable.

#### Remarque :

Selon la conception de chaque auteur, la place de l'état-limite sur le continuum entre névrose et psychose peut varier :

- **O. Kernberg (1979)** : l'état-limite est proche des névroses graves par la présence de traits psychotiques ;
- **H. Searles (1994)** : l'état-limite est très proche du psychotique ;

• **J. Bergeret (1974)** : refuse le statut de structure à l'état-limite et conçoit ces pathologies comme des organisations, oscillantes et pendulaires entre les deux structures névrotique et psychotique.

Généralement, les psychanalystes (O. Kernberg en particulier), font de l'état-limite une pathologie à retrancher de la névrose et non de la psychose, à partir d'arguments psychopathologiques et cliniques convaincants (il est regrettable, à ce titre, que les post-kleinien aient abandonné l'idée d'un continuum entre normalité, névrose et psychose).

## En France

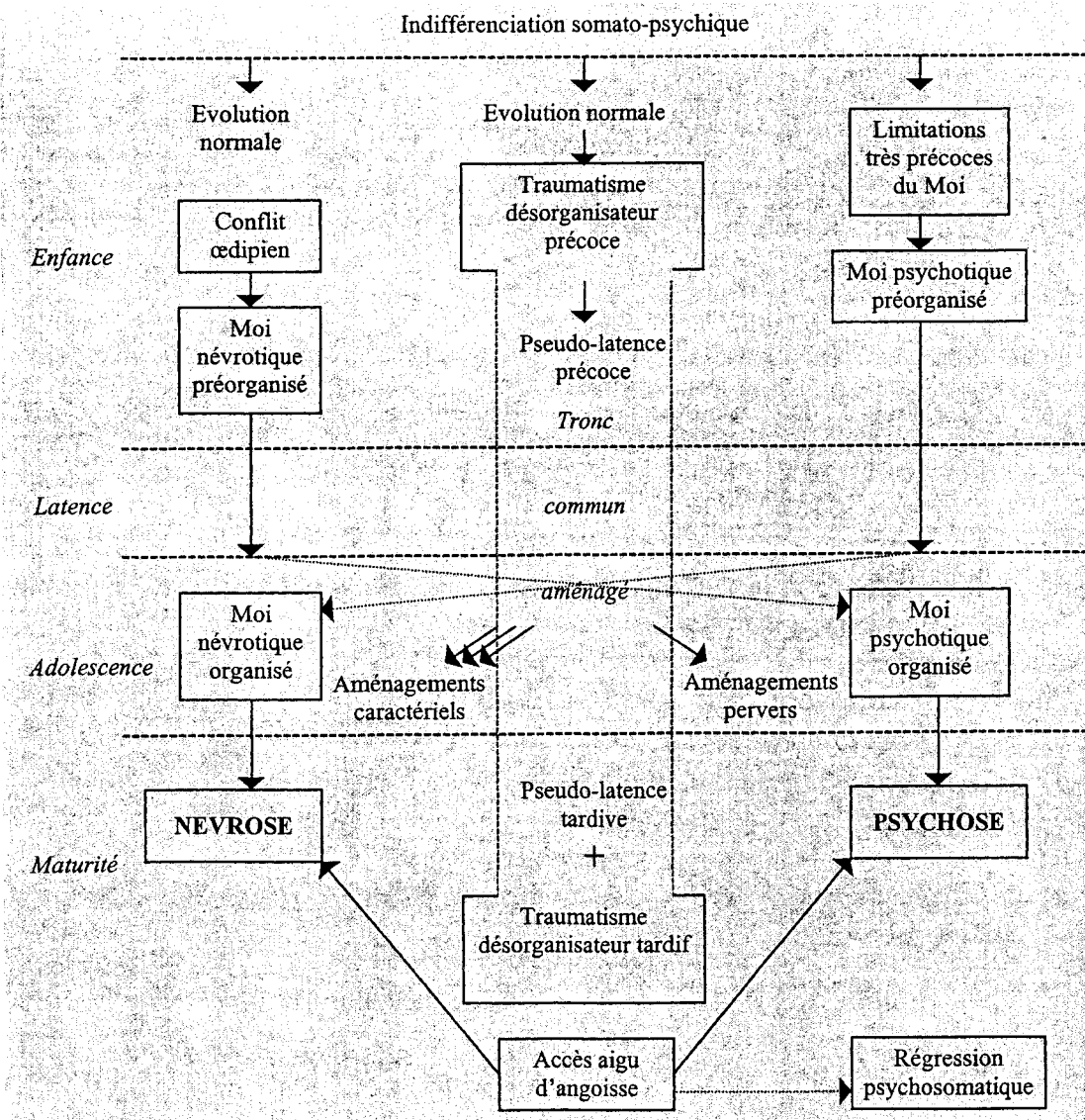
M. Bouvet (1967) décrits des états pathologiques très semblables aux états-limites qu'il nomme **névroses de dépersonnalisation** ou **organisations prégénitales non psychotiques**.

R. Diatkine (1969) trace le portrait des **prépsychoses** chez l'enfant.

D. Widlöcher (1970) nous parle des **introjects** chez les patients limites (on peut préférer à ce terme celui d'*incorporats* (Sztulman, 1997) qui correspond sans doute mieux au niveau de la régression).

J. Bergeret (1970a, b) aborde pour la première fois le problème des états-limites dans son article de l'*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Sa conception peut être résumée dans le schéma des trois lignées.

Tableau VI : Schéma général de l'évolution des modes d'organisation, d'après J. Bergeret et al. (1986)



Pour J. Bergeret, l'état-limite ne relève ni de la psychose, ni de la névrose. Ces patients tentent des **aménagements** plus ou moins stables entre les deux structures. L'auteur décrit un **tronc commun aménagé** entre les deux lignées structurales névrotique et psychotique. On ne parlera donc plus de « névrose pseudo-psychotique » ou de « psychose pseudo-névrotique », mais d'une **conception évolutive**, basée sur la notion d'**organisation** et non de structure, une organisation construite sur des traumatismes affectifs précoces et d'autres, plus tardifs.

A. Green (1990) rassemble des textes publiés depuis 20 ans à propos des situations limites, des cas limites et des états-limites.

Les classifications internationales (APA, 1996 ; OMS, 1994) des maladies mentales ont, elles aussi, abordé les personnalités limites sous l'angle sémiologique et nosographique.

Tableau VII : La personnalité limite (borderline), d'après le DSM-IV (1996)

**Troubles de la personnalité (code CIM-10 739)**

**Personnalité borderline (code DSM-IV F60.31 [301.83], code CIM-10 763)**

Mode général des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1° efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (N.B. : ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5) ;

2° mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;

3° perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi ;

4° impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageable pour le sujet (par exemple, dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie. N.B. : ne pas inclure les comportements suicidaire-mutilations énumérés dans le critère 5) ;

5° répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilation ;

6° instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple, dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours) ;

7° sentiments chroniques de vide ;

8° colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par exemple, fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées) ;

9° survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

En conclusion, la problématique scientifique des états-limites se situe au cœur des **préoccupations antinomiques** des psychiatres et des psychanalystes : **nosographie** et **classification** (taxinomie) pour les premiers et **psychopathologie** et **fonctionnement mental** pour les seconds.

Par contre, il y a convergence entre psychiatres et psychanalystes pour reconnaître l'émergence et le développement de la clientèle de ces « nouveaux » patients, inventant les uns et les autres des soins nouveaux. Ces cas inclassables ou incompréhensibles sont :

- pour les psychiatres : des patients qui ne sont ni schizophrènes, ni psychopathes ;
- pour les psychanalystes : des patients en apparence névrosés, mais présentant des modes de fonctionnement psychotiques.

De plus, parmi les psychanalystes, deux camps se partagent :

- les uns considèrent que ces patients ne sont pas concernés par la psychanalyse, la cure type est impossible avec eux ;
- les autres qui (à l'instar de ce qui a été réalisé en clinique psychanalytique groupale et familiale) proposent de modifier et d'adapter le dispositif de la cure psychanalytique pour ces patients, avec de probables modifications théoriques à la clé (c'est là notre position).

Les états-limites posent aussi un problème épistémologique de base que Bergeret (1974) et Bergeret et al. (1986) avaient bien souligné : ce concept d'état-limite ne risque-t-il pas de devenir un concept fourre-tout, perdant ainsi toute utilité scientifique ? Il est de fait nécessaire de poursuivre les travaux cliniques et théoriques qui permettront de préciser ce qu'est l'état-limite et quels sont les critères précis d'inclusion des patients dans cette catégorie.

Le véritable débat n'est toutefois pas nosologique, mais psychopathologique. Les traits névrotiques et psychotiques peuvent s'associer en de nombreuses combinaisons, mais les uns luttent contre les conflits internes, tandis que les autres luttent contre la dissociation. Ainsi, de nombreuses entités (narcissique, dépression essentielle, psychopathie, état-limite *stricto sensu*), se constituent et doivent être différenciées dans le cadre plus général de l'organisation état-limite.

## CHAPITRE IV : PROBLEMES CLINIQUES

### Résumé :

Les problèmes cliniques posés par le concept d'état-limite sont de cinq ordres : 1) le contact avec la réalité (la perte du contact avec la réalité n'est pas l'apanage de la psychose et même pour cette dernière elle n'est jamais totale, aussi une zone incertaine est-elle suggérée où se placeraient les états-limites) ; 2) l'importance du trouble sur la personnalité (les équations névrose = bénignité et psychose = gravité sont bien remises en question par la clinique, ce qui permet de situer les états-limites dans leur caractère parfois instable, d'autre fois sous des aménagements plus pérennes) ; 3) l'étiologie organique ou psychogène (les équations psychogène = bénignité et organique = gravité, en matière d'étiologie, sont aujourd'hui totalement dépassées et, mettant de côté les troubles d'origine organique qui sont d'un autre ordre, les troubles d'origine psychogène peuvent présenter des tableaux de décompensation particulièrement graves, alors qu'à l'inverse les meilleurs aménagements peuvent longtemps cacher bien des structures parmi les plus pathologiques. Ainsi en est-il de la plupart des états-limites qui se présentent sous une forme généralement bien aménagée, mais qui peuvent décompenser soudain selon divers angles structurels) ; 4) la distinction refoulement/forclusion (alors que le refoulement est une opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations liées à une pulsion, la forclusion est le rejet primordial d'un « signifiant » fondamental, l'un concernant la névrose, l'autre la psychose, les états-limites laissent envisager la coexistence des deux mécanismes chez un même sujet) ; la psychose comme forteresse impénétrable (ce dogme a été renversé par M. Klein et ses élèves et ultérieurement par d'autres cliniciens et chercheurs qui se sont attachés au traitement des psychotiques. C'est l'étude des mécanismes psychotiques qui a permis de comprendre cette frange des états-limites entre névrose et psychose).

Le concept d'état-limite pose un certain nombre de problèmes cliniques, que l'on peut décliner en cinq points : 1) le contact avec la réalité ; 2) l'importance du trouble sur la personnalité ; 3) l'étiologie organique ou psychogène ; 4) la distinction refoulement/forclusion ; 5) la psychose comme forteresse impénétrable. Nous allons voir que chacun de ces cinq points suggère une entité intermédiaire entre névrose et psychose

### 1) le contact avec la réalité

Nous avons déjà discuté le fait que selon les conceptions anciennes de E. Bleuler en 1910 et S. Freud (1938), à propos du concept de *Spaltung* (clivage, dissociation), le contact avec la réalité est maintenu dans la névrose, rompu dans la psychose. Bien que ce critère théorique représente une base universellement admise, il se doit d'être nuancé par la clinique psychopathologique. La perte de contact avec la réalité peut survenir de façon transitoire et exceptionnelle dans certaines décompensations névrotiques aiguës, par exemple, lors de crises d'angoisse paroxystiques (attaques de panique), lors de l'émergence d'obsessions compulsives, dans la violence de l'affect anxieux de certaines phobies, et surtout dans les troubles de la conscience et de la vigilance de l'hystérie.

De plus, suivant la seconde topique freudienne, le Moi lui-même possède une couche inconsciente et préconsciente, à partir de laquelle entrent en action plusieurs mécanismes de défense dont le sujet ignore l'existence et qui représentent à ce titre, dans la névrose, les sources d'une certaine perte de contact avec la réalité, sinon extérieure, au moins de soi.

De son côté, la psychose n'est jamais une « folie totale » d'où toute appréhension de la réalité serait exclue. Par exemple, J.-L. Donnet et A. Green (1973) ont pu décrire la « psychose blanche »



pour laquelle une relative permanence du lien libidinal à la réalité est maintenue. G. Dumas (1930) suggérait d'ailleurs de distinguer entre « psychoses déréalistes » où le délire se juxtapose à la réalité comme un ensemble de conceptions qui n'ont aucun rapport avec elle et sans se soucier d'accorder ces conceptions délirantes avec la réalité (états oniriques, paraphrénies, schizophrénie, etc.) et les « psychoses réalistes » dans lesquelles le sujet reste orienté vers le réel où il puise ses arguments (psychoses maniaco-dépressive, paranoïaque, hystérique, etc.).

Ainsi, entre névrose et psychose, le contact avec la réalité, avec ses nuances, ses fluctuations, son dynamisme, suggère-t-il une zone incertaine où se placeraient les états-limites.

## 2) L'importance du trouble sur la personnalité

Pour P. Janet (1927, 1929), dans la névrose un seul secteur de la personnalité serait touché, alors que dans la psychose l'ensemble s'effondrerait. Cette position est aujourd'hui très largement débattue et discutée. Certains états psychotiques épargnent en effet de larges pans de la personnalité (plus particulièrement dans la paranoïa, quand un seul secteur est affecté, alors que le reste du système psychique garde un contact d'excellente qualité avec la réalité). Inversement, dans certains cas, le fonctionnement névrotique peut envahir l'ensemble de la psyché et toucher la personnalité dans son entier (par exemple, la névrose obsessionnelle). Ces constats nous amènent à comprendre que la maladie mentale ne saurait se caractériser uniquement par son ampleur sémiologique, ce qui nous conduit à envisager la personnalité état-limite sous l'angle de son instabilité et de ses possibles aménagements plus pérennes.

## 3) L'étiologie organique ou psychogène

Pour K. Jasper (1933), la névrose représentait un trouble du développement de la personnalité, dans le sens épigénétique, tandis que la psychose renvoyait à des processus pathologiques organiques. Cette position, qui ne mérite même plus la discussion, fait partie de l'histoire passée de la psychopathologie. L'étiologie psychogène n'est donc pas synonyme de légèreté du tableau et il n'est nul besoin de faire appel à l'organique ou au cérébral pour comprendre des décompensations graves, qu'expliquent des circonstances déséquilibrantes sur une fragilité psychique donnée. Les états-limites nous donnent ainsi à voir une organisation généralement bien aménagée, qui est destinée à lutter pour l'essentiel contre la dépression, les angoisses de perte et d'abandon. C'est alors un traumatisme tardif (post-partum, mariage, deuil, bouleversements sociaux, accidents affectifs ou corporels, sénescence) qui va réveiller, par son vécu intérieur, une situation narcissique prédépressive, soigneusement évitée jusque-là (Bergeret et al., 1986). Un tableau de décompensation (sous les modes névrotique, psychotique, psychosomatique, psychopathique ou encore addictif), succédera alors brusquement et dramatiquement à l'aménagement, dont les signes étaient restés jusque-là invisibles, sinon discrets.

## 4) La distinction refoulement/forclusion

Partant du terme freudien de *Verwerfung*, J. Lacan propose de le traduire par « forclusion » et en fait le **mécanisme spécifique à l'origine du fait psychotique** (Laplanche, Pontalis, 1967). Les auteurs poursuivent la définition du mécanisme de forclusion comme le rejet primordial d'un « signifiant » fondamental (par exemple : le phallus en tant que signifiant du complexe de castration) hors de l'univers symbolique du sujet.

A la différence, le **refoulement** est une opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'Inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion (ibidem). Le refoulement est particulièrement manifeste dans l'hystérie, mais aussi présent dans toute organisation névrotique et également dans les névroses non décompensées, c'est un « processus psychique universel » (ibidem).

Forclusion et refoulement se distinguent plus particulièrement quant au devenir des matériaux psychiques. Dans le cas du refoulement le matériel est enfoui dans l'inconscient et est susceptible de revenir (le retour du refoulé) à la surface soit sous forme de symptômes, ou de formations de compromis comme les rêves, les fantasmes diurnes, par le moyen de divers mécanismes psychiques (déplacement, condensation, conversion, etc.). Dans le cas de la forclusion, les signifiants forclos ne sont pas intégrés à l'Inconscient du sujet et ils ne font pas retour « de l'intérieur », mais au sein du réel, singulièrement dans le phénomène hallucinatoire (ibidem).

Ainsi, pour J. Lacan (1957), la forclusion est « le défaut qui donne à la psychose sa condition essentielle, avec la structure qui la sépare de la névrose ». Cependant, le statut spécial de l'organisation des états-limites, sur le continuum entre névrose et psychose, laisse entrevoir **la possibilité de la présence, côte à côte, chez le même sujet, du refoulement et de la forclusion**, au moins diachroniquement, lorsque à l'aménagement succède la décompensation. Cette proposition théorique, qui reste largement à explorer, représente aussi, dans l'observation clinique, une sorte d'expérience naturelle nous permettant de comprendre le passage dynamique du refoulement à la forclusion et retour, et par là les liens entre névrose et psychose.

## 5) La psychose comme forteresse impénétrable

Le dernier point concerne la position de ceux qui considèrent la névrose comme un processus que le psychanalyste peut comprendre et auquel il peut s'identifier, à la différence de la psychose. Cette position théorique et clinique revient à nier l'existence du transfert et contre-transfert psychotiques. Elle a été battue en brèche, dès le départ, par M. Klein et ses élèves et ultérieurement par d'autres cliniciens et chercheurs qui se sont attachés au traitement des psychotiques, par exemple, H.S. Sullivan (1953), T. Szasz (1963), R. D. Laing (1971), O. Kernberg et al. (1972), H. Searles (1977, 1981), R. Langs (1988). En France, mentionnons P.-C. Racamier (1970, 1975, 1978, 1992), R. Cahn (1991), Hochman (1971a, b), H. Sztulman (1983, 1979), parmi beaucoup d'autres.

L'exploration de la psyché psychotique par des méthodes psychanalytiques a mis en évidence des mécanismes spécifiques de la psychose, certes étranges, voire insupportables, mais pour autant ni incompréhensibles, ni incommunicables (c'est ce que nous verrons au chapitre IX). Le refus de comprendre la psychose peut sans doute s'interpréter comme un autre refus plus intime : refuser la présence, en soi, d'un noyau archaïque et psychotique. Il est alors bien aisé d'oublier que l'animalité et la folie nous habitent tous, sous la forme de pulsions originaires ou partielles qui, pour être le plus souvent désactivées, n'en sont pas moins présentes, quiescentes, silencieuses.

Sur un autre plan, les cliniciens avertis connaissent bien les notions de « frange », de « vernis névrotique », qui viennent habiller, jusqu'à nous méprendre dans un premier temps, certaines structures psychotiques. Enfin il faut citer le concept d'A. Green (1990) de « mimétisme » de la psychose, qui serait à rapprocher analogiquement des « épidémies » d'hystérie : il s'agit de l'effort d'un sujet pour faire le fou dans une identification au psychotique qu'il est peut-être, mais alors il en rajoute, ou qu'il n'est pas et dans ce cas il simule. On le voit, il existe, aux marches de la névrose et de la psychose, parfois dans certains de leurs recoupements singuliers, une zone incertaine qui se découpe progressivement et qui constitue l'espace état-limite. Il mérite plus que notre attention, car chaque jour plus nombreux sont les patients de cette sorte qui nous interpellent. Il s'agit de comprendre, non seulement ces pathologies limites, mais encore et corrélativement, de mieux comprendre les formes contemporaines de la névrose (inondée d'anxiolytiques et d'antidépresseurs) et de la psychose (dont les manifestations sont tarées par les neuroleptiques).

# CHAPITRE V : TEXTES FREUDIENS : NEVROSE, PSYCHOSE ET PERTE DE LA REALITE

## Résumé :

Prenant appui sur deux textes freudiens fondamentaux, les différences structurelles et dynamiques entre névrose et psychose sont examinées : dans la névrose, au service du Surmoi et de la réalité, le Moi est entré en conflit avec le Ça ; tandis que dans la psychose, Ça et réalité se heurtent de front, le Moi devant alors se couper de la réalité par le déni du réel et la forclusion des significations, puis créer une « néoréalité » : le délire et les hallucinations. Ces différences dans les mécanismes psychiques entre névrose et psychose entraînent la distinction fondamentale que l'on fait habituellement entre ces deux affections : maintien du contact avec la réalité dans la névrose et perte de la réalité dans la psychose. Cependant, la clinique est moins formelle et ce sont plutôt les temps d'entrée dans la maladie qui voient le contact avec la réalité se modifier plutôt que la structure : la différence initiale entre névrose et psychose peut s'estomper au cours des aménagements ultérieurs. Névrose et psychose vont donc se distinguer sur des signes plus précis que la simple perte ou non de la réalité : la réaction à la réalité, la nature de l'angoisse, l'élaboration symbolique (qui ne peut être considérée comme absente de la psychose).

Ce chapitre prendra appui sur les textes freudiens intitulés : « Névrose et psychose » (Freud, 1924a) et « Perte de la réalité dans la névrose et la psychose » (Freud, 1924b) (textes regroupés par Laplanche et Pontalis dans « Névrose, psychose et perversion » – Freud, 1988).

## 1. Névrose et psychose

S. Freud (1923), dans son article intitulé « Le Moi et le Ça », dépeint les *multiples allégeances* du Moi, sa position intermédiaire entre le monde extérieur et le Ça et son empressement à faire, en même temps, les volontés de tous ses maîtres. Dans son texte « Névrose et psychose » (Freud, 1924a), l'auteur nous donne une formule simple concernant la différence épigénétique entre névrose et psychose :

- la névrose serait le résultat d'un **conflit entre le Moi (via le Surmoi) et le Ça** ;
- la psychose serait le résultat d'un **conflit entre le Ça (via le Moi) et la réalité**.

### A. La névrose

Le Moi (par le biais de son instance du **Surmoi**, constitué par l'intériorisation des exigences et des interdits parentaux – Laplanche, Pontalis, 1967) :

- **refuse** d'accueillir une motion ou poussée pulsionnelle puissante issue du Ça ;
- **refuse** d'aider à son effectuation motrice ;
- ou **conteste** l'objet qu'elle vise.

Puis, le Moi se protège de la pulsion par le mécanisme du **refoulement**.

En retour, le Ça se révolte contre son destin, il se fait représenter, sur une voie où le Moi n'a aucun pouvoir, par un **substitut de la pulsion** qui s'impose au Moi, par le détour d'une **formation de compromis** : le symptôme, le rêve, le passage à l'acte, ...

Le Moi, lorsqu'il a recours au refoulement, suit en fin de compte les exigences de son instance associée, le Surmoi, qui procède de son côté des influences du monde extérieur réel, lesquels ont trouvé dans le Surmoi le moyen de se faire représenter.

Ainsi, le Moi s'est rangé du côté de ces puissances de contrôle intégrées au Surmoi, ces exigences « surmoïques » étant plus fortes que les revendications pulsionnelles du Ça ; le Moi représente donc la puissance qui met en œuvre le refoulement contre la participation du Ça.

**Au service du Surmoi et de la réalité, le Moi est entré en conflit avec le Ça.**

## **B. La psychose**

Alors que dans la névrose le Moi possède un allié de poids, le Surmoi, pour pouvoir gérer le conflit avec le Ça comme source d'exigences pulsionnelles pouvant s'opposer aux limites de la réalité, dans la psychose, Ça et réalité se heurtent pratiquement de front. Le Moi, inondé par les motions pulsionnelles émanant du Ça, est donc contraint de se couper de la réalité, essentiellement sur un mode perceptif.

**Définitions à partir de Laplanche et Pontalis (1967), Bergeret (1970b) et nous-mêmes :**

**Le déni de la réalité (*Verleugnung*) :** Mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme. Ce mécanisme est particulièrement invoqué par Freud pour rendre compte du fétichisme et des psychoses [on peut y ajouter l'exhibitionnisme et les perversions sexuelles en général, ainsi que les états-limites].

Ainsi, selon le mode de pathologie le déni portera :

- sur le sexe de la femme, avec le surinvestissement narcissique du phallus (qui peut prendre l'apparence trompeuse du surinvestissement du sexe (ou du corps) féminin (ou enfantin), mais en tant qu'organe « phallique » – Devereux, 1983), dans la **perversion** ;

- au-delà du génital, sur n'importe quel domaine de la réalité, même sur des objets humains, dans la **psychose** ;

- sur les affects et les représentations de l'autre, et en particulier du narcissisme de l'autre, dans l'**état-limite** (la perversité).

**La négation ou dénégation (*Verneinung*) :** Procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulé, continue à s'en défendre en niant qu'il lui appartienne.

Ce procédé est un moyen de prendre conscience du refoulé, mais de manière seulement partielle : l'admission du refoulé est purement intellectuelle, sans aucune assise affective ou fantasmatique. La (dé)négation est ainsi à la limite de la formation de compromis.

**La forclusion (*Verwerfung*) :** Mécanisme spécifique qui serait à l'origine du fait psychotique ; il consisterait en un rejet primordial d'un « signifiant » fondamental (par exemple : le phallus en tant que signifiant du complexe de castration) hors de l'univers symbolique du sujet.

Les signifiants forclos ne sont pas intégrés à l'inconscient du sujet et ils ne font pas retour « de l'intérieur », mais dans la réalité (hallucination, délire).

Normalement, le monde extérieur exerce sa domination sur le Moi de deux manières : par les **perceptions actuelles** et par le capital mnésique des **perceptions antérieures** (le « monde intérieur », la possession du Moi, les souvenirs). Ainsi, la réalité apparaît comme la somme des perceptions actuelles et antérieures.

Or dans la psychose :

- les perceptions actuelles sont refusées, elles font l'objet d'un **déni** (retrait d'existence) ;
- les perceptions antérieures se voient refusées leur signification, elles font l'objet d'une **forclusion** (retrait de signification).

De ces mécanismes au fondement de la psychose résultent **deux conséquences psychopathologiques** :

- 1) la **rupture** entre le Moi et la réalité ;
- 2) la création d'une « **néoréalité** », c'est-à-dire d'un nouveau monde, à la fois interne et externe, résultat du déni de la réalité elle-même et bâtie selon les désirs du Ça.

Pour Freud, le motif de la rupture entre Moi et réalité provient du caractère intolérable du refus préalable de la réalité de se plier aux exigences des désirs du Ça. Aussi, l'équivalent du refoulement pour le Moi névrosé afin de se protéger des pulsions, sont-ils le déni et la forclusion comme moyens de protection du Moi contre une réalité insupportable : refuser son existence (déni) et refuser sa signification « réaliste » (forclusion).

## 2. La perte de la réalité dans la névrose et la psychose

Ce texte de Freud (1924b) peut être résumé en neuf points :

1) **Dans la névrose**, le Moi, en situation d'allégeance par rapport à la réalité, refoule sans difficulté la plus grande partie de la motion pulsionnelle émanant du Ça. **Dans la psychose**, au contraire, le Moi se met au service du Ça et est contraint de se retirer de la réalité (le Moi est envahi par le Ça).

2) **Ce mécanisme entraîne la distinction fondamentale** que l'on fait habituellement entre névrose et psychose :

- maintien du contact avec la réalité dans la névrose ;
- perte de la réalité dans la psychose.

3) **Cependant, nous nous trouvons donc là devant une apparente contradiction**, car comme le note S. Freud, on sait que dans toute névrose, cliniquement, il y a un retrait, serait-il subtil, par rapport à la réalité [tout comme une part de réalité subsiste dans la psychose].

4) **Cette contradiction prend son origine dans la confusion entre le temps d'entrée dans la maladie et le temps de sa constitution ou aménagement.**

Dans le **premier temps** (entrée dans la maladie), la différence est nette : le Moi, au service de la réalité, refoule la pulsion (c'est l'entrée dans la névrose) ; ou bien, le Moi se coupe de la réalité (c'est l'entrée dans la psychose).

Dans le **second temps** (constitution-aménagement de la maladie), la différence est moins nette : la névrose est en fait le résultat, non du refoulement, mais de l'échec partiel du refoulement. En

cela, nous observons une victoire (certes limitée) du Ça. Il y a relâchement de la relation à la réalité et très précisément sur son fragment qui a provoqué le refoulement.

Dans la psychose, se produit une réaction de compensation, à savoir la reconstruction autocratique d'une néoréalité (qui relève la contradiction), conforme aux désirs du Ça et à sa victoire quasi totale.

Ainsi, névrose et psychose se distinguent bien plus entre elles dans le premier temps d'entrée dans la maladie, que dans le second, qui voit la maladie, par aménagement ou compensation, créer une certaine similitude.

**5) Dans la névrose, il y a ignorance ou indifférence par rapport à la réalité, alors que dans la psychose nous observons un déni et une reconstruction de la réalité.** Le comportement « normal », pour Freud, serait celui qui réunirait certains traits des deux réactions : pas de déni de la réalité (fonctionnement névrotique), mais effort pour la modifier (fonctionnement psychotique). Il s'agit dans ce cas d'un travail sur le monde extérieur (modifications alloplastiques) et non sur le monde intérieur (modifications autoplastiques, propre à la psychose).

**6) La nature de l'angoisse est dès lors clairement distinguée :** dans la **névrose**, le retour du refoulé s'effectue sous la forme de l'**angoisse de castration** (en rapport avec le complexe universel de castration) ; dans la **psychose**, la pression de la réalité se traduit par le primat d'une **angoisse de morcellement** (menaces sur le Moi clivé).

**7) Freud revient sur l'analogie névrose-psychose** quant à l'échec partiel des mécanismes psychiques au cours du second temps d'aménagement de la maladie.

**8) Freud insiste à nouveau sur la différence :** en effet, pour la névrose, dans le second temps, c'est l'échec du refoulement qui est morbide, et quand le refoulement n'échoue pas, nous sommes dans le cadre d'une vie psychique saine ; alors que pour la psychose, la maladie est créée dans la morbidité du premier temps du retrait de la réalité, puisque par définition, ce retrait de la réalité ne peut conduire qu'à un état pathologique.

**9) Freud s'interroge enfin sur la question de l'étayage du symptôme sur le monde fantasmatique interne**, jouant le rôle d'une réserve ou d'un magasin, séparé du monde extérieur au nom du principe de réalité.

Dans la névrose, nous assistons à une tentative pour remplacer la réalité indésirable par une réalité plus conforme aux désirs, au moyen de la régression vers un passé réel plus satisfaisant. Il s'agit donc d'un étayage sur un fragment de la réalité, autre que celui contre lequel le sujet se défend. Ce passage se fait au travers du symbolique qui représente un remaniement de la réalité.

Dans la psychose, au contraire, il y a création d'un monde extérieur fantasmatique qui vient se mettre à la place de la réalité extérieure. Il n'y a point là d'étayage, mais S. Freud ne dit pas non plus qu'il n'y a pas de symbolique. Ainsi, la question de la place du symbolique dans la psychose reste ouverte.

### **Remarques :**

**Les modifications intérieures dans la névrose :** on ne peut réduire toute névrose à l'idéal d'une capacité aux seules modifications de la réalité extérieure. Les mécanismes de défense les plus courants, ceux du *coping* et de restructuration des cognitions (Bandura, 1980 ; Festinger, 1957), représentent des stratégies de modification des représentations internes qui peuvent parfois n'avoir rien à envier aux délires psychotiques les mieux constitués (que l'on songe au « poids » psychique de certaines idéologies religieuses ou politiques, aux mécanismes mentaux de « vision du monde » qui sous-tendent le racisme...).

**La perte de la relation symbolique dans la psychose :** dans la théorie de J. Lacan (1957, 1966), l'échec du refoulement originaire entraîne la forclusion ou rejet du symbolique et sa réapparition ultérieure dans le réel, au moment où le sujet sera confronté au désir de l'Autre dans une relation symbolique. Cette perte de la relation symbolique propre à la psychose ne signifie pas une absence du symbolique dans la psychose, mais plus exactement, que le symbolique y est considéré et utilisé comme une part du réel. Si les psychotiques se trouvaient dans cette situation de méconnaissance du symbolique, ils n'auraient pas si peur des mots et de leur charge symbolique et ne déploieraient pas un effort si tenace, nécessaire et vital pour eux, pour les vider de leur sens. Par contre, tout un champ de recherches est ouvert sur le traitement que le psychotique inflige au symbole. Pour ce qui concerne la position de certaines écoles lacaniennes, le malentendu vient sans doute de ce qu'elles élisent comme paradigme de la psychose la paranoïa, alors que les post-freudiens se réfèrent plus volontiers au groupe autisme et schizophrénie.

# CHAPITRE VI : CLINIQUE DES ETATS-LIMITES

## Résumé :

La clinique des états-limites est ici examinée sous l'angle de : l'angoisse (comme angoisse d'abandon, toujours présente) ; le mouvement dépressif (qui est central, essentiel, l'absence de culpabilité, mais la présence de la déception et d'un sentiment de vacuité) ; les manifestations pseudo-névrotiques (conversions pseudo-hystériques, idées obsédantes, phobies multiples et erratiques) ; les manifestations pseudo-psychotiques (pseudo-confusion, ébauches de délire) ; les manifestations pseudo-psychopathiques (anaclitisme et intolérance à la frustration, avec satisfactions régressives, sous des aspects impulsifs et anti-sociaux).

Les patients états-limites présentent des tableaux intriquant de manière diverse une symptomatologie liée à l'**angoisse d'abandon**, des traits cliniques illustrant la **lignée dépressive centrale** et des manifestations d'allure **pseudo-névrotique**, **pseudo-psychotique** et **pseudo-psychopathique**. Nous allons examiner chacun de ces cinq points.

## 1) L'angoisse

- Elle est **constante, labile, polymorphe** ;
- elle traduit une **incapacité à mentaliser un trop plein énergétique** que la pulsion amène au seuil du système Préconscient-Conscient et s'accompagne souvent d'un **besoin de décharge** ;
- elle ne s'inscrit pas dans la peur du morcellement ou de l'éclatement et pas davantage dans la série échec-culpabilité-punition, mais elle est une **angoisse d'abandon, d'éloignement** de l'objet (plus encore que sa **perte**) ;
- elle s'accompagne d'**autres formations symptomatiques** qui ne semblent pas la limiter, les opérations défensives et les formations de compromis se trouvant toujours débordées.

## 2) Le mouvement dépressif

- La dépression représente l'**élément central** du fonctionnement de ces patients, sous la forme d'une **dépression essentielle**, avec sa triple expression mentale, corporelle et comportementale ;
- cette dépression est marquée par :
  - la **labilité** (son intensité peut varier d'un instant à l'autre, par l'utilisation de mécanismes maniaques),
  - la **rareté ou absence d'inhibition**,
  - l'**absence de culpabilité**,
  - le **sentiment de déception** (alors que le névrosé est marqué par des sentiments de culpabilité et le psychotique mélancolique par la honte) ;
- une impression de **vacuité, d'ennui, de lassitude** ;
- on ne peut repérer : **ni une perte d'objet** au déclenchement de la dépression, **ni l'élaboration d'un mouvement dépressif**.



### 3) Les manifestations pseudo-névrotiques

Les états-limites empruntent aux trois névroses symptomatiques : **hystérie, obsession et phobie**.

#### Emprunts de la symptomatologie hystérique

Les **phénomènes de conversion** se révèlent atypiques, multiples et sévères, mais en même temps : ils sont facilement résolutifs, présentent un **aspect manipulateur** dans une dimension beaucoup plus **agressive** qu'érotique (à la différence de ce que l'on peut observer dans la véritable hystérie où il s'agit de séduire l'autre).

Ces conversions pseudo-hystériques donnent aux soignants des sentiments de fausseté, de mensonge, de tromperie, de sursimulation consciente, qui **favorisent les contre-attitudes** de type mise à distance par le rejet. Cela se produit d'autant plus aisément que l'évolution rapidement résolutive de ces conversions, sans thérapeutique particulière, mais aussi la fréquence et la brutalité des rechutes face à la moindre frustration, suscitent chez le personnel soignant des réactions préconscientes ou conscientes, de groupe, en défaveur du patient limite (à la différence, à nouveau, de l'hystérique qui donne plutôt le désir de la (le) réparer).

#### Emprunts de la symptomatologie obsessionnelle

Les idées obsédantes font l'objet de **rationalisations intenses**, mais **sans lutte** contre ces idées, **sans aucune critique** des actes ou pensées illogiques.

La fluidité, la labilité, les variations qualitatives et quantitatives définissent cette clinique de l'obsession état-limite.

#### Emprunts de la symptomatologie phobique

Les phobies chez l'état-limite sont **multiples**, elles ne se fixent pas, sont **erratiques**, aussi intenses que fugitives. Elles sont aussi significatives en ce qu'elles touchent au **corps supposé malade** (nosophobie, cancérophobie, sidaphobie) et à l'**image** du patient (érotophobie, peur du regard ou de l'écoute de l'autre). L'ensemble de ces phobies s'inscrit dans une économie de **rationalisation**, de **malveillance** et souvent avec une **note interprétative**.

### 4) Les manifestations pseudo-psychotiques

– Il peut apparaître des états de **type pseudo-confusionnel**, avec dissolution des repères temporels et spatiaux ;

– des **ébauches délirantes** flottantes et mal systématisées ;

– ou des **systématisations atypiques**, qui disparaissent comme elles sont venues.

## 5) Les manifestations pseudo-psychopatiques

Elles sont dominées par : la **dépendance anaclitique et l'incapacité à tolérer la frustration**.

Ces patients recourent à des **satisfactions primitives orales**, régressives, excessives et transgressives (consommations d'alcool, de médicaments psychotropes, de drogues).

Ils se manifestent par des **comportements impulsifs et antisociaux** (en particulier dans le domaine sexuel) réversibles et répétitifs, car ils sont incapables d'intégrer leurs mouvements psychiques, d'élaborer ce qui se passe en eux et d'en faire quelque chose. Ils sont donc conduits à la **mise en acte** et au passage à l'acte (*acting out*), qui tout à la fois facilitent la décharge, sidèrent la pensée et donnent aux équipes soignantes le sentiment d'être manipulées et agressées.

