

UNIVERSITÉ D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2005

N°...

THÈSE

Pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : psychiatrie

Par

Benjamin PETROVIC

Né le 15 mai 1977 à Strasbourg (67)

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 2005

ÉLÉMENTS FONDAMENTAUX DE L'IDENTITÉ :
NARCISSISME, IDENTIFICATION, SEXUATION.
TROIS PROBLÉMATIQUES CLINIQUES EN
PSYCHOPATHOLOGIE

Président : Monsieur le Professeur GARRÉ

Directeur : Monsieur le Docteur CABUS

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur GARRÉ

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur CABUS

Membres du jury :

Madame le Professeur PENNEAU

Monsieur le Professeur DUVERGER

Monsieur le Docteur MALKA

A Monsieur le Professeur GARRE

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse.
Nous vous remercions pour la richesse et l'éclectisme de votre enseignement,
qui nous ont accompagnés tout au long de notre internat.
Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur CABUS

Vous nous faites l'honneur de diriger cette thèse.
Nous vous remercions pour la qualité et l'intelligence de vos conseils et de
votre soutien, qui nous ont permis de mener à bien ce travail de thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur DUVERGER

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.
Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à la pédopsychiatrie et que
vous avez su nous transmettre au travers de votre pratique clinique et de votre
enseignement.
Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

A Madame le Professeur PENNEAU

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.
Nous vous remercions pour votre gentillesse et pour vos conseils lors de notre
stage dans votre service.
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur MALKA

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.
Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour vos conseils avisés lors
de nos discussions, à propos de cette thèse.
Votre engagement dans votre travail et l'intelligence avec laquelle vous
l'exercez seront toujours un guide dans notre parcours.
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

Nous tenons à remercier chaleureusement ceux qui nous ont permis de réaliser cette thèse :

- M. le Docteur Brunetière, qui nous a guidé dans la recherche et la formalisation de notre sujet.
- M. Touchard et Mme David, qui nous ont fourni des pistes de réflexion stimulantes.
- Karim, Caroline et Valérie, qui ont relu et corrigé avec indulgence notre thèse.
- Dominique, qui nous a accompagné, du début à la toute fin de notre travail, avec une bienveillance jamais démentie.
- Nina, qui m'a facilité et adouci ce travail de mille façons.
- Ma famille proche, ma belle-famille, et mes amis, qui m'ont soutenu, de près ou de loin...

PLAN

INTRODUCTION	p.10
PREMIERE PARTIE : Identification, Leila ou la dissolution identitaire	p. 14
DEUXIEME PARTIE : Narcissisme, M. D. ou la falsification identitaire	p. 48
TROISIEME PARTIE : Sexuation, Hélène C. ou la croyance identitaire	p. 89
CONCLUSION	p. 144
BIBLIOGRAPHIE	p. 146
TABLE DES MATIERES	p. 155

INTRODUCTION

Le mot « identité », issu du latin « idem » (« le même »), recouvre de multiples significations, dont certaines sont contradictoires.

Dès ses définitions les plus générales, on trouve deux sens très différents.

Ainsi, l'identité est « la relation entre deux termes identiques » (par exemple, deux objets identiques).

Mais elle signifie également « le caractère de ce qui est un » (par exemple, le même objet au cours du temps).

Appliquée à un individu, l'identité reste polysémique.

Elle désigne *l'identité sociale*, qui provient de l'extérieur : cette forme d'identité répond à la nécessité, pour la société, de rendre chaque individu singulier pour pouvoir le différencier des autres.

Ainsi, différents critères ont été retenus pour figurer sur la « carte d'identité » : les nom(s) et prénom(s), la désignation d'un sexe, les dates et lieu de naissance,

Elle désigne également *l'identité biologique*, qui appartient en propre à chaque individu, mais à laquelle il n'a pas d'accès sans recours à la technique médicale (par exemple, l'empreinte génétique ou le système immunitaire, ...).

Elle désigne enfin *l'identité subjective* (ou personnelle), que l'individu ressent en lui-même, et par lui-même. C'est par cette forme d'identité que l'on se reconnaît comme semblable à soi-même à travers le temps et à travers le changement ; c'est également « ce par quoi on se sent exister aussi bien en ses personnages (propriétés, fonctions et rôles sociaux) qu'en ses actes de personne (significations, valeurs, orientations). L'identité [subjective], c'est ce par quoi on se connaît, ce par quoi on se sent accepté et reconnu comme tel par autrui »¹.