# CHAPITRE VII : LES TROIS LIGNEES : ETUDES COMPARATIVES GENETIQUE ET STRUCTURALE

## Résumé :

Les principales caractéristiques des trois lignées (structures névrotique et psychotique et organisation état-limite) sont présentées en ce qui concerne le fonctionnement psychique, la nature du conflit psychique et de l'angoisse, les mécanismes de défense prépondérants, la fixation libidinale, la relation d'objet, la place des processus primaires et secondaires.

Puis, les trois lignées sont abordées plus en détails : 1) lignée psychotique : au point de vue génétique (l'indifférenciation somato-psychique, les frustrations précoces, la pré-organisation du Moi psychotique, le pseudo-silence de la période de latence, le remaniement contemporain de la poussée pubertaire), au point de vue structural (la défaillance du narcissisme primaire, la personnalité de la mère, la personnalité du père, la relation fusionnelle à la mère, la relation d'objet spécifique, la spécificité topique, la nature de l'angoisse, celle du conflit, le délire, le principe de fonctionnement psychique, les mécanismes de défense, l'altération paradigmatique du langage) ; 2) lignée névrotique : au point de vue génétique (l'indifférenciation somato-psychique, l'évolution pré-œdipienne, la pré-organisation du Moi névrotique, la période de latence, les remaniements de l'adolescence), au point de vue structural (le primat du génital, le conflit Moi/Ça, l'angoisse de castration, la relation d'objet génitale, la prépondérance du refoulement, le primat du principe de réalité, la prévalence des processus secondaires, les formations de compromis, la triangulation, l'altération syntagmatique du langage) ; 3) lignée état-limite : au point de vue génétique (l'indifférenciation somato-psychique, l'évolution pré-œdipienne, le traumatisme psychique désorganisateur précoce, la pseudo-latence, le traumatisme psychique désorganisateur tardif, les pré-aménagements post-traumatiques, les aménagements caractériels pervers), au point de vue structural (l'économie générale, l'affect dépressif, la relation d'objet anaclitique, le champ relationnel, les mécanismes de défense).

Dans ce chapitre, qui prend essentiellement appui sur l'œuvre de J. Bergeret (1974)<sup>1</sup>, seules les lignées psychotique et névrotique sont considérées comme « structure », c'est-à-dire comme caractérisées par la fixité, la stabilité, l'originalité du tableau et la forte cohésion interne.

A la différence, les états-limites seront mieux désignés par le terme « d'organisation », entendu comme un système (ou un ensemble de sous-systèmes) oscillant et pendulaire, bordé par les deux structures psychotique et névrotique et pouvant, à l'occasion, les recouper partiellement. On peut synthétiser les caractéristiques principales des trois lignées, lesquelles consistent en deux structures et une organisation, de la façon suivante :

### A. Structure psychotique :

- le fonctionnement psychique s'établit autour de points de fixations-régressions archaïques ;
- le conflit se situe entre le Ça (via le Moi) et la réalité ;
- l'angoisse de morcellement ;

<sup>1</sup> Ce chapitre doit en effet toute sa substance aux travaux, élaborations et publications de J. Bergeret, que nous remercions pour ses découvertes psychopathologiques essentielles. Il n'est, par ailleurs, pas impossible que quelques « cryptomnésies » se soient infiltrées dans le texte, à mon insu. En ce cas, nous le prions de nous excuser et de n'y voir que le reflet de la force des enseignements que nous avons reçus de lui.

- un déni portant sur l'existence de la réalité et une forclusion portant sur sa signification, ainsi qu'un clivage du Moi ;
- la dominance de la libido narcissique primaire ;
- une relation d'objet fusionnelle ;
- la prédominance des processus primaires de la pensée, avec leur caractère impérieux, immédiat, automatique, sous l'emprise du principe de plaisir.

#### **B. Structure névrotique :**

- l'élément immuable est l'organisation du Moi autour du primat du génital et du complexe d'Œdipe ;
- le conflit se situe entre le Moi (via le Surmoi) et les pulsions émanant du Ça ;
- l'angoisse de castration ;
- le refoulement des représentations pulsionnelles domine les autres défenses, l'intégrité du Moi étant maintenue ;
- l'implication de la libido objectale ;
- une relation d'objet génitale ;
- la prédominance des processus secondaires de la pensée, avec leurs fonctions élaboratrice et de compromis qui respectent le principe de réalité.

#### **C. Organisation état-limite :**

- les points de fixation-régression ont pu dépasser l'archaïsme oral et anal, sans toutefois atteindre l'Œdipe ;
- le conflit s'organise entre l'Idéal du Moi et le Ça (via le Moi) et la réalité ;
- l'angoisse de perte d'objet ;
- le clivage des objets et la forclusion des significations de la réalité sont présents, ainsi que la déformation du Moi (par le recours au refoulement) ;
- la pathologie porte sur le narcissisme secondaire<sup>1</sup> ;
- une relation d'objet anaclitique ;
- processus primaires et secondaires, principes de plaisir et de réalité, s'entremêlent en des proportions et selon des figures variables, rendant compte de la complexité et de la labilité de cette organisation.

Nous allons maintenant aborder plus précisément les trois lignées en examinant pour chacune les points de vue génétique et structural.

---

<sup>1</sup> Le narcissisme primaire désigne un état précoce où l'enfant investit toute sa libido sur lui-même. Le **narcissisme secondaire** désigne un retournement sur le Moi de la libido, retirée de ses investissements objectaux (Laplanche, Pontalis, 1967).

# Lignée psychotique

## 1. Point de vue génétique

On distingue habituellement cinq stades pour la lignée psychotique : l'indifférenciation somato-psychique, les frustrations précoces, la pré-organisation du Moi psychotique, le pseudo-silence de la période de latence et le remaniement contemporain de la poussée pubertaire. Voyons en détail ces cinq étapes.

### a) L'indifférenciation somato-psychique :

C'est elle qui règne au départ du développement épigénétique commun aux trois lignées.

### b) Les frustrations précoces :

Ces frustrations proviennent (habituellement) du **pôle maternel** (sur fond psychotique de la mère, et/ou des difficultés à entrer en relation avec l'enfant), elles sont génératrices de ruptures du développement, apparentes ou non.

### c) Pré-organisation du Moi psychotique :

Cette pré-organisation se fait à partir des frustrations archaïques, soit d'emblée (en cas de **fixation** immédiate), soit ultérieurement en cas de **régression** secondaire. Cependant, cette pré-organisation du Moi psychotique se fait toujours **avant la fin du premier sous-stade anal** (phase de la réjection anale).

Cette pré-organisation du Moi psychotique peut se mettre en place, soit au cours de la phase orale, soit dans la première partie de la phase anale, séparée de la seconde par la « *divided line* » (Abraham, 1925). Selon cette conception, cette ligne de division qui sépare le premier stade anal (réjection et destruction) du second (rétention et contrôle), permet de distinguer les fixations-régressions psychotiques (en deçà de la *divided line*) des fixations-régressions névrotiques (au-delà de la *divided line*).

### d) Pseudo-silence de la période de latence :

Durant cette période se produisent certains mouvements, remaniements psychiques, dont témoignent, par exemple, les **dysharmonies évolutives** (qui évoquent déjà les patients limites).

### e) Remaniement contemporain de la poussée pubertaire :

Au moment de la puberté, se présente une nouvelle donne. Un nouvel agencement est possible et tout peut être remis en question (ce qui légitime l'intérêt du travail avec les adolescents). L'alternative suivante se présente :

– dans le premier cas, le plus rare, il existe une petite chance de voir le sujet quitter sa lignée psychotique pour aller se fixer dans un Moi névrotique organisé, qui débouche alors sur des structures névrotiques, décompensées ou non. Cet infléchissement est peu courant, éventuellement réalisable (jamais fortuit), à partir d'un **travail psychothérapeutique** (généralement psychanalytique) intelligent, approfondi et humain, quoique sans garantie de succès ;

– dans tous les autres cas, un Moi pré-organisé psychotiquement va tout simplement poursuivre son évolution au sein de cette lignée dans laquelle il est déjà suffisamment engagé. Il s'organisera ensuite, de façon définitive, sous forme de structure psychotique véritable et stable, pour aboutir au **Moi psychotique organisé stable** (qui ne deviendra pathologique que si la structure décompense).

Si cette décompensation survient (à la suite d'un accident externe ou interne), le système se fracture, les lignes de fracture étant définies par les niveaux de fixation et de régression préalablement établis (cf. la belle métaphore du cristal brisé dans Freud, 1932).

### Définitions (d'après Laplanche, Pontalis, 1967) :

**La fixation** : c'est un **mode d'inscription** de certains contenus représentatifs (expériences, images, représentations, fantasmes) qui persistent dans l'Inconscient de façon inaltérée et auxquels la pulsion reste reliée.

La fixation a pour **cause** : une prédisposition constitutionnelle, un traumatisme, une carence, ou au contraire, un excès d'apports affectifs.

L'**effet** d'une fixation est d'empêcher le passage d'un stade psycho-sexuel au suivant, de définir le pathologique comme un anachronisme et de reproduire par la suite ce type d'attachement organisé selon la structure caractéristique de l'un des stades évolutifs.

**La régression** : c'est un **processus psychique** comportant un sens de parcours et de développement et qui désigne un retour en sens inverse, à partir d'un point déjà atteint, jusqu'à un point antérieur.

Il convient de distinguer la régression aux points de vue : topique, temporel et formel.

– **topique** : régression telle qu'on l'observe dans le rêve et l'hallucination. La régression s'opère le long d'une succession de systèmes psychiques que l'excitation parcourt normalement suivant un sens donné. Ainsi, dans la première topique, l'excitation parcourt normalement le chemin : de l'Inconscient au Préconscient, du Préconscient au système Perception-Conscience et de ce système à la réalité. Si le système s'inverse (par exemple, dans la rêve, l'hallucination, l'obsession), il y a ébranlement des systèmes psychiques dans un sens régressif. C'est le cas de la surestimation de la pensée chez l'obsédé, où il y a régression de l'acte à la pensée ;

– **temporel** : la régression suppose une succession épigénétique et désigne le retour du sujet à des étapes dépassées de son développement, autrement dit, le sujet revient à un stade déjà franchi. Là sont interrogés les stades libidinaux dans leur succession, les différents modes de relation d'objet, les identifications successives ;

– **formel** : la régression désigne alors le passage à des modes d'expression ou de comportement d'un niveau inférieur à ceux acquis précédemment, du point de vue de la complexité, la cohérence structurale, la différenciation (on retrouve là, dans la pensée de Freud, l'héritage de J.H. Jackson (1884), repris plus tard par P. Janet (1929) et H. Ey (1974) dans l'organo-dynamisme).

Ces trois formes de régression, à leur fondement, n'en forment qu'une et, dans la plupart des cas, elles se rejoignent car ce qui est plus ancien dans le temps, est également primitif dans la forme et se situe dans la topique psychique au plus près de l'extrémité perception.

A partir d'un tel modèle il devient possible de classer les grandes lignées psychopathologiques en fonction du niveau de fixation-régression :

- **schizophrénie** : fixation-régression au premier sous-stade oral ;
- **psychose maniaco-dépressive**<sup>3</sup> : fixation-régression au deuxième sous-stade oral ;
- **psychose paranoïaque** : fixation-régression au premier sous-stade anal ;
- **obsessions** : fixation-régression au deuxième sous-stade oral ;
- **structures hystéro-phobiques** : fixation-régression au stade phallique.

<sup>3</sup> Soit sous sa forme bi-polaire, mélancolique *et* maniaque, soit sous sa forme unipolaire, mélancolique *ou* maniaque.

## **2. Point de vue structural**

Le point de vue structural peut être décomposé en douze éléments : la défaillance du narcissisme primaire, la personnalité de la mère, celle du père, la relation fusionnelle à la mère, la relation d'objet spécifique, la spécificité topique, la nature de l'angoisse, la nature du conflit, le délire, le principe de fonctionnement psychique, les mécanismes de défense, l'altération paradigmatique du langage.

### **a) La défaillance du narcissisme primaire :**

Elle exprime le fait que dès sa naissance (parfois avant), l'enfant ne peut être considéré par sa mère comme un objet distinct d'elle-même et autonome, unique et sexué, c'est-à-dire comme un **sujet** ;

### **b) La personnalité de la mère :**

Elle se révèle incomplète. La mère ne peut concevoir la séparation de cette partie d'elle (le fœtus, puis le bébé), ni physiquement, ni psychiquement ;

### **c) La personnalité du père :**

La personnalité du père (choisi par la mère) témoigne d'une forme de complicité, ou au moins d'un effacement, par rapport à la symbiose mère-enfant. Au pire, le père peut être « absent » physiquement et psychiquement (ce niveau d'analyse au niveau du couple parental ne doit pas faire oublier les aspects transgénérationnels de la psychose, notamment le rôle de la grand-mère maternelle) ;

### **d) La relation fusionnelle à la mère :**

Ce type de relation symbiotique (plus ou moins fusionnel selon les variétés de psychose) deviendra le prototype des relations que le sujet sera capable d'instaurer ultérieurement tout au long de sa vie ;

### **e) La relation d'objet spécifique :**

Dans ce cas, la relation d'objet ne peut atteindre ni le stade génital, ni même le stade anaclitique (caractéristique des états-limites), elle n'est pas non plus triangularisée (le complexe œdipien n'est pas atteint, encore moins résolu, il fonde l'individualité du sujet, lorsque le tiers-père sépare la dyade mère-enfant, par son désir envers la mère et le désir réciproque de la mère envers lui, ce qui réalise la triangulation œdipienne). Si parfois des éléments œdipiens apparaissent chez le psychotique, ils ne sont pas organisateurs, le psychotique vivant dans l'aporie infinie de la fusion (donc se perdre dans l'autre) pour pouvoir exister ;

### **f) La spécificité topique :**

Le **Surmoi** (post-œdipien) n'est pas formé et sa pré-forme a été proprement éjectée de la psyché (certains auteurs – S. Ferenczi (1916), M. Klein (1933), R. Spitz (1958) – considèrent la possibilité d'un Surmoi dit « archaïque » (donc précoce, pré-œdipien), qui relève des mesures de contrôle et d'emprise maternels et qui prend généralement une figure sadique) ;

Le **Moi** est faible, fragile, dissocié, fracturé, clivé, que ce morcellement soit apparent, ou bien que les fragments, s'il n'y a pas eu encore décompensation, demeurent précairement collés entre eux (tant que le cristal tient...) ;

Le **Ça** envahit le Moi de toutes ses émergences pulsionnelles ;

#### g) La nature de l'angoisse :

Il ne s'agit ni d'une angoisse de castration (comme dans la névrose), ni d'abandon (comme dans l'état-limite), mais d'une **angoisse de morcellement et/ou de mort** ;

#### h) La nature du conflit :

Il s'agit du conflit qui oppose le **Ça** et ses besoins pulsionnels élémentaires, qui traversent un Moi poreux ou morcelé, et la **réalité** ; Surmoi et Idéal du Moi étant « hors jeu » ;

#### i) Le délire :

La réalité fait l'objet d'un **déni**, qui est suivi en compensation par la création d'une **néoréalité** délirante. Le délire est une construction déréelle, dont la fonction est de maintenir un lien avec le réel en donnant au sujet psychotique une interprétation tampon, une sorte d'apprêtage de la réalité pouvant la lui rendre suffisamment supportable.

Ce symptôme secondaire fait l'objet de **soins** (chimiothérapie, voire sismothérapie), qui visent à le réduire. Cependant, cette construction a pour fonction de maintenir un « commerce » avec la réalité et une régulation interne, et à vouloir la détruire à tout prix on risque de conduire le sujet à perdre le peu de sens (même falsifié) de la réalité qu'il avait (le risque de décompensation plus profonde, ou de passage à l'acte auto ou hétéro-agressifs sont aussi à craindre) ;

#### Définitions (d'après Laplanche, Pontalis, 1967) :

**La projection** : dans son sens proprement psychanalytique, c'est l'opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des objets, qu'il méconnaît ou refuse en lui. Il s'agit là d'une défense d'origine très archaïque et qu'on retrouve à l'œuvre particulièrement dans la paranoïa, mais aussi dans des modes de pensée « normaux » comme la superstition.

**Le clivage** : ce concept, issu des recherches psychiatriques et psychanalytiques de la fin du XIXe siècle, pointe le fait que l'homme, sous un aspect ou sous un autre, est parfois conduit à se diviser d'avec lui-même (comme l'ont montré les travaux portant sur l'hystérie et l'hypnose, le dédoublement de personnalité, la double conscience, les phénomènes de dissociation psychologique).

Chez J. Breuer et S. Freud (1895), les expressions de « clivage de la conscience », « clivage du contenu de la conscience », « clivage psychique », sont à la base du concept naissant d'Inconscient. Le concept de clivage (*Spaltung*) a été utilisé par E. Bleuler en 1910, pour expliquer le symptôme fondamental des schizophrénies (hypothèse du clivage du psychisme en groupes associatifs distincts et regroupés secondairement, que P. Janet (1889) a aussi soutenue). S. Freud restera très critique envers ces conceptions et reprendra le concept de clivage dans une toute autre perspective.

Dans le cadre d'une réflexion sur les **psychoses** et le **fétichisme**, Freud (1927a, 1938, 1940) crée et développe le concept toujours actuel de **clivage du Moi**. Dans ces pathologies, les relations entre le Moi et la réalité sont altérées : une partie de la réalité est niée. Ainsi, le clivage s'impose comme un mode complémentaire de fonctionnement. En ce sens, le clivage n'est pas à proprement parler un mécanisme de défense, mais un mécanisme intégrateur permettant de faire coexister deux mécanismes de défense associés : le **déni** (processus primaire) portant sur la réalité et le **refoulement** (processus secondaire) portant sur la pulsion (le clivage porte bien ici sur une instance – le Moi – il est dit intrasystémique, à la différence du clivage intersystémique, comme entre le Moi et le Ça).



Le clivage a aussi été formalisé par M. Klein (1921, 1952) en tant que **défense la plus primitive contre l'angoisse** : l'objet, visé par les pulsions érotiques et destructives est scindé en « bon » et « mauvais » objets. Cette attribution est fonction à la fois du caractère gratifiant ou frustrant de l'objet, mais aussi du fait de la projection sur lui des pulsions du sujet (pulsions de vie – libidinales – ou de mort – destructrices). Le clivage de l'objet s'accompagne d'un clivage corrélatif du moi en « bon » et « mauvais » Moi, le Moi étant, pour l'école kleinienne, essentiellement constitué de l'introjection des objets. Dès lors, ces objets, « bons » ou « mauvais », auront des destins **indépendants** (en fonction des mécanismes de projection et d'introjection auxquels ils seront soumis) et **différents** (selon qu'il s'agit d'objets partiels – sein, pénis – correspondant à la position schizoïde, ou d'objets totaux – la mère – correspondant à la position dépressive). Pour M. Klein, le clivage du Moi n'intervient que secondairement à l'introjection de ces « bons » et « mauvais » objets.

#### j) Le principe de fonctionnement psychique :

La psychose est sous le primat du **principe de plaisir** avec l'émergence des **processus primaires** de la pensée. Ceux-ci caractérisent l'Inconscient et correspondent à une énergie libre qui circule sans entrave d'une représentation à une autre, selon les mécanismes de condensation et de déplacement. Cette énergie tend à investir les représentations attachées aux expériences de satisfaction constitutives du désir : c'est l'**hallucination primitive**. Alors que dans les processus secondaires, l'énergie est d'abord liée avant de s'écouler de façon contrôlée. Les représentations sont investies de façon plus stable, la satisfaction ajournée, permettant des expériences mentales qui mettent à l'épreuve les différentes voies de satisfaction possibles. Ce recul du plaisir par rapport à la réalité, cet espace de mentalisation que nous voyons devant nous *in statu nascendi*, correspondent à l'émergence de la pensée, qui donnera ainsi la possibilité, plus tard, de la liberté face aux pulsions. Mais nous sommes là bien loin de la psychose...

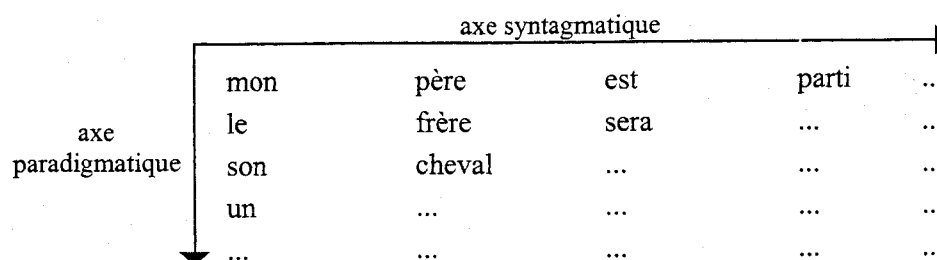
#### k) Les mécanismes de défense :

Les principaux mécanismes de défense de la psychose sont : le déni, la forclusion, la projection et le clivage (la définition des deux premiers a déjà été donnée, voici celle des deux derniers mécanismes) ;

#### l) L'altération paradigmatique du langage :

Dans la psychose le langage est altéré dans sa fonction symbolique paradigmatique par confusion des signifiants d'une même lignée paradigmatique (au plan synchronique), les mots étant transformés en choses que l'on peut substituer, relier, utiliser comme de véritables objets matériels.

#### Rappel à propos des deux axes d'organisation de la langue (R. Jakobson, 1963, 1973) :



La langue s'organise selon deux axes : l'**axe syntagmatique** sur lequel la phrase est construite comme organisation des mots (signes) les uns par rapport aux autres (par exemple, la phrase : *mon père est parti*) ; et l'**axe paradigmatique** sur lequel sont placées les possibles substitutions entre signes (par exemple, au mot *père*, peuvent être substitués les mots *frère, cheval* ...), afin de marquer les changements de contexte, ou les métaphores, auxquels l'énoncé fait référence.

## Lignée névrotique

### 1. Point de vue génétique

Cinq stades sont distingués pour la lignée névrotique du point de vue génétique : l'indifférenciation somato-psychique, l'évolution pré-œdipienne, la pré-organisation du Moi névrotique, la période de latence et les remaniements de l'adolescence.

#### a) L'indifférenciation somato-psychique :

C'est elle qui règne au départ du développement épigénétique commun aux trois lignées ;

#### c) L'évolution pré-œdipienne :

Dans la lignée névrotique on ne note **pas de fixation prégénitale importante** et l'évolution est banale jusqu'au conflit œdipien ;

#### c) La pré-organisation du Moi névrotique :

Cette pré-organisation se fait sous le primat de l'**économie génitale**, avec accession à la **triangulation** au moment de l'**Œdipe** ;

#### d) La période de latence :

On ne note pas de grande modification structurelle pendant la période de latence, même si des manifestations cliniques peuvent apparaître, persister ou se modifier ;

#### e) Les remaniements de l'adolescence :

Ces remaniements de l'adolescence se présentent sous deux formes :

**Dans le premier cas**, si les conflits internes et/ou externes sont très intenses, un Moi préalablement fragilisé peut se détériorer davantage et **régresser** vers des types de fonctionnement et des systèmes relationnels et défensifs plus archaïques, donc muter vers une **économie psychotique** (passage d'un conflit Moi/Ça vers un conflit Ça/réalité). La simple économie des pulsions à l'aide du Surmoi se trouve dépassée vers une mise en question très sérieuse de la réalité.

Quand cela survient, le sujet se retrouve avec un **Moi psychotique structuré** qui pourra décompenser selon les modes classiques de la psychose : **mélancolie** ou **paranoïa**, mais jamais schizophrénique, car les points de fixation les plus archaïques n'ont pas été inscrits. Cette mutation structurelle de la lignée névrotique à la lignée psychotique est malheureusement plus fréquente que l'inverse. Une intervention psychothérapeutique (généralement psychanalytique) est évidemment essentielle pour tenter de la prévenir.

#### Remarque :

Cependant, cette description assez « idéale » du devenir adolescent ne doit pas faire oublier que nous nous trouvons face à une période charnière de l'être humain. Les remaniements d'abord physiologiques et corporels liés à la puberté, ceux concomitants aux plans familial et social, représentent des facteurs de déstabilisation importants, même pour une personnalité bien constituée. Aussi, assistons-nous typiquement à l'adolescence à l'apparition de tableaux faits de bizarreries, de rêveries qui flirtent avec le délire et autres dysfonctionnements comportementaux et affectifs parfois bruyants, qui peuvent aller jusqu'aux crises à caractère psychotique lorsque, par exemple, les pressions de l'entourage proche prennent un tour

insupportable (P. van Meerbeeck, 1988). Oublier le poids de cette mutation-révolution (parfois catastrophe !) somato-familio-sociale au profit d'un étiquetage en « psychotique » peut avoir des conséquences dramatiques pour l'avenir du jeune ainsi stigmatisé. Cette sorte d'induction psychotisante n'est pas « que » iatrogène, mais implique tous ceux que cela arrange (famille, intervenants sociaux) et qui préfèrent crier au « fou » plutôt qu'assumer leur propre déstabilisation face à l'adolescent.

**Dans le deuxième cas**, le plus souvent le Moi préorganisé sur un mode névrotique s'organise définitivement sur ce mode et aboutit à une **structure névrotique** qui pourra décompenser (ou non) sous les modes classiques de la névrose : **obsessionnelle, hystérie de conversion, hystérie d'angoisse** (phobie).

## **2. Point de vue structural**

Le point de vue structural peut être décomposé en dix éléments : le primat du génital, le conflit Moi/Ça, l'angoisse de castration, la relation d'objet génitale, la prépondérance du refoulement, le primat du principe de réalité, la prévalence des processus secondaires, les formations de compromis, la triangulation, l'altération syntagmatique du langage.

### **a) Le primat du génital :**

L'organisation de la personnalité sous le primat du génital, dans la lignée névrotique, signifie qu'il n'y a pas de véritables points de fixation-régression aux niveaux prégénitaux du développement psycho-sexuel et, qu'en d'autres termes, tous les stades de ce développement (stades anal, oral, phallique) ont été franchis avec succès, jusqu'à l'étape œdipienne qui conduit au génital ;

### **b) Le conflit Moi/Ça :**

Le conflit psychique de la lignée névrotique oppose le **Moi** (aidé du Surmoi et secondairement de l'Idéal du Moi) aux pulsions issues du **Ça**. Ce conflit se déroule à l'intérieur du Moi, qui est intègre, non clivé, ni déformé ;

### **c) L'angoisse de castration :**

Elle est en rapport avec le primat du génital et le complexe œdipien. Elle concerne une conception symbolique de la castration qui permet de réguler psychiquement le constat de la différence des sexes (avoir ou non un pénis), ainsi que la loi paternelle qui sépare la mère de l'enfant (triangulation), la castration symbolisant ici l'ensemble des interdits incontournables (interdits fondant la différenciation des sexes, des générations, des individus, interdit de l'inceste) qui font barrage à la pulsion ;

### **d) La relation d'objet génitale :**

Pour laquelle l'objet garde une position proximale, tout en existant en propre. Le sujet n'est ni fusionné, ni anaclitiquement adossé à l'objet ;

### **e) La prépondérance du refoulement :**

Ce mécanisme de défense est prépondérant ; il préserve la perception de la réalité (au moins en grande partie, en tout cas il ne la dénie pas) et concerne pour l'essentiel le destin des pulsions dans une économie de la défense, le refoulement, comme mécanisme générique, pouvant se présenter sous plusieurs aspects (isolation, annulation, dénégation, intellectualisation...) ;

#### **f) Le primat du principe de réalité :**

Les exigences inhérentes au principe de plaisir (émergences pulsionnelles primaires) sont généralement soumises au principe de réalité qui autorise la prise en compte des interdits, la temporisation de la satisfaction, le détournement vers des buts secondaires ;

#### **g) La prévalence des processus secondaires :**

Les processus secondaires de la pensée sont à l'œuvre (élaboration psychique, imaginaire, liaison des représentations) ;

#### **h) Les formations de compromis :**

Le conflit Ça/Moi-Surmoi (conflit pulsion/défense), grâce au refoulement et à la secondarisation sous le principe de réalité, entraîne la création de formations de compromis, comme le rêve, les fantasmes (compromis fonctionnel), jusqu'aux symptômes (compromis pathologique) ;

#### **i) La triangulation :**

La relation aux parents a été élaborée sur une base triangulaire (père-enfant-mère), qui inclue la reconnaissance de la triple différenciation : des sexes, des générations et des individus, sous le primat de la Loi (complexe de castration). Cela implique que dans l'appareil psychique du père, comme dans celui de la mère, l'enfant soit reconnu comme unique, autonome et sexué (selon son sexe anatomique) ;

#### **j) L'altération syntagmatique du langage :**

Dans le cas de certaines décompensation névrotiques, le langage peut se trouver altéré dans sa fonction symbolique syntagmatique (sur la chaîne des signes (mots) qui forment un énoncé (phrase) au plan diachronique). Ainsi, le langage des névrosés hystériques n'est pas toujours compréhensible ou cohérent.

### **Lignée état-limite**

#### **1. Point de vue génétique**

Sept étapes sont à considérer pour la lignée état-limite du point de vue génétique : l'indifférenciation somato-psychique, l'évolution pré-œdipienne, le traumatisme psychique désorganisateur précoce, la pseudo-latence, le traumatisme psychique désorganisateur tardif, les pré-aménagements post-traumatiques, les aménagements caractériels et pervers.

##### **a) L'indifférenciation somato-psychique :**

C'est elle qui règne au départ du développement épigénétique commun aux trois lignées ;

##### **b) L'évolution pré-œdipienne :**

La clinique nous montre qu'il s'agit de patients dont le Moi a dépassé, sans trop d'encombre, le moment où les frustrations du premier âge auraient pu opérer des fixations pré-psychotiques tenaces ; de plus, ces patients n'ont pas, dans leur évolution ultérieure, régressé à de telles fixations archaïques ; cependant, **ils n'ont pas pu accéder à l'évolution œdipienne normale** en raison de la

manifestation d'un **traumatisme psychique** (unique ou une **série de micro-traumatismes** qui se cumulent et ont par là la même efficacité) ;

#### c) Le traumatisme psychique désorganisateur précoce :

Ce traumatisme précoce (peu avant l'Œdipe) met face à face : un **Moi immature** encore trop inorganisé sur le plan de l'équipement, de l'adaptation, des défenses et un **émoi pulsionnel**, c'est-à-dire une quantité d'excitation supérieure à ce que le Moi peut métaboliser (comme par exemple, la tentative de séduction sexuelle par un adulte dans le cas de « l'homme au loup » – Freud, 1918) ;

Ainsi, le Moi de l'enfant se trouve-t-il confronté trop tôt, trop brutalement et trop massivement à une **réalité œdipienne** (et non pas seulement un fantasme) qu'il ne peut penser et encore moins assumer. Cet émoi génital précoce constitue un véritable **traumatisme affectif** à lui tout seul, car **il ne peut être traité par l'enfant** selon un mode perceptif et relationnel (il y a souvent sidération durant l'événement traumatisant), ni selon un mode objectal achevé, ni selon un mode génital ;

Le Moi ne peut alors que chercher à intégrer cette expérience prématurée aux autres expériences du moment et se trouve contraint de ranger cette perception dans la catégorie des **frustrations** et des **menaces narcissiques** ; du fait qu'il n'a pas encore accédé à la phase œdipienne, le Moi ne peut pas négocier cette perception dans le contexte d'une économie triangulaire et génitale (comme pourrait le faire plus tard une structure névrotique) ; le Moi sera ainsi en difficulté pour pouvoir utiliser le refoulement afin d'éliminer du conscient l'excès de tension sexuelle ou agressive et donc il se verra obligé d'utiliser des **mécanismes de défense archaïques**, proches de ceux qu'utilisent les psychotiques : le **déni de représentations sexuelles** (et non de la réalité), le **clivage de l'objet** (et non du Moi), l'**identification projective** ou le **maniement omnipotent de l'objet** ;

Ce traumatisme (ou les traumatismes cumulatifs) jouera le rôle de **premier désorganisateur** et bloquera l'évolution libidinale qui avait été jusque-là bien engagée ;

#### d) La pseudo-latence :

L'évolution du sujet se trouvera figée dans une sorte de **pseudo-latence**, à la fois plus précoce (elle débute avant l'Œdipe) et plus durable (elle se poursuit bien après la puberté, voire toute la vie) que la latence normale. Cette pseudo-latence s'appelle le **tronc commun aménagé** de l'état-limite, il est marqué d'une profonde immaturité ;

Il ne s'agit pas là d'une structure (car une structure suppose un certain nombre de critères cliniques : fixité, spécificité, cohérence), mais plutôt une **organisation**, faite d'une série d'**aménagements** qui sont : instables, coûteux au plan énergétique et qui ont pour fonction de maintenir le Moi hors des structures psychotiques dépassées et hors des structures névrotiques non atteintes ;

Certains sujets parviennent à se maintenir dans cet état limite toute leur vie au prix de mesures d'évitement, de renoncements, de travestissements (la normopathie, les ruses psychopathiques, la pseudo-génitalité et la pseudo-triangulation) ;

#### e) Le traumatisme psychique désorganisateur tardif :

Pour d'autres sujets, les plus nombreux, une autre **série traumatique** surviendra plus tard. Ce sera le **traumatisme désorganisateur tardif**, qui va précipiter la **décompensation**, à nouveau par la coexistence entre un excès d'excitation et une incapacité à traiter correctement cet excès ;

Ce traumatisme concerne le plus souvent une **blessure narcissique** du sujet (circonstance effectivement blessante ou simplement perçue comme telle). On peut citer comme exemples : le post-partum, un mariage, un deuil, un accident corporel ou affectif, un viol, un abandon, ou encore des bouleversements sociaux ébranlant les valeurs et repères du sujet ;

Quand ce traumatisme se produit, survient la **grande crise d'angoisse aiguë**, improprement appelée « névrose d'angoisse » et décrite par J.-A. Gendrot et P.-C. Racamier (1967) comme un état paroxystique et transitoire, à la fois : prépsychotique, prénévrotique et prépsychosomatique ;

Nous assistons alors à un mouvement d'**intense régression du Moi**, comportant souvent des éléments de **dépersonnalisation**, le second traumatisme tardif (ou une série de micro-traumatismes répétitifs et rapprochés) venant faire rappel, dans l'**après-coup**, du premier traumatisme. Devant un tel excès de surcharge pulsionnelle, l'aménagement provisoire et imparfait du moi se trouve complètement bouleversé, les défenses non spécifiques utilisées jusque-là se présentent comme totalement inefficaces dans leur archaïsme et leur superficialité ;

Au plan clinique on a l'impression d'observer une « **crise d'adolescence** » plus tardive, plus intense, plus brutale, plus brève, qui remettrait en cause toute l'organisation du Moi et ses aménagements antérieurs ;

#### **f) Les pré-aménagements post-traumatiques :**

A la suite de cette désorganisation traumatique du Moi, aucun aménagement médian, donc appartenant au tronc commun état-limite, n'est plus possible et un nouveau système défensif doit aussitôt être mis en place. Trois voix peuvent être envisagées :

**1. La voie névrotique :** elle se présente sous sa forme décompensée et sera empruntée si le Surmoi se montre assez consistant pour faire alliance avec la partie saine du Moi contre les pulsions du Ça. Alors, le niveau de l'organisation œdipienne pourra enfin être atteint, avec l'aide de l'énergie résiduelle du traumatisme, le sujet glissant dans la lignée névrotique (soit, le plus souvent, sur le versant phobique, soit sur le versant hystérique) ;

**2. La voie psychotique :** elle sera au contraire empruntée si le Surmoi est insuffisant à interdire aux pulsions d'envahir la partie saine du Moi, jusque-là bien adaptée grâce à ses défenses anciennes ; la psychotisation (jamais schizophrénique) se fait de façon mélancolique autour du noyau dépressif ou paranoïaque autour d'un noyau interprétatif, avec l'aide des forces culpabilisantes de l'Idéal du Moi ;

**3. La voie psychosomatique :** elle sera empruntée si le sujet se met en position de déssexualiser et de désinvestir les affects et représentations (isolées de leur charge énergétique), d'excitation et d'expression.

#### **g) Les aménagements caractériels et pervers :**

Hors de ces accidents aigus succédant à un traumatisme tardif, l'évolution du tronc commun des états-limites se fait très souvent sans incident psychopathologique notable, vers l'un ou l'autre des deux aménagements, plus stables et plus originaux dans leurs défenses, et qui se détachent de ce tronc commun :

1. les aménagements caractériels :

- a) « névrose » de caractère
- b) « psychose » de caractère
- c) « perversion » de caractère

(Nota : les guillemets signifient que les termes de « névrose », « psychose » et « perversion » doivent être compris ici au sens descriptif et non structurel)

2. l'aménagement pervers

Examinons chacun de ces aménagements.

## 1. les aménagements caractériels :

### a) « névrose » de caractère

Celle-ci ne doit pas être confondue avec les « caractères névrotiques » qui correspondent à ce qui perçoit d'une structure sous-jacente névrotique (hystérique ou obsessionnelle) ;

La « névrose » de caractère correspond à un aménagement plus stable et plus sûr du tronc des états-limites en direction des comportements névrotiques, mais tout en restant en dehors de la structure névrotique : il s'agit d'un état-limite qui recherche davantage la stabilité en « **jouant la névrose** » alors qu'il n'en a pas les moyens structurels, génitaux et œdipiens ;

Ce sont des sujets : hyperactifs, vulnérables à la dépression, à la vie fantasmatique pauvre, manipulant essentiellement le comportement, portant des jugements moraux défensifs rigides, dont l'auto-représentation est factice (ils s'éprouvent comme invulnérables et s'auto-estiment) ; ils sont très habiles à identifier les défaillances éventuelles de leur entourage, mais s'éprouvent eux-mêmes sans imperfection ; ces sujets souffrent inconsciemment de leur **incomplétude narcissique** et cherchent à combler ce manque par des formations réactionnelles comme : l'**anaclitisme** (étayage sur l'autre) qu'ils exercent à l'envers par des pensées, des discours et des comportements autoritaires et dominateurs ; l'**imitation** (la forme fictive et inefficace d'identification) aboutissant à des pseudo-personnalités ; finalement, ils infligent à leur entourage plus de souffrance qu'ils n'en ressentent ou n'en avouent eux-mêmes ;

### b) « psychose » de caractère

Elle ne répond pas, comme dans le caractère psychotique à une difficulté de contact avec la réalité, mais à une **difficulté d'évaluation** de cette réalité ;

Cette différence est essentielle : les vrais psychotiques dénie la réalité, alors que nos patients limites aménagés sur ce mode usent du **clivage** et de la **projection** pour placer à l'extérieur d'eux-mêmes tout ce qui pourrait blesser leur narcissisme, ils éprouvent donc une extrême difficulté à évaluer correctement la réalité ;

Les sujets limites effectuent donc un tri, dans le monde qui les environne, de ce qui pourrait les affliger narcissiquement (par clivage et projection). Ce sont le plus souvent des hommes d'action, de toutes les époques taxés de « psychotiques » (ou « psychopathes ») par leurs adversaires et de « génies » par leurs adeptes, focalisant sur eux les plus grands enthousiasmes comme les plus grandes haines ;

Aussi longtemps qu'ils n'ont pas été soumis à des traumatismes narcissiques trop sérieux, ils peuvent donner le change et nourrir l'illusion, en véritables acrobates de la relation, déconcertants dans leurs réactions ; ils dissimulent finalement le besoin d'être aimés par le besoin d'être craints (*Oderint, dum metuant*, qu'ils me haïssent, mais qu'ils me craignent : devise des souverains autoritaires et soupçonneux) et après avoir accédé à des situations éminentes, mais peu durables, ils connaissent souvent une fin marquée par l'**effondrement** pour les moins adaptés, la **solitude** pour les autres ;

### c) « perversion » de caractère

Ce sont des « agressifs gentils », tant on sent qu'il n'y a pas de méchanceté foncière dans leur comportement, mais simplement un immense **besoin de restauration phallique** ;

Le sujet manifeste des agressions d'aspect narcissique répétées, non pour se faire aimer directement, mais pour demeurer indirectement respecté, ce qui correspond au même besoin narcissique profond ;

On ne rencontre en eux **ni souffrance, ni culpabilité** (comme chez les pervers) ; ils sont toutefois différents des pervers car le déni n'est pas celui du sexe de la femme (en tant que non porteur du pénis), mais **déni du droit des autres à posséder un narcissisme**, d'où l'utilisation d'autrui au profit de son propre narcissisme (il ne s'agit donc pas de « perversion », mais de « perversité »).

## 2. l'aménagement pervers

Pour ces sujets, l'angoisse dépressive sera surtout évitée par la réussite du déni portant sur une partie seulement, très focalisée, de la réalité : le **déni de la représentation du sexe de la femme** (en tant qu'elle ne possède pas de pénis) ; cet objet partiel ne doit pas exister (car il renverrait alors à des angoisses insoutenables), en même temps que l'autre, comme **objet partiel phallique**, va être farouchement surinvesti, selon un **mode narcissique** ;

La description et l'étude de ces patients peut se faire en cinq points : le déni partiel, le narcissisme primaire mal intégré, le clivage du Moi, la faiblesse du Surmoi, l'entre-deux du pervers.

### a) Le déni partiel :

Ces sujets sont très proches des psychotiques, le pervers délirant comme un psychotique, mais sur un seul secteur : le sexe de la femme ;

### b) Le narcissisme primaire mal intégré :

Mal intégré, le narcissisme primaire se trouve ainsi fixé au niveau de l'objet partiel situé entre l'auto-érotisme (non totalement dépassé) et la relation d'objet (non parfaitement atteinte) ;

La précocité libidinale a été telle que pulsion partielle et objet partiel se sont trouvés trop tôt liés, l'objet total n'ayant pu se former ;

### c) Le clivage du Moi :

Chez ces sujets, une partie du Moi reconnaît la castration et utilise le refoulement, mais une autre partie, clivée de la précédente, dénie la castration et forclôt sa signification ; cette dualité coexiste toute la vie, engendrant deux séries parallèles de défenses : l'une portant sur l'intérieur du sujet (le **refoulement** et mécanismes annexes), l'autre portant sur ce qui lui est extérieur (**déni** et **forclusion**) ;

Les célèbres citations freudiennes : « *la névrose comme négatif de la perversion* » et « *l'enfant comme pervers polymorphe* » (Freud, 1905b), trouvent ici tout leur sens, en raison des fixations existant chez le pervers à des pulsions partielles et à des objets partiels, non intégrées sous le primat et la totalité du génital et à cause de l'incomplétude narcissique et maturative, justement caractéristique des états-limites ;

### d) La faiblesse du Surmoi :

Le Surmoi du pervers n'a pu être formé dans le sens post-œdipien du terme et le pervers fonctionne surtout avec un **Moi Idéal** narcissique, maternel et féminin-phallique, injecté précocement par la mère ;

Ces pervers sont toujours **incomplets** : ils ne parviennent pas à investir leur propre pénis (pour l'homme), qui ne vaut pas le pénis du père et sont contraints de se référer au **phallus maternel** ; le manque d'intégrité narcissique, commun à tous les états-limites, s'incarne ici dans le manque



d'intégrité corporelle touchant le pénis ; la relation d'objet demeure essentiellement duelle (à la mère phallique) et **l'angoisse concerne la castration phallique** et non la castration génitale névrotique ;

**Remarque :**

Selon E. Loonis (à paraître), certains aménagements pervers plus proches de la lignée névrotique et caractérisés par une plus grande luxuriance fantasmatique érotique, auraient subi l'injection précoce et prématurée d'un Surmoi maternel sadique, portant sur les émois et intérêts sexuels normaux de l'enfant et valant non pas castration génitale, mais castration phallique, c'est-à-dire une blessure narcissique précoce, de sorte qu'il n'y a pas à proprement parler « faiblesse du Surmoi » chez ces sujets, mais au contraire « lutte contre le Surmoi maternel injecté » au travers d'une fantasmatique transgressive qui peut déboucher sur des passages à l'acte, l'*acting* valant réassurance phallique narcissique et défi jeté à la mère phallique castratrice.

**e) L'entre-deux du pervers :**

Dans cet aménagement du pervers il n'existe ni organisation vraiment (totalement) délirante, ni organisation vraiment œdipienne ;

Dans tout le groupe des états-limites, c'est le pervers qui se défend contre l'angoisse dépressive la plus dramatique, car de ce groupe, c'est l'aménagement pervers qui s'aventure le plus loin des aménagements prudents du tronc commun vis-à-vis des pulsions sexuelles ; de plus, il se risque très près des organisations psychotiques (sans pouvoir toutefois utiliser les solides mais redoutables défenses dont bénéficie cette structure).

**2. Point de vue structural**

Au point de vue structural nous allons distinguer entre : **l'économie générale** des états-limites et leur utilisation particulière des **mécanismes de défense**.

**1) Économie générale**

**a) Les maladies du narcissisme :**

Nous sommes ici dans le cadre des maladies du narcissisme, essentiellement du narcissisme secondaire, même si le narcissisme primaire peut être effleuré. Cette pathologie survient quand l'angoisse de morcellement a été dépassée (le conflit Ça/réalité), mais avant que la relation d'objet génitale et le conflit Moi/Ça ne soient atteints. La nature du conflit particulière ici oppose le **Moi** à l'**Idéal du Moi** ;

Définitions à partir de Laplanche et Pontalis (1967), Bergeret (1974) et nous-mêmes :

**Moi Idéal :** Formation intrapsychique, qu'il faut bien différencier de l'Idéal du Moi, et qui se définit comme un idéal de toute-puissance narcissique forgé sur le modèle du narcissisme infantile. Le Moi Idéal est donc bien une instance pré-œdipienne, archaïque, de toute puissance et de perfection narcissiques (narcissisme primaire). Sujet et objet n'ont qu'une distinction embryonnaire et inopérante. Le principe de plaisir et la pensée magique sont omnipotents. Dans toute son œuvre, Freud n'a pas distingué le Moi Idéal de l'Idéal du Moi.

**Idéal du Moi :** Terme employé par Freud dans le cadre de sa seconde théorie de l'appareil psychique (seconde topique) : instance de la personnalité résultant de la convergence du narcissisme (secondaire, idéalisation du moi) et des identifications aux parents, à leurs substituts et aux idéaux collectifs. En tant qu'instance différenciée, l'Idéal du Moi constitue un modèle auquel le sujet cherche à se conformer. Ce modèle représente ce que le sujet cherche constamment à atteindre, avec le sentiment d'y parvenir, mais de manière imparfaite : il y a bien entendu toujours un au-delà à l'idéal. L'Idéal du Moi est un aspect de la représentation mentale de soi qui respecte à la fois la réalité et le Surmoi. Il s'agit donc d'une instance post-œdipienne (à l'instar du Surmoi qui lui représente l'intériorisation des exigences et interdits parentaux, on peut dire que le Surmoi est *proscriptif* et l'Idéal du Moi *prescriptif*), comme modèle auquel le sujet adhère.

**Nota :** Il est donc important de ne pas confondre ces deux concepts (mnémotechnique : dans « Moi Idéal », « Moi » vient en premier – « Idéal » est un adjectif –, cela devant rappeler le narcissisme primaire, alors que dans « Idéal du Moi », « Moi » vient en second – « Idéal » est un substantif –, rappelant le narcissisme secondaire et les idéaux œdipiens).

### b) L'affect dépressif :

Les défenses fonctionnent pour protéger le sujet de la **dépression**, de l'**angoisse de perte et d'abandon** ; le mouvement dépressif sous-jacent concerne un **passé** vécu comme malheureux, plus au **plan narcissique** qu'érotique. Dans le même temps, l'angoisse reste centrée sur un **avenir inquiétant**, mais teinté d'espérance, de sauvetage, investie dans la **relation de dépendance** vis-à-vis de l'autre (anaclitisme) ;

### c) La relation d'objet anaclitique :

La relation d'objet génitale n'ayant pas été atteinte, nous sommes en présence d'une relation de dépendance anaclitique (étymologiquement, se pencher, s'appuyer sur).

Rappels :

– **Chez le psychotique** la relation d'objet demeure fusionnelle à l'objet maternel, car elle est de type narcissique intégral, en ce sens qu'elle est incluse dans le narcissisme de la mère (ou de son représentant) et exclusive ; elle conduit au comportement autistique, au désinvestissement de la réalité dans ses objets perceptibles et à une néo-construction objectale délirante ;

– **Chez le névrotique**, la relation d'objet suppose une différenciation entre le Moi et l'autre, avec de plus les différenciations ultérieures (de sexe et de génération) qui correspondent à la triangulation œdipienne : l'enfant se perçoit désormais comme différent d'autrui, mais encore comme possédant un sexe (féminin ou masculin) et appartenant à une génération (être enfant de), la relation d'objet étant alors construite dans la distance à l'autre et les limitations de la loi paternelle (interdit de l'inceste, ou de la fusion avec la mère, mais capacités à aimer et haïr très « œdipiennement »...).

Chez le patient état-limite, la relation d'objet demeure une relation à deux, mais différente à la fois de la dyade primitive (fusionnelle) et de la relation entièrement différenciée (œdipienne) : il s'agit d'être aimé d'un autre idéalisé, en étant à la fois séparé de lui, mais en s'appuyant de façon vitale sur lui (anaclitisme) ;

Dans la relation anaclitique, nous avons affaire à une **pseudo-triangulation**, les deux parents n'étant pas clairement différenciés au plan génital (indifférenciation parentale), le sujet se trouve intégré dans une **triade narcissique**, que l'on peut confondre à tort avec la triangulation œdipienne.

#### d) Le champ relationnel :

Ce champ est divisé en deux secteurs : d'une part, on observe une évaluation correcte de la réalité, c'est le **secteur adaptatif** ; et d'autre part, existe un secteur qui fonctionne sur un mode moins réaliste, plus idéaliste et plus utilitaire : c'est le **secteur anaclitique** (un secteur d'étayage qui se trouve sans cesse impliqué dans une dialectique dépendance *versus* maîtrise). Une telle division du champ des imagos (en rapport avec les objets internes qui constituent le champ relationnel) ne constitue nullement un éclatement consommé (ni même commencé) du Moi, mais simplement un mode de défense contre une menace d'effondrement narcissique, dépressif : à la différence du psychotique dont le Moi peut se morceler, se cliver, **pour l'état-limite le Moi se déforme pour ne pas se déchirer**.

#### Remarques :

– **Morcellement du Moi** : c'est un véritable éclatement, qui ne possède pas la signification d'un mécanisme de défense, mais traduit un processus de décompensation psychotique achevé ;

– **Dédoublement ou clivage du Moi** : nous sommes ici en présence d'une défense psychotique contre le morcellement, un dernier rempart contre l'éclatement psychotique, la perte de limites du Moi (Federn, 1953) ;

– **Dédoublement des imagos** : cette notion correspond, dans la terminologie de Bergeret, au clivage de l'objet. C'est une déformation du Moi (Freud, 1924b) qui distingue deux secteurs dans la réalité (adaptatif et anaclitique) ; dans ce second secteur, l'objet apparaît tantôt sous une imago positive et rassurante (la face d'étayage narcissique et anti-dépressif de l'objet), tantôt sous une imago négative, terrifiante et persécutrice (la face abandonnique de l'objet), ces deux faces de l'objet étant inconciliables, comme deux imagos contradictoires, qui rappellent les « bon » et « mauvais » objet de M. Klein.

## 2) Mécanismes de défense

A titre général, ils correspondent à des mécanismes surtout psychotiques, mais colorés d'une manière particulière.

a) **Le refoulement** : son rôle est très réduit chez les états-limites ;

b) **Le clivage** : chez l'état-limite, il entraîne des basculements rapides de l'amour à la haine pour un même objet, sans critique ni prise de conscience de ces mouvements alternatifs, ou bien, il y a ségrégation entre les objets, entre l'objet d'amour anaclitique élu (généralement unique) et tous les autres objets qui sont des objets de haine ou du moins de suspicion. Ce clivage, de ou des objets, revient à extérioriser et comme justifier la pénible ambivalence qui habite le système psychique de l'état-limite (le fameux « l'enfer c'est les autres » de J.-P. Sartre dans *Huis-Clos*) ;

En même temps que l'ambivalence, on observe chez ces sujets une incomplétude narcissique, de sorte qu'en utilisant le clivage et sa projection, c'est l'autre qui est désormais perçu comme ambivalent et narcissiquement incomplet. Ces mécanismes favorisent une protection contre la dépression et l'angoisse liée à l'incomplétude et la faiblesse du Moi, en permettant la perception de certains objets comme narcissiquement étayants de façon vitale. Il convient toutefois de noter que ce mode de clivage ne parvient que partiellement à ses buts, certaines représentations continuant à fonctionner comme des « introjects », ou « incorporats » (Sztulman, 1997), venant attaquer de l'intérieur le fonctionnement mental du sujet, à la différence des névrosés ;

Si l'on en revient à la clinique, nous sommes conduit à distinguer chez ces patients, deux modes de fonctionnement selon les objets avec lesquels ils entrent en relation (ou les moments particuliers d'une relation avec le même objet) : soit l'objet ne réactive pas la blessure narcissique, parce qu'il ne fait pas partie des objets narcissiquement investis, soit parce qu'il répond à la demande d'étayage, soit l'objet réactive la défaillance narcissique, parce qu'il est investi narcissiquement et qu'il ne répond pas ou plus au besoin de réparation de cette défaillance, ce qui peut réactiver les processus primaires et les défenses paranoïdes dans le champ de la relation anaclitique (la déformation du Moi dont on parle ici, correspond aux sentiments de perte, d'abandon, liés à la défaillance de l'objet, avec d'autres sentiments de haine persécutrice et de dépression, l'ensemble permettant au Moi de rester entier) ;

Cette description du Moi déformé correspond à ce que de nombreux auteurs ont pu reconnaître comme : personnalités « as if » (« comme si ») (Deutsch, 1934) ; le faux-self (Winnicott, 1969) ; la psychose blanche (Donnet, Green, 1973) ; le défaut fondamental (Balint, 1971) ; ou encore le soi grandiose (Kohut, 1971).

### **Clinique différentielle du clivage par rapport aux névrotiques :**

– Dans la névrose, les représentations de soi et de l'objet sont soumises à des mécanismes de défense le cas échéant (tel le refoulement), chargés de les écarter de la conscience ;

– pour l'état-limite, ces représentations échappent à ces mécanismes de refoulement et continuent d'être actives comme des parties de soi, des « introjects » selon D. Widlöcher (1970), mieux nommés « incorporats » (Sztulman, 1997) en raison de leur archaïsme, c'est-à-dire comme des objets internes venant attaquer de l'intérieur le fonctionnement psychique du sujet.

### **Clinique différentielle du clivage par rapport aux psychotiques :**

– Chez le psychotique le Moi est dissocié, fragmenté, altéré en profondeur et les mécanismes de défense ont pour mission de lutter contre cette activité dissociative ;

– pour les patients états-limites le Moi est seulement déformé et les mécanismes de la pensée s'efforcent de protéger le Moi contre un conflit interne intolérable. Dans ces conditions, l'épreuve de réalité présentée par O. Kernberg (1995) dans le cadre des entretiens d'évaluation, apparaît comme une technique opérante et différenciatrice entre psychotiques et états-limites en confrontant le sujet à ses contradictions internes et en interprétant ses opérations défensives : confronté à ses contradictions, le patient limite réagit plus positivement en réfléchissant (travail de mentalisation), ce qui entraîne un renforcement des capacités intégratives du Moi et une baisse de l'angoisse ; par contre, chez les psychotiques, les troubles de la pensée tendent à s'aggraver, les contradictions s'approfondissent et une régression tend à s'opérer, sous forme délirante et persécutrice.

Du côté de l'interprétation des opérations défensives (généralement, les attitudes de contrôle agressif ou sadique, que le clinicien perçoit dans le transfert) : les patients limites peuvent entendre de telles interprétations, faire preuve d'*insight* et tenter de corriger leurs attitudes, ou au moins de garder une certaine forme de lucidité ; alors que les psychotiques éprouvent et manifestent un affect d'intrusion violente et destructurante. Il est bien clair que ce type de technique déstabilisatrice nécessite de la part du clinicien l'expérience d'une empathie suffisante, afin de pouvoir modérer l'angoisse et endiguer les déformations psychotiques dans le transfert).

**c) La projection et l'identification projective :** dans la **projection**, il s'agit pour le patient limite d'externaliser les images de soi mauvaises et aussi les images agressives des objets, que le clivage a séparés en « bons » et « mauvais » objets ;

Venons-en à l'**identification projective** (terme introduit par M. Klein pour désigner un mécanisme qui se traduit « par des fantasmes où le sujet introduit sa propre personne, en totalité ou

en partie, à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder, le contrôler » – Laplanche et Pontalis, 1967). Pour les patients états-limites et à la différence des psychotiques, il n'y a pas de rupture avec la réalité, de confusion des mondes interne et externe, mais une simple distorsion qui se fait aux limites affaiblies du Moi qui se déforme ainsi ; l'objet devient ainsi objet de persécution (comme chez le psychotique), mais aussi d'imitation (le sujet n'accédant pas à l'identification) ;

M. Klein introduit alors un troisième espace, à côté des mondes interne et externe : cet espace est représenté par la double introduction fantasmatique du sujet à l'intérieur d'un objet externe, et à l'extérieur d'un objet interne ; la relation est menaçante (comme chez le psychotique), mais aussi empathique ; d'où la nécessité de détruire l'objet ou de le contrôler par les mécanismes du déni ou de l'idéalisation.

**d) Le déni :** ce mécanisme possède un caractère particulier chez les états-limites : il leur faut maintenir à distance du champ de la conscience toutes les pensées, perceptions et affects contradictoires et non compatibles les uns avec les autres ; ces patients déniaient tout ce qui peut blesser leur narcissisme et déniaient en retour le narcissisme des autres ;

**Cliniquement :** ces patients sont lucides sur les grandes variations de leurs attitudes vis-à-vis d'un même objet (chose ou personne), ils répéteront pourtant ces fluctuations ; un aspect singulier de leur contrôle émotionnel est représenté par le déni de leurs émotions et plus particulièrement par le déni maniaque de leurs sentiments dépressifs menaçants ; dans le même registre, mais à l'opposé, ils peuvent se manifester par une mise en acte (opération défensive associant le déni, le clivage et l'idéalisation) pour évacuer leur propre souffrance.

**e) Idéalisation :** c'est un processus psychique par lequel les qualités et les valeurs de l'objet sont portées à la perfection ;

**Cliniquement :** ces patients considèrent certains objets externes comme parfaits, ne risquant pas d'être détruits par les projections agressives du sujet ; au demeurant, ils redoutent plus l'éloignement que la mort, le rapprochement que la fusion ; ainsi s'établit une relation où le partenaire est paré de toutes les qualités, relation qui méconnaît et récuse des affects comme l'agressivité, la compassion ou la sollicitude envers l'objet. En contrepartie, les imperfections inévitables de l'objet finiront par réactiver l'angoisse destructrice du sujet et deux réactions seront alors possibles : soit un surcroît d'idéalisation conduisant le sujet vers des positions de plus en plus déréelles, soit un revirement : l'objet adulé est à ce moment-là rejeté, méprisé (un autre objet pourra en même temps être idéalisé en remplacement) ;

Il conviendra de prendre en compte ici les concepts d'**omnipotence du sujet comme de l'objet** (celle qui est nécessaire au Moi du sujet qui doit sans cesse maîtriser l'objet, en même temps que se soumettre à un objet idéalisé omnipotent, dont il attend la protection) et de **dévalorisation de l'objet** (dès lors que ce dernier n'est plus narcissiquement gratifiant ou protecteur, qu'il risque de devenir persécuteur, ou qu'apparaît un risque de dépendance insupportable à son égard, il doit être descendu de son piédestal avant que d'être rejeté).

**En conclusion, l'ensemble de ces mécanismes illustre la profondeur de l'ambivalence du patient limite envers l'univers objectal.**

**Bref rappel : réactions typiques de sujets devant un échec sérieux selon la lignée :**

- le psychotique usera du déni (au moyen du délire) afin d'éviter l'angoisse d'anéantissement ;
- l'état-limite s'effondrera dans la dépression narcissique ;
- le névrosé ressentira de la culpabilité ;
- le sujet normal tentera le dépassement de l'échec l'amenant à la modestie.

# CHAPITRE VIII : LES FONCTIONS DU MOI PSYCHOTIQUE

## Résumé :

Les fonctions du Moi psychotique sont abordées selon plusieurs points de vue : la bipartition du Moi (caractérisée par la non intégration des processus primaires et secondaires, la confusion, la chaotisation anarchique de la psyché, le clivage du Moi) ; l'automutilation mentale (la massivité des pulsions de mort et d'autodestruction par le jeu des déliaisons, entraînent des affects de terreur, un transfert massif bien particulier, qui génère un contre-transfert singulièrement éprouvant) ; l'identification projective (comme mécanisme fantasmatique de possession et de contrôle de l'autre, soit une relation d'objet où l'objet n'est pas réellement autonomisé en un non-Moi et caractérisée par le sadisme, entraînant une dynamique particulière de la psychothérapie) ; la pensée psychotique (elle s'applique à penser l'impensable, dans une conflictualisation généralisée de la psyché).

Les fonctions du Moi psychotique peuvent être considérées selon quatre points de vue :

1. la bipartition du Moi ;
2. l'automutilation mentale ;
3. l'identification projective ;
4. la pensée psychotique.

## 1) La bipartition du Moi

Le premier trait qui frappe le thérapeute, à tous les sens du terme, est la non élaboration, l'incohérence du Moi, dont rendent compte de multiples termes : fragmentation, morcellement, clivage, émiettement, éclatement, dislocation, partage, fracture, démembrement, division, fractionnement, scission, écartèlement, déchirure...

Cet ensemble de métaphores auquel puisent les divers auteurs selon leur inspiration, empruntent à des images physiques, voire anatomiques, qui traduisent :

- la **non intégration des processus primaires et secondaires** (la psychose ayant pour caractéristique de rendre aux processus primaires l'hégémonie première que l'instauration des processus secondaires lui dispute habituellement) ;
- la **confusion** entre les mondes intérieur et extérieur ;
- l'indistinction entre la haine et l'amour ;
- la **chaotisation anarchique de la psyché**, où toutes les instances sont absorbées par le Ça (envahissement du Moi, Surmoi non formé ou désintégré, ne jouant plus sa fonction protectrice pour maintenir le lien avec la réalité : il y a alors déni de la réalité) ;

Malgré cela, ce type de configuration psychique représente un effort d'organisation d'une certaine désorganisation, produit par un **appareil psychique qui, tout à la fois se défend et s'attaque** (Racamier, 1963). L'ensemble n'est concevable que si l'on se réfère au concept de **bipartition du Moi** (Bion, 1954) en deux sous-ensembles :

1. une partie dite « observante » qui reste plus proche du Surmoi collectif et représente la **partie non psychotique** (qui existe toujours) du fonctionnement mental ;

2. une seconde partie éprouvante et éprouvée qui demeure immergée dans le Ça et représente la **partie psychotique**.

Cette bipartition est essentielle, car elle permet l'espérance d'une action thérapeutique, le thérapeute nouant une alliance avec la part non psychotique pour faire reculer la part psychotique. C'est une lutte permanente, épuisante, harassante, car la partie non psychotique s'efforce en permanence de protéger l'accès à la réalité en usant du mécanisme de refoulement, alors que la partie psychotique inonde la réalité avec les contenus du Ça ; autrement dit, la part psychotique se déverse à l'extérieur, le Moi béant est éparpillé pour nourrir le phénomène hallucinatoire, il ne joue plus son rôle de régulateur.

Ainsi, un psychotique ne peut se détourner totalement de la réalité, quelle que soit sa haine de la réalité, interne comme externe. La part non psychotique de son Moi reste dans une relation, si ténue soit-elle, avec cette réalité, même si cette haine de la réalité englobe tout ce qui pourrait lui permettre d'en prendre conscience. Notons enfin, qu'il convient de ne pas confondre la bipartition du Moi du psychotique avec les deux secteurs de fonctionnement de l'état-limite (adaptatif et anaclitique), car il y a chez le psychotique un caractère d'archaïsme et donc de gravité beaucoup plus important.

## 2) L'automutilation mentale

La prépondérance, la massivité des pulsions de mort et d'autodestruction donnent aux soignants l'impression d'un véritable suicide mental.

Les pulsions de vie et d'amour sont bien présentes, mais parasitées de telle façon qu'elles se travestissent en sadisme, par le jeu de l'intrication-désintrication des pulsions et par le mécanisme du double retournement : sur la personne propre (l'objet) et en son contraire (le but). Ainsi, pour le Moi psychotique l'établissement de liens aboutit à la contamination des pulsions de vie par les pulsions de mort et les déliaisons entraînent des pulsions de vie contaminées à se commuer en sadisme.

Ces mécanismes entraînent les affects pénibles (terreur d'être annihilé, chosifié, englouti, explosé) qu'éprouvent habituellement de tels patients. Ces terreurs sont insupportables aussi bien pour les soignants (qui ne sont pas non plus exempts d'une part de processus primaires). La réactivation du « noyau psychotique » que chacun possède en soi, pourra donner lieu à des attitudes « thérapeutiques » ou « antithérapeutiques », selon les capacités de contenance, de détoxication, voire de restitution des soignants (voir le chapitre IX). Il n'est pas facile, en effet, de s'identifier à ce que ressent le patient psychotique, sans se laisser engloutir ; pas facile non plus d'accepter sans défaillir, l'injection en soi, des parties non saines, de la « folie », du patient, qui tente de s'en libérer lui-même. Cette relation où l'inducteur est le patient, par sa violence mortifère qui sourd la où un désir ne peut émerger, est toujours marquée par des effets de **transfert** et de **contre-transfert** (si au début S. Freud a pu nier l'existence du transfert chez les psychotiques, il révisa par la suite ses positions et tout psychanalyste qui a pu travailler avec de tels patients peut décrire le caractère particulier du transfert psychotique et ses effets contre-transférentiels en retour : ce transfert est **massif** et **difficile à supporter** ; il s'établit **aussitôt** ; garde toujours un caractère **labile** (modification incessante, de positif en négatif, de paternel en maternel... ) ; il reste à ce titre **fragile**.

Cette dynamique du transfert psychotique rend compte du double mouvement contradictoire de ces patients : d'une part, l'intention d'élargir et d'approfondir la relation avec le thérapeute, d'autre part, le besoin inlassable de détruire ce lien (ces deux éléments coexistant comme en état de guerre).

### 3) L'identification projective

Nous avons vu que ce concept, introduit par M. Klein, représente un mécanisme fantasmatique de possession et de contrôle de l'autre. L'identification projective, suivant la description kleinienne très imagée, correspond à la production de fantasmes sadiques d'intrusion violente dans le corps maternel, afin d'y contrôler les mauvais objets qui pourraient s'y trouver projetés : les autres enfants, le pénis du père, les matières fécales.

#### Remarque :

Il est important de noter la différence significative entre l'*identification* (un processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci), la *projection* (un mécanisme qui localise en l'autre des pensées, des affects, des représentations que le sujet ne veut pas reconnaître en lui-même) et l'*identification projective* (que l'on ne doit pas assimiler à une combinaison des deux précédentes). L'*identification projective* définit bien un mécanisme fantasmatique original, qui porte sur des parts entières du système psychique.

Ce mouvement conduit à une fusion des parties du soi projeté avec ces objets extérieurs. Il s'agit d'une **relation d'objet d'un type singulier, en cela que l'objet n'est pas réellement autonomisé en un non-Moi et par le sadisme qui la caractérise**. Elle est évidemment en rapport avec la position schizo-paranoïde qui traduit la porosité de l'organisation psychotique. C'est à cause de cette position que le thérapeute, après la mère, ressent une angoisse et une peur de devenir fou, par le biais de la projection (on dira mieux « injection ») des peurs et angoisses du patient lui-même.

Devant cette attaque (qui, rappelons-le, représente pour le patient psychotique une défense), dont le caractère haineux dissimule mal l'incapacité à s'aimer soi-même et à être aimé, où la recherche du contrôle et de la possession de l'autre recouvre en fait l'aspiration en miroir, immense et impossible, à être pris et contenu par l'autre, l'attitude de la mère ou du soignant, du psychanalyste, est déterminante. En effet, le patient psychotique déverse des morceaux ou la totalité de son appareil psychique dans un mouvement de colonisation et de parasitage du thérapeute. Ce premier mouvement est renforcé par un second : le patient s'efforce, par un mécanisme d'introjection ou d'incorporation, de s'appropriier le propre fonctionnement psychique du thérapeute qu'il tente de spolier. Le thérapeute se retrouve vidé de ce qui le fait vivre (ses bons objets internes) et rempli de ce qui peut le rendre fou (les mauvais objets projetés par le patient).

Le risque pour le thérapeute (autant que pour le patient) est de ne pas pouvoir analyser cette situation, plus particulièrement en ce qui concerne les émois contre-transférentiels, lorsque le thérapeute blinde son système pare-excitation et finalement refuse l'accès à l'autre : c'est le mécanisme de l'exclusion. Dans le cas contraire, les mauvais objets psychiques du patient méritent un traitement en trois temps :

**1) contenir** : le thérapeute accueille en lui-même, sans être inquiet, tous ces mauvais objets, en étant capable de les apprivoiser, de leur ôter leur caractère « d'inquiétante étrangeté » ;

**2) élaborer** : il s'agit d'un travail de mentalisation, que l'on peut comparer à une dialyse par un rein artificiel (désintoxication) ; il s'agit, par le travail psychique, de transformer des objets mystérieux, étranges et destructeurs, en objets assimilables et intégrables à un fonctionnement normal. C'est finalement dans cette capacité à contenir et élaborer que le travail thérapeutique prend son origine ;

**3) restituer** : cette partie du traitement concerne des interprétations reconstructrices (principalement d'inspiration psychanalytique), mais encore, au plan institutionnel, le travail soignant en l'affectant d'une plus-value symbolique.



Cette dynamique de la psychothérapie est proche de ce qui se passe entre la mère et le bébé dans les premiers mois de sa vie. Le monde du nouveau-né est violent, persécuteur et c'est par la façon dont la mère rêve son bébé, qu'elle va transformer tous ses affects inquiétants en quelque chose de positif.

Les psychotiques nous amènent à suivre le même parcours au cours de la psychothérapie. Il convient donc, sans cesse, que le thérapeute analyse son contre-transfert et essaie de comprendre comment on peut s'aventurer dans la psychose, s'y perdre un peu pour pouvoir s'y retrouver, accepter d'aller aux limites, sans les dépasser, de notre folie, de percevoir la haine inévitable dans le contre-transfert, comme ont pu le montrer D. W. Winnicott (1975) ou H. Searles (1981).

Si nous n'y parvenons pas, le psychotique s'éprouvera comme spolié de certaines parties de son Moi (les bons objets étant projetés) ou comme menacé de représailles comme la réintrojection en lui de parties mauvaises perçues comme très dangereuses par l'agressivité qui les accompagne, d'un mauvais sein, d'un vagin dévorateur, tous phénomènes qui favorisent les angoisses de morcellement.

La conséquence de cette défense, quand elle accompagne le clivage bon sein-mauvais sein (expérience de satisfaction et de réplétion - expérience de frustration et de haine), est de faire de la réalité psychique interne du sujet, une réalité de fait externe, dans la mesure où il investit positivement ou négativement telle ou telle relation qu'il établit avec son environnement.

Le mouvement de transfert permet au thérapeute de focaliser ces mouvements de dispersion sur sa propre personne et, à travers l'analyse du transfert psychotique, de **réduire les effets du clivage et ceux de la projection et faire passer le patient de l'identification projective à l'identification** (de « l'autre c'est moi » à « moi c'est l'autre »). Et encore, de **faire passer le patient de l'incorporation à l'introjection** (c'est-à-dire, de l'incorporation comme processus primaire qui consiste à faire pénétrer à l'intérieur de soi, sur un mode fantasmatique, des objets par lesquels le soi est plus souvent contraint ou parasité que nourri ou enrichi, à l'introjection comme processus secondaire qui autorise le Soi à s'attribuer les propriétés relatives aux objets, sans référence au prototype corporel).

#### 4) La pensée psychotique

En conséquence des mouvements décrits ci-dessus, la pensée psychotique est celle-là même qui s'applique à penser l'impensable : le Moi est en effet colonisé par des émergences pulsionnelles incoercibles venues du Ça ou par la réincorporation d'objets partiels ou totaux, bons ou mauvais, et préalablement injectés dans l'autre.

Ainsi disparaît un espace psychique neutralisé, protégé du conflit, qui sert précisément à penser, ou pour reprendre la si heureuse expression de W. Bion (1954), à « penser les pensées ». Le « pensoir » (ibidem) devient en effet impossible du fait de la conflictualisation généralisée de la psyché, qui est toute entière envahie par les pulsions et colonisée par les instincts de vie et de mort. Dès lors, l'acte de penser devient une sorte d'équivalent d'acte d'amour ou d'acte de guerre. L'instinct de mort s'illustre par des attaques destructrices contre toutes les activités de synthèse, de réunion, de liaison, d'association, contre les liens, ceux qui unissent l'objet et sa représentation, les représentations et les affects, les représentations entre elles et les affects entre eux.

Ici encore, on peut considérer que la psychothérapie sous son abord psychanalytique (cure plus ou moins aménagée) représente sans doute l'un des traitements les plus intéressants pour le psychotique, en le soustrayant progressivement d'une **relation d'appartenance à la mère qui capte, captive et capture une pensée dès lors dissoute**, en reconstruisant un espace psychique débarrassé de ses conflits pulsionnels, neutralisant, autant que faire se peut, les assauts contre les liens pour instaurer un effort de concaténation, accéder à nouveau ou pour la première fois, à une activité de pensée, c'est-à-dire aux prémisses de l'autonomie et finalement de la liberté.

# CHAPITRE IX : DECEPTION, DEPRESSION ESSENTIELLE<sup>4</sup> ET ILLUSION CHEZ LES PATIENTS ETATS-LIMITES

## Résumé :

Malgré et sans doute à cause de leur prévalence contemporaine, les troubles états-limites, dont la symptomatologie centrale est la dépression narcissique, font l'objet d'un débat scientifique complexe. Pour le DSM-IV la prévalence des troubles de la personnalité va de 2% à 30% en population psychiatrique : onze classes de tels troubles y sont présentées, mettant en jeu la cognition, l'affectivité, le fonctionnement interpersonnel, le contrôle des impulsions et ce de façon assez rigide, entraînant une souffrance cliniquement significative. Cependant, l'approche athéorique du DSM-IV n'est guère d'utilité s'il s'agit de comprendre ces troubles. Le modèle psychanalytique nous donne au contraire des explications en terme de processus et de mécanismes psychiques ; il permet de formuler des hypothèses et propose d'intégrer sous un concept unifié d'état-limite, les huit dernières des onze classes du DSM-IV (voir page 63), ainsi que la personnalité « psychosomatique » et les addictions pathologiques.

Cliniquement, les patients états-limites sont caractérisés pour l'essentiel par le mouvement dépressif (labile, dynamique, avec dysphorie de fond et expression de dépendance). Il y a défaillance du narcissisme secondaire avec une relation d'objet du type de la dépendance anaclitique à autrui dans le conflit entre le Moi et l'Idéal du Moi (la génitalisation est imparfaite, et la triade narcissique remplace la triangulation œdipienne). Les défenses sont anti-dépressives et le Moi se déforme entre deux secteurs : adaptatif et anaclitique. Chez l'état-limite la problématique dépressive est liée à celles de la déception et de l'illusion. Cette problématique met en jeu : des expériences traumatiques désorganisatrices précoces et/ou tardives, l'incapacité à élaborer des mécanismes de restauration et de réparation de l'objet décevant ou endommagé, une déception qui s'impose sur les sentiments de honte ou de culpabilité que l'on trouve ailleurs, une angoisse marquée par la peur de la défaillance ou de l'éloignement de l'objet qui fondent les sentiments de déception, la formation d'un système (fantasmatique) d'illusions destiné à lutter contre cette déception, une illusion narcissique (déné, déné, déné) et une illusion identificatoire (imitation et « comme si »), le système d'illusion entretenant la déception.