L'existence de ces différentes formes d'identité (sociale, biologique, subjective) provoque inévitablement des interactions entre chacune d'entre elles, qui peuvent avoir, dans la clinique, des conséquences non négligeables.

¹ TAP P. « Identité. » In : *Encyclopaedia universalis*. Paris : Ed. Encyclopaedia universalis, 1995.

Par exemple, dans le transsexualisme, l'identité subjective (« je suis une femme depuis toujours ») est en conflit avec les identités sociale (sexe masculin à l'état civil) et biologique (patrimoine génétique masculin).

Dans le champ de la psychiatrie, c'est essentiellement l'identité subjective qui nous intéresse, dès lors qu'elle fait symptôme, car c'est à elle que nous avons accès à travers le discours et les affects du sujet.

Cette forme d'identité, même si elle est différenciée des autres, pose également des problèmes de définition.

« Prise au sens littéral de similitude absolue, l'identité personnelle [ou subjective] (je suis je) n'existe pas ! L'identité interpersonnelle (je suis un autre) n'existe pas non plus, même dans le cas de jumeaux vrais.»² Ainsi, l'identité subjective n'est pas réductible à une définition simple et explicite, probablement car elle ne peut être considérée comme une simple « substance »³.

Elle se construit plutôt dans un affrontement dialectique entre le semblable et le différent : elle est la résultante d'une rencontre à chaque fois renouvelée entre soi et l'autre. Par conséquent, l'identité subjective n'est pas qu'une entité qui permettrait de s'opposer aux autres, à ceux différents de soi : elle inclut, en elle-même, la dimension de l'autre. Dès lors, pour appréhender au mieux cette notion, il semble nécessaire de l'aborder par le biais de sa construction, de ce qui la permet, c'est-à-dire de ce qui organise les interactions entre soi et l'autre en soi-même.

Mais le sujet se perçoit d'abord à travers sa propre formulation identitaire : « je suis X », X pouvant être n'importe quel attribut identitaire, comme le sexe (« une femme »), un métier (« un assureur ») ou un lien de parenté (« un père »), ou ...

Dans tous les cas, la formulation identitaire se fait en trois temps.

En effet le X dans « je suis X » rend compte :

- 1- d'un ressenti et d'une représentation de soi-même...
- 2- ... qui se donnent à chaque fois comme une chose unique, permanente et continue...
- 3- ... différente des autres.

² Ibid.

³ LEVI-STRAUSS C. *L'identité*. Paris : PUF, 1977.

On ne peut qu'être impressionné ici par la distance qui existe entre chaque formulation identitaire du sujet et la dialectique entre soi et l'autre qui sous-tend, d'une façon masquée mais bien réelle, l'identité subjective.

C'est que l'identité peut être considérée, au mieux, comme une notion, c'est-à-dire comme une « connaissance intuitive, synthétique et assez imprécise »⁴, d'où sa nature insaisissable et la multiplicité de ses significations.

L'enjeu de notre travail sera alors d'exposer des instruments théoriques plus précis, à savoir des concepts, qui se rapportent, par définition, à des règles de valeur générale. Nous espérons ainsi éviter l'ornière du « substantialisme » inhérent à la notion d'identité, en nous focalisant sur ses fondements psychiques.

Du fait de l'étendue de cette notion, de nombreux concepts seront nécessairement utilisés. Ainsi, nous évoquerons différentes théorisations concernant le moi, le self, le sujet, le je. Mais seuls trois « éléments fondamentaux de l'identité » seront réellement détaillés : identification, narcissisme et sexuation. Ils seront associés avec trois situations cliniques, afin que concepts et situations cliniques s'éclaircissent réciproquement.

Avant d'en venir aux cas cliniques qui étayeront nos considérations sur l'identité, il nous faut préciser dans quelle logique épistémologique ce travail a été pensé et élaboré : c'est d'une clinique du discours et de la construction subjective dont il sera question.