L'illusion, qui est un mécanisme assez général et nécessaire chez l'être humain, prend un caractère vital chez l'état-limite, pour lequel l'objet peut être tour à tour idéalisé et dévalorisé. Cette ambivalence est marquée d'une agressivité latente, l'Idéal du Moi représentant un modèle imposant et inatteignable qui engendre une déception intrapsychique qui paraît originelle. Finalement, cette déception intrapsychique qui nourrit l'illusion (qui l'alimente en retour) représente un mal existentiel que de nombreux philosophes ont pu montrer et théoriser ; chez l'état-limite il est poussé à son extrême.

Les astructurations états-limites représentent une lignée nosologique discutée quant à son architecture, sa genèse et son économie, mais une lignée incontournable du fait de la prévalence dans la clinique psychopathologique contemporaine où la dépression narcissique apparaît comme centrale. Les astructurations sont ainsi le lieu où s'articulent de manière significative : un mouvement dépressif, un sentiment continu de déception (au double sens de décevoir et être déçu) et la création d'illusions et d'objets d'illusion (par analogie et opposition à l'aire et à l'objet de transition dans le développement habituel).

<sup>4</sup> Ce terme ne renvoie pas au concept de Pierre Marty dans le cadre de l'économie psychosomatique ; toutefois, le lecteur mesurera qu'il s'agit de processus et de dysfonctionnements voisins mais non identiques.

La prévalence des troubles états-limites, en référence au DSM-IV (APA, 1996), est de 0,5% à 3% en population générale et de 2% à 30% en population psychiatrique, selon les divers types de troubles de la personnalité (codes F60 où onze classes sont déclinées par le DSM-IV, en personnalités : paranoïaque, schizoïde, schizotypique, **antisociale**, **borderline**, **histrionique**, **narcissique**, **évitante**, **dépendante**, **obsessionnelle-compulsive**, ainsi qu'un **trouble de la personnalité non spécifié** – voir tableau IX).

Tableau VIII : Critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité au DSM-IV (APA, 1996).

A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :

- 1) la cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements) ;
- 2) l'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle) ;
- 3) le fonctionnement interpersonnel ;
- 4) le contrôle des impulsions ;

B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses ;

C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ;

D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte ;

E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental ;

F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (ex. drogue, médicament) ou d'une affection médicale générale (ex. un traumatisme crânien).

Tableau IX : Prévalence des troubles de la personnalité selon le DSM-IV (APA, 1996)

Troubles de la personnalité	Population		
	Générale	Psychiatrique hospitalisée	Psychiatrique en consultation
<b>Paranoïaque</b>	0,5 à 2,5%	10 à 30%	2 à 10%
<b>Schizoïde</b>	–	rare	rare
<b>Schizotypique</b>	3%	–	–
<b>Antisociale</b>	3% (H) et 1% (F)	3 à 30%	>30% (contextes de toxicomanie, prisons, médico-légaux)
<b>Borderline</b>	2%	20%	10% (30 à 60% en clinique des troubles de la personnalité)
<b>Histrionique</b>	2 à 3%	10 à 15%	10 à 15%
<b>Narcissique</b>	>1%	2 à 16%	2 à 16%
<b>Évitante</b>	0,5 à 1%	–	10%
<b>Dépendante</b>	–	très souvent observée	très souvent observée
<b>Obsessionnelle-compulsive</b>	±1%	–	3 à 10%

Ne prenant pas appui sur un corpus théorique (au moins explicitement) et en restant au simple niveau descriptif des symptômes et de leur classification, le DSM-IV de la psychiatrie américaine, s'il s'avère un instrument efficace pour la caractérisation des troubles et leur étude épidémiologique, ne peut nous amener très loin quant à une compréhension clinique et humaine des états-limites. Celle-ci nécessite l'utilisation d'un modèle capable de décrire, d'intégrer et d'organiser certains processus psychiques et du comportement, afin de pouvoir poser certaines hypothèses que la recherche clinique et psychopathologique tentera de tester. Aussi, il est normal que des différences sensibles, parfois importantes, existent entre les troubles de la personnalité tels que les décrit le DSM-IV et les troubles de la lignée des états-limites abordés sous l'angle, pour l'essentiel, psychanalytique.

Dans la perspective psychanalytique, par exemple, nous devons intégrer la personnalité dite « psychosomatique » parmi les états-limites (comme un mode, non hystérique, de somatisation du trouble psychique résultant d'un appauvrissement de la mentalisation); de même, nous y intégrerons les sujets addictés (toxicomanes, alcooliques, tabagiques..., que le DSM-IV exclut formellement dans son critère F), parce que l'addiction est un mode de dépendance qui renvoie bien aux besoins typiques d'étayage narcissique de l'état-limite. Enfin, la réflexion psychanalytique est orientée sur la volonté d'une vision unifiée des états-limites, dont les divers types de troubles de la personnalité ne représentent que des sous-groupes.

Les résultats d'une étude américaine déjà ancienne (Widiger, Frances, 1989) établissaient les taux de prévalence du trouble état-limite à 11% des patients reçus en ambulatoire pour des symptomatologies psychiatriques et à 19% le taux des mêmes patients hospitalisés (critère DSM-III-R). Par ailleurs, dans le cadre plus restreint des troubles de la personnalité, les mêmes auteurs évaluent les états-limites à un tiers des patients accueillis en consultation et à presque deux tiers de ceux qui sont hospitalisés (toujours selon les critères du DSM-III-R).

Une étude ultérieure (Widiger, Weissman, 1991) donne les chiffres de 2 à 2,8% d'états-limites dans la population générale, 15% dans la population psychiatrique hospitalisée et 50% parmi les patients diagnostiqués avec un trouble de la personnalité. D'autres études (Castaneda, Franco, 1986; Gallop, Lancee, Garfinkel, 1989; Searight, 1992; Farrugia, 1992) donnent des taux de prévalence très voisins: 2 à 15% dans la population générale, 11 à 27% en consultation ambulatoire, 15 à 19% en hôpital psychiatrique et 51% d'états-limites parmi les diagnostics des désordres de la personnalité. Ces taux sont confirmés par les études les plus récentes (Linehan, 1993; Gunderson, 1996) et, bien que le diagnostic et l'évaluation du trouble état-limite posent encore certains problèmes méthodologiques (Widiger, Weissman, 1991), les taux de prévalence sur lesquels toutes les études s'accordent amènent à insister sur l'importance d'entreprendre des évaluations sérieuses et suivies dans les différentes populations, à propos des états-limites et de leurs facteurs de comorbidité. La définition des multiples troubles de la personnalité proposées par le DSM-IV pose trop de problèmes de diagnostic différentiel, ce qui suggère la nécessité de regrouper l'ensemble de ces troubles sous un concept unique d'état-limite, qu'il faudrait formaliser dans un modèle psychodynamique, prenant en compte les données cognitives, émotionnelles et comportementales, en plus des aspects proprement psychiques.

## 1) Les patients limites

### Rappel clinique :

Chez ces patients, le **mouvement dépressif** est central, toujours présent et quasi « organisateur » de leur fonctionnement psychique.

Quelques **traits cliniques caractéristiques** permettent de le distinguer de l'affect dépressif observable dans d'autres pathologies : la **labilité** (marquée par des variations incessantes et fortes de

la nature et de la qualité de l'affect) ; le **dynamisme** (marqué par l'absence d'inhibition psychique majeure et du ralentissement psychomoteur, l'absence de sentiments conscients de culpabilité ou de honte, mais la présence d'affects forts, comme la colère, la rage, le désespoir) ; la **dysphorie de fond** (les sentiments d'ennui, de lassitude et surtout de vacuité).

Ces décharges ou éprouvés affectifs, ne trouvant pas forcément leur origine dans une perte d'objet réel ou fantasmatique, ces sujets sont confrontés à **leur incapacité à accéder seuls et spontanément à un travail de mentalisation et d'élaboration suffisant**.

Par là, le sujet limite nous montre et nous fait ressentir son **besoin** (plus que son désir) et sa **peur** (ou même sa terreur), d'un rapproché relationnel et affectif dans le cadre d'une **dépendance de type anaclitique**.

### **Rappel économique :**

La **défaillance du narcissisme secondaire**, où prend naissance cette psychopathologie, survient après le dépassement de l'angoisse de séparation et du conflit Moi-réalité et avant que ne soient abordés la relation d'objet œdipienne et le conflit Moi-Ça.

La **relation d'objet est du type de la dépendance anaclitique à autrui**, elle illustre l'incapacité à traiter avec pertinence le conflit Moi-Idéal du Moi.

A la différence de la relation psychotique, la relation d'objet limite se vit bien à deux, dans le besoin d'être aimé de l'autre idéalisé comme indispensable de façon vitale, tout en étant séparé de lui comme objet distinct, mais en s'appuyant, s'étayant sur lui au plan psychique (avec souvent les concomitants matériels de cette demande de support). Cette relation d'objet est aussi bien différente de la relation névrotique où les deux parents sont différenciés, sexués, génitalisés. Pour l'état-limite, le couple parental est un couple de parents en partie combinés, non différenciés sexuellement et dont le sujet attend un amour fait de dépendance, au sein d'une « **triade narcissique** » (Grünberger, 1965), qui reste bien différente de la triangulation œdipienne.

Les défenses de l'état-limite se structurent prioritairement contre la dépression, qui est liée au sentiment de perte et d'abandon de l'étayage procuré par l'objet (plus que par l'objet lui-même) et au sentiment de tristesse d'un vécu du passé, plus malheureux au plan narcissique que libidinal.

Enfin, nous avons vu que le champ relationnel se divise en deux secteurs : le secteur adaptatif qui conserve sa capacité à effectuer une évaluation correcte de la réalité et un secteur anaclitique qui fonctionne sur un mode moins réaliste, plus utilitaire, dans une dialectique de la dépendance et de la maîtrise de l'objet. Dans l'ensemble, le Moi état-limite se préserve ainsi de l'éclatement psychotique, mais au prix de « déformations ».

## **2) La dépression limite : déception et illusion**

Le problème de la dépression chez l'état-limite est relié aux problématiques de la déception et de l'illusion. Nous allons aborder cela en onze points :

1. Si « trouver un objet d'amour n'est aussi que le retrouver » (Freud, 1905b), on peut paraphraser en disant que **trouver la dépression n'est aussi que la retrouver**. Alors que l'angoisse concerne l'avenir perçu comme un danger (Abraham, 1925), la dépression de l'état-limite fait une relecture du passé comme narcissiquement douloureux et le relie au présent à travers des **expériences traumatiques désorganisatrices** précoces ou tardives. De telles expériences traumatiques placent le sujet face à un vécu d'impuissance ou d'incapacité à percevoir, élaborer et contrôler une situation de détresse et de déception vitale pour son narcissisme (ce qui correspond au concept freudien de *Hilflosigkeit*, ou état de détresse – Freud, 1926a).

2. Seuls, ne déprimeront pas, les sujets qui auront la capacité d'élaborer des **mécanismes de restauration et de réparation** de l'objet décevant ou endommagé – grâce à leur équipement psychique, au développement de relations objectales solides et à leur environnement –, dans leur vie quotidienne, dans le travail de création ou dans un processus d'élaboration psychanalytique.

3. Les autres, en revanche, selon l'**économie des défenses** mises en place, sont au risque : de la psychose mélancolique ; de la décompensation névrotique dépressive ; ou enfin, de la dépression narcissique.

4. La **déception** est aux patients limites ce qu'est la **honte** aux patients mélancoliques et la **culpabilité** aux névrosés déprimés.

5. La nature de l'angoisse n'est pas liée : à la destruction (ou à l'autodestruction) de l'objet comme pour les patients mélancoliques ; à la castration par l'objet comme pour les névrosés ; mais elle est liée, pour les patients limites, à **la peur de la défaillance ou de l'éloignement de l'objet** (plus d'ailleurs que de sa disparition), cet objet alors identifié comme **décevant** après avoir été idéalisé.

L'objet décevant ne représente ni une menace d'anéantissement comme dans la psychose, ni une menace de punition comme dans la névrose ; mais il est **celui qui soumet le sujet à la précarité, à la fugitivité, au manque**.

L'objet décevant ne terrorise, ni ne persécute comme l'objet de la psychose ; il ne culpabilise, ni n'interdit comme l'objet dans la névrose ; mais **il abandonne le sujet à sa détresse, à sa solitude** (son *helplessness* Winnicottien), sans secours, ni recours.

6. Incapable de se structurer de manière stable et durable dans un système défensif organisé (qu'il soit psychotique ou névrotique), le sujet limite est contraint de rester enfermé dans un **système d'illusions**, constitué en **aires d'illusions** et peuplé d'**objets illusoires**.

7. Cette illusion est différente de celle qui fonde la conception winnicottienne de la transitionnalité : alors que l'objet transitionnel classique est à la fois créé par le fantasme et trouvé dans la réalité, l'objet illusoire du patient limite est bien **créé dans le fantasme**, mais **non trouvé** (du moins tel qu'il a été fantasmé), car ici le fantasme inconscient ne peut s'articuler à une réalité éprouvée comme décevante (parce que l'objet y est vécu comme absent, ou éloigné, ou endommagé, ou encore vulnérable).

8. Cette illusion est d'abord une **illusion perceptive** : confronté à un traumatisme désorganisateur (c'est-à-dire à une quantité d'excitation supérieure à ce que le Moi est capable de métaboliser – recevoir et traiter sur un mode perceptif, relationnel, objectal), le Moi range cette perception déformée dans le cadre des **frustrations et menaces pour son intégrité narcissique**, cette perception se trouvant en quelque sorte disqualifiée et requalifiée autrement.

9. Cette illusion est encore une **illusion narcissique** qui utilise :

– le **déni**, pour ne pas voir dans la réalité ce qui pourrait affliger le narcissisme du sujet ;

- la **dénégation**, pour ne pas auto-percevoir ses propres carences, manques, défaillances et pas davantage son procès dépressif ;
- et à nouveau le **déni**, pour ne tenir aucun compte du narcissisme de l'autre dans la relation d'emprise qu'il tente parfois d'exercer sur lui et qui n'est qu'une sorte d'anaclitisme en miroir.

10. Cette illusion est enfin une **illusion identificatoire** : le patient limite, sur le socle des mécanismes d'incorporation et d'introjection, est **incapable de parvenir à des modalités identificatoires structurantes**, en est réduit à l'imitation, au « faire comme si », à jouer la névrose et la génitalité, sans en avoir les moyens structurels génitaux et œdipiens, ou encore à jouer la psychose sans être amarré à des fixations archaïques solides.

11. Cette illusion falsificatrice entretient une **relation circulaire** avec la déception : la déception rend nécessaire l'illusion vicariante et l'illusion, quand elle se dévoile, met au jour la déception.

### 3) Illusion et réalité : la déception intrapsychique

1. Plus universellement, l'illusion est de fréquentation intime pour chacun de nous. Elle représente aussi une **nécessité**, à condition d'être lucide, pour le thérapeute et le chercheur en psychopathologie.

Selon la **définition philosophique** de Lalande en 1926, l'illusion est : « toute erreur, soit de perception, soit de jugement ou de raisonnement, pourvu qu'elle puisse être considérée comme naturelle, en ce que celui qui la commet est trompé par une apparence ».

Mais c'est encore **illusion que d'opposer illusion et vérité**, car la vérité est l'antonyme de l'erreur, tandis que l'illusion est l'antithèse de la réalité. Par exemple, les géants illusoires auxquels Don Quichotte croit donner l'assaut, ne sont dans la réalité que des moulins à vent transfigurés par sa fantaisie imaginative. De même, le théâtre d'ombres illusoires qui défile au fond de la caverne de Platon n'est, dans la réalité, que la projection des objets réels qui évoluent à l'entrée de cette grotte.

2. La condition humaine convoque **l'illusion comme nécessité de survie** face à une réalité qui propose toujours frustrations et déceptions ainsi que l'exprime amèrement Schopenhauer : « Il n'y a qu'une erreur innée, celle qui consiste à croire que nous existons pour être heureux. »

L'illusion se retrouve finalement dans tous les grands courants de la pensée et de la quête humaine :

- **dans la vie amoureuse**, à la cristallisation décrite par Stendhal en 1822, répond la désillusion amoureuse définitivement analysée par M. Proust entre 1913-1922 (*A la recherche du temps perdu*), au travers des personnages d'Odette ou d'Albertine. Tandis que Chamfort, en misogyne lucide, nous avertit que : « il faut choisir d'aimer les femmes ou de les connaître : il n'y a pas de milieu. » ;

- **dans la recherche de la connaissance**, les pensées roboratives des philosophes du soupçon nous ont enseigné que la passion de savoir n'est pas que pure curiosité scientifique ou spéculation désintéressée ; pour S. Freud elle représente une épistémophilie qui défléchit la pulsion sexuelle, pour F. Nietzsche elle dérive de la volonté de pouvoir, tandis que pour K. Marx elle dialectise un rapport des forces économiques ;

- **dans la quête du sens de la vie**, de l'incomplétude originelle de la naissance à la finitude inexorable de la mort, du manque de la séparation initiale au manque du départ

définitif. A cette vanité du destin, Blaise Pascal opposait dans la dérision, le divertissement, une autre forme clinique de l'illusion. L'illusion aide à supporter la vie, même si elle devient cauchemar : drogue universelle, opium, paradis universels (« Tous les paradis sont universels », écrivait L. Aragon), agitation perpétuelle, ou « bonheurs imaginaires : le jeu, la conversation des femmes, la guerre, les grands emplois. » Et la religion? (« opium du peuple » selon K. Marx), S. Freud (1927b) l'analyse avec son honnêteté habituelle, démontant les phénomènes de croyance, de fidéïsme et assimilant la religion à une névrose obsessionnelle collective de l'humanité.

– **dans les pensées des poètes**, les paroles de feu de ces faiseurs et briseurs de rêve, sur la ligne de crête entre illusion et déception (pour A. Rimbaud, « Je est un autre » ; pour R. Char, « La lucidité est la blessure la plus rapprochée du soleil » ; tandis que pour Cioran, « La connaissance de soi se paie toujours trop cher »).

3. Après ce nécessaire détour par la dimension humaine générale de l'illusion et de la déception, nous pouvons revenir vers la **misère dépressive** des états-limites, qui vivent en permanence dans la précarité du lien, les sentiments de peur de la perte de l'objet, objet tour à tour **idéalisé** (soit une façon de le contrôler) ou **dévalorisé et fécalisé** (soit une autre façon de le contrôler et de le détruire).

Ainsi se manifeste le désespoir d'êtres humains qui, quoiqu'ils fassent, constatent que la vie se détourne d'eux ; qui, quels que soient les affects qui les habitent, ne parviennent pas à les identifier en tant que tels. Quelque style qu'ils tentent de donner à leurs relations, ils les ressentent bientôt comme spoliatrices pour leur narcissisme et éprouvent le sentiment profond d'être des perdants, des battus, des blessés de la vie, des « petits », nonobstant les efforts désespérés qu'ils accomplissent pour contraindre l'objet à leur apporter les renforcements et étayages narcissiques dont ils ont un besoin vital, afin de combler un vécu de vide interne qui touche au tragique. Dans son « *Journal du séducteur* » en 1843, S. Kierkegaard illustre bien ce drame, serait-il recouvert de l'élégance de l'esthète. En voici quelques citations :

*« La nuance poétique était le surplus qu'il apportait à lui-même. Ce surplus était la poésie dont il jouissait dans la situation poétique de la réalité, et qu'il reprenait sous forme de réflexion poétique. C'était la seconde jouissance et toute sa vie avait pour but la jouissance. D'abord, il jouissait personnellement de l'esthétique, ensuite il jouissait esthétiquement de sa personnalité (...) Il n'appartenait pas à la réalité, et cependant avait beaucoup à faire avec elle. Il passait toujours au-dessus d'elle et, même lorsqu'il s'abandonnait le plus, il était loin d'elle (...) Il ne succombait pas sous la réalité, il n'était pas trop faible pour la supporter, non il était trop fort ; mais cette force était une maladie. Aussitôt que la réalité avait perdu son importance comme stimulant il était désarmé, et c'était en cela que consistait le mal qui résidait en lui (...) Ces individus n'ont été pour lui que des stimulants, il les rejetait loin de lui comme les arbres laissent tomber les feuilles (...) Les gens sont ainsi faits, qui ne possèdent rien sauf au moment où ils le montrent aux autres, qui ne saisissent que l'apparence des choses et non pas la substance, qui perdent tout au moment où celle-ci désire se montrer, exactement comme ce miroir qui perdrait son image si par un seul souffle elle désirait lui ouvrir son cœur. »*

Remarquons au passage que si la psychanalyse naissante, au début de ce siècle, s'assignait pour premier objectif la libération d'un Moi incarcéré entre les interdits excessifs du Surmoi (issu d'un modèle patriarcal rigide) et la puissance des motions nées d'un Ça nourri par l'intensité des refoulements, la psychanalyse d'aujourd'hui, infiniment moins « œdipienne », travaille sur le **manque**, le **négatif**, la **perte**, dans les registres de la psychose, des pathologies narcissiques, des désordres psychosomatiques.



Les patients en état de **dépression narcissique sont impotents** devant la vie ; devant l'autre, qui ne leur apporte jamais (ou de manière tout à la fois éphémère et excessive) le secours attendu ; devant leur appareil psychique dont ils mesurent, dans la souffrance, la **duplicité**, partagé qu'il se trouve entre le secteur adaptatif ou pseudo-adaptatif et le secteur anaclitique ou dépendant, de son champ relationnel.

Cette impuissance génère celle des thérapeutes qui oscillent entre une **position réparatrice « héroïque »** (dont se dévoile bien vite le caractère illusoire) et des **réactions contre-transférentielles négatives** au très large registre (agacement, haine, dépression).

Parétique dans sa capacité d'aimer et d'être aimé, le patient limite prend rarement la mesure de son **ambivalence** entre cette aspiration et l'**agressivité latente** qui le meut. En termes kleinien, nous pourrions dire que cette agressivité prend son origine dans l'introjection de parents endommagés ou insuffisants, ou détruits par l'agressivité de l'enfant, mais dans tous les cas décevants.

Dans une tournure plus actuelle, nous pourrions évoquer les **conflits inextricables** qui opposent le **Moi** (insuffisamment organisé), le **Surmoi** (autorité peu présente et peu entendue), le **Moi idéal** (toute puissance narcissique forgée sur le modèle du narcissisme infantile) dont il éprouve une intense nostalgie et l'**Idéal du Moi** (sur lequel convergent le narcissisme secondaire, les identifications aux imagos parentales ou à leurs substituts et l'intégration des idéaux collectifs) à l'attente duquel il est incapable de répondre.

Si le Surmoi représente l'autorité et l'interdit (rôles subalternes chez l'état-limite), l'Idéal du Moi figure un **modèle imposant** (parfois sadique ou totalitaire) auquel ce patient ne parvient toutefois ni à se conformer, ni à s'identifier, du fait du caractère extrême de cet idéal. D'où la déception, qui est d'abord intrapsychique et personnelle (souvent méconnue), avant que d'apparaître intersubjective et interpersonnelle, comme un défaut fondamental en l'autre, déception ressentie alors avec amertume ou rageusement revendiquée. **C'est parce qu'il est d'abord sa propre déception, que le patient limite s'éprouve déçu par l'objet et finit par décevoir l'objet lui-même.**

#### 4) De la déception au mal existentiel

Dans ce chapitre aux larges ouvertures philosophiques et littéraires, nous avons tenté de clarifier les rapports qu'entretiennent, dans le cadre de l'économie limite, le mouvement dépressif, le sentiment continu de déception et la création d'une aire d'illusion (dans une acception toutefois différente de celle de D.W. Winnicott – 1975).

Cette réflexion métapsychologique souligne le rôle particulier de l'Idéal du Moi, comme moteur tout à la fois de la déception et de l'illusion narcissique et nous permet d'avancer l'hypothèse générale que **la relation d'objet (anaclitique) de l'état-limite, perçue comme toujours décevante, est subordonnée à une déception intrapsychique originelle.**

Cette même réflexion métapsychologique à propos des états-limites nous conduit (sur les traces de philosophes comme Bouddha, Pascal, Schopenhauer, Alain, Sartre, ...) à interroger le triptyque dépression-déception-illusion de l'état-limite, en regard de ce mal existentiel qui parfois, souvent, nous étreint tous et représente l'essence même de la condition humaine. Si chez l'état-limite ce mal existentiel est comme grossi à la loupe, il est chez les autres, les « normaux », une donnée de fond incontournable, souvent invisible, mais présent comme le moteur de nos passions, de nos « folies » personnelles ou sociales, de nos recherches d'attachements, de sensations, de réconfort, dans toutes nos dépendances du quotidien. Aussi, nous proposons, pour conclure ce chapitre, une série de courtes pensées, de variations, sorte d'aphorismes destinés à nourrir et à stimuler la réflexion du lecteur :

1. La déception est la mesure de notre finitude et le témoignage des reliquats de notre mégalomanie infantile.
2. La déception est la rencontre vraie de la castration.
3. La déception se mesure à l'aune des attentes de l'Idéal du Moi.
4. La déception est la compagne absolue de Narcisse.
5. La déception est l'acceptation de l'écoulement du temps et du plaisir différé.
6. La déception est la révérence que le rêve et le fantasme font à la réalité.
7. Le risque de déception est la condition nécessaire du désir ; et en cela elle est la marque de la condition humaine.
8. La déception est le fondement de l'altérité ; il n'y a pas de déception dans la solitude ; mais la déception indexe l'esseulement, soit la solitude dans le couple ou le groupe.
9. La déception est la nécessité tragique d'une existence.
10. La déception est l'éloge de la lucidité.
11. La déception est ce moment incertain et fragile, mais fondateur, où peut se transcender l'échec ; en cela, elle est la condition de la réussite, de la recherche du renouveau, la condition de notre dépassement.
12. La déception est le contraire du désespoir en ce qu'elle est mère de l'espérance.
13. La déception ne s'éprouve pas à basse altitude et « rien ne traduit tant son vulgaire que le refus d'être déçu » (Cioran).
14. La déception est inconnue aux indulgents d'eux-mêmes, comme aux suffisants.
15. La déception est la nécessité de l'artiste, du créateur et de l'amoureux (donc du psychanalyste).
16. La déception est le but ultime de la séduction.
17. La déception est la rançon de la passion et le prix de la ferveur.
18. La déception est le mouvement naturel de l'intelligence.

# CHAPITRE X : ARTICULATION DU SOIN ET PSYCHOTHERAPIE PSYCHANALYTIQUE DES PATIENTS PSYCHOTIQUES ET ETATS-LIMITES

## Résumé :

Ce chapitre aborde l'acte de soin, la psychothérapie et le travail psychanalytique. L'acte de soin est à la fois un acte (pour lequel ce que l'on fait compte plus que ce que l'on dit), un acte symbolique (pour lequel ce que l'on ne fait pas compte plus que ce que l'on fait) et un acte parlé (où la parole du soignant prend alors une valeur organisatrice).

L'activité psychothérapeutique se doit d'être formalisée, sous peine de générer une confusion entre le soin clinique et l'acte de psychothérapie lui-même. Aussi, dans le milieu institutionnel, la spécificité du rôle de chacun doit être précisément établie. Cette clarté institutionnelle engendre à son tour une clarification de la perception des patients vis-à-vis des soignants. Plus particulièrement, l'interprétation est de l'ordre de la psychothérapie, inscrite dans le symbolique et ne peut être mêlée au soin qui s'inscrit, lui, dans la réalité. La psychothérapie (et secondairement le soin) est en grande partie basée sur une illusion anticipatrice mais lucide, qui met en question le désir du soignant et ses limites afin que puisse se nouer une alliance thérapeutique. Les psychothérapeutes occupent une place centrale dans une institution de soins psychiatriques. Pourtant cette place est en même temps fragile car soumise à des perceptions ambivalentes et aux défaillances des psychothérapeutes eux-mêmes. Les soignants ont la lourde tâche d'accompagner sans cesse les patients, en offrant à leurs fantasmes et à leurs délires un espace interstitiel. Il y a donc complémentarité entre soignants et psychothérapeutes : le soignant est le garde-fou du psychothérapeute, le psychothérapeute est le garde-réalité du soignant. La question de la guérison se joue à la fois du côté des buts de vie (réduire la souffrance, augmenter l'autonomie) et des buts proprement thérapeutiques (reprise du processus de développement psychique et dé-rigidifier l'économie libidinale), tout en prenant en compte la question de certaines incurabilités. L'institution représente enfin un terrain de conflits et parfois de contradictions entre ceux qui œuvrent dans la réalité (apprentissage et rééducation) et ceux qui sont immergés dans la vie psychique et le monde interne du patient (moments régressifs reconstituteurs). La famille peut aussi venir s'opposer aux efforts de l'institution. Enfin, le modèle psychanalytique lui-même peut se trouver en porte à faux face aux projets « pédagogique », « éducatif » ou « thérapeutique ». Cependant, les contradictions restent la garantie de la dynamique institutionnelle.

Le travail psychanalytique se fait à partir de la part non psychotique, ou bien du secteur adaptatif des patients, ce qui permet de fonder l'alliance thérapeutique. L'étiologie est vue de façon non univoque : à la fois l'environnement familial et les déficits du patient jouent un rôle. Il convient d'éviter les deux écueils de la dichotomisation (l'institution ne vaut rien, seule la cure psychanalytique est opérante) ou de la confusion (tous les acteurs de l'institution sont des psychothérapeutes). Le travail psychanalytique s'inscrit donc dans le cadre institutionnel qui remplit ses propres fonctions (toutes au niveau de la réalité). Les étapes du travail psychanalytique sont examinées selon le modèle de Searles (la relation symbiotique, avec les phases hors contact d'attente patiente, de symbiose ambivalente, de symbiose pleine, de résolution de la psychose de transfert et d'analyse de la névrose de transfert) ; et de Bion (l'élaboration psychique, avec les étapes de contention, d'élaboration et de restitution).

Au cours de ce chapitre, nous examinerons successivement : la notion d'**acte de soin** ; cinq points théoriques préliminaires concernant la **psychothérapie** ; et enfin, le **travail psychanalytique**.

## 1. La notion d'acte de soin

Cette notion sera abordée essentiellement en référence aux travaux de J. Hochman (1971a, b) qui conçoit l'acte de soin, non seulement comme un **acte**, mais encore comme un **acte symbolique** et un **acte parlé**.

### a) Le soin comme un acte :

Partant de la confusion, signalée par Freud (1911), qu'opèrent les psychotiques entre les mots et les choses, H. Segal (1957) a pu proposer le terme d'« équation symbolique ». Les psychotiques détestent et redoutent tant les mots qu'ils les vident de leur sens. Est-ce là une incapacité au symbolique ? Un non accès à un niveau de signes frappés par la loi du père et ouvert par la castration ? On peut en douter, car si le psychotique ignorait vraiment le symbole, il ne conduirait pas une lutte si acharnée, rageuse et apeurée contre lui. Il a, en fait, très bien compris que le mot signifie l'absence de la chose et qu'il le renvoie ainsi à son univers envahi par la pulsion de mort. Le psychotique attaque donc le mot, la parole, le discours, qu'il transforme en mots projectiles, expulsant dans son interlocuteur des pans entiers de lui-même, cadavérisés, mouvement qui a le double bénéfice de le protéger et d'exercer une emprise et un contrôle sur l'autre. Par cette manœuvre défensive, il peut ainsi échapper à l'accession à une position de sujet, sa suprême angoisse.

Devant une telle défense et lutte contre le symbolique, l'intérêt de l'acte de soin est de montrer l'existence du réel, de proposer, sans séduction, des objets à investir. A la différence de la parole qui implique que l'on soit deux pour communiquer et confronte donc le patient à son intime angoisse de séparation (pour les états-limites) ou de persécution (pour les psychotiques), l'acte de soin fonctionne comme un système de vases communicants, un système d'illusion, mais temporairement indispensable. Car ces patients, limités à l'incorporation orale, n'accèdent pas à l'introjection des imagos œdipiennes. L'acte du soignant a donc l'avantage de déjouer la persécution primaire, d'affirmer une part de notre indestructibilité et de nous rendre, pour le patient, suffisamment bons, et « comestibles » au sens d'une possibilité d'incorporation psychique.

### b) Le soin comme un acte symbolique :

En tant qu'acte symbolique, le soin apparaît comme une inéluctable nécessité, dans la mesure où répondre à des actes par des actes (non symboliques) aboutit inéluctablement, soit à une impasse psychotique, soit à une décharge par le passage à l'acte. Devant l'avidité insatiable du patient psychotique ou état-limite, la mère inépuisable (fantasme mégalomane dont nous aurions tous la nostalgie), s'épuise malgré tout et renvoie le patient à la déception, à la frustration et à la persécution auxquelles il réagit par une rancune destructrice. Envie et gratitude sous le signe d'*Éros*, cèdent bien vite la place à la Haine, qui entraîne à son tour la haine dans le contre-transfert, si justement signalée par D. W. Winnicott (1975) et H. Searles (1981). Le psychotique n'a pas seulement besoin de recevoir, mais un infini besoin de donner, en réparant et restaurant ses objets internes. Ce qu'on lui donne doit donc déboucher sur un manque et rester symbolique, comme le rappelle si judicieusement J. Hochman (1983) qui reprend l'expression du : « franc symbolique de dommages et intérêts ».

Ce que veut et peut le patient est l'échange d'objets et d'actes matériels ayant à la fois et une existence concrète et une plus-value symbolique. D'où la différence entre acte de soin et maternage, le premier apparaissant comme la métonymie du second, parce qu'il est inscrit dans le « comme si », le « je serais » des jeux d'enfants, la dimension ludique et le conditionnel étant ici essentiels. Quand cette dimension symbolique est laissée sur le bord du chemin que parcourent ensemble le patient et ses soignants, l'amour, la haine, la tendresse, la séparation, ne sont plus « pour rire » et le soin se fossilise alors dans un professionnalisme aseptisé ou s'effondre sous le poids de la multiplication des interventions devenues purement techniques.

### **c) Le soin comme un acte parlé :**

Mais le soin est aussi un acte parlé, dans une alliance entre l'acte et la parole, d'où peuvent surgir des effets de sens, sans succomber pour autant aux délices piégeants de l'interprétation sauvage. Refuser la parole au psychotique dans l'acte de soin, revient en effet à lui interdire le droit de penser, soit à reconduire bien souvent des attitudes familiales, interdisant ainsi l'établissement d'un lien entre le mot et la chose ; le mot qui seul peut venir conjurer le danger de la chose, la chose qui seule peut priver le mot de son inquiétante vacuité. La parole du soignant prend alors une valeur organisatrice, donnant sens et cohérence à ce qui est confus et irréel. C'est en cela que cette parole du soignant devient asymptotique de celle du psychothérapeute (comme nous allons le voir bientôt).

Le soin est donc bien un acte (ce que l'on fait compte plus que ce que l'on dit), un acte symbolique (ce que l'on ne fait pas compte plus que ce que l'on fait) et un acte parlé (l'alliance de l'acte et de la parole est porteuse de sens).

## **2. La psychothérapie : cinq points théoriques préliminaires**

C'est à partir d'une pratique clinique de plus de deux décennies, au sein d'un hôpital de jour accueillant des adolescents et post-adolescents psychotiques et états-limites, que nous avons pu développer un ensemble de concepts théoriques permettant de formaliser l'activité psychothérapeutique. Nous verrons à la suite de cette formalisation, le concept d'illusion lucide, la question du statut des psychothérapeutes, le concept de guérison et enfin la question des contradictions propres aux institutions qui accueillent ce type de patients.

### **a) La formalisation de l'activité psychothérapeutique :**

Au début du développement de cet hôpital de jour, le soin étant défini par sa valeur symbolique, certains soignants<sup>1</sup>, confrontés à un matériel luxuriant, avaient entrepris de conduire des entretiens individuels, parfois faussement qualifiés de « psychothérapeutiques » et qui traduisaient leur besoin de « faire quelque chose de plus », de répondre à une absence, à un manque, dont ils discernaient avec acuité l'intensité. Dès lors, il devenait nécessaire de formaliser une activité clinique de fait, de dégager sa structure, préciser ses indications, ses critères d'efficacité et les modalités de son contrôle, sous peine de générer une confusion entre le soin clinique (qui peut secondairement présenter certains effets psychothérapeutiques) et l'acte de psychothérapie lui-même, bien formalisé dans son protocole et son processus.

Sauf à se laisser aller à privilégier des déviations cliniques plus ou moins sauvages (voire perverses), il nous a paru évident que la spécificité du rôle de chacun devait être précisément établie, sans hiérarchisation inutile, mais avec une claire définition des actes de soin dans leur

---

<sup>1</sup> Nous entendons ici par « soignants » toutes les personnes, non psychanalystes, travaillant dans l'institution auprès des patients.

diversité, des traitements psychothérapeutiques avec leurs variantes et que l'irréductibilité des uns aux autres soit nettement comprise de tous. Cette clarification était aussi évidemment nécessaire pour les adolescents eux-mêmes, afin qu'ils ne soient plus confrontés au jeu de deviner qui est qui, eux dont l'identité est fragile et qui souffrent tant d'un morcellement de leur psyché. C'est à partir d'un tel repérage que pouvaient s'établir des contrats clairs, dans lesquels leurs désirs peu à peu s'investiraient, dès lors que le traitement les restituant en position de sujets, en autoriserait l'émergence. De la confusion naissaient, en effet, une surmultiplication de transferts parcellaires, que l'on ne pouvait même plus qualifier de latéraux, tant il leur manquait un référent central ; cette situation chaotique maintenait les patients à l'extérieur de tout processus de croissance et à l'intérieur d'une bulle narcissique, faite de béances et de manques, que rien ne pouvait modifier.

Il fallait donc rendre au soin toute sa portée et offrir aux mots le lieu d'une écoute spécialisée, qui puisse véritablement les « entendre », mais aussi les contenir, les déconstruire et les reconstruire et finalement les interpréter. De même que toute activité qui ne s'élève pas au niveau du soin (parce qu'elle ne s'inscrit pas dans le symbolique, mais dans la réalité, parce qu'elle ne ménage pas une aire de fantaisie et de jeu) est à éviter et à supprimer, tout échange verbal (autre que celui du lieu de la psychothérapie) doit s'interdire toute tentation herméneutique. Une interprétation ne peut en effet qu'être sauvage, dès lors qu'elle n'est pas formulée dans une relation spécifiée et singulière, par un professionnel ayant le commerce de son Inconscient, l'expérience de cas contrôlés et des références théoriques suffisantes pour lui permettre d'élaborer ce matériel et l'effet qu'il produit sur lui.

L'« interprétation » est une activité que se partagent au sens large : le paranoïaque, le musicien, le comédien et le... psychanalyste. On peut alors comprendre, par métaphore, que c'est dans la mesure où le psychanalyste interprète à la manière d'un artiste (donc avec « art », voire un certain brio), qu'il pourra éviter de le faire comme un paranoïaque blessé, explosant dans son contre-transfert. C'est là un danger toujours présent pour ceux qui rencontrent des patients psychotiques ou états-limites, tout au long de la journée, et en reçoivent les mots projectiles, dont le but est de les désagréger, en attaquant leurs liens de pensée, en les empêchant de penser, dans cet « effort pour rendre l'autre fou » dont H. Searles (1977) a si bien rendu compte.

#### **b) L'illusion lucide :**

Dans les mêmes temps où s'éclaircissaient les relations du soin et de la psychothérapie, s'enracinait une réflexion sur l'illusion. Cette illusion d'optique intellectuelle et quasi passionnelle, cette sorte de trouble de la perception, cette nécessité du rêve font, en effet, parti du travail de ceux qui veulent soigner des patients gravement désorganisés. L'illusion est nécessaire à tous ceux qui œuvrent tous les jours au contact de la mort, qu'elle soit la désintégration du corps ou la dissolution de la psyché. Cette illusion est nécessaire, mais comme la métaphore d'une espérance, malgré tout, ce sans quoi plus rien ne serait possible. Nous pouvons, en tant que soignant ou psychothérapeute, faire « comme si » et entretenir cette illusion un certain temps, mais c'est à condition de ne jamais oublier que cette illusion anticipatrice (qui est celle de la mère devant les progrès de son enfant) se confronte sans cesse à la réalité. Selon la fameuse formule de D.W. Winnicott : le soignant doit être « suffisamment bon ». Le mot sans doute le plus important de cette expression est l'adverbe « suffisamment » : il ne s'agit pas d'être insuffisamment bon, confortant ainsi les patients dans leur désir de rester barricadés dans la forteresse vide de la psychose ou dans les acrobaties oscillatoires de la relation dépendance-maîtrise de l'état-limite ; il ne s'agit pas non plus d'être trop bon, dans cette expectative « cryptodélirante » de mutations magiques produites chez les patients par la vertu des seules qualités du soignant, alors que cette attitude fusionnelle empêcherait de toute façon les mutations attendues.

C'est à ce niveau que le désir du soignant prend toute sa dimension. Par le soin qu'il donne, il étaye, il permet la psychothérapie, avant, pendant, après les intermèdes et les achoppements, jamais cependant, il ne se substitue à cette psychothérapie. L'institution soignante, structure sophistiquée et onéreuse, doit avoir l'ambition d'être le lieu où peuvent s'opérer les réaménagements de

l'organisation psychique et une redistribution des données sur le triple point de vue topique, dynamique et énergétique (économique). Il est donc nécessaire que tous ceux qui y travaillent aient confiance dans la vertu du lieu et de son organisation, aussi longtemps que le pouvoir déstructurant de la psychose et la rage destructrice de l'état-limite, ne brisent pas cette confiance. Il y a là aussi, une nécessité vitale pour les patients, mais encore pour les soignants et les psychothérapeutes, qui ne peuvent se soutenir que de cette aspiration ; aspiration qui n'est ni certitude paisible, ni foi aveugle, encore moins conviction dogmatique, mais expression d'un désir, d'une attente, d'une perspective. A partir de là seulement, peut se nouer une alliance thérapeutique, de moyens entre le soignant et le psychothérapeute d'abord, de confiance entre ces deux là et le patient ensuite. Ce patient qui, devenant sujet de son désir, trouvera sa place au sein de cette organisation pensée pour lui, quand il ne pouvait pas le faire. Dès lors, il conviendra d'adapter cette organisation avec précaution à ce que le patient souhaite en faire, ou défaire, le traitement ne pouvant s'envisager comme une simple trajectoire rectiligne, mais comme un parcours marqué de phases successives, que scande la compulsion de répétition, les alternances de crises et de quiescences, de progrès et de régressions, d'avancées et de reculs. Cependant, dans son contrat, une fois l'objectif désigné, il convient de garder le cap, afin de permettre aux parties saines du Moi du jeune psychotique, ou au secteur adaptatif du patient limite, de trouver dans cette détermination, dans cette anticipation résolue de son devenir, les points d'ancrage auxquels il peut s'accrocher et dans les meilleurs cas, appeler les autres parties de son Moi, qui ont été travaillées par le processus psychothérapeutique.

### **c) Le statut des psychothérapeutes :**

Dès lors se précisaient la place et le rôle, centraux, des psychothérapeutes, qui font par ailleurs l'objet de multiples mouvements incohérents, sinon contradictoires. Objets de dévoration de l'équipe qui va, à certains moments, les incorporer et les associer à tous les temps de son travail, ils sont, à d'autres moments, priés de « s'externaliser », de s'éloigner et d'aller pratiquer à distance leur mystérieuse, étrange et inquiétante sorcellerie. Professionnels ravalés au rang de techniciens, comme les autres, on les veut, en même temps, détenteurs d'un pouvoir magique. Ces incohérences traduisent l'ambivalence du sentiment collectif intime et la réalité de phénomènes de rivalité fraternelle. A cette fragilité, les psychothérapeutes n'échappent évidemment pas, comme en témoignent leurs actes manqués (oubli de séances, erreurs d'horaires pour les rendez-vous, méconnaissance des dates de congés) ou les attitudes de réassurance significative qu'à l'occasion ils affichent.

Les soignants, de leur côté, ont la lourde et éreintante tâche d'accompagner sans cesse les patients, en offrant à leurs fantasmes et à leurs délires un espace interstitiel, une aire de jeu et de transition entre le réel et l'imaginaire, où la mise en scène et en acte se fait dans le registre du « comme si ». Tandis que les psychothérapeutes sont les interprètes, à la fois au sens esthétique et technique du terme, de l'autre scène, où ce matériel reçoit réponse, où les pensées psychotique et limite sont repensées et où est peu à peu, difficilement, douloureusement, fourni au jeune patient un appareil à penser ses propres pensées. Les soignants et les psychothérapeutes doivent ainsi se retrouver régulièrement, pour des séances d'analyse de cas, qui permettent sans cesse de réouvrir l'histoire du sujet, facilitent au soignant la compréhension des jeux répétitifs auxquels il est régulièrement confronté, protègent le psychothérapeute d'un enfermement irréel dans le processus d'introjections-projections-identifications projectives réciproques dans lequel le patient s'efforce de l'incarcérer, au détriment de toute réalité. **Le soignant est le garde-fou du psychothérapeute, le psychothérapeute est le garde réalité du soignant.**

#### d) La question de la guérison :

Il y a tout lieu de remettre en question le préjugé qui affirme «on ne guérit pas les psychotiques ou les états-limites» ; simplement parce que, sans doute, la question de la guérison est mal posée, dans cette affirmation à propos de l'incurabilité. Il s'agit précisément de rouvrir ce questionnement et de ne plus faire l'économie de ce que le mot « guérison » véhicule de connotations troubles (la *furor sanandi*, la fureur de guérir ou acharnement thérapeutique, dira-t-on aujourd'hui). Notre ambition est d'obtenir des progrès significatifs en distinguant bien, et les buts de vie et les buts thérapeutiques.

**Du côté des buts de vie**, on cherchera plus à aguerrir qu'à guérir, en visant une réduction de la souffrance psychique, qu'elle s'exprime par l'angoisse, la dépression ou le délire ; on tentera de conduire le patient vers plus d'autonomie et d'optimiser sa relation avec la réalité.

**Du côté des buts thérapeutiques**, la psychothérapie psychanalytique se fixe deux buts : d'une part, une reprise du processus de développement psychique, et d'autre part, une mutation fondamentale qui dénoue et déjoue les enjeux d'une économie libidinale rigidifiée. En restituant ainsi au Moi des ressources incarcérées dans les agrégats psychiques fixés, en amenant les mécanismes de défense à un niveau moins archaïque et à plus de flexibilité, en favorisant la secondarisation des processus primaires prévalants, on peut obtenir, en particulier durant l'adolescence et la post-adolescence, des résultats satisfaisants, parfois remarquables pour ce qui concerne certains sujets dont la force structurelle, au départ, n'attendait que l'aide psychothérapeutique (et institutionnelle) pour pouvoir reprendre le dessus.

Pour ces jeunes patients, même les plus difficiles, il nous paraît essentiel d'avoir un projet et un désir de développement, de maturation, avant qu'ils ne puissent eux-mêmes les assumer ou les contredire, en tout cas les modifier. Cela nous amène à trois conséquences :

1) ceux qui travaillent sur un tel projet doivent y adhérer, sans réticence aucune (consciente, bien entendu) ;

2) un tel programme ne peut être proposé qu'à des patients présentant une organisation psychique (psychotique ou limite) telle que l'on puisse penser qu'ils accèderont avec utilité et intérêt à un tel objectif, d'emblée ou après un temps (qui peut être long), de préparation par le soin seul ;

3) enfin, il faut avoir le courage de reconnaître, dans certains cas, l'erreur qui porte alors doublement le nom justifié d'« incurabilité » et de mettre fin à ce qui est devenu un leurre, en proposant un lieu de vie, qui aura pour but de permettre la poursuite d'une existence dans une ambiance chaleureuse, mais sans ambition thérapeutique.

#### e) Les contradictions institutionnelles :

La diversification du soin et des prises en charge place le patient en situation d'éparpillement de ses mouvements transférentiels, de renforcement des clivages qui le morcellent ou le déforment psychiquement. Dans la vie quotidienne du service entrent en confrontation les désirs de ceux qui, engagés dans la transmission des apprentissages ou les progrès des rééducations, vont à la **rencontre de la réalité**, et les désirs de ceux qui, œuvrant dans la symbolique du soin ou dans le cadre du mouvement psychanalytique, sont immergés **dans la vie psychique et le monde interne** du patient, acceptant, voire favorisant, des moments régressifs reconstructeurs.

Au-delà du temps passé par le patient dans le service, il y a le retour dans sa famille, cette dernière étant engagée, d'une manière ou d'une autre, comme partie prenante et partie prise, dans la genèse ou le maintien de son organisation pathologique.

Enfin, et ce n'est pas la moindre des contradictions, la place de la pensée psychanalytique et de sa pratique authentique, reste problématique dans des services tour à tour dominés par le projet « pédagogique », « éducatif » ou « thérapeutique ». Ces contradictions sont incontournables et inéluctables et nous pouvons penser qu'elles sont aussi nécessaires car, à l'instar de l'appareil



psychique individuel, l'aconfliktualité priverait l'institution de tout dynamisme, de toute vitalité, qui eux sont indispensables au travail de soin et de psychothérapie. Ainsi, plutôt que de vouloir idéalement se débarrasser de ces contradictions et conflits, par ailleurs bien utiles, ceux qui concourent au soin psychique devraient trouver en eux-mêmes les moyens d'une prise de conscience et la capacité de s'identifier aux valeurs, aux intentions et éventuellement aux théories antithétiques, qu'ils peuvent rencontrer chez leurs collègues.

### 3. Le travail psychanalytique

Dans cette section nous aborderons successivement : quelques rappels préliminaires concernant les principes du travail psychanalytique ; les fonctions du cadre institutionnel ; les étapes du travail psychanalytique (modèles de H. Searles et W. Bion).

#### a) Rappels préliminaires concernant les principes du travail psychanalytique :

Le travail psychanalytique que nous réalisons part du postulat que si nous avons affaire à un Moi non intégré ou secondairement délabré, coexiste à côté de sa part psychotique une part non psychotique, ou bien à côté de son secteur anaclitique un secteur adaptatif. C'est, bien évidemment, avec la part non psychotique ou le secteur adaptatif des patients que va pouvoir se fonder l'alliance thérapeutique, si ténue et fragile qu'elle puisse être et que va s'engager le processus curatif.

Nous avons choisi de ne pas travailler à partir d'une hypothèse univoque quant au rôle de l'environnement familial, sauf à dire qu'il est toujours vulnérable, éventuellement pathogène :

- soit primitivement par une altération grave des premières relations objectales, par un rejet primordial de la mère, rejet qui peut se travestir en surprotection fusionnelle ;
- soit secondairement par la blessure narcissique qu'éprouvent les parents d'avoir un enfant psychiquement malade, par les excitations que provoquent les identifications projectives et introjectives sur eux, dans une confusion permanente des mondes interne et externe.

Cette conception étiologique ouverte interdit des positions clivées et réductrices se limitant à la fantasmatique du patient (comme les kleinien) ou à l'opposé, se limitant à sa seule réalité familiale et sociale (comme les tenants de l'antipsychiatrie).

Les patients dont nous parlons sont pour l'essentiel des **adolescents, post-adolescents** ou encore de **jeunes adultes très immatures**, ce qui entraîne les conséquences suivantes :

- les fantasmes sexuels trouvent un étayage dans la réalité des caractères sexuels secondaires et dans l'émission des produits génitaux, l'éjaculation, comme l'apparition des règles, renforçant les angoisses de castration, de séparation et de morcellement ; l'inceste actif et le parricide sont désormais anatomiquement et physiologiquement possibles ;
- la modification de l'image du corps entraîne une redistribution des investissements objectaux et narcissiques et vient conforter les sentiments d'étrangeté, de bizarrerie et d'échec de la quête identitaire ;
- la suractivation pulsionnelle (libidinale ou agressive) ne peut être contenue par un Moi mutilé et un Surmoi qui n'existe qu'à l'état de préforme ou qui se trouve projeté sur la réalité extérieure. Il résulte de cela un état véritablement critique sur le plan narcissique et identificatoire ; nous avons là une sorte de nouveau stade du miroir, dont la théorie reste à produire, et qui ne facilite pas, en tout cas, le recours aux mécanismes de défense habituels à cet âge (refoulement, régression, ascétisme, intellectualisation), ni le travail de deuil des imagos infantiles, ni les expériences de séparation ;

– ces jeunes patients n'ayant pu accéder à l'Œdipe, ils ne pourront le rejouer ; toutefois, dans le cadre de la redistribution de toutes les données économiques et énergétiques, l'adolescence se présente souvent comme une période de mutations possibles, par l'apparition d'« îlots » de triangulation œdipienne, ce qui peut favoriser, au cours de cette période cruciale et souvent féconde, la réorganisation d'une pathologie, par aménagement ou compensation, l'aide psychanalytique pouvant aider ce mouvement par son dynamisme interprétatif et de reconstruction.

Nous considérons (sur la base de ce que l'expérience clinique nous a permis d'observer), que deux positions extrêmes doivent être écartées quant à la place de l'institution au sein du travail psychanalytique :

**1. la dichotomisation :** c'est la position kleinienne telle que l'expose H. Segal (1964) : « Je me méfie des institutions, des hôpitaux, des communautés thérapeutiques, analytiques ou pseudo-analytiques, comme environnement pour un malade qui est en psychanalyse ; je crois que les interventions pseudo-analytiques envers le malade, toujours confuses, dévalorisent l'intervention psychanalytique du psychanalyste. » Ainsi, selon cette position, seul le processus psychothérapeutique de la cure psychanalytique est opérant pour l'individu, l'institution apparaissant comme un lieu de vie anonyme et hôtelier, où les patients mangent et dorment, mais sans aucune ambition de soin. Cependant, comment imaginer pratiquement une telle organisation d'où seraient exclus toute identification, tout mouvement de transfert, toute projection ? Et comment gérer au quotidien de telles institutions sans un minimum de soin, ce soin ne devant pas être confondu avec la psychothérapie ?

**2. la confusion :** c'était la position de B. Bettelheim, où chacun est le thérapeute de l'enfant et le responsable de l'institution, responsable et thérapeute de tous, soignés comme soignants. L'institution devient une gigantesque machinerie qui permet, illusoirement, à chacun de donner en tous temps et en tous lieux, la réponse adéquate à la situation, en prenant en compte les contre-attitudes conscientes et inconscientes des techniciens ! L'avenir n'a malheureusement pas donné raison à B. Bettelheim à propos de cet idéal « camp de concentration du bonheur » et après le décès de son fondateur, on n'y pratique plus aucune thérapie psychanalytique.

#### **b) Les fonctions du cadre institutionnel :**

Le cadre de la cure psychanalytique s'inscrit dans le cadre institutionnel et le soin qui y est proposé sur de multiples registres :

- ♦ « orthopédie » du Moi ;
- ♦ offre d'**identifications** multiples, mais stables et structurantes ;
- ♦ **prise en charge au niveau de la réalité** (sans toutefois tomber dans le piège de la réadaptation normative) des progrès acquis dans la psychothérapie, ou des mouvements régressifs ;
- ♦ **acceptation** dans l'espace du soin, des régressions, achoppements, voire interruptions du processus psychothérapeutique, en évitant toutefois le maternage ;
- ♦ utilisation de l'institution comme **contenant**, préparation, soutien, relais du travail psychothérapeutique ;
- ♦ **ouverture d'un espace intermédiaire de jeu**, d'une zone transitionnelle où le patient peut expérimenter sans danger (grâce au contrôle et aux limites souples posés par le cadre institutionnel), son langage et son corps, l'espace et le temps, l'enchaînement des causes et des effets, ses mondes interne et externe ; ces expérimentations se réalisant au travers de jeux, de découvertes, de manipulations, d'initiatives, de curiosités, voire de

provocations (Cahn, 1991) ; un règlement intérieur, complété d'une charte signée par le patient, précisent toutefois les limites de ce qui est permis et de l'interdit (symboliquement, les interdits renvoient à tout ce qui représente l'inceste et le parricide, c'est-à-dire ces choses qui ne pourront jamais se faire et auxquelles il convient de renoncer définitivement et la Loi reconnue et acceptée comme ce qui transcende et dépasse le sujet et le soumet pour en faire un être « humain » et responsable) ;

- ♦ **mise en scène de la répétition** : ces patients incorporent les fantasmes de leurs parents les concernant et les régurgitent dans des troubles du comportement ou des productions délirantes. D'où la difficulté de repérer dans leurs agirs et leurs paroles ce qui leur est propre de ce qui appartient à l'imaginaire familial, avec le risque de susciter de la part des soignants des réponses analogues à celles qui sont données dans la pathologie de l'économie familiale. Les troubles de ces patients peuvent avoir ce pouvoir (qu'il faut limiter le plus possible) d'empêcher de penser et on comprend dès lors la nécessité de toujours réouvrir l'histoire du sujet pour mesurer avec lui tout ce que ces mouvements ont de répétitif et par là de contraignant ;
- ♦ **lieu des apprentissages élémentaires** où le pédagogique tient une place différente et ambiguë : ces apprentissages représentant d'une certaine façon **la fonction paternelle d'approche de la réalité**, ils sont à la fois une nécessité pour permettre au patient de se relier à la réalité sociale, mais aussi le risque d'illusions mégalomaniaques monumentales quant à une sorte de « dressage » du jeune patient, favorisant alors les faux-selves, les conditionnements plaqués, les investissements électifs se développant parfois d'une manière monstrueuse. Pour autant, et à condition d'en garder la maîtrise et la mesure, ces apprentissages sont indispensables parce qu'ils favorisent des projets structurants, des sublimations réussies et la reconnaissance de la réalité (simplement, il ne faut pas les confondre avec les actions de réaménagement psychique).

**Ce que l'on appelle le cadre institutionnel représente donc à la fois l'institution physique et légale et le soin praxéologique qui y est donné. Ce soin lui-même correspondant à un ensemble de dispositifs et de dispositions où vient s'inscrire une disponibilité, qui ne cherche sa fin que dans son intention d'accompagnement, mais ni en soi, ni pour soi.**

### **c) Les étapes du travail psychanalytique (modèles de H. Searles et W. Bion) :**

Le mouvement fondamental du traitement psychanalytique d'un adolescent, post-adolescent ou encore d'un jeune adulte affectivement immature, qu'il s'inscrive dans la structure psychotique ou dans l'organisation état-limite, réside pour nous dans la focalisation progressive du transfert institutionnel du patient sur son psychanalyste. Cette focalisation suppose au passage une solide capacité de l'analyste à supporter les identifications, les projections et les identifications projectives qui le visent. Nous emprunterons à H. Searles (1994) et à W. Bion (1954) leur formalisation des grandes étapes de ce mouvement transférentiel, afin de mieux comprendre comme le processus de la cure psychanalytique s'étaie sur le soin.

#### **a) H. Searles : un travail autour de la relation symbiotique**

Cet auteur distingue cinq phases dans le traitement psychanalytique, supposé idéalement réussi, d'un patient psychotique (ce modèle étant applicable, selon nous, aux jeunes psychotiques ou états-limites) :

1. **La phase hors contact d'attente patiente** : où la seule présence de l'analyste, sa calme neutralité, cependant humaine et empathique, contribuent à initier des relations transférentielles, alors qu'apparemment « il ne se passe rien ». Ainsi, faut-il être capable d'attendre, avec intérêt, pour pouvoir accéder à la seconde phase ;
2. **La phase de symbiose ambivalente** : qui est marquée par « l'identification délirante » du patient au noyau psychotique du thérapeute, duquel sont amputées, avec raison, les ambivalences et confusion qui assaillent le patient. C'est donc sur son propre noyau psychotique que s'effectue l'essentiel du travail du psychanalyste : non sans angoisse, ni souffrance, un travail d'élaboration personnelle qui lui permet de s'impliquer avec le patient, mais sans se fondre, ni se confondre avec lui, d'éprouver sa folie au contact du patient, mais sans devenir fou lui-même (comme le promeneur intelligent et curieux dans les rues de Sienne, selon notre métaphore initiale) ;
3. **La phase de symbiose pleine** : prend alors toute sa place, caractérisée par l'importance de l'interprétation, elle marque le début du réel travail psychanalytique à deux : après s'être attendus, après avoir travaillé chacun avec son organisation ou son noyau psychotique, le psychanalyste et le patient travaillent désormais ensemble et malgré les difficultés (erreurs, ruptures), ce travail psychique mutuel est l'objet d'un certain plaisir. Ce plaisir partagé n'est pourtant pas sans risque car il s'étaie sur des projections maternelles réciproques, celles du patient sur l'analyste, mais aussi celles de ce dernier, dans le contre-transfert, sur son patient, en qui il cherche parfois l'enfant, parfois la mère. H. Searles (1994), qui reconnaît par ailleurs tout l'intérêt et la richesse de l'apport kleinien, n'en considère pas moins les dangers et la maladresse de la technique de l'interprétation à jet continu, qui représente quelque part une défense inconsciente de la part du thérapeute, sous la forme d'un activisme clinique – une défense maniaque – destiné à se rassurer contre des angoisses dépressives et paranoïdes ;
4. **La phase de résolution de la psychose de transfert** : où apparaît et doit être affronté, aussi bien par le patient que par son analyste une angoisse liée à la sortie, imminente ou actuelle, de la relation symbiotique ;
5. **La phase d'analyse de la névrose de transfert** : qui correspond à un nouveau rapport interpersonnel plus adulte entre les deux protagonistes et qui rejoint ce que nous connaissons dans la pratique habituelle des cures de névrosés ; le patient ne s'est certes pas transformé en un véritable névrosé, mais un certain aménagement de type névrotique (avec certaines possibilités de pleine interprétation du transfert, grâce aux nouvelles capacités de symbolisation, de verbalisation et de mentalisation des pulsions et des affects) se met en place, d'abord dans le cadre de la cure, puis de l'institution et plus tard, on l'espère, au-delà.

Dans ce cheminement, les deux premières phases (hors contact et symbiose ambivalente) sont vécues par tous (soignants et soignés) et à tout moment dans l'institution et son fonctionnement normal ; l'action strictement psychanalytique commence avec la troisième phase (symbiose pleine), sous le règne de l'interprétation. Dans la mesure où cette action psychanalytique représente un moyen de soulagement et même de plaisir, dans la relation entre le patient et l'analyste, nous pouvons comprendre que, même s'il est parfois difficile d'être le psychanalyste de patients psychotiques ou états-limites, il peut être encore plus malaisé de n'être que soignant, sans cesse confronté aux attaques, aux parasitages, à la colonisation et à l'hémorragie narcissiques que lui inflige le patient, tout en devant se maintenir (en tant que soignant et non analyste) au niveau des deux premières phases (hors contact et symbiose ambivalente), en se privant des interprétations qui pourraient le rassurer (et par là rassurer le patient). Cette situation des soignants peut être souvent frustrante et elle implique une grande maîtrise de soi. Ainsi, le dispositif soignant collectif ne peut étayer le travail psychanalytique que si son personnel est capable de se maintenir à un niveau de

symbiose ambivalente (marquée d'affects contrastés et instables d'amour et de haine réciproques), sans frustration excessive, sans haine jalouse non plus pour l'analyste. Ce dernier pourra alors avec plus de sécurité, à la fois pour lui-même et pour son jeune patient, effectuer un travail d'interprète, c'est-à-dire de traducteur d'une langue étrangère et étrange, en un code compréhensible, une langue « maternelle » en quelque sorte.

## **b) W. Bion : les étapes d'une élaboration psychique**

La formulation de W. Bion, pour être sensiblement différente, n'en permet pas moins de retrouver cette même complémentarité du soin et de la psychothérapie psychanalytique. La description du processus psychanalytique que cet auteur nous propose est basée sur une métaphore ou une analogie avec la relation mère-enfant. Bion distingue ainsi trois étapes :

1. **L'étape de la contention** : dans un premier temps, le psychanalyste (comme la mère vis-à-vis de son bébé), est la cible des projections du patient, des mots projectiles, des affects étranges et inquiétants qu'il lui communique, de ce que Bion nomme les « objets bizarres » ou « éléments  $\beta$  ». C'est à ce niveau que la fonction de pare-excitation doit jouer tout son rôle pour éviter de répondre aux projections par des interprétations contre-transférentielles disséquentes et destructrices. Ce dont la mère, comme le psychanalyste, doivent être capables, est de **contenir**, c'est-à-dire de garder en eux ces objets, sans être entamés, altérés ou détruits et sans réagir par un passage à l'acte, qu'il soit mental (la haine dans le contre-transfert), verbal (l'interprétation répressive) et même, à la limite, moteur (le besoin de poser un acte). En réussissant la contention en eux-mêmes des émotions et réactions suscitées par ces attaques ou ces séductions, la mère comme le psychanalyste, ouvrent la voie au second temps ;
2. **L'étape de l'élaboration** : soumis à cette dislocation des liens et à cette rupture de la concaténation psychique, l'analyste ou la mère effectuent un travail d'élaboration psychique qui réorganise le matériel, lui redonne de « bonnes formes » et remet à sa place chacune des pièces éparpillées du puzzle. Pour difficile qu'elle soit, cette activité élaboratrice, d'enchaînement des pensées, n'en est pas moins affectée d'un indice de plaisir narcissique et, selon Bion, cette activité « bonifie » le matériel qu'elle travaille. Il s'agit d'un travail de détoxification, à l'instar d'une hémodialyse, mais ici dans le domaine psychique. Pour être capable d'accomplir cette tâche, il suffit à la mère d'être « suffisamment bonne » ; pour l'analyste sa mission est plus difficile et ses conditions donc plus rigoureuses : il doit avoir établi un commerce flexible avec son Inconscient (permettant une circulation aisée entre ses processus primaires et secondaires), disposer d'un appareil conceptuel de références diversifiées, bénéficier du soutien, de la réflexion critique et finalement du contrôle d'un groupe collégial ou d'un superviseur (l'un des meilleurs critères de cette « excellence » clinique est sans doute la capacité élaboratrice du clinicien lui-même : être capable de se dire, de raconter aux autres, avec plaisir et intérêt, la représentation métapsychologique qu'il se fait de la situation clinique et de son évolution, y compris dans ses propres éprouvés) ;
3. **L'étape de la restitution** : représente la troisième phase proposée par Bion : grâce au travail d'élaboration, les objets bizarres deviennent des éléments familiers et selon la terminologie de l'auteur « les éléments  $\beta$  accèdent au statut d'éléments  $\alpha$  », qui peuvent désormais être pensés. Le psychanalyste a servi d'appareil à penser les pensées du patient et les lui rend plus intelligibles, plus supportables, plus agréables. Dans ce mouvement où le transfert joue un rôle fondamental, le patient, prenant appui identificatoirement sur le psychisme de son analyste, devient peu à peu apte à penser lui-même ses propres pensées,

les choses redeviennent des choses, les mots des mots et le langage s'investit à nouveau d'une fonction de communication et non de barricade défensive. Là encore, nous pouvons comprendre que si la fonction de contenant appartient à tous dans l'institution, celle d'élaboration représente la condition de cette part du soin inscrite dans le symbolique, la fonction de restitution étant le fait du psychanalyste comme interprète.

Trois remarques pour terminer ce chapitre :

1. le fait de définir des statuts, des rôles et surtout des fonctions précises dans l'institution, ne doit pas impliquer une sorte de hiérarchisation des personnes (au point de vue du soin et de la psychothérapie) ; chacun occupe une place d'égale importance et il y a bien complémentarité entre les acteurs du soin institutionnel et le (les) acteur(s), psychanalyste(s) ou non, de la psychothérapie ;
2. dans ce chapitre nous avons traité sur un même plan les patients psychotiques et états-limites, parce que bien des éléments les rapprochent au point de vue du soin et de la psychothérapie ; cependant, le chapitre suivant abordera certaines particularités des états-limites ;
3. s'agissant des psychotiques, le processus que nous venons de décrire s'appuie sur l'idée de la présence d'une partie saine du Moi, sur laquelle le travail psychanalytique peut prendre appui (par exemple, un délire circonscrit ou temporaire - bouffée -, permettra une reconquête rapide du terrain perdu en cours de psychothérapie).

## CHAPITRE XI : ETATS-LIMITES ET CONTRE-TRANSFERT

### Résumé :

La question du contre-transfert est liée aux caractéristiques personnelles du thérapeute, qui fondent la relation avec son patient et l'alliance thérapeutique qu'il pourra établir avec lui. Une psychothérapie est avant tout une rencontre entre deux personnalités. Dans la méthode psychanalytique, plus que dans toute autre méthode de psychothérapie, la relation symbolique entre le patient et son analyste représente l'outil essentiel permettant le travail psychique et l'avancement du patient dans son développement ; cette relation est construite autour du transfert et du contre-transfert. Ce dernier représente l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci. Psychotiques et états-limites conduisent le psychothérapeute, le psychanalyste, à vivre des réactions contre-transférentielles très particulières, qui représentent finalement un autre élément de connaissance de ces patients et des psychopathologies qu'ils incarnent.

Dans la mesure où le psychanalyste travaille avec sa personnalité, la dimension du contre-transfert existe bien avant sa rencontre avec tel ou tel patient et donc avant que ce patient n'ait eu l'occasion d'établir un transfert sur cet analyste. Le psychanalyste possède en lui-même, un arrière-plan, qui représente un filtre, qui donnera une couleur bien particulière au contre-transfert. Ainsi, bien avant la rencontre avec le patient, préexiste sur un patient virtuel, un patient prototypique, un genre de contre-transfert latent. Cette virtualité du patient va se jouer dans le contre-transfert tout au long de la cure.

Les expressions du contre-transfert de l'analyste dépendent de lui-même, mais encore de son patient, notamment des attitudes transférentielles de ce dernier. Elles sont en rapport avec les mécanismes de défense qu'exprime le patient et dans le cas du patient état-limite, la violence des affects refoulés place le thérapeute à des niveaux de tension extrême dans son contre-transfert. Ce contre-transfert se présente sous plusieurs aspects : l'anxiété, l'exaspération, les sentiments d'impuissance et de culpabilité, en réponse aux attaques contre le cadre de la cure ; les angoisses de danger excessives, les peurs de perdre le patient, les sentiments de mise à distance ou les contre-attitudes cognitives comme l'intellectualisation, la rationalisation, la généralisation en réponse aux attaques contre l'analyste lui-même ; les sentiments de confusion et de peur de devenir fou, en réponse à l'ambivalence et au clivage du patient ; la culpabilité, la peur de nos propres inclinations psychotiques, la mise à distance scientifique, face aux manifestations psychotiques du patient ; la dépression contre-transférentielle est aussi un des éléments essentiels du contre-transfert avec les états-limites, lorsque l'analyste vit les attaques du patient comme des attaques de son narcissisme ; parfois apparaît le vacillement de l'identité de l'analyste, dans sa confrontation à l'inquiétante étrangeté des patients limites.

La personnalité et l'identité du psychothérapeute sont particulièrement impliquées dans le travail psychanalytique avec les patients états-limites ; mais face à de tels patients nous devrions penser et élaborer une « nouvelle » psychanalyse.

Dans son dernier ouvrage traduit en français, H. Searles (1994, p. 12) nous livre cet aveu, surprenant pour qui ne connaîtrait pas l'homme et ses travaux : « *Je suis depuis longtemps persuadé que toute psychanalyse approfondie ou thérapie psychanalytique intensive nous confronte à des phénomènes borderline, car ceux-ci font partie de la condition humaine.* » Où il faut bien entendu comprendre, le contexte ne laissant planer aucun doute à ce sujet, que ces phénomènes borderline se rencontrent aussi bien chez le thérapeute que chez son patient. Nous avons le souvenir de cet entretien avec l'auteur, il y a une quinzaine d'années, dans son cabinet de Washington, où avec sa

rude franchise et son constant humour, il nous avait décrit et évalué les personnalités pathologiques de ses père et mère, avant de conclure qu'il n'avait eu d'autres choix, pour se soigner, que d'exercer le métier de psychanalyste et de traiter des patients psychotiques et borderline pour pouvoir supporter ses propres tendances paranoïdes.

Le psychothérapeute, le psychanalyste, sont homme ou femme et non des machines entièrement prévisibles. Ces professionnels travaillent avec leur personnalité et leur personne, éventuellement leur propre psychopathologie (heureusement et en principe éclaircie et aménagée par un travail personnel, sur soi-même, qui reste indispensable dans la profession). Les difficultés personnelles représentent d'ailleurs pour le métier de psychothérapeute, d'analyste, une sorte de critère, dans la mesure où celui qui ne s'est jamais affronté lui-même à ses propres difficultés psychologiques ne saurait vraiment avoir, ni la motivation, ni l'empathie suffisante, pour affronter ces autres en difficulté que sont les patients et tenter de leur apporter une aide. Ainsi, la question du contre-transfert est-elle liée à ces caractéristiques personnelles du thérapeute, qui fondent la relation avec son patient et l'alliance thérapeutique qu'il pourra établir avec lui. Une psychothérapie est avant tout une rencontre entre deux personnalités ; une rencontre non triviale, organisée dans un cadre précis et un protocole, un procédé, un processus qui ne laissent rien au hasard (ou très peu !), mais c'est une rencontre véritablement authentique, car construite sur la symbolique et l'imaginaire et non dans la réalité (les seules choses qui appartiennent à la réalité étant : le contrat thérapeutique, le paiement du prix de la séance – excepté dans les prises en charges institutionnelles – et les salutations de début et de fin de séance).

Dans la méthode psychanalytique, plus que dans toute autre méthode de psychothérapie, cette relation symbolique entre le patient et son analyste représente l'outil essentiel permettant le travail psychique et l'avancement du patient dans son développement. Ce travail de rencontre et d'élucidation entre esprits, conscients et inconscients, prend place au sein de deux phénomènes complémentaires, le **transfert** et le **contre-transfert**, qui sont deux concepts majeurs du modèle psychanalytique tant au point de vue théorique que pratique et clinique.

Définitions (Laplanche, Pontalis, 1967) :

**Le transfert** : désigne, en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation psychanalytique. Il s'agit d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué. Le transfert est classiquement reconnu comme le terrain où se joue la problématique d'une cure psychanalytique, son installation, ses modalités, son interprétation et sa résolution caractérisant celle-ci.

**Le contre-transfert** : ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci.

Laplanche et Pontalis (ibidem) retiennent, au point de vue technique, trois orientations pour ce qui concerne le contre-transfert :

1. la nécessité de réduire le plus possible les manifestations contre-transférentielles afin que le seul transfert du patient soit visible (cette nécessité devant être considérée comme un idéal technique, pratiquement, le contre-transfert est toujours présent de façon plus ou moins marquée, d'où les deux orientations qui suivent) ;
2. utiliser, tout en les contrôlant, les manifestations contre-transférentielles dans la cure analytique, comme des détecteurs de l'Inconscient du patient ;



3. donc utiliser ses propres réactions contre-transférentielles, en tant que « résonance d'Inconscient à Inconscient », comme guide pour l'interprétation.

La plupart des auteurs qui ont étudié le contre-transfert se rangent derrière les deux dernières orientations et considèrent ce phénomène comme une donnée incontournable, utile et nécessaire afin qu'avance le travail psychanalytique avec le patient. H. Searles (1977, 1981) reste le maître incontesté du contre-transfert (privilège qu'il partage avec R. Langs (1988), un auteur moins connu, mais tout aussi passionnant) et nous lui devons beaucoup dans la réalisation de ce chapitre.

Psychotiques et états-limites conduisent le psychothérapeute, le psychanalyste, à vivre des réactions contre-transférentielles très particulières, qui représentent finalement un autre élément de connaissance de ces patients et des psychopathologies qu'ils incarnent. Aussi, la connaissance des états-limites ne peut se passer d'une approche théorique du contre-transfert et d'un exposé, même succinct, de ses effets concrets sur l'analyste.

## **A. Le contre-transfert préexiste au transfert**

Dans la mesure où, comme nous l'expliquions plus haut, le psychanalyste travaille avec sa personnalité, la dimension du contre-transfert existe bien avant sa rencontre avec tel ou tel patient et donc avant que ce patient n'ait eu l'occasion d'établir un transfert sur cet analyste. La situation est comparable à celle qui se joue entre les parents et l'enfant non encore né, voire non même encore conçu, mais qui préexiste dans la psyché de ses futurs parents. Prenant appui sur plusieurs travaux d'observation clinique (Vernant, 1965 ; Anzieu, 1966 ; Green, 1975), nous avons pu montrer que l'enfant une fois venu au monde et commençant sa vie de nourrisson, ses parents pouvaient manifester un contre-Œdipe (sollicitations ou séductions érotiques de la part de la mère, tentatives réelles ou fantasmatiques de destruction préventive de l'enfant de la part du père) bien antérieur aux manifestations œdipiennes de l'enfant (Sztulman, 1978).