Bien entendu, notre attachement à cette dimension de l'humain ne s'accompagne aucunement d'un rejet des bases organiques qui permettent et qui ordonnent nos existences, ni d'une prise de distance envers l'ordre social, extérieur au sujet, qui impose ses lois.

Mais l'approche psychopathologique nous semble être la plus efficace pour rendre compte de l'identité subjective, telle que chaque sujet la ressent et se la représente : la singularité de l'expérience de soi est ainsi une des données indépassables de notre travail.

⁴ REY A. *Le grand Robert de la langue française*. Paris : Ed. Le Robert, 2001.

La première situation clinique abordée est celle d'une adolescente, pour qui les conditions essentielles d'une représentation de soi stable et autonome n'ont pas été remplies, situation qui amène à interroger le concept d'identification, qui peut être compris comme un processus de constitution de l'identité subjective.

Le second cas clinique est celui d'un patient qu'on aurait diagnostiqué « mythomane » en d'autres temps, car sa trajectoire de vie a été marquée par de multiples falsifications identitaires. En reconnaissant au narcissisme une fonction de structuration basale du sentiment d'identité, nous verrons en quoi la déficience de la construction narcissique peut convoquer la nécessité d'être toujours perçu comme grandiose.

Enfin, nous ferons le récit d'un cas de patient transsexuel qui nécessite, depuis longtemps, de très importants soins psychiatriques. Nous travaillerons, auparavant, le thème de la sexuation, dont les rapports avec le complexe d'Œdipe seront interrogés. Alors, nous pourrons établir une discussion diagnostique et psychopathologique qui dissociera les troubles de l'identité sexuelle d'un diagnostic structurel.

C'est donc à un parcours que nous invitons le lecteur, parmi de multiples facettes de l'identité, théoriques et cliniques, normales et pathologiques. Ce travail ne pourra, et de loin, constituer un panorama de la question identitaire, mais nous espérons néanmoins qu'il apportera suffisamment de points de vue intéressants pour donner de la consistance à la notion paradoxale qu'est l'identité.

**PREMIERE PARTIE : IDENTIFICATION,
LEILA
OU LA DISSOLUTION IDENTITAIRE**

I- IDENTIFICATION

A- DEFINITIONS

Le substantif « identification » se réfère au verbe « identifier » sous sa forme transitive ou réfléchie (« s'identifier »).

Dans le premier cas (« identifier »), il désigne le fait de considérer qu'une chose « ne fait qu'un avec, est assimilable à » une seconde chose désignée. Ainsi, on identifie précisément une chose lorsqu'on la « reconnaît comme appartenant à une certaine espèce. »⁵

Dans le second cas (« s'identifier »), il consiste en l'action de « se faire (ou devenir) identique, se confondre en pensée ou en fait » avec quelqu'un ou quelque chose. Il y a ici une notion de rapprochement, comme si les deux éléments en présence ne devaient progressivement plus faire qu'un, c'est-à-dire se fondre petit à petit dans un rapport d'identité. C'est à ce sens que correspond la notion d'identification en psychanalyse.

Dans cette acception, l'identification suppose une dynamique, un mouvement perpétuel vers l'identité, sans que celle-ci ne soit nécessairement atteinte.

Ainsi, l'identification est à comprendre comme un processus, et non comme un état.

⁵ REY A., REY-DEBOVE J. *Le petit Robert*. Paris : Ed. Le Robert, 1977.

B- S. FREUD : « le concept d'identification, plus qu'un mécanisme psychologique parmi d'autres, [est] l'opération par laquelle le sujet humain se constitue. »⁶

Dans cette partie, nous entendons rappeler comment la notion d'identification s'est mise en place chez S. FREUD. Pour ce faire, nous devons tout d'abord préciser la nature inconsciente des phénomènes en jeu, puis nous ferons alors un historique du développement de cette notion, en parcourant les apports freudiens. Il faudra définir au fur et à mesure les opérations psychiques connexes que sont l'incorporation et l'introjection.

1) La nature inconsciente des identifications

Les définitions du dictionnaire sont nécessaires mais non suffisantes pour caractériser le processus psychique qu'est l'identification chez S. FREUD. En effet, il faut y ajouter que c'est un processus inconscient : le sujet ne maîtrise pas à qui ou comment il s'identifie