Le psychanalyste possède en lui-même, en arrière-plan, une sorte de « paradigme » (Kuhn, 1962/70) du patient, qu'il a construit à partir de sa personnalité, mais encore de ses études, de sa formation professionnelle, de l'école à laquelle il se rattache. Tout cet arrière-plan représente un filtre qui donnera une couleur bien particulière au contre-transfert lequel va s'établir dans la rencontre avec le patient ; mais bien avant, préexiste sur un patient virtuel, un patient prototypique, un genre de contre-transfert latent qui donne généralement les figures opposées de ce que l'analyste considère pour lui-même comme le patient idéal ou le patient à rejeter (celui de la « contre-indication », terme plus psychanalytiquement correct). Le travail psychanalytique représente alors une sorte d'*analogon* des parcours ontogénétiques de l'analyste comme de *son* patient, chacun des deux revivant dans la cure et symboliquement ce parcours, le « son » marquant dans le langage parlé une sorte d'appartenance du patient à l'analyste et signifie la préexistence du patient comme objet virtuel dans l'analyste (Sztulman, 1983). Cette virtualité du patient va se jouer dans le contre-transfert tout au long de la cure, l'analyste ayant l'impression de voir son patient sur une ligne, un cheminement, pris dans un processus de croissance (à partir duquel il peut évaluer les éventuelles régressions ou stagnations).

Nous mettons en évidence, dans ce texte de 1983, le rôle du contre-transfert dans la résistance contre le travail psychanalytique personnel (auto-analytique) du thérapeute, contre le transfert résiduel de sa propre analyse, enfin contre les mouvements transférentiels du patient. Ceci nous conduisit à écrire que les anti-analysants de McDougall, les hyper-analysants de Cahn, les structures opératoires psychosomatiques de Marty et Fain et les états-limites de Bergeret, sont des patients qui nous offrent et nous dérobent, tout à la fois, l'étrange masque de Narcisse, déformé par le miroir des eaux, tour à tour dormantes et mouvementées, où il se reflète. Narcisse ainsi séduit et pétrifié par cette image spéculaire, reste insensible aux cris d'amour désespérés d'Echo. Sommes-nous assurés

de pouvoir échapper nous-mêmes à cette fascination, installés comme nous le sommes parfois dans une position elle-même profondément narcissique ? Et tous ces patients des « nouvelles » pathologies, organisations relativement désorganisées, qui nous interpellent avec des mots, des affects, des pensées, qui ne sont plus ce que nous avons appris, ne nous placent-ils pas en position de cécité-surdité ? Ne sommes-nous pas en train de résister contre eux, devant les menaces de vampirisation par leur avidité orale inassouissable ? Résister devant leurs tentatives d'envahissement, pour eux désespérées, pour nous désespérantes, tentatives de maîtriser, contrôler et coloniser notre propre fonctionnement mental ? Ce contrôle d'autrui représentant pour eux la seule issue d'une impasse dans laquelle les relations ambiguës et ambivalentes d'une histoire infantile, où les différenciations entre les sexes et les générations se sont effacées, les ont incarcérés.

Dans son ouvrage fondamental, Huber (1987), reprenant les études de Leyens (1983), expose des travaux qui démontrent à quel point la vision que le clinicien possède de son patient est entachée d'erreurs et d'illusions (effet de halo, de clémence, erreur logique, erreur fondamentale et théories implicites de la personnalité, erreurs contextuelles, phénomènes de prévision, de première impression, limites dans l'élaboration des informations,...). Tous ces éléments de connaissance implicite, préalable, se mêlent au contre-transfert et créent chez le clinicien ou l'analyste « son » patient, ce que traduit parfaitement ce fameux pronom possessif.

## **B. Les différentes expressions du contre-transfert**

Ces expressions du contre-transfert de l'analyste dépendent de lui-même, nous l'avons vu, mais encore de son patient, notamment des attitudes transférentielles de ce dernier. Si ce patient est un état-limite, cas que nous envisageons ici, ce sont les mécanismes de fonctionnement et de défense propres aux états-limites qui vont induire des réactions contre-transférentielles spécifiques chez l'analyste. En effet, les sentiments refoulés du patient témoignent d'une telle violence qu'ils ne peuvent que solliciter et ébranler les affects du thérapeute dans leurs aspects les plus archaïques. Face à un patient qui présente, de manière imprévisible, des niveaux de fonctionnement les plus divers, le système pare-excitation de l'analyste se trouve en permanence mis en tension extrême ; en particulier quand le patient exhibe ses contenus les plus régressés, imposant au clinicien d'aller revisiter ses propres contenus archaïques. Cette possibilité devrait pouvoir se faire sans anxiété particulière de la part du thérapeute, afin de lui permettre une mise en représentation et une mise en mots.

Cette navigation permanente du patient entre les registres névrotique et psychotique, confronte le psychanalyste à la peur de voir le patient devenir psychotique et le demeurer, à son désir aussi de le voir évoluer, parfois à son envie jalouse de cette aisance à circuler plus ou moins librement entre les processus primaires et secondaires et enfin à la peur de devenir lui-même psychotique. Pour pouvoir traverser tous ces écueils, le clinicien doit avec constance faire la preuve de son aptitude à jouer, dans le transfert, à la fois le rôle de mère symbiotique (mais qui n'entend pas le rester) et de nourrisson symbiotique qui vise à se dégager de cet assujettissement. A ce titre, le contre-transfert de l'analyste vis-à-vis de son patient, ne devient un outil technique pour faire avancer le travail au travers de tous ces pièges, seulement s'il est maîtrisé en tant qu'instrument de détection. Examinons certains aspects de ce contre-transfert en lien avec les données transférentielles.

### **1) Les attaques contre le cadre de la cure :**

Si le névrosé procède par étayage du représenté sur le perçu, si le psychotique abolit le perçu et le remplace par un représenté *sui generis*, de son côté, le patient limite procède par condensation du perçu et du représenté. Il en résulte, comme le montre Reid (1985) un **aspect unidimensionnel du transfert limite, par télescopage de la dimension de l'imaginaire et de celle de la réalité**. Le cadre de la cure psychanalytique appartenant à cette réalité déformée par le patient, qu'il lui donne

un statut d'idéale perfection ou bien de dangereuse destructivité, ce cadre va perdre dans tous les cas sa valeur de référence tierce entre l'analyste et le patient. Du coup, le thérapeute ne se sent plus protégé par cette loi externe représentée par le cadre, ce qui peut l'entraîner à vivre dans l'**anxiété**, l'**exaspération**, l'**impuissance** ou la **culpabilité**, les attaques, réelles ou redoutées, contre ce dispositif de travail.

Ces réactions contre-transférentielles excessives conduisent parfois l'analyste à pratiquement devancer les attaques du cadre par le patient et à proposer des aménagements de ce cadre, **aménagements qui sont plus souvent proposés pour le confort, voire la sécurité de l'analyste, que pour les commodités ou la réassurance du patient**. On peut prendre pour exemples le face-à-face et l'abondance de parole. Nous suivons H. Searles (1977) pour qui beaucoup de patients limites sont capables d'aller sur le divan (certes pas tous, ni tout le temps) et dans son sentiment que souvent le face-à-face sert davantage à rassurer le psychanalyste que son patient. Il en est de même de la façon de l'analyste, dont on peut à juste titre se demander si elle ne sert pas davantage à apaiser ses propres angoisses d'abandon, plutôt que celles du patient.

Ecrivant cela, nous mesurons que nous frôlons la suggestion, voire l'autosuggestion, mais à condition d'en être conscient et d'y prêter attention, cette position offre, au plan clinique, plus d'avantages que d'inconvénients. Les travaux de Kernberg (1979) relativisent d'ailleurs l'importance de ces inconvénients, en montrant l'échec habituel des psychothérapies de soutien visant à renforcer l'organisation défensive des patients. Cet échec pouvant s'expliquer comme le renforcement de défenses qui entravent en même temps l'établissement d'une relation constructive d'alliance thérapeutique. En revanche, le maintien du cadre institué (bien entendu, sans rigidité sadique, avec des possibilités d'évolution en fonction des réactions du patient, de ce qu'il peut supporter et de ce que nous pouvons soutenir), permet d'y introduire des modifications favorables à l'établissement et au maintien d'un bon contrat de travail thérapeutique. **Ainsi en est-il de l'élaboration analytique du transfert négatif, de la confrontation du patient à ses opérations défensives et interprétatives et de la valorisation bien tempérée du transfert positif.**

## 2) Les attaques contre l'analyste :

Typiquement, les patients limites exposent leur analyste aux risques, pour eux-mêmes, d'une submersion dans la psychose, d'un raptus suicidaire définitif ou d'une interruption du traitement. Par la puissance de leurs mécanismes d'identification projective, de déni et de clivage, ils tentent souvent d'attribuer à leur thérapeute la responsabilité de leur centrale angoisse d'abandon. A d'autres moments, craignant de décevoir leur analyste et parce qu'ils sont si intimement et si violemment déçus d'eux-mêmes, ils accusent l'analyste de vouloir les rendre fous, de les conduire au suicide ou de souhaiter qu'ils quittent leur traitement. Bien que ces allégations puissent ne pas être toujours inexactes (comme l'a bien montré R. Langs (1988) et comme on le verra plus loin), elles conduisent nombre d'analyste à **réagir contre-transférentiellement par des angoisses de danger excessives, des peurs de perdre son patient (dans la psychose, la mort ou par son abandon du travail)**. En retour, l'analyste peut être amené à réagir de diverses façons inappropriées pour lutter contre de tels affects, par exemple, **en cultivant un contre-sentiment intérieur de distanciation et de désintérêt affecté**, ou encore, **en usant d'un procédé de manipulation** qui place son patient « face à ses responsabilités » et le met au défi, en quelques sortes, de réaliser ce qu'il craint (folie, suicide ou arrêt du traitement). Il me paraît essentiel de pouvoir leur répondre que si, décidément, nous sommes du côté de la vie et de la santé psychique, **c'est à eux qu'appartient le choix ultime** et qu'en effet, en déployant un peu plus d'efforts négatifs, ils pourraient bien devenir fous ou se tuer ou s'en aller et que nous n'y pourrions rien, sauf en être tristes. Si nous voulons traiter le patient en sujet et non en objet de notre travail, nous devons à la fois nous évertuer, avec détermination, constance et espoir, à l'éloigner de la folie et de la mort et accepter lucidement l'autre terme de l'alternative. Qui n'a pas le choix de vivre ou de mourir ne peut en effet réellement vivre. Telle est notre conviction, si l'on place à part les épisodes psychotiques aigus.

L'individuation naît de la symbiose, mais elle ne pourra jamais éclore s'il n'est pas clair que le patient peut la choisir ou ne pas la choisir, qu'il n'est pas condamné à la subjectivation, mais qu'il lui appartient de la conquérir avec notre aide indéfectible, engagée, mais non contraignante. Dans le cas contraire, le choix de la santé ne serait qu'une apparence, un leurre dissimulant le refoulement de la passion de la psychose et de la fascination de la mort, toujours présentes, faute d'avoir eu à subir une épreuve de la réalité en pleine lumière, en toute conscience.

### 3) L'ambivalence et le clivage du patient :

L'intensité de l'amour et de la haine, condensés en un conglomerat non intégré, non lié, suscitent chez l'analyste des sentiments mêlés de surprise, de perplexité, d'interrogation sur le talent nécessaire afin de pouvoir démêler et décoder des sentiments aussi antagonistes. Cette antinomie peut être mise en relation avec la dysharmonie qui a présidé à la construction des introjects (Widlöcher, 1970), ou incorporats (Sztulman, 1997), à partir des imagos parentales, caricatures outrageusement déformées et mal différenciées des parents réels, formant avec le patient une triade narcissique (Grünberger, 1965) qui n'a aucune commune mesure avec la structure œdipienne. Ainsi, il est toujours **difficile pour le thérapeute d'entendre et de comprendre l'expression simultanée de sentiments opposés et contradictoires** et ce, d'autant qu'ils sont souvent exposés avec un sadisme subtil, parfois souriant, toujours redoutable. La **confusion** que génère parfois, chez l'analyste, les sentiments ambivalents du patient, participe de cet « effort pour rendre l'autre fou » que H. Searles (1977) décrit comme : « L'instauration de toute interaction interpersonnelle qui tend à favoriser un conflit affectif chez l'autre, qui tend à faire surgir les unes contre les autres différentes aires de sa personnalité. » Les patients limites, comme les psychotiques, chacun à leur niveau, nous offrent autant de raisons de nous trouver en difficulté que d'occasions d'être fascinés.

### 4) L'effet de culpabilité des manifestations psychotiques du patient :

L'émergence de **motions psychotiques transférentielles** dans la cure d'un état-limite est banale, sinon automatique. Nous l'estimons même utile, car seule sa résolution peut laisser espérer une issue favorable au traitement. Il convient donc d'en accepter l'occurrence et de fait, être disposé et disponible pour une aventure personnelle dans l'arrière-pays de notre psyché, à la rencontre (contrôlée en permanence par une activité auto-analytique soutenue) de **nos propres inclinations psychotiques de contre-transfert**. Il ne s'agit bien entendu pas d'aller jusqu'à partager la folie du patient, mais le thérapeute doit être prêt à explorer cet insu en lui-même, activé par les excitations pulsionnelles archaïques du patient.

L'écoute des affects et représentations étranges qui surgissent en nous, sous l'impact de ceux du patient, doit pouvoir se faire tout en gardant **la capacité à discriminer ce qui vient de lui et ce qui vient de nous** ; discriminer son monde interne et le nôtre et l'espace fantasmatique qui les séparent. Cette séparation devra être maintenue malgré les trajectoires intrusives des mouvements de projection et d'identification projective qui les traversent, en provenance du patient (principalement).

Le clinicien reste toutefois soumis à des **affects de culpabilité** et d'abord à celle induite par l'apparente dégradation de l'état du patient qui est normale et nécessaire, avons-nous dit, au cours d'une cure analytique. Cette culpabilité renvoyant souvent le clinicien à certains moments pénibles de sa vie d'enfant, où « l'effort pour rendre l'autre fou » a pu s'exprimer de façon banale ou extrême (par exemple, dans le « tu me rendras folle » que l'on rencontre si souvent chez les mères exténuées par les conflits avec l'enfant, ce pouvoir de « rendre fou » attribué à l'enfant pouvant en retour être psychiquement destructeur pour lui, justement par sa charge de culpabilité). **La psychopathologie des familles états-limites se trouve cependant très au-delà de la folie ordinaire à laquelle nous avait habitués la fréquentation des familles de névrosés.**

Cette culpabilité se voit par ailleurs renforcée par la découverte de l'intérêt, voire de la fascination que l'analyste porte à ces aspects archaïques du fonctionnement mental, fascination qui renvoie le clinicien à ce qui est en lui, mais auquel il échappe encore. Cette fascination pour la psychose émergente de l'état-limite doit aussi être reliée avec des intérêts qui peuvent paraître déplacés : nous voulons faire référence ici à l'aspect « scientifique », « rationnel » de l'observation du patient, qui devient ainsi un « cas ». C'est la déformation professionnelle qui peut nous transformer intérieurement en un « monstre » froid qui se repaît de la maladie de « son » patient (et l'on sait maintenant toute la dimension contre-transférentielle de ce pronom possessif « son »). Ici encore la culpabilité et les scrupules surgissent, souvent avec un peu de complaisance, attisés par quelques réflexions bien placées du patient qui perçoit souvent et exprime sans ambages cet intérêt « scientifique » qui nous fait perdre un peu de notre humanité. En même temps, nous avons là un autre des effets de la psychose du patient sur l'analyste : ce dernier s'en protège par cette **mise à distance rationnelle et scientifique**, comme si le « cas clinique », devenu chair sur l'étal du divan, devenait un exorcisme de notre propre folie naissante ou pressentie. Cependant, que l'on se rassure, ce semblant d'inhumanité technique protectrice, est toujours contre-balancée par la dépression du clinicien qui le renvoie bien à son humanité intrinsèque.

### 5) La dépression contre-transférentielle :

Lassé, impuissant, coupable, haineux, angoissé, envieux, rationalisant, le psychothérapeute peut aussi vivre les affres de la **dépression**, ce qui lui donne (ou redonne, si tant est qu'il l'avait perdu) figure humaine. Cette dépression se présente souvent lorsque le clinicien refuse l'aide ou le désir d'aide, vraisemblablement inconscients, qui animent parfois le patient, cette volonté de « guérir son thérapeute » renvoyant à des désirs insatisfaits de guérir ses propres parents malades. Cette dépression survient lorsque le psychanalyste ne parvient pas à créer et maintenir les conditions d'une bonne alliance thérapeutique, lorsqu'il reçoit comme **blessures narcissiques** les attaques du cadre et du processus perpétrées par le patient. Ainsi, le clinicien ne parvient-il pas à utiliser ces attaques comme éléments d'interprétation à destination du patient, mais les considérant au premier degré, il en fait une affaire personnelle, y mêlant **les scrupules et reproches de son Idéal du Moi professionnel, les sentiments de culpabilité de son Surmoi le plus infantile** et la crainte de perdre ainsi la considération des collègues ou des autres patients.

Cette dépression peut se présenter tout d'abord comme des sentiments d'**ennui** (c'est le patient, bien entendu, qui est « ennuyeux »), qui traduisent en fait **la sidération et l'infécondité psychique** du clinicien. Comme dans toute dépression, **un deuil non résolu** est impliqué. Ici, il s'agit du deuil du fantasme quelque peu mégalomane de « tous les guérir », lorsque l'« humanitaire », justement, est mal mâtiné de raison scientifique et se transforme en « mission »... impossible ! Alors l'analyste peut se mortifier à son gré, en se disant « qu'il n'est pas si bon que cela », « pas aussi bon que tel autre collègue » haineusement idéalisé et que si ce collègue avait été à notre place, tout le monde se porterait mieux, le patient comme nous-mêmes. A d'autres moments des réflexions plus globales et pessimistes peuvent surgir : l'analyste remet en question sa fonction et son métier en les dévalorisant. Toutes ces variations sur la dépressivité des psychanalystes au travail avec des patients états-limites ont été brillamment décrites par P. Canzler (1990).

Il convient, bien entendu, de voir dans ces fantasmes dépressifs, à la fois un résultat des attaques narcissiques subies par l'analyste et l'expression de mécanismes, somme toute, assez classiques de **lutte anti-dépressive**. Tout un chacun, dans sa vie familiale ou professionnelle, ressent souvent l'envie de « tout envoyer ballader », après avoir tout dévalorisé. L'essentiel, pour le commun comme pour le psychanalyste, étant que ces fantasmes épongent la dépression (c'est leur fonction), sans pour cela s'actualiser dans des décisions et des actions dommageables (qui montreraient alors que le fantasme n'a pas réussi dans sa fonction anti-dépressive).

## 6) Le contre-transfert devant l'inquiétante étrangeté des patients limites :

Face à des patients qui infligent à leur analyste des blessures aussi multiples et bizarres que de le considérer comme sans existence ou cadavérisé, ou comme une pièce anatomique de leur mère (vagin, bouche, anus, sein...), ou encore comme une divinité omnipotente, comme une force surnaturelle intrusive et sinistre, **l'identité de cet analyste vacille**. Devant ces mots parfois indéchiffrables, souvent polysémiques et énigmatiques, ces silences subits et mystérieux, ces oppositions entre ce qu'exprime la parole et ce que montre le corps, le psychanalyste s'éprouve souvent dans la **difficulté de maintenir un sentiment continu d'existence personnelle, de soutenir son sentiment de réalité, voire de ne pas douter parfois de son identité de genre ou de génération**.

C'est qu'au-delà de l'apparent mystère de leurs messages contradictoires, ces patients qui visent et touchent « juste », savent ressentir et parler, par exemple, du désir de suicide de leur analyste lorsqu'il est déprimé, ou encore de sa folie lorsque quelque affaire personnelle, familiale, préoccupent sa vie actuelle. Cette perspicacité surprenante (qui existe aussi chez les psychotiques, mais sur un mode plus déréel) est liée au maintien en activité d'un secteur adaptatif du Moi du patient, gardant avec la réalité une relation convenable d'étayage, dont les intuitions sont nourries par les perceptions endopsychiques du secteur le plus régressé. Cependant, cette perspicacité n'est plus inhibée par le besoin d'intégrité personnelle et réciproque, comme chez le névrosé, aussi joue-t-elle de façon sauvage dans ces intrusions interprétatives dérangeantes du patient à l'égard de son analyste.

Ces fluctuations du sentiment d'identité ainsi générées chez l'analyste peuvent être utilisées de façon positive (Searles, 1994), comme une sorte de « radar » permettant (par l'activité élaboratrice et analytique) de percevoir, à l'intérieur de soi, les mouvements internes du patient. **Véritable « scanner » de la vie fantasmatique, ces oscillations identitaires, comme éprouvés contre-transférentiels, aident le psychanalyste à mieux comprendre ses patients et à les éclairer en retour sur la nature de leurs propres mouvements transférentiels et sur la représentation, toujours polymorphe, qu'ils ont de leur identité personnelle.**

## Principes généraux du travail psychanalytique

Nous disions bien, au début de ce chapitre, que l'analyste travaille avec sa personnalité ; nous pouvons préciser maintenant qu'il met aussi en jeu son identité propre, ce qui devrait convaincre, si cela n'était pas déjà fait, que la fonction de psychothérapeute ou de psychanalyste ne s'improvise pas, même à partir d'un diplôme universitaire de haut niveau. Le travail personnel sur soi, l'analyse personnelle, ajoutés à une expérience clinique suffisante des névrosés, ne peuvent seuls garantir une efficacité et une innocuité professionnelles, et la capacité d'affronter et d'utiliser efficacement les attaques des patients états-limites. En effet, l'approche clinique des patients limites nécessite de dépasser la classique « activité interprétative du matériel verbal » qui suffit aux névrosés. L'implication identitaire est beaucoup plus importante, la personnalité de l'analyste bien davantage sollicitée face à l'état-limite, car elle va lui permettre la symbiose nécessaire à l'alliance thérapeutique, sans toutefois qu'il ne perde sa capacité de produire une représentation métapsychologique de la situation dans laquelle les deux partenaires sont engagés. Cet « organe de perception », selon la bonne expression de H. Searles (1994), va permettre à l'analyste d'accueillir, sans être endommagé ou détruit, des images transférentielles projectiles, intenses, brutales, étranges, insistantes, qu'il ne traitera pas par le déni. Cette sorte d'identité thérapeutique devra résister à l'angoisse, à la dépression, à l'envie jalouse, à la culpabilité, aux attaques narcissiques, sans pour autant se mettre au service du refoulement.

**Bien au contraire, la solidité personnelle et identitaire du psychanalyste va permettre au patient de défouler les affects et représentations insupportables, qu'il veut faire partager à son analyste, afin que ce dernier l'aide à les intégrer en retour, comme éléments humanisés de fonctionnement mental.**

Le principe général de la cure psychanalytique, principe qui prend encore davantage de relief face aux patients limites (et psychotiques) est que **l'analyste doit respecter le choix ultime du patient entre la maladie et la santé et que le patient doit être encouragé à respecter l'analyste dans son identité propre**. A partir de là, notre expérience de l'analyse avec les jeunes états-limites nous a peu à peu amené à adopter un style de communication que nous proposons de baptiser le « décalage ». Ce décalage dans la technique de la cure, que de nombreux auteurs, à commencer par Freud lui-même (1904, 1905a, 1913, 1926b, 1937), Winnicott (1975), Searles (1977, 1981) et bien d'autres... ont abordé comme choix technique incontournable avec certains patients, consiste en un certain nombre d'attitudes et de comportements destinés à répondre à la sorte de « décalage » que présentent les patients limites.

Il s'agit d'être totalement avec eux, sans nous prêter à la confusion des identités ; de se positionner dans un « ailleurs » qui va permettre, tout en maintenant une communication primitive, de soutenir ce qui fonde notre identité et protège notre survie psychique ou somatique ; de montrer une opiniâtre inclination à déchiffrer les énigmes venues d'une autre scène, qui ne nous est étrangère qu'en apparence, et dont nous savons bien, dans des instantanés de colère ou de passion, qu'elle nous habite aussi, au-delà du refoulement. Aussi, informés de cette intime, archaïque, animale présence en nous, nous n'avons pas d'autre choix que d'en faire le constat, sans amertume ni déréliction, quand nos patients imposent son évidence. Mais nous sommes tenus, aussi, de nous en détacher lucidement, en nous appuyant sur les parties saines de notre Moi, pour pouvoir affronter avec impavider leur violence fantasmatique et parfois physique ; et pour supporter le sentiment de vide intérieur qu'ils nous injectent avec un sadisme aussi affligeant pour eux, qu'attendrissant pour nous. Nous devons alors savoir trouver l'exacte mesure des choses, les mots et le ton justes, pour exprimer le partage d'une humaine condition.

Comme l'a si bien souligné J. Nadal dans une préface (Mazeran, Olindo-Weber, 1994), les pressions transférentielles exercées par ces patients interrogent rudement nos modèles théoriques et le dispositif analytique, la théorie comme la pratique. Un débat s'ouvre alors, sur le rapport entre l'idéologie d'une organisation qui se veut être institution psychanalytique et son idéalité, celle de ce que devraient être le « bon » analyste, face au « bon » patient. Débat qui n'est pas nouveau et qui semble rejoindre la fameuse « structure des révolutions scientifiques » d'un T.S. Kuhn (1962/70) : ce sont bien plusieurs de ses premières patientes qui, jadis, ont fermement imposé au néophyte Freud la technique de la *talking cure*... Les patients états-limites représentent aujourd'hui ce genre d'« anomalies » qui demandent à ce que nous passions d'une psychanalyse « normale », voire d'une « psychanalyse pour la psychanalyse », à une « nouvelle » psychanalyse, soit une « psychanalyse de l'être humain » (à l'instar de ce qui fut accompli, en son temps, par D. Anzieu et ses collaborateurs en psychanalyse groupale et familiale).

## CHAPITRE XII : ENTRE ADDICTION ET ORDALIE : LES TOXICOMANIES

### Résumé :

Alors que la clinique actuelle nous montre les liens nombreux entre toxicomanie et état-limite, l'œuvre freudienne est restée très sommaire sur ce thème des addictions, bien que les continuateurs aient développé de nombreux modèles de la toxicomanie qui tous mettent en jeu le narcissisme. De ces modèles nous retiendrons deux fonctions fondamentales rattachées à la toxicomanie : la fonction ordalique et la fonction addictive.

L'ordalie (jugement de Dieu) doit être distinguée de la conduite ordalique (comportement répétitif de l'acte de s'hypothéquer) et du fantasme ordalique (un travail psychique organisateur qui protège le sujet de l'acte ordalique). Nous sommes face à un modèle alternatif entre « penser » ou « agir », modèle qui doit toutefois être questionné et relativisé face aux travaux portant sur la recherche de sensation (une certaine passion ordalique est normale) et ceux sur l'addiction aux fantasmes (des « pensées-actes » qui n'exonèrent pas du passage à l'acte, mais peuvent au contraire l'encourager).

Le terme d'addiction prend son origine latine dans l'état jugé d'esclave du débiteur insolvable face à son créancier, puis se développe dans la langue anglaise comme attachement moralement réprouvé à une chose et finit par signifier un état maladif de dépendance vis-à-vis d'une substance ou d'une activité. L'addiction n'est ni une structure, ni une organisation, ni un modèle psychopathologique, mais elle se présente comme un champ de dysfonctionnements psychiques induisant des comportements répétitifs dans les registres les plus divers. Le problème épistémologique de l'extensivité du concept d'addiction suggère la construction d'un modèle général de l'addiction.

La toxicomanie a affaire avec les fixations régressions liées aux déceptions et carences précoces qui construisent un état de déception intrapsychique et des états de régression pulsionnelles sur un défaut de symbolisation (sauf à considérer les expressions paradoxales de la symbolisation, comme les « pensées-actes » et les fantasmatisques au fonctionnement addictif). La relation d'objet du toxicomane reste prégénitale, l'objet valant réassurance narcissique d'étayage.

Des hypothèses très actuelles et cliniquement étayées sont présentées : 1) les liens entre les deux fonctions (ordalique et addictive) et la toxicomanie ; et 2) les liens entre toxicomanie et organisation limite au travers de ces deux fonctions. Toutefois, on ne peut faire de ces liens un dogme et trois questions doivent être posées : celle des effets à long terme des substances psychotropes ; celle des populations accessibles à la clinique ; et celle des facteurs environnementaux.

Les états-limites n'ont pas l'exclusivité du trouble toxicomane (ou addictif) et les névrosés ou les psychotiques (institutionnellement moins visibles) peuvent aussi trouver à s'aménager avec cette solution de la toxicomanie, mais comme chez les états-limites, c'est la question du narcissisme qui est en jeu.

« Ce mal c'est ce qu'on appelle la toxicomanie, et j'en ai été la proie quinze années durant. Sont toxicomanes tous ceux qui s'adonnent à la drogue, ou came (terme d'argot générique s'appliquant à l'opium et ses dérivés, y compris tous les produits synthétiques, du Dolosal au Palfium). J'en ai fait usage sous toutes ses formes : héroïne, morphine (...). Je l'ai fumée, avalée, reniflée, injectée dans le réseau veines-peau-muscles, absorbée en suppositoires ; la seringue hypodermique n'est pas essentielle. Qu'on renifle la came ou qu'on la fume, qu'on la mange ou se l'enfonce entre les fesses, le résultat est toujours le même : on devient toxicomane, c'est-à-dire prisonnier. »

William Burroughs<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Burroughs W. (1964), *Le festin nu*. Paris, Gallimard.



Les toxicomanes se déplaçant tout au long des intersections multiples que ménagent leurs errances, les rencontres avec les produits et les interactions avec leurs environnements, sont conduits à adopter défensivement des types de positions psychopathologiques qu'il n'est pas facile de rapprocher des deux grandes lignées : psychotique et névrotique. C'est pour cette raison que la mention « état-limite » est de plus en plus liée aux toxicomanies, le clinicien étant renforcé dans son choix par les tableaux souvent très narcissiques de tels désordres de la consommation.

De l'œuvre freudienne nous ne pouvons attendre grand chose à propos des addictions en général ou des toxicomanies. Doit-on y voir les limites d'un regard sur soi du grand homme, cocaïnomane amendé, fumeur invétéré, travailleur acharné ? Nous lui devons tout de même ces intuitions fulgurantes de la masturbation comme « addiction originaire » (Freud, 1954) et l'idée de l'implication de substances chimiques cérébrales (Freud, 1929 – qui préfigurait de plus de quarante ans la découverte des endorphines par A. Goldstein en 1976). Si rien dans l'œuvre freudienne n'est vraiment élaboré pour ce qui concerne les addictions, ses continuateurs n'ont pas manqué de réparer ce manque en théorisant les addictions selon les points de vue topique, dynamique et économique (Jeammet, 1990 ; Darcourt, 1994) et en élaborant un modèle du narcissisme explicatif du recours à l'agir addictif (Grünberger, 1971 ; Kohut, 1974 ; Kernberg, 1979, 1980 ; Bergeret, 1982 ; McDougall, 1996). Dans ce chapitre nous aborderons l'étude de la toxicomanie sous l'angle de ses fonctions ordalique et addictive et les relations que ces fonctions entretiennent avec l'organisation état-limite.

## A. L'ordalie

### 1) Approche épistémologique et historique

Il est frappant de constater que l'ordalie ne fait l'objet d'aucune notice spécifique dans la douzaine de dictionnaires de référence consacrés à l'étude des mythologies. Du côté des ouvrages d'étymologie, nous apprenons que le terme vient du vieux français *ordal*, dérivé du vocable anglo-saxon *ordâl*, lui-même formé sur le mot *Urtheil*, en vieil allemand, qui se décompose en *Ur*, qui signifie ce qui est fondamental, originaire et *Theil* qui signifie le partage après jugement. Les notions d'originaire et de jugement sont donc présentes dès le début.

L'ordalie peut être définie, initialement, comme une procédure judiciaire et un rituel constituant une (é)preuve par laquelle le défendeur accepte de démontrer son innocence en se soumettant à un risque vital réel, en rapport avec l'un des éléments naturels (généralement l'eau ou le feu, d'où l'expression « j'en mettrais ma main au feu »), par exemple, prendre à main nue une clé au fond d'une marmite d'eau bouillante. L'improbable innocuité de l'épreuve pouvait être considérée comme « jugement de Dieu » qui par cette sorte de miracle donnait le signe de l'innocence, dans le cas contraire c'est la culpabilité qui était confirmée. L'ordalie peut aussi être rapprochée de l'exposition au hasard, à la destinée, que l'on rencontre souvent dans les mythologies autour des naissances (par exemple, Œdipe ou Moïse abandonnés dès la naissance aux aléas d'un sommet de montagne ou des eaux d'un fleuve). Au Moyen Âge, l'ordalie fait partie des modes de jugement classique lorsque la preuve ne pouvait être apportée autrement, par exemple, dans les affaires de sorcellerie (cependant, le doute était souvent maintenu, malheureusement pour la victime, car si par chance elle survivait à l'épreuve, quelqu'un pouvait alors l'accuser d'avoir reçu l'aide du diable...).

Face aux conduites à risque que l'on rencontre typiquement dans les addictions et en particulier dans les toxicomanies, c'est l'acception originelle du concept d'ordalie qui a été reprise et formalisée ainsi : **à la naissance, une violence fondamentale est infligée au nouveau-né, qui peut en mourir ou bien survivre et dans ce cas il accède au statut de héros**. Cette seconde option correspond à une seconde naissance et surtout à une victoire sur le destin, nourrissant à l'excès la

mégalo manie infantile et le Moi idéal. Le concept d'ordalie permet ainsi de relier plusieurs faits cliniques au travers de fantasmes et conduites ordaliques, dans la prise d'un risque vital, qu'il s'agisse de mettre sa vie en danger avec une drogue ou un comportement, une activité présentant un danger immédiat ou à long terme (grande délinquance, sexualité désordonnée, sports dangereux, jeu pathologique, ...).

## 2) Essai de conceptualisation

La tentative de formulation métapsychologique de la fonction ordalique est le fait des travaux de A. Charles-Nicolas (1981, 1985) et avec M. Valleur (1982), réalisés au sein du Groupe de Recherches et d'Etudes sur les Conduites Ordaliques (GRECO). Les auteurs font une distinction conceptuelle entre : l'ordalie, la conduite ordalique et les fantasmes ordaliques.

L'**ordalie** désigne donc une épreuve unique, sans appel, le jugement de Dieu.

La **conduite ordalique, elle**, se caractérise par **un comportement répétitif de l'acte de s'hypothéquer**, cette itération entretenant naturellement avec l'addiction des caractères communs, que l'on retrouve aussi dans le désir et la quête qui gouvernent ces errements : le souhait de la régénération et de la renaissance, l'ambition de subsumer la dépendance par un acte fort, la volonté de récuser la passivité et la féminité et finalement la construction d'une fantasmagorie d'auto-engendrement, dans la transgression de la révérence et de la référence dues (dans le cadre d'un processus sain de développement respectant la différence des sexes et des générations) à l'imago maternelle. Nous retrouvons ici le mythe de Phénix, le concept d'**identité d'emprunt** (Pédinielli, 1990) et le pseudo-triomphe d'un Moi Idéal grandiose et grandiloquent, dont la prétendue toute-puissance narcissique interdit l'avènement d'un Idéal du Moi structuré. Dans son livre intitulé « L'instinct de mort », J. Mesrine illustre clairement ce processus ordalique de la quête de toute-puissance. Voici une série d'extraits d'entretiens recueillis auprès de détenus criminels répétitifs qui, on le verra, restent terriblement lucides sur leurs éprouvés ordaliques :

- Frédéric (29 ans) : « *Quand je jouais à la roulette russe, j'étais toujours seul... Tout marchait bien... On a chaud et on a froid et on recommence parce que ça fait du bien. Ainsi, on se dit qu'on a passé une bonne soirée et on se sent plus fort, mieux. C'est une victoire sur la vie. On continue ensuite nos malveillances. La jouissance est primordiale ; j'ai tout fait excessivement.* »
- Didier (34 ans) : « *J'ai toujours été à la recherche de quelque chose... Je côtoie la mort pour découvrir la vie... J'ai toujours conscience de la mort quand je fais mes braquages. C'est un deuxième souffle... Vous savez, comme pour le sport. C'est un plaisir pas explicable... dans un sentiment de vide et ça t'accroche.* »
- Moustapha (26 ans) : « *J'ai pas peur de la mort, je peux me la donner. Je taquine la mort, mais parce que c'est la mort qui nous fait réaliser qu'on mérite vraiment de vivre. Je prends des risques énormes... Je pourrais très bien être tué par les flics ou par les victimes... Mais on dirait que j'aime le risque... C'est une histoire d'amour entre nous, ça passe ou ça casse... Ben oui, c'est comme ça, j'y peux rien.* »

Le **fantasme ordalique**, comme le terme l'indique, traduit la production d'un travail psychique, d'une élaboration qui protège le sujet d'une plongée dans la compulsion de répétition et l'enchaînement des conduites ordaliques, par exemple après une tentative de suicide à l'adolescence, un accident lié à une prise de risque inconsidérée, une première prise de drogues dures. La rencontre, si fugitive soit-elle, avec la mort place en effet le psychisme vulnérable d'un adolescent (ou d'un post-adolescent) aux risques d'une passion tenace et réitérée de cet absolu du manque à être, de cette volupté de l'anéantissement, de cet illusoire pouvoir de se donner la mort ou de se donner la vie.

Le travail d'élaboration qui produit le fantasme ordalique réintroduit le sujet dans les dimensions de l'absence, de la symbolisation et finalement de la loi paternelle, permettant ainsi au Surmoi et à l'Idéal du Moi de jouer naturellement leurs partitions. L'épreuve, vécue à la fois comme initiation, extrême douleur et risque léthal, favorise des remaniements psychiques et de nouveaux aménagements qui renforcent le sujet dans sa valeur identitaire, sa confiance narcissique, mais sans excès.

Ces opérations ont donc pour fonction de protéger le sujet de la répétition, le fantasme ordalique prenant ainsi une valeur organisatrice et protectrice contre les conduites ordaliques elles-mêmes. Dans cette ligne de pensée, ces conduites ne seraient rendues possibles que par une défaillance, un déficit, voire un défaut du fantasme ordalique. Celui qui ne peut penser sa mort, qui ne peut fantasmer son suicide n'est peut-être pas en mesure de conduire et construire sa vie sur les chemins de la plénitude et de l'accomplissement de soi. Lequel d'entre-nous n'éprouve pas, même fugitivement le fantasme d'un défi à la limite du possible ? Mais, si nous ne sommes pas affligés d'une souffrance dépressive trop sinistre, nous parvenons à jouer psychiquement avec cette fantaisie, y trouvant un soulagement à la souffrance, sans devoir passer aux actes.

Ce modèle alternatif entre « penser ou agir », somme toute classique en psychanalyse, doit toutefois être questionné. D'une part, de nombreux travaux anglo-saxons montrent le caractère pratiquement « normal » de certaines conduites ordaliques, dans une tendance naturelle, plus ou moins développée selon les personnes, à la **recherche de sensations** (Zuckerman, 1994) et aux conduites qui sont toutes vouées à la recherche de la « limite dangereuse » (Apter, 1989). D'autre part, des travaux non moins nombreux montrent que le fantasme, dans le cadre des scénarios érotiques et agressifs (qui représentent finalement des fantasmes ordaliques cachés, où la toute-puissance est toujours là et où la mort du sujet est retournée, en miroir, en celle de l'objet), peut être détourné de sa fonction élaborative et dispensatrice de l'acte, par un véritable processus d'**addiction au fantasme**. La pensée est alors utilisée comme passage à l'acte psychique, la « pensée-acte » (Loonis, à paraître) ; et lorsque l'acte finit par être tout de même réalisé, il vient s'inscrire au bout du processus d'addiction psychique, comme résultat des effets de la tolérance (l'habituation aux thèmes fantasmatiques déviants conduit à rendre ces thèmes de plus en plus déviants et extrêmes, par exemple, dans la cruauté et l'abjection) et de la force incitatrice du fantasme (Hodge, McMurran, Hollin, 1997) (voir la remarque plus bas).

## B. L'addiction

### 1) Approche épistémologique et historique

Le mot « addiction » a une origine latine et française (le terme dérive du latin *ad dictus* qui désigne celui qui est « dit à » son créancier, un jugement qui contraint ainsi le débiteur insolvable à rembourser sa dette à l'aide de son corps et de son comportement – Bergeret, 1981). La mythologie nous en propose quelques illustrations analogiques : ainsi Prométhée, qui a transgressé la loi divine en offrant le feu aux hommes, est-il condamné par Zeus à être enchaîné sur le mont Caucase et à offrir éternellement son foie à la voracité des aigles ; ainsi Atlas, coupable de s'être affronté à Zeus lors de la guerre opposant les Géants et les Dieux, se voit infliger la tâche infinie de porter la voûte céleste sur ses épaules ; ainsi, dans un autre genre, Shylock, personnage dans « *Le Marchand de Venise* » de W. Shakespeare<sup>1</sup>, prétendra longtemps prélever la livre de chair, si le prêt de trois mille ducats à Antonio n'est pas remboursé : « *Si vous ne me remboursez pas tel jour, en tel endroit, la somme énoncée dans l'acte, qu'il soit stipulé que vous perdrez une livre pesant de votre belle chair, laquelle sera coupée et prise dans telle partie de votre corps qu'il me plaira.* »

---

<sup>1</sup> Traduction de J. Grosjean.

L'usage ultérieurement extensif dans la langue est surtout anglo-saxon. Du XVI<sup>e</sup> au XIX<sup>e</sup> siècle l'anglais *to addict* signifiait se consacrer à, se vouer à, en parlant d'une pratique, d'un vice ou d'une mauvaise habitude (Peele, 1990). C'est au cours du XIX<sup>e</sup> siècle que le concept a d'abord été appliqué plus précisément aux penchants alcooliques, puis étendu aux passions humaines en général, comme fumer, jouer, travailler, se livrer à des excès sexuels... . Et c'est dans le dernier quart de ce siècle que le terme est devenu plus franchement synonyme de maladie avec le développement d'une conception médicale de la consommation abusive de l'alcool et des narcotiques, venue supplanter la conception moraliste. Aujourd'hui, le terme *addiction* et ses dérivés, toujours dans la langue anglaise, sont d'un usage très commun pour signifier un penchant, un goût très fort pour quelque chose, en plus de la dépendance à une drogue. Un *addict* est un intoxiqué, mais aussi un fanatique, un mordu, pour telle ou telle passion et sera dite *addictive* la chose qui induit une dépendance, un accrochage, comme les jeux vidéos ou les biscuits dont on raffole.

Si O. Fenichel (1945) a pu très tôt évoquer les « addictions sans drogues », c'est avec S. Peele et A. Brodsky (1975) que le concept passe vraiment du champ populaire au terrain scientifique et qu'un concept général commence à être développé, étendant le champ des addictions au-delà des seules consommations de substances psychotropes (par exemple, les addictions interpersonnelles, à l'amour, au sexe, au jeu... ). C'est bien cette généralisation du concept d'addiction qui offre aujourd'hui des atouts majeurs pour pouvoir comprendre (et éventuellement relier) ces troubles aux problématiques narcissiques, de demandes d'étayage, des états-limites. Ainsi, le concept d'addiction se trouve-t-il à un carrefour dans le champ de la psychopathologie, opérant un regroupement descriptif, théorique, thérapeutique et bientôt institutionnel (si l'on en croit les conclusions du très récent rapport ministériel de la MILDT – Maestracci, 1999).

## 2) Tentative de définition

Pour Pédinielli (1990), l'addiction n'est ni une structure, ni une organisation, ni un modèle psychopathologique, mais elle se présente comme un champ de dysfonctionnements psychiques induisant des comportements répétitifs dans les registres les plus divers :

- **Dans la sphère orale :** consommations de substances psychotropes licites ou illicites (drogues, alcool, tabac, médicaments), ou d'autres substances aux effets psychotropes plus subtils (café, sucre, chocolat) ;
- **Dans la sphère comportementale plus générale :** les troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie, potomanie), les activités compulsives et à fort investissement, faisant courir des risques au sujet pour sa santé, légaux, financiers... (addictions au travail, à la sexualité, aux jeux d'argent ou vidéo, aux achats... ) ;
- **Dans la sphère interpersonnelle :** addiction à l'autre (par exemple, le couple anaclitique), aux autres, au groupe (par exemple, le mode de vie sectaire – Pédinielli, 1997), voire addiction à la cure psychanalytique (Freud, 1937) tant pour le patient que pour son analyste.

Des troubles aussi divers sont ainsi rapprochés sous quelques facteurs communs : le recours à l'acte, la répétition de ce recours, la mise en scène du corps et la douloureuse avidité (le *craving* des anglo-saxons) qui renvoie à une souffrance psychique significative et à la confrontation à la mort. Cependant, le concept d'addiction pose la question épistémologique de ses limites : à force d'y intégrer de multiples comportements et troubles, comme les tentatives de suicide (Bailly, Parquet, 1990), les troubles obsessionnels compulsifs (Hantouche, 1997), les jeux vidéo ou la consommation d'internet... ne risque-t-on pas d'ôter au concept toute valeur opératoire ? A moins que nous ne parvenions, comme le tentent E. Loonis (1999) et H. Sztulman (1998) en France ou ailleurs (Peele,

1985, Brown, 1997) à construire un modèle général de l'addiction qui renverrait alors à un principe général de fonctionnement de l'être humain.

### 3) Essai de conceptualisation

#### ◆ Du côté des fixations et régressions

La régression du désir à la demande et de la demande au besoin, habituelle chez les addicts, s'oppose à la séquence classique qui conduit le sujet du besoin à l'hallucination de la satisfaction, puis au désir après cette première expérience. Ce désir, lorsqu'il se confronte lui-même à la frustration sous l'égide du principe de réalité, peut alors venir enrichir les représentations, les affects et le travail de la pensée. Dans le cas des addictions, et tout particulièrement des toxicomanies, le besoin (auto-érotique, mais plus agressif que libidinal, donc auto-agressif) trouve dans la consommation psychotrope une satisfaction immédiate, artificielle et illusoire qui interdit la mise en tension des activités de représentation. D'où proviennent ce blocage et cette inhibition ?

Les modèles psychanalytiques actuels soulignent tous l'importance des déceptions et carences précoces, répétées et continues, qui construisent progressivement un état de déception intrapsychique (voir chapitre IX). Comme le dit J. McDougall (1989) : *« Derrière toute organisation addictive, nous retrouvons la mère archaïque, la mère-drogue, celle qui n'a pas pu être intériorisée de façon stable dans le monde interne de l'enfant. Cette faille fondamentale risque de produire des désastres psychiques en chaîne. Le sujet encourt le danger d'être obligé de chercher sans relâche à faire jouer à un objet du monde extérieur le rôle de l'objet interne manquant ou endommagé, manque symbolique, mais aussi manque de l'imaginaire, car une interdiction implicite de fantasmer librement est comprise dans cette problématique. »*

Pour ce qui concerne le registre des régressions pulsionnelles, nous observons dans les addictions la nette prédominance des pulsions agressives sur les pulsions libidinales, c'est-à-dire le mouvement régressif des pulsions agressives vers la violence fondamentale originaire qui signe le défaut de symbolisation. La régression des pulsions libidinales à un auto-érotisme non organisateur et celle, corrélative, de la pulsion à la pulsion partielle, représentent un ensemble de mouvements s'effectuant dans le contexte d'une déliaison généralisée sur laquelle plane l'ombre de *Thanatos*.

#### Remarque :

L'idée de base sous-jacente à la conceptualisation des phénomènes addictifs est que l'acte, le comportement, remplacent la pensée, d'où les multiples expressions de « carence de pensée », « défaut de mentalisation », « défaut de symbolisation », « interdiction de fantasmer », que l'on rencontre dans les descriptions clinique et théorique de ces troubles. Cette conception s'accorde fort bien avec l'idée de la non intégration de l'objet dans le désir, cet objet restant à l'extérieur du sujet comme objet du besoin. Cependant, ce défaut de mentalisation n'est jamais massif et il peut même prendre une forme subtile et paradoxale au sens où certaines addictions (notamment les addictions sexuelles ou amoureuses), mettent en jeu une forme particulière de « mentalisation » (ici sous forme de fantasmes érotiques) qui présente toutes les caractéristiques du comportement addictif (fonction de lutte anti-dépressive, répétition, compulsivité, phénomènes de tolérance, de manque, de lutte anti-addictive avec rechute). Cette « pensée-acte » (Loonis, 1999 et à paraître) est une forme de mentalisation, parfois très élaborée, qui ne correspond pas à l'expression du désir, mais qui cherche à répondre au besoin de jouissance par cette sorte d'auto-érotisme psychique. Cette activité fantasmatique addictive, souvent proche du délire, qui peut inclure en plus des scénarios érotiques des idées mégalomaniaques, transgressives, se retrouve aussi chez les toxicomanes, cependant elle reste souvent invisible, d'abord parce que le sujet s'acharne à la cacher, même à son psychothérapeute, mais aussi parce que ce dernier croit opportunément au « défaut de mentalisation » comme à un dogme, ce qui protège l'un et l'autre d'aborder une activité mentale et des thématiques souvent pénibles et dérangeantes.

## ♦ Du côté de la relation d'objet

La relation d'objet ne peut évidemment pas franchir la barrière de la prégénitalité et l'objet lui-même n'en est pas tout à fait un, au sens d'un objet total et construit. Il est réduit au statut précaire d'un objet partiel (celui de l'addiction) ; prolongement narcissique, source d'étayage du Moi, il représente un faux objet transitionnel, toujours transitoire. L'introjection des qualités de l'objet (perçues, pensées, ressenties) n'est pas totalement acquise et le sujet ne dépasse pas le stade de l'incorporation, plus archaïque, d'un objet plus réel que fantasmatique à l'intérieur de sa matrice corporelle. Ainsi, les assises narcissiques et la construction identitaire sont-elles gravement compromises, l'identification ne peut fonctionner et laisse la place à l'imitation, à l'influence de la suggestibilité. Ces points vont être développés dans la troisième partie.

## C. Les toxicomanes

L'étude des fonctions ordaliques et addictives nous permet de poser deux hypothèses (qui font et feront l'objet de recherches cliniques plus approfondies) : 1) les liens entre ces deux fonctions et la toxicomanie ; et 2) les liens entre toxicomanie et organisation limite au travers de ces deux fonctions, ordalique et addictive. Au moins trois points cliniques militent en faveur de ces deux hypothèses :

1. **La structure œdipienne névrotique est absente** : ni les fonctionnements addictifs, ni les fonctionnements ordaliques, ne permettent de retrouver des indices caractérisant cette structure, décompensée ou non. Il reste toujours exceptionnel de retrouver coexistant chez un même sujet addicté et/ou ordalique des éléments vraiment névrotiques (dans le sens d'un conflit intrapsychique élaborable et gérable par le recours à des mécanismes de défense matures comme le refoulement) ;
2. **La structure psychotique est aussi absente** : on n'observe pas davantage des éléments de fracture durable du lien avec la réalité, ni de relation d'objet dyadique et fusionnelle (sauf, transitoirement, à l'objet-drogue, mais celui-ci appartient à l'environnement non humain – Searles, 1986), ni de production délirante construite et tenace, ni de retrait généralisé et durable des investissements objectaux. Ces patients ne semblent donc pas avoir le bénéfice, certes relatif, des fixations-régressions et des défenses stables de la structure psychotique.
3. **L'organisation état-limite est bien présente** : on observe pratiquement toujours, dans les récits de vie, des éprouvés personnels où dominent les sentiments d'abandon, de séparation, de perte, d'éloignements, réels ou fantasmatiques, qui génèrent des sensations ou de simples perceptions d'ennui, de vide, de vulnérabilité des limites (du corps, de la psyché, du monde interne), l'impermanence du sentiment d'existence.

Les sujets toxicomanes, dans l'incapacité à représenter, à ressentir (dans une évidente parenté, voire une équivalence, avec les alexithymiques, selon une lecture plus cognitiviste), à conflictualiser intrapsychiquement (d'où la fréquence des différends interindividuels) et à symboliser sont donc condamnés à produire des actes-symptômes parce que l'accès au désir humain leur est interdit, barré, par le risque mortel qui l'habite : la confrontation au manque. Exilés à l'intérieur d'une zone interdite, sans possibilité de recours à un ailleurs inatteignable parce que si inquiétant, les toxicomanes s'inscrivent massivement sur l'axe narcissique, dans le cadre de ces « défaillances des régulations narcissiques » dont nous parle B. Brusset (1988), en d'autres termes, **les toxicomanes se situent bien dans l'organisation état-limite, sur la lignée dépressive centrale**, selon le modèle de Bergeret (1974). Souvent victimes de carences narcissiques précoces, qui se trouvent réactivées à

l'adolescence par la confrontation à la différence des sexes et des générations et au sentiment fondamental d'incomplétude, les toxicomanes potentiels se voient contraints de s'acquitter par leur corps de ce manque initial projeté sur autrui. Les stigmates d'une lutte incessante contre la dépression ne manquent pas, qui les situent clairement dans l'économie limite. L'effort frénétique pour éviter l'abandon réel ou imaginaire, l'instabilité dans les relations interpersonnelles, avec alternance d'idéalisation et de dévalorisation, les troubles de l'identité, l'impulsivité, les comportements, gestes ou menaces suicidaires, l'instabilité de l'humeur, le sentiment de vide chronique, les difficultés à contrôler la colère, tout cela trace bien le portrait-robot d'une clinique des toxicomanes, comme d'une clinique des états-limites.

Une hypothèse plus précise pourrait être avancée, celle que la fonction addictive se trouve davantage du côté de l'organisation limite et de ses aménagements, alors que la fonction ordalique serait plutôt à situer du côté de l'organisation perverse. Une telle hypothèse commence à être confortée par de récents travaux psychanalytiques (Hopper, 1995) qui soutiennent l'idée que la principale cause de la dépendance réside dans ce besoin inconscient de nourrir et de représenter diverses formes de fantasmes pervers et homosexuels et en même temps, d'éviter d'en assumer la responsabilité.

Si l'hypothèse du lien entre les toxicomanies et l'organisation état-limite, via l'étayage clinique des fonctions ordaliques et addictives, paraît actuellement centrale dans la littérature psychanalytique à propos des addictions, on ne peut d'emblée en faire un dogme (ce qui ne serait pas scientifique), ni ignorer l'objet complexe que représente l'être humain. Aussi trois questions doivent-elles être prises en compte pour maintenir un débat raisonné et raisonnable :

### 1) La question des effets à long terme des substances psychotropes :

La lecture du DSM-IV (APA, 1996) en ce qui concerne les troubles liés à une substance, et un récent rapport ministériel en France à propos de la dangerosité des drogues (Roques, 1998) le confirment : les drogues peuvent entraîner à long terme (entre autres troubles et pour ce qui nous concerne ici) un certain nombre de problèmes psychopathologiques et psychiatriques qui peuvent, soit compliquer un tableau déjà existant, soit venir infléchir une organisation psychique initiale différente.

La toxicomanie apparaît souvent en comorbidité avec de nombreux **troubles mentaux** dits **associés** : troubles des conduites chez les adolescents, personnalités antisociale et borderline, troubles de l'humeur, qui se trouvent compliqués par cette consommation et dont l'évolution et le traitement seront plus difficiles. Les addictions (et la toxicomanie n'y échappe pas) ont un caractère transnosographique - les auteurs considèrent qu'il n'existe aucune structure profonde spécifique de l'addiction et plusieurs personnalités du toxicomane peuvent être rattachées à la nosographie psychopathologique classique entre névrose, état-limite et, psychose (Bergeret et Leblanc, 1983 ; Bergeret, 1982 et 1990). Le DSM-IV (APA, 1996), à la question du diagnostic différentiel (qui reste difficile), propose de différencier plusieurs troubles induits par une substance, soit pendant l'intoxication, soit au cours du sevrage : *delirium*, trouble psychotique, de l'humeur, anxieux, dysfonctionnement sexuel, trouble du sommeil. Ces troubles induits ressemblent aux troubles mentaux non liés à une substance, donc primaires, et doivent en être distingués. Ils peuvent aussi correspondre à une exacerbation de troubles mentaux préexistants : augmentation des changements d'humeur dans le trouble bipolaire, aggravation du délire et des hallucinations dans la schizophrénie, des phobies et augmentation du risque suicidaire chez les névrosés, de la violence et des comportements impulsifs chez les personnalités antisociales.

Enfin, que les deux autres structures (psychotique et névrotique) puissent être concernées par les addictions ne représente pas en soi un problème insoluble. Simplement, cette solution narcissique que l'état-limite trouve dans une addiction, ne représente pas l'exclusivité de cet état-limite. Les névrosés, comme les psychotiques, possèdent eux aussi une dimension narcissique dans leur personnalité et leur souffrance et, si les angoisses sont différentes, les besoins d'étayage sont identiques, pouvant générer des solutions addictives (et/ou ordaliques) semblables. L'organisation état-limite devient alors le prototype et le cas de figure extrême et exemplaire de ce trouble du narcissisme, à la « limite » entre névrose et psychose.



## **2) La question des populations accessibles à la clinique :**

S. Peele (1985) a soulevé depuis longtemps une controverse : existe-t-il un usage contrôlé possible des drogues ? De nombreuses études ont montré que cet usage contrôlé est possible et même qu'il représente la grande majorité des consommations psychotropes. Des consommations pathologiques de plusieurs années peuvent aussi donner lieu à des « sorties » en consommation contrôlée. Un rapport de recherche dirigé par R. Castel (1992), ainsi qu'un document publié par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (DGLDT, 1995) montrent qu'il n'y a pas de trajectoire unique, que chaque toxicomane suit son propre parcours dans la drogue, selon une série de périodes : prises en charges sanitaires et sociales, emprisonnements, abstinences, retours à la drogue. Certains toxicomanes resteront complètement invisibles au plan institutionnel, alors que d'autres auront de multiples prises en charge, ou incarcérations. Mais dans l'ensemble « il n'existe pas de véritable étude d'évaluation du devenir des toxicomanes » (DGLDT, 1995). Des données comme l'usage très répandu de la drogue dans les prisons (Jean, 1997), ou certains liens constatés entre l'usage de drogue et les activités délinquantes et criminelles selon une trajectoire du pire (Brochu et Brunelle, 1997), laissent à penser que les rémissions spontanées ne vont pas de soi. Solal (1997) souligne bien que l'idée de la guérison impossible est profondément ancrée dans l'imaginaire social relatif aux addictions, c'est le fameux « qui a bu, boira », mais il remarque aussi qu'une analyse attentive des études portant sur la « guérison par maturation », démontrent une grande disparité entre les populations étudiées. La guérison par maturation est réservée à la grande majorité des addicts qui utilisent les drogues comme étape de vie, pour franchir des périodes de maturation, d'équilibration, de stabilisation et de découverte intérieure. Pour les autres, le petit pourcentage de ceux qui sont les plus visibles, ceux que l'on rencontre dans les diverses institutions de soin ou de répression et qui font l'objet des enquêtes officielles et... des grands titres de la presse, il s'agit de sujets présentant une symptomatologie psychiatrique, essentiellement dépressive, d'autre fois psychotique (Graven et Greaven, 1982 ; Rounsaville et Kleber, 1983). Solal en conclut que la fonction des centres de soin spécialisés concerne les toxicomanes « malades », non de la toxicomanie, mais de son ratage à masquer, soigner, ou guérir une symptomatologie psychiatrique récurrente.

## **3) La question des facteurs environnementaux :**

La toxicomanie est un phénomène complexe, qui met en jeu des facteurs neurobiologiques, psychologiques et psychopathologiques, mais encore des facteurs qui appartiennent en propre aux différents environnements favorisant les consommations psychotropes. S. Peele (1985) relève cinq facteurs non biologiques appartenant à l'environnement du sujet : facteurs culturels, sociaux, situationnels, ritualistiques et cognitifs. Ces facteurs influencent les individus tout au long de leur trajectoire addictive (la découverte de la drogue, les consommations épisodiques, puis au long cours, les périodes d'abstinence comme de rechute, les éventuelles rémissions). Ainsi, les situations de tension sociale, le chômage, la pauvreté économique tout comme celle des perspectives d'avenir, peuvent-ils avoir une influence considérable.

En conclusion, nous devons reconnaître que les liens montrés entre toxicomanie et organisation état-limite par la clinique des addictions sont établis pour cette population particulière et particulièrement visible dans nos institutions de soin. On peut alors effectivement se demander si, finalement, ce n'est pas le poids de cette psychopathologie qui nous rend visible le toxicomane état-limite, les autres (névrosés, psychotiques) trouvant à s'aménager avec leur toxicomanie plus ou moins contrôlée. Nous avons là une importante question scientifique qui devrait donner lieu à d'intéressantes recherches ; des recherches qui se heurtent (au moins en France) à un certain dogme du modèle médical et pénal de la toxicomanie, qui veut que tout toxicomane soit un « malade » (et un « délinquant » ajouteront certains), ce qui entraîne la réticence des toxicomanes non institutionnalisés à se rendre visibles.

## CONCLUSION

Tout au long de ces douze chapitres nous avons vu à maintes reprises les états-limites, comme patients, comme modèle, comme concept, s'inscrire dans la controverse scientifique. Pour une « nouvelle psychopathologie », entre névrose et psychose, c'est, dira-t-on, la moindre des choses. Controverse donc, déjà aux fondements même du concept, qui est issu de ce qui a été par ailleurs rejeté, incompris, tous ces patients entre « chien et loup », dont on ne savait s'ils étaient déjà dans le jour de la névrose ou encore dans la nuit de la psychose. L'état-limite comme patient de l'aube (ou du crépuscule), l'image est sans doute poétique, mais elle ne résout rien des paradoxes de cet état dit « limite ».

Paradoxe de ce trouble psychique dont on est parvenu à décrire avec précision les principales caractéristiques (la dépression, la déception, l'illusion, l'anacritisme, l'angoisse d'abandon ou de perte, la dépendance, l'agressivité, la manipulation, l'imitation, la suggestibilité, la défaillance identitaire, l'ambivalence, l'idéalisation, l'ennui, le vide intérieur, ...), mais que l'on persiste à voir comme une « astructuration », une « organisation » (en sous-entendant par là que c'est moins solide, moins définitif qu'une structure), un « tronc commun aménagé », comme si cet état limite ne devait pas avoir de statut véritable, comme s'il devait rester à jamais le nomade de la psychopathologie.

L'état-limite a-t-il ou non perdu le contact avec la réalité ? Ou le perd-t-il parfois ? Et quelle réalité, interne ou externe ? Que signifient ces « pseudo » signes (symptômes pseudo-névrotiques, pseudo-psychotiques, pseudo-psychopathiques) ? Sans parler de la « pseudo-triangulation œdipienne », de la « pseudo-latence » et du « pseudo » Moi, ce Moi *as if*. Que voilà un trouble bien singulier, tout habillé de faux-semblants, porteur de masques, instable, caméléon nosologique, visible ou invisible au rythme des décompensations et des aménagements.

Avec les addictions, le concept d'état-limite partage un identique problème épistémologique de frontières conceptuelles. Fourre-tout nosographique ou concept surorganisateur, il faudra bien un jour choisir. Mais à l'instar des addictions, si l'on choisit la voie du concept surorganisateur, alors il faudra envisager sérieusement un modèle plus général que l'actuel modèle psychanalytique des « trois lignées ». Il ne servirait à rien de sortir les états-limites de leur « tronc commun », même bien aménagé, si on n'en fait pas un concept fort, capable d'embrasser ce continuum qui s'offre à nous, entre névrose et psychose. Au point de vue scientifique, le concept d'état-limite ne représente-t-il pas, finalement, le rappel de la réalité dans toute sa complexité ? Le rappel que nous sommes restés, trop longtemps et sans trop de modestie, assis dans le confortable fauteuil des étiquettes nosographiques et des structures psychopathologiques et que nous allons devoir nous lever à nouveau, remettre en question ces vieilles idées et peut être voir les choses autrement.

Le vide intérieur, l'ennui, la dépression, les idéaux grandioses, les manipulations mesquines d'autrui, les attachements très narcissiques, l'agressivité, ces tendances à s'emporter sur des représentations du monde et des choses (religion, racisme, idéologies) qui confinent parfois au délire, les illusions, les déceptions, les complaisances identitaires, l'ambivalence, ... tout cela et bien d'autres choses (comme tous nos mécanismes quotidiens de *coping* et de restructurations cognitives), ne représente-t-il pas des formes mineures d'état-limite ? Et que dire lorsque ces formes mineures deviennent majeures parce qu'on est un adolescent perturbé, parce qu'on est un adulte perdu entre divorce, chômage et internet, parce qu'on a vécu dans une famille composée, décomposée, monoparentale, puis recomposée, parce que l'oncle ou le voisin, ou le père ont eu des gestes équivoques, parce que le travail est stressant, parce que le monde est compliqué... Si l'état-limite est destiné à faire le pont entre névrose et psychose, ce pont, ne faudra-t-il pas le prolonger jusqu'à ce sujet « normal » (que l'on place d'ailleurs symptomatiquement toujours entre guillemets) ? Ce normal qui recherche des sensations fortes, qui se drogue à l'alcool, au tabac, au café, au travail, au sexe, aux médicaments psychotropes, voire aux drogues illégales elles-mêmes,

qu'est-il en train d'aménager ? N'est-il pas déjà (et depuis toujours) un état-limite ? Et cet état-limite, qui échoue dans nos institutions psychiatriques, ne serait-il pas l'échec de cet aménagement et non le signe d'une organisation particulière ?

La science avance par ses questions et nous espérons que ce cours, au-delà des connaissances qu'il présente, vous encouragera plus au questionnement qu'aux idées toutes faites, sur cet état-limite aux frontières du savoir en psychologie.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Abraham K. (1925), *Œuvres complètes*. Traduction française de I. Brande, S. Chambon, 2 tomes, Paris, Payot (1966).
2. Anzieu D. (1966), Œdipe avant le complexe. *Les Temps Modernes*, 675-745.
3. APA – American Psychiatrists Association (1996), *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV)*. Traduction française de J. Guelfi, Paris, Masson.
4. Apter M.J. (1992), *The Dangerous Edge, the Psychology of Excitement*. New York, The Free Press, Macmillan Inc.
5. Bailly D., Parquet Ph.J. (1990), Une conduite addictive : la tentative de suicide. In J.L. Venisse (ed.), *Les nouvelles addictions*, Masson, Paris, 204-210.
6. Balint M. (1971), *Le défaut fondamental*. Paris, Payot.
7. Bandura A. (1980), *L'apprentissage social*. Bruxelles, Mardaga.
8. Bergeret J. (1970a), Les états-limites. In *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Psychiatrie, tome III, 37395 A 10, Paris, 1-13.
9. Bergeret J. (1970b), Les états-limites. *Revue Française de Psychanalyse*, 34(4), 600-634.
10. Bergeret J. (1974), *La personnalité normale et pathologique, les structures mentales, le caractère, les symptômes*. Paris, Bordas.
11. Bergeret J. (1981), *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*. Paris, Dunod.
12. Bergeret J. (1982), *Toxicomanie et personnalité*. Paris, Presses Universitaires de France.
13. Bergeret J. (1990), Les conduites addictives, approche clinique et thérapeutique. In J.L. Venisse (ed.), *Les nouvelles addictions*, Paris, Masson, 3-9.
14. Bergeret J. Leblanc J. (eds) (1983), *Précis des toxicomanies*. Paris, Masson.
15. Bergeret J. et al. (1986), *Psychologie pathologique*. Paris, Masson.
16. Bion W. (1954), Notes on the Theory of Schizophrenia. *International Journal of Psychoanalysis*, 35(2), 964-987.
17. Bleuler E. (1911), *Dementia Praecox ou Groupe des Schizophrenies*. Paris, E.P.E.L., 1993.
18. Bouvet M. (1967), *Œuvres psychanalytiques*. 2 vol., Paris, Payot, 310-436.
19. Breuer J., Freud S. (1895), *Etudes sur l'hystérie*. Traduction française de A. Berman, Paris, Presses Universitaires de France (1955).
20. Brochu S., Brunelle N. (1997), Toxicomanie et délinquance, une question de style de vie ? *Psychotropes*, 3(4), 107-125.
21. Brown R.I.F. (1997), A Theoretical Model of the Behavioural Addictions – Applied to Offending. In J.E. Hodge, M. McMullan, C.R. Hollin (eds), *Addicted to crime ?* Glasgow (UK), John Wiley & Sons Ltd, 13-65.
22. Brusset B. (1988), *Psychanalyse du lien. La relation d'objet*. Paris, Le Centurion.
23. Cahn R. (1991), *Adolescence et folie, les déliaisons dangereuses*. Paris, Presses Universitaires de France.
24. Canzler P. (1990), La dépression contre-transférentielle. In J. Bergeret, W. Reid, *Narcissisme et états-limites*, Paris, Dunod (Montréal, Presses Universitaires de Montréal, 1986).
25. Castaneda R., Franco H. (1986), Epidemiology of personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47(12), 611-612.
26. Castel R. (Sous la direction de) (1992), *Les sorties de la toxicomanie*. GRASS-MIRE, Paris.
27. Charles-Nicolas A. (1981), Passion et ordalie. In J. Bergeret (ed.), *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, Paris, Dunod, 63-74.
28. Charles-Nicolas A. (1985), A propos des conduites ordaliques : une stratégie contre la psychose ? *Topique*, 35/36, 207-229.
29. Charles-Nicolas A., Valleur M. (1982), Les conduites ordaliques. In *La vie du toxicomane*, Paris, Presses Universitaires de France, 85-102.

30. Darcourt G. (1994), Economie psychique de la dépendance. In D. Bailly, J.L. Venisse (eds), *Dépendance et conduites de dépendance*, Paris, Masson, 125-133.
31. Deutsch H. (1934), Über einen Typus der Pseudoaffektivität « Als Ob ». *Intern. Zeit. für Psychoan.*, 20, 323-335.
32. Devereux G. (1983), *Baubo : la vulve mythique*. Paris, Editions J.-C. Godefroy.
33. DGLDT (1995), *Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances*. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
34. Diatkine R. (1969), L'enfant prépsychotique. *Psychiatrie de l'Enfant*, 12(2), 413-446.
35. Donnet J.-L., Green A. (1973), *L'enfant de ça*. Paris, Presses Universitaires de France.
36. Dumas G. (1930), *Nouveau traité de psychologie*. Paris, Alcan.
37. Dupré E. (1925), *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*. Paris, Payot.
38. Erickson E. H. (1956), The problem of Ego identity. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 4, 56-121.
39. Ey H. (1974), *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique de la psychiatrie*. Toulouse, Privat.
40. Fairbairn W.R.D. (1952), *An Object-Relations Theory of the Personality*. New York, Basic Books.
41. Farrugia D.L. (1992), Recognizing emerging borderline personality disorders. *School Counselor*, 39(3), 195-201.
42. Federn P. (1953), *Ego Psychology and the Psychoses*. Londres, Imago Publications.
43. Fenichel O. (1945), *La théorie psychanalytique des névroses*. Payot, Paris, 1981.
44. Ferenczi S. (1916), Stages in the development of the sense of reality. In *Contributions to Psychoanalysis*, New York, Hogarth Press.
45. Festinger L. (1957), *A Theory of Cognitive Dissonance*. New York, Row Peterson & Co.
46. Freud S. (1894), The neuro-psychosis of defence (Les psychonévroses de défense). In *Standard Edition*, III, 43-61.
47. Freud S. (1895a), On the grounds for Detaching a Particular Syndrome from Neurasthenia under the Description of « Anxiety Neurosis » (Sur les raisons de détacher de la neurasthénie un syndrome précis, la « névrose d'angoisse »). In *Standard Edition*, III, 87-115.
48. Freud S. (1895b), *Etudes sur l'Hystérie*. Traduction française de A. Berman, Paris, Presses Universitaires de France (1955).
49. Freud S. (1896), Further Remarks on the Neuro-Psychoses of Defence (Autres remarques sur les psychonévroses de défense). In *Standard Edition*, III, 159-185.
50. Freud S. (1904), La méthode psychanalytique de Freud. In traduction française de A. Berman, *La technique psychanalytique*, Paris, Presses Universitaires de France (1953).
51. Freud S. (1905a), De la psychothérapie. In traduction française de A. Berman, *La technique psychanalytique*, Paris, Presses Universitaires de France (1953).
52. Freud S. (1905b), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Traduction française de B. Reverchon-Jouve, revue par J. Laplanche, J.-B. Pontalis, Paris, Gallimard (1968).
53. Freud S. (1911), Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa, le Président Schreber. In traduction française de M. Bonaparte, R. Lœwenstein, *Cinq psychanalyses*, Paris, Presses Universitaires de France (1954), 263.
54. Freud S. (1913), Le début du traitement. In traduction française de A. Berman, *La technique psychanalytique*, Paris, Presses Universitaires de France (1953).
55. Freud S. (1914), Introduction au narcissisme. In traduction française de J. Laplanche, *La vie sexuelle*, Paris, Presses Universitaires de France (1969), 81-105.
56. Freud S. (1915), Observation sur l'amour de transfert. In traduction française de A. Berman, *La technique psychanalytique*, Paris, Presses Universitaires de France (1953), 116-130.
57. Freud S. (1916-1917), *Introduction à la psychanalyse*. Traduction française de S. Jankélévitch, Paris, Payot (1921).

58. Freud S. (1918), L'homme au loup. In traduction française de M. Bonaparte, R. Lœwenstein, *Cinq psychanalyses*, Paris, Presses Universitaires de France (1954), 325-420.
59. Freud S. (1923), Le Moi et le Ça. In traduction française de S. Jankélévitch, *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot (1951), 76-162.
60. Freud S. (1924a), Neurosis and Psychosis (Névrose et psychose). *Standard Edition*, XIX, 152.
61. Freud S. (1924b), Lost of Reality in Neurosis and Psychosis (La perte de la réalité dans la névrose et la psychose). In *Standard Edition*, XIX.
62. Freud S. (1924c), Le problème économique du masochisme. Traduction française de E. Pichon, H. Hœsli, *Revue Française de Psychanalyse* (1928), 2(2), 211-223.
63. Freud S. (1925a), La négation. Traduction française de H. Hœsli, *Revue Française de Psychanalyse* (1934), 7(2), 174-177.
64. Freud S. (1925b), Quelques conséquences psychologiques de la distinction anatomique entre les sexes. In traduction française de D. Berger, *La vie sexuelle*, Paris, Presses Universitaires de France (1969), 123-132.
65. Freud S. (1926a), *Inhibition, symptôme et angoisse*. Traduction française de M. Tort, Paris, Presses Universitaires de France (1965).
66. Freud S. (1926b), La question de l'analyse profane. In traduction française de M. Bonaparte, *Ma vie et la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1949, 117-239.
67. Freud S. (1927a), Le fétichisme. In traduction française de D. Berger, *La vie sexuelle*, Paris, Presses Universitaires de France (1969), 132-138.
68. Freud S. (1927b), *L'avenir d'une illusion*. Traduction française de M. Bonaparte, Paris, Denoël et Steele.
69. Freud S. (1929), *Malaise dans la civilisation*. Paris, Presses Universitaires de France (1992).
70. Freud S. (1931), Les types libidinaux. In traduction française de D. Berger, *La vie sexuelle*, Paris, Presses Universitaires de France (1969), 156-159.
71. Freud S. (1932), *Nouvelles conférences d'introduction sur la psychanalyse*. Traduction française de A. Berman, Paris, Gallimard (1936).
72. Freud S. (1937), Analyse terminée, analyse interminable. Traduction française de A. Berman, *Revue Française de Psychanalyse*, 1939, 11(1), 3-38.
73. Freud S. (1938), Splitting of the Ego in Defense Neurosis (Le clivage du Moi dans les névroses de défense). In *Standard Edition*, XXIII, 275.
74. Freud S. (1940), *Abrégé de psychanalyse*. Traduction française de A. Berman, Paris, Presses Universitaires de France (1951).
75. Freud S. (1954), *The origins of psychoanalysis, letters to Wilhem Fliess, drafts and notes : 1887-1902*. M. Bonaparte, A. Freud, K. Ernst (eds), London, Imago Publishing Co.
76. Freud S. (1988), *Névrose, psychose et perversion*. Paris, Presses Universitaires de France.
77. Gallop R., Lancee W.J., Garfinkel P., (1989), How nursing staff respond to the label « Borderline Personality Disorder ». *Hospital & Community Psychiatry*, 40(8), 815-819.
78. Gendrot J.-A., Racamier P.-C. (1967), Névrose d'angoisse. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, tome II, 37.330 A. 10, Paris.
79. Graven D.B., Greaven K.A. (1982), Treated and Untreated addicts : Factors Associated With Participation in Treatment of Heroin Use. *Journal of Drug Issues*, 2, 207-218.
80. Green A. (1975), *Un œil en trop. Le complexe d'Œdipe dans la tragédie*. Paris, Editions de Minuit.
81. Green A. (1990), *La folie privée, psychanalyse des états-limites*. Paris, Gallimard.
82. Greeson R.R. (1954), The Struggle Against Identification. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 2, 200-217.
83. Grinker R. Sr., Werble B., Drye R. (1968), *The Borderline Syndrome*. New York, Basic Books.
84. Grünberger B. (1965), Etude sur le narcissisme. *Revue Française de Psychanalyse*, 29(5-6), 573-588.
85. Grünberger B. (1971), *Le narcissisme*. Paris, Payot.

86. Gunderson J.G. (1996), The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, 153(6), 752-758.
87. Hantouche E.G. (1997), Addictions et compulsions : similitudes conceptuelles. *Pratiques Psychologiques*, 4, 25-36.
88. Hartmann H. (1964), *Essays on Ego Psychology*. New York, International University Press.
89. Hodge J.E., McMurran M., Hollin C.R. (1997), *Addicted to crime ?* Glasgow (UK), John Wiley & Sons Ltd.
90. Hoch P.H., Polatin P. (1949), Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 23, 248-276.
91. Hochman J. (1971a), Alain Foutu. *L'Information Psychiatrique*, 47(10).
92. Hochman J. (1971b), *Pour une psychiatrie communautaire*. Paris, Editions du Seuil.
93. Hochman J. (1983), *Les techniques de soin en psychiatrie de secteur*. Lyon, Presses Universitaires de Lyon.
94. Hopper E. (1995), A psychoanalytical theory of drug addiction. *International Journal of Psychoanalysis*, 76(6), 1121-1124.
95. Huber W. (1987), *La psychologie clinique aujourd'hui*. Bruxelles, Mardaga.
96. Hugues M. (1884), Border line Psychiatric Records: Prodromal Syndroms of Physical Impairments. *Alienist. Neurolog.*, 5, 85-90.
97. Jackson J.H. (1884), Evolution and Dissolution of the Nervous System. In J. Taylor (ed.), *Selected Writings of John Hughlings Jackson*, New York, Basic Books (1958).
98. Jacobson E. (1964), *The Self and the Object World*. New York, International University Press.
99. Janet P. (1889), *L'automatisme psychologique : essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris, Alcan.
100. Janet P. (1927), *Les névroses*. Paris, Flammarion.
101. Janet P. (1929), *Evolution psychologique de la personnalité*. Paris, Alcan.
102. Jakobson R. (1963, 1973), *Essais de linguistique générale. I. Les fondations du langage. II. Rapports externes et internes du langage*. Tomes I et II, Paris, Editions de Minuit.
103. Jasper K. (1933), *Psychopathologie générale*. Paris, Alcan.
104. Jeammet Ph. (1990), Addiction, dépendance, adolescence, réflexions sur leurs liens, conséquences sur nos attitudes thérapeutiques. In J.L. Venisse, *Les nouvelles addictions*. Paris, Masson, 10-29.
105. Jean J.-P. (1997), L'usage de drogues en prison, entre logique de contrôle et logique sanitaire. *Psychotropes*, 3(4), 93-106.
106. Kernberg O. (1979), *Les troubles limites de la personnalité* (Borderline conditions and pathological narcissism). Toulouse, Privat.
107. Kernberg O. (1980), *La personnalité narcissique*. Toulouse, Privat.
108. Kernberg O., Burnstein E., Coyne L., Appelbaum A., Horwitz L., Voth H. (1972), Psychotherapy and Psychoanalysis: Final Report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bull. of the Menninger Clinic*, 36, 1-275.
109. Klein M. (1921), Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs. In traduction française de M. Derrida, *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot (1967).
110. Klein M. (1933), Le développement précoce de la conscience chez l'enfant. In traduction française de M. Derrida, *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot (1967).
111. Klein M. (1952), Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In traduction française de W. Baranger, *Développements de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France (1966), 247-300.
112. Knight R.P. (1953), Borderline States. In R.P. Knight, C.R. Friedman (eds), *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*, New York, Int. Univ. Press, 97-109.
113. Kohut H. (1966), Forms and Transformations of Narcissism. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 14, 243-272.

114. Kohut H. (1968), *The Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. Psychoanalytic Study of the Child*, 23, 86-113.
115. Kohut H. (1971), *The Analysis of Self*. New York, International University Press.
116. Kohut H. (1972), Thoughts on Narcissism and Narcissistic Rage. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 27, 360-400.
117. Kohut K. (1974), *Le soi, la psychanalyse des transferts narcissiques*. Paris, Presses Universitaires de France.
118. Kraepelin E. (1913), *Lehrbuch der Psychiatrie (Manuel de Psychiatrie)*. Leipzig, Barth (8e édition).
119. Kretschmer E. (1927), *Manuel théorique et pratique de psychologie médicale*. Paris, Payot.
120. Kuhn T.S. (1962/70), *La structure des révolutions scientifiques*. Flammarion, Paris, 1983.
121. Lacan J. (1936), Le stade du miroir comme fondateur de la fonction du Je. In *Ecrits*, Paris, Editions du Seuil (1966), 93-100.
122. Lacan J. (1957), D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. In *La psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, IV, 1-50.
123. Laing R. D. (1971), *Nœuds*. Paris, Stock.
124. Langs R. (1988), *Thérapie de vérité, thérapie de mensonge*. Paris, Presses Universitaires de France.
125. Laplanche J., Pontalis J.-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*. Sous la direction de D. Lagache, Paris, Presses Universitaires de France.
126. Leyens J.-P. (1983), *Sommes-nous tous des psychologues ?* Bruxelles, Mardaga.
127. Linehan M.M. (1993), *Cognitive-Behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press.
128. Loonis E. (à paraître), *La structure des fantasmes érotiques, mise en scène de nos egosexualités*. Préface de J. McDougall.
129. Loonis E. (1999), *Théorie Générale de l'Addiction, du système d'action à l'écologie de l'action*. Thèse de doctorat en psychopathologie, Université Toulouse Le Mirail.
130. Maestracci N. (1999), *Lutte contre la drogue et la toxicomanie*. Rapport remis au premier ministre Lionel Jospin, janvier, confidentiel.
131. Magnan J. (1891), *Leçons cliniques*. Paris, Alcan.
132. Mazeran V., Olindo-Weber S. (1994), *Pour une théorie du sujet-limite*. Paris, L'Harmattan.
133. McDougall J. (1989), *Théâtres du corps*. Paris, Gallimard, NRF.
134. McDougall J. (1996), *Éros aux mille visages*. Paris, Gallimard, NRF.
135. Meerbeeck P. van (1988), *Les années folles de l'adolescence*. Bruxelles, De Boeck Université.
136. OMS – Organisation Mondiale de la Santé (1994), *Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, Critères Diagnostiques pour la Recherche (CIM-10)*. Traduction française coordonnée par C.B. Pull, Paris, Masson.
137. Pasche F. (1965), L'anti-narcissisme. *Revue Française de Psychanalyse*, 29(5-6), 503-518.
138. Pedinielli J.-L. (1990), Statut clinique et épistémologique du concept d'addiction, intérêts et limites. In J.-L. Venisse (ed.), *Les nouvelles addictions*, Paris, Masson.
139. Pedinielli J.-L. (1997), *Sectes et addiction*. Communication au Colloque « Manipulations Mentales », Centre d'Etude des Nouvelles Religions (CESNUR), Paris, 25 avril.
140. Peele S. (1990), Addiction as a Cultural Concept. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 602, 205-220.
141. Peele S., Brodsky A. (1975), *Love and Addiction*. Taplinger, New York.
142. Peele S. (1985), *The Meaning of Addiction*. Lexington, Lexington.
143. Racamier P.-C. (1963), Le Moi, le Soi et la psychose. *L'Evolution Psychiatrique*, 28(4), 525-553.
144. Racamier P.-C. (1970), *Le psychanalyste sans divan*. Paris, Payot.
145. Racamier P.-C. (1975), Les schizophrènes et leur famille du point de vue psychanalytique. *L'Evolution Psychiatrique*, 40(2), 341-356.



146. Racamier P.-C. (1978), Les paradoxes des schizophrènes. *Revue Française de Psychanalyse*, 42(5-6), 877-970.
147. Racamier P.-C. (1980), L'objet-non objet. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 21, 235-242.
148. Racamier P.-C. (1992), *Le génie des origines, psychanalyse et psychoses*. Paris, Payot.
149. Reid W. (1985), Réflexions métapsychologiques sur le transfert limite. In A. Amyot, J. Leblanc, W. Reid (eds), *Psychiatrie-psychanalyse, jalons pour une fécondation réciproque*, Montréal, Gaëtan-Morin.
150. Roques B. (1998), *La dangerosité des drogues*. Paris, Odile Jacob, La Documentation Française.
151. Rosenfeld H. (1964), On the Psychopathology of Narcissism: A Clinical Approach. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 332-337.
152. Rosse J.C. (1890), Clinical Evidence of Border-line Insanity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 17, 669-674.
153. Rounsaville B., Kleber H.D. (1983), Untreated Opiates Addicts, How Do They Differ From Those Seeking Treatment ? *Archives of General Psychiatry*, 42(11), 1072-1077.
154. Searight H.R. (1992), Borderline Personality Disorder: Diagnosis and management in primary care. *Journal of Family Practice*, 34(5), 605-612.
155. Searles H. (1977), *L'effort pour rendre l'autre fou*. Paris, Payot.
156. Searles H. (1981), *Le contre-transfert*. Paris, Gallimard.
157. Searles H. (1986), *L'environnement non humain*. Paris, Gallimard.
158. Searles H. (1994), *Mon expérience des états-limites*. Paris, Gallimard.
159. Segal H. (1957), Notes on Symbol Formation. *International Journal of Psychoanalysis*, 6, 391-397.
160. Segal H. (1964), *Introduction à l'œuvre de Melanie Klein*. Paris, Presses Universitaires de France (1969).
161. Schmideberg M. (1959), The Border-line patient. *American Handbook of Psychiatry*, 1, 398-416.
162. Schneider K. (1955), *Les personnalités psychopathiques*. Paris, Presses Universitaires de France.
163. Solal J.F. (1997), Abstinence et substitution : histoire et actualité des traitements aux toxicomanes. *Pratiques Psychologiques*, 4, 13-24.
164. Spitz R. (1958), *La première année de la vie de l'enfant*. Paris, Presses Universitaires de France.
165. Stern A. (1938), Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Borderline Group of Neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
166. Sullivan H.S. (1953), *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. In H.S. Perry, M.L. Gawl (eds), New York, Norton.
167. Szasz T. (1963), *The concept of transference*. In R. Langs (ed.), 1981, 25-36.
168. Sztulman H. (1971), Folie et maladie mentale. *L'Evolution Psychiatrique*, 2, 258-277.
169. Sztulman H. (1978), Relire Œdipe. In *Œdipe et psychanalyse d'aujourd'hui*, Toulouse, Privat, 23-36.
170. Sztulman H. (1983), En guise d'introduction « son ». In *Le psychanalyste et son patient : études psychanalytiques sur le contre-transfert*, Toulouse, Privat, 7-22.
171. Sztulman H. (1997), Entre addiction et ordalie, les toxicomanes. *Adolescences*, 15(2), 57-65.
172. Sztulman H. (1998), Vers le concept de personnalités limites addictives. *IVème Congrès International sur les Addictions, « Addictions et Psychiatrie »*. Lille.
173. Vernant J.P. (1965), *Mythe et pensée chez les grecs*. Paris, Maspero.
174. Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson Don D. (1972), *Une logique de la communication*. Paris, Editions du Seuil.
175. Watzlawick P. (1978), *La réalité de la réalité, confusion, désinformation, communication*. Paris, Editions du Seuil.

176. Widiger T.A., Frances A.J. (1989), Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. In A. Tasman, R.E. Hales, A.J. Frances, *American Press Review of Psychiatry*, Washington (DC), American Psychiatric Press, 8.
177. Widiger T.A., Weissman M.M. (1991), Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital & Community Psychiatry*, 42(10), 1015-1021.
178. Widlöcher D. (1970), Les processus d'identification. *Bulletin de Psychologie*, 23(17-19), 1099-1114.
179. Winnicott D.W. (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Traduction française de J. Kalmanovitch, Paris, Payot.
180. Winnicott D.W. (1975), *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard.
181. Zuckerman M. (1994), *Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking*. Cambridge (UK), Cambridge University Press.

## BIBLIOGRAPHIE COMPLEMENTAIRE

1. Angelergues R. (1993), *L'homme psychique*. Paris, Calman-Ley.
2. Barranes J.-J. (éd.) (1991), *La question psychotique à l'adolescence*. Paris, Dunod.
3. Bergeret J. (1984), *La violence fondamentale*. Paris, Dunod.
4. Bergeret J. (1984), *La violence et la vie*. Paris, Payot.
5. Bergeret J., Fain M. (eds) (1981), *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*. Paris, Dunod.
6. Bergeret J., Reid W. (1986), *Narcissisme et états-limites*. Paris, Dunod (Montréal, Presses Universitaires de Montréal).
7. Brusset B., Couvreur C. (1991), *La boulimie*. Monographies de la Revue Française de Psychanalyse, Paris, Presses Universitaires de France.
8. Chabrol H., Sztulman H. (1998), Splitting and the psychodynamics of adolescent and young adult suicide attempts. *International Journal of Psychoanalysis*, 78(6), 1199-1208.
9. Collectif (1993), *Les états-limites*. Paris, A.F.P.E.P..
10. Dawson D., Mac Millan H.L. (1993), *Relationship management of the borderline patient*. New York, Brunner-Mazel.
11. Eiguer A. (1994), *Une fêlure dans le miroir : aspects rivaux du narcissisme dans la pathologie*. Paris, Bayard.
12. Fine R. (ed.) (1989), *Current and historical perspectives on the borderline patient*. New York, Brunner-Mazel.
13. Fourcade J.-M. (1997), *Les patients limites*. Paris, Desclée de Brouwer.
14. Gauchet M. (1992), *L'inconscient cérébral*. Paris, Seuil.
15. Gerin P., Dazord A., Sami A. (1991), *Psychothérapies et changements : méthodologies de leur évaluation*. Paris, Presses Universitaires de France.
16. Gutton Ph. (1991), *Le pubertaire*. Paris, Presses Universitaires de France.
17. Gy-Gillet G. (1994), *La blessure de Narcisse ou les enjeux du soi*. Paris, Albin Michel.
18. Jeammet Ph., Birot E. (1994), *Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*. Paris, Presses Universitaires de France.
19. Kernberg O. (1995), *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*. Paris, Presses Universitaires de France.
20. Ladame E., Gutton Ph., Kalogerakis M. (éds) (1990), *Psychoses et adolescence*. Paris, Masson.
21. Laufer M., Laufer E. (1993), *Rupture du développement et traitement psychanalytique à l'adolescence, études cliniques*. Paris, Presses Universitaires de France.
22. Little M.J. (1992), *Des états-limites, l'alliance thérapeutique*. Paris, Edition des Femmes.
23. Mises R. (1990), *Les pathologies limites de l'enfance*. Paris, Presses Universitaires de France.
24. Merle-Béral A.-M. (1994), *Le corps de la cure*. Paris, Presses Universitaires de France.
25. Monjauze M. (1991), *La problématique alcoolique*. Paris, Dunod.
26. Olié J.-P. (1993), *Les nouveaux visages de la folie*. Paris, Odile Jacob.
27. Pédinielli J.-L. (1992), *Psychosomatique et alexithymie*. Paris, Presses Universitaires de France.
28. Pédinielli J.-L. (1995), Le toxicomane et la mort. *Cliniques Méditerranéennes*, Toulouse, Erès, 47/48, 37-58.
29. Potamانيou A. (1992), *Un bouclier dans l'économie des états-limites*. Paris, Presses Universitaires de France.
30. Quinodoz J.-M. (1991), *La solitude apprivoisée*. Paris, Presses Universitaires de France.
31. Roussillon R. (1991), *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris, Presses Universitaires de France.
32. Silvester D., Rosenbluth M. (1991), *Handbook of borderline disorders*. New York International University Press.
33. Smaldino A. (ed.) (1991), *Psychoanalytic approaches to addiction*. New York, Brunner-Mazel.

34. Sztulman H. (1972), Antipsychiatrie et psychiatrie. *L'Evolution Psychiatrique*, 1, 83-109.
35. Sztulman H. (1974), Anti texte sur l'antipsychiatrie. *L'Evolution Psychiatrique*, 1, 127-132.
36. Sztulman H. (1976), Psychanalyse et psychiatrie. *L'Evolution Psychiatrique*, 1, 73-102.
37. Sztulman H. (1976), Eloge, vanité et sens des contestations actuelles de la psychanalyse. *L'Evolution Psychiatrique*, 4, 801-830.
38. Sztulman H. (1977), Liberté et psychiatrie. *L'Evolution Psychiatrique*, 2, 657-669.
39. Sztulman H. (1979), Illusions de groupe ou naissance à la vie d'un hôpital de jour pour adolescents. *L'Evolution Psychiatrique*, 2, 363-378.
40. Sztulman H. (1982), L'hôpital de jour : lieu de vie, lieu de soin, lieu de thérapie. *Psychiatrie Française*, 2, 140-151.
41. Sztulman H. (1983), Psychiatrie de la liberté, liberté de la psychiatrie. In *Quelle psychiatrie, quels psychiatres pour demain ?*, Toulouse, Privat, vol. I, 207-313 et vol. II 27-41.
42. Sztulman H. (1983), L'ambition thérapeutique. In J. Hochman (ed.), *Les techniques de soin en psychiatrie de secteur*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 115-134 et 179-188.
43. Sztulman H. (1983), Histoire de l'hôpital de jour. *L'Evolution Psychiatrique*, 3, 757-774.
44. Sztulman H. (1987), Actes pour le psychanalyste en institution. *Adolescences*, 2, 319-325.
45. Sztulman H. (1990), Les pathologies névrotiques graves. *Psychiatrie Française*, 1, 33-44.
46. Sztulman H. (1993), Limites de vie, limites de mort. In A.F.P.E.P. (ed.), *Les états-limites*, Paris, 247-262.
47. Sztulman H. (1994), Déception, dépression essentielle et illusion chez les patients états-limites. *L'Evolution Psychiatrique*, 1, 13-21.
48. Sztulman H. (1998), Henri Ey, les états-limites et leur devenir. In Fondation Henri EY (ed.), *Henri Ey et la psychiatrie du XXIe siècle*, Paris, L'Harmattan, 185-194.
49. Tanguay B., Bergeret J. (éds) (1991), *Les voies de la recherche en clinique psychanalytique*. Montréal, Editions du Méridien (Toulouse, Presses Universitaires du Mirail).
50. Widlöcher D. (1989), *La dépression*. Paris, Hermann.
51. Widlöcher D. (1991), *Les psychotropes, une manière de penser le psychisme ?* Paris, Editions Laboratoire Delagrangé.

## Conseils de lecture

La réalité des états-limites s'est progressivement dégagée et affirmée à partir d'une part des recherches des psychiatres qui ne parvenaient pas à faire entrer dans le cadre des psychoses en général et des schizophrénies en particulier certaines formes cliniques remarquables par leur atypicité, leur évolution très instable, un moindre degré de gravité et des réponses imprévisibles aux diverses formes de thérapeutiques; d'autre part à partir de la lecture des travaux des psychanalystes frappés par des tableaux d'apparence névrotique mais marqués par une extrême sévérité, une absence de réponse aux indications classiques de la cure type et à son protocole traditionnel et une économie générale qui n'était pas celle de la structure névrotique: dans ces cas, en effet l'angoisse est d'abandon, de perte, d'éloignement et non de castration, le conflit oppose le Moi à l'Idéal du Moi et non au Ca, la régression est prégénitale mais non archaïque, la relation d'objet est anaclitique et non génitale et les défenses ignorent le refoulement (ou à peu près) pour privilégier le clivage des objets, le déni, parfois l'identification projective, l'idéalisation et la dévalorisation.

Dans cette perspective il est vivement recommandé aux étudiants de lire avec attention les livres ou articles suivants qui illustrent clairement cette histoire naturelle d'une nouvelle pathologie et l'état actuel de la question :

**-ref. 10, J. Bergeret :** la mise au point princeps de la position de l'école française qui va progressivement s'affirmer et se distinguer des travaux antagonistes de Kernberg et de Searles (voir *infra*) en faisant de l'organisation (et non de la structure) limite une description non figée, en oscillation pendulaire entre les deux grandes structures névrotique et psychotique, et en perpétuelle recherche d'aménagements.

**-ref. 35, J.L. Donnet, A.Green :** un cas de psychose blanche qui illustre parfaitement l'introduction de ces conseils de lecture.

**-ref. 60 et 61, S.Freud :** un retour salutaire aux intuitions si remarquables de l'inventeur de la psychanalyse.

**-ref. 81, A.Green :** le regard singulièrement perspicace, à la fois clinique et théorique, d'un des meilleurs penseurs des états-limites.

**-ref. 106 et 107, O. Kernberg :** la position très argumentée du dernier président de l'Association Psychanalytique Internationale pour qui les états-limites sont essentiellement des névroses gravissimes (avec de nombreuses propositions thérapeutiques).

**-ref. 158, H. Searles :** l'aboutissement de plus de trente années de travail d'un psychanalyste engagé en institution puis en pratique libérale auprès de ces patients qu'il soigne et ensuite théorise comme des formes voisines de la psychose (à l'opposé de Kernberg).

**-ref. 47, H. Sztulman** (dans la bibliographie complémentaire) : pour mieux connaître la pensée de l'auteur.

# INDEX THEMATIQUE

## A

activisme clinique,80  
addiction,64, 92  
    au fantasme,94  
    caractère transnosographique,98  
    débat à propos des lignées,98  
    définition,95  
    et fixations régressions,96  
    et relation d'objet,96  
    origine,94  
    question épistémologique,95  
    sans drogue,95  
alliance thérapeutique,59, 74, 89  
altération du langage  
    lignée névrotique,48  
    lignée psychotique,45  
ambivalence,9, 11, 55, 69  
    envers le psychothérapeute,75  
aménagement  
    caractériel,50  
    du cadre,86  
    pervers,51  
anacritisme,22, 50, 53  
angoisse  
    d'abandon,86  
    de castration,34, 47  
    de castration phallique,52  
    de l'état-limite,36  
    de morcellement,34, 43, 61  
    de perte et d'abandon,53  
    narcissique,55  
après-coup,49  
attaques  
    contre l'analyste,86  
    du cadre,85  
auto-engendrement,93  
auto-érotisme,96  
automutilation mentale,59  
axe  
    paradigmatique,45  
    syntagmatique,45

## B

borderline,21, 22, 82  
buts  
    de vie,75  
    thérapeutiques,76

## C

cadre institutionnel,79  
castration,34  
    complexe de -,48  
catastrophe épistémologique,14  
champ relationnel,54, 65, 69  
clivage,28, 51, 61, 86  
    chez l'état-limite,55  
    de l'objet,44, 49  
    définition,44  
    des représentations objectales,23

    du Moi,44, 52  
complexe d'Œdipe,43  
compulsion de répétition,93  
conduites à risque,92  
conflit  
    entre Ça et réalité,31, 43  
    entre Moi et Ça,31, 32, 47, 65  
    entre Moi et Idéal du Moi,53, 65  
    entre Moi et réalité,65  
    interne intolérable,55  
    nature du -,16  
    œdipien,46  
confusion,78  
contact avec la réalité,28, 33  
continuum,21, 24  
    définition,16  
contre-Œdipe,84  
contre-transfert,59, 61  
    angoisses de danger excessives,86  
    anxiété, exaspération, impuissance,85  
    attaques vécues comme blessures narcissiques,88  
    confusion,87  
    culpabilité,87  
    définition,83  
    dépression,88  
    distanciation et manipulation,86  
    ennui,88  
    envie jalouse,85  
    haine dans -,72  
    inclinations psychotiques,87  
    latent,84  
    mise à distance rationnelle et scientifique,88  
    peur de devenir psychotique,85  
    peur de voir le patient devenir psychotique,85  
    peurs de perdre le patient,86  
    préexistence du -,84  
    psychotique,30  
    vacillements identitaires,88  
conversion pseudo-hystérique,37  
coping,34  
craving,95

## D

décalage,89  
déception intrapsychique,67, 69, 96  
défaut fondamental,55  
définition  
    déli, négation, dénégation, forclusion,32  
    fixation, régression,42  
    Moi Idéal, Idéal du Moi,53  
    projection, clivage,44  
    transfert, contre-transfert,83  
dégénérescence,21  
délire,44  
démence précoce,21  
dénégation,66  
    définition,32  
déli,52, 86  
    chez l'état-limite,56  
    de la réalité,33, 44, 58, 66  
    de représentations sexuelles,49  
    définition,32

- des émotions,56
- du sexe de la femme,51
- dépendance anaclitique,37, 65
- dépersonnalisation,49
- dépression
  - de l'état-limite,36, 53, 65
  - lutte contre la –,97
  - narcissique,55, 62, 66, 68
- dichotomisation,77
- différenciation,47, 48
  - les trois –,20
- divided line,41
- DSM-IV,17, 62, 63, 64, 98, 102
- duplicité,68

## E

- espace intermédiaire,78
- estime de soi,23

## É

- élaboration,81
- éléments
  - alpha*,81
  - bêta*,80
- épistémophilie,67
- épreuve de réalité,23
- état-limite,98
  - chez Bergeret,25
  - chez Freud,16
  - concept fourre-tout,27
  - origine,21
  - prévalence dans la population,62
  - problèmes cliniques,28
- étiologie,29
- évitement,23

## F

- famille,76
- fantasme,66
- faux-self,55, 79
- fixation,41, 46, 52
  - archaïques,67
  - définition,42
  - prégénitale,46
  - pré-psychotiques,48
- fixation-régression,17, 39, 40, 41, 47, 97
  - névrotiques,41
- fonction
  - addictive,94
  - du cadre institutionnel,78
  - ordalique,92
  - paternelle,79
- forclusion,33, 52
  - chez Lacan,30
  - définition,32
  - distinction du refoulement,29
- formation de compromis,31, 48
- frustrations précoces,41

## G

- guérison,75

## H

- hallucination primitive,45
- Hilflosigkeit,65
- hypertrophie narcissique,23
- hypothèse de la déception intrapsychique,69
- hystérie,18, 28, 29, 37, 46
  - chez Freud,15
  - chez Janet,15

## I

- Idéal du Moi
  - de l'état-limite,69
  - définition,53
  - narcissique,52
- idéalisation,56, 57, 100
  - chez l'état-limite,56
- identification,61
- identification projective,49, 61, 86, 87
  - chez le psychotique,59
  - chez l'état-limite,56
- identité d'emprunt,93
- illusion,66
  - et grands courants de pensée,67
  - lucide,74
- imaginaire,83
- imitation,51, 56, 67, 97
- Inconscient,29, 30, 42, 44
  - de l'analyste,74, 81
  - du patient,83
  - résonance d'– à –,83
- incorporation,61, 97
- incorporats,25, 55, 87
- incurabilité,76
- inquiétante étrangeté,88
- interprétation
  - à jet continu,80
  - contre-transférentielle destructrice,81
  - des défenses états-limites,56
- introjection,61
- introjects,25, 55, 87

## L

- limite dangereuse,94

## M

- manifestations
  - pseudo-névrotiques,37
  - pseudo-psychopathiques,37
  - pseudo-psychotiques,37
- masturbation,92
- mécanismes de défense
  - lignée état-limite,55
  - lignée psychotique,45
- mécanismes de restauration,66
- mère du psychotique,10
- mise en acte,38
- Moi
  - déformation du –,55, 65
  - la bipartition du –,58
  - névrotique,46
  - psychotique,41, 46, 58, 59
- Moi Idéal
  - définition,53
  - grandiose,93

Moïse, 92  
morcellement, 34  
mythe de Persée, 10

## N

narcissisme primaire, 43, 52  
narcissisme secondaire, 69  
nature  
    de l'angoisse, 43  
    du conflit, 43  
négarion  
    définition, 32  
néoréalité, 33, 44  
nervosisme, 15  
neurasthénie, 14  
névrose, 17, 98, 103, 104  
    actuelle chez Freud, 15  
    chez Janet, 14, 29  
    chez Jasper, 29  
    de transfert, 80  
    définition psychanalytique, 18  
    définition psychiatrique, 17  
    origine, 13  
noyau psychotique, 59, 79

## O

objet illusoire, 66  
objets bizarres, 80  
obsession, 37

## Œ

Œdipe, 8, 11, 12, 40, 46, 48, 49, 77, 92

## O

ordalie  
    conduite ordalique, 93  
    fantasme ordalique, 93  
    origine, 92  
organisation, 39, 49

## P

paradigme, 84  
paradoxalité  
    définition de la -, 8  
    effets de la -, 9  
    fonction de la -, 8  
paradoxe  
    définition, 8  
paralyse générale, 14  
pare-excitation, 80, 85  
parents combinés, 65  
passage à l'acte, 38  
pensée psychotique, 61  
pensée-acte, 94  
période de latence  
    lignée névrotique, 46  
    lignée psychotique, 41  
personnalité, 29  
    as if, 22, 55  
    de la mère, 43  
    du père, 43  
    du psychanalyste, 83, 89

    psychosomatique, 64  
perversité, 51  
phobie, 37  
plaisir, 79, 81  
point de vue génétique  
    lignée état-limite, 48  
    lignée névrotique, 45  
    lignée psychotique, 40  
point de vue structural  
    lignée état-limite, 53  
    lignée névrotique, 47  
    lignée psychotique, 42  
position  
    quatre – théoriques de Freud, 15  
    schizo-paranoïde, 60  
prépsychose, 25  
principe de plaisir, 44  
principe de réalité, 47, 96  
processus  
    primaires, 44, 55, 58  
    secondaires, 22, 47, 58  
projection, 51, 61, 80, 87  
    chez l'état-limite, 56  
    définition, 44  
pseudo-latence, 49  
pseudo-triangulation, 54  
psychasthénie, 15  
psychonévrose  
    de défense chez Freud, 15  
    de transfert chez Freud, 15  
    narcissique chez Freud, 15  
psychose, 98  
    blanche, 28, 55  
    chez Freud, 16  
    chez Janet, 15, 29  
    chez Jasper, 29  
    comme forteresse, 30  
    définition psychanalytique, 19  
    définition psychiatrique, 19  
    déréaliste/réaliste, 29  
    origine, 15  
psychothérapeute, 75  
psychothérapie, 73  
puberté  
    lignée névrotique, 46  
    lignée psychotique, 41  
pulsion de mort, 9, 72

## R

réalité  
    comme interprétation, 21  
    définition psychanalytique, 20  
recherche de sensations, 94  
refoulement, 31, 47, 52  
    distinction de la forclusion, 29  
régression, 34, 41, 56, 78, 84, 96  
    définition, 42  
    du Moi, 49  
    secondaire, 41  
relation d'objet  
    anacritique, 54  
    génitale, 47  
    psychotique, 60  
relation symbiotique, 79  
remarque  
    danger de stigmatisation psychotique de l'adolescent, 46  
    défaut de mentalisation et pensée-acte, 96



- distinctions entre identification, projection et  
identification projective,60
- distinctions entre morcellement et dédoublements,54
- injection d'un Surmoi maternel sadique,52
- l'état-limite sur le continuum névrose-psychose,24
- modifications intérieures dans la névrose,34
- perte de la relation symbolique dans la psychose,34
- répétition,78
- restitution,81
- rétenion,80

## S

- sadisme,59, 60, 87, 90
- seconde topique,28
- soi grandiose,23, 55
- soin
  - comme acte,72
  - comme acte parlé,73
  - comme acte symbolique,72
- Spaltung,28, 44
- suicide,86
- Surmoi,31, 32, 43
  - archaïque,43
  - faiblesse du -,52
- symbiose ambivalente,80
- symbolique,81, 83
  - dans la psychose,34
- symbolisation,94
  - défaut de -,96
- système d'illusions,66

## T

- toxicomanie,92
  - et autres troubles mentaux,98
  - et facteurs environnementaux,99
  - et visibilité institutionnelle,98
  - hypothèses,97
- transfert,59, 81
  - définition,83
  - institutionnel,79
  - limite,85
  - névrose de -,80
  - psychotique,30, 59, 61
- traumatisme psychique désorganisateur
  - précoce,48, 65
  - tardif,49, 65
- travail psychanalytique,76
  - selon Bion,80
  - selon Searles,79
- triade narcissique,54, 65, 87
- triangulation œdipienne,43, 46, 47, 48, 77
- tronc commun aménagé,25, 49

## V

- violence fondamentale,92, 96

# INDEX DES AUTEURS

- Abraham, 41, 65  
 Anzieu, 84, 90  
 APA, 17, 26, 62, 98  
 Apter, 94  
 Aragon, 67  
 Babinski, 15  
 Bailly, 95  
 Balint, 55  
 Bandura, 34  
 Bayle, 14  
 Beard, 14  
 Bergeret, 13, 18, 20, 21, 24, 25, 27, 29, 39, 54, 92, 94, 97, 98  
 Bettelheim, 78  
 Binswanger, 22  
 Bion, 58, 61, 76, 79, 80, 81  
 Bleuler, 22, 28, 44  
 Borel, 22  
 Bouddha, 69  
 Bouvet, 25  
 Breuer, 44  
 Brochu, 99  
 Brodsky, 95  
 Brown, 95  
 Brunelle, 99  
 Brusset, 97  
 Cahn, 30, 78  
 Canzler, 88  
 Castel, 98  
 Chamfort, 67  
 Charcot, 15  
 Charles-Nicolas, 93  
 Claude, 22  
 Cocteau, 11  
 Cullen, 13  
 Darcourt, 92  
 Deutsch, 22, 55  
 DGLDT, 98  
 Diatkine, 25  
 Donnet, 28  
 Dumas, 28  
 Dupré, 22  
 Eisenstein, 22  
 Entralgo, 14  
 Erickson, 23  
 Ey, 42  
 Fairbairn, 23  
 Fenichel, 95  
 Ferenczi, 43  
 Festinger, 34  
 Feuchtersleben, 15  
 Fournier, 14  
 Freud, 9, 10, 14, 15, 16, 21, 28, 31, 33, 34, 41, 42, 44, 48, 52, 53, 54, 59, 65, 67, 68, 72, 89, 90, 92, 95  
 Gendrot, 49  
 Goldstein, 92  
 Graven, 99  
 Greaven, 99  
 Green, 26, 28, 30, 55, 84  
 Greenson, 23  
 Grinker, 13, 22  
 Grünberger, 65, 87, 92  
 Hantouche, 95  
 Hartmann, 23  
 Hoch, 22  
 Hochman, 30, 72  
 Hodge, 94  
 Hollin, 94  
 Hopper, 98  
 Huber, 85  
 Hugues, 21  
 Jackson, 42  
 Jacobson, 23  
 Jakobson, 45  
 Janet, 13, 14, 15, 29, 42, 44  
 Jasper, 29  
 Jeammet, 92  
 Jean, 99  
 Jung, 22  
 Kahlbaum, 22  
 Kernberg, 13, 23, 24, 30, 56, 92  
 Kierkegaard, 68  
 Kleber, 99  
 Klein, 23, 30, 43, 44, 54, 56, 59  
 Knight, 22  
 Kohut, 23, 55, 92  
 Kraepelin, 21, 22  
 Kretschmer, 22  
 Kuhn, 84, 90  
 Lacan, 11, 29, 30, 34  
 Laing, 30  
 Langs, 30, 84, 86  
 Laplanche, 18, 19, 29, 31, 56, 83  
 Leblanc, 98  
 Leyens, 85  
 Loonis, 52, 94, 95, 96  
 Maestracci, 95  
 Magnan, 21  
 Marx, 67, 68  
 Mazeran, 90  
 McDougall, 92, 96  
 McMurran, 94  
 Meerbeeck, 46  
 Mesrine, 93  
 Moore, 14  
 Nadal, 90  
 Nietzsche, 67  
 Noguchi, 14  
 Olindo-Weber, 90  
 OMS, 17, 26  
 Parquet, 95  
 Pascal, 67, 69  
 Pasche, 8  
 Pédinielli, 93, 95  
 Peele, 95, 98, 99  
 Polatin, 22  
 Pontalis, 18, 19, 29, 31, 56, 83  
 Proust, 67  
 Racamier, 6, 8, 30, 49, 58  
 Reid, 85  
 Rosenfeld, 23  
 Rosse, 21  
 Rounsaville, 99  
 Sartre, 55, 69  
 Schmideberg, 22

Schneider,22  
Schopenhauer,67  
Searles,24, 30, 61, 72, 74, 76, 79, 80, 82, 84, 86, 87, 89, 97  
Segal,23, 72, 77  
Solal,99  
Spitz,43  
Stendhal,67  
Stern,22  
Sullivan,30  
Szasz,30  
Sztulman,14, 30, 84, 87  
Valleur,93  
Vernant,84  
Watson,17  
Watzlawick,8, 21  
Widlöcher,25, 55, 87  
Winnicott,55, 61, 69, 72, 74, 89  
Wolberg,22  
Zuckerman,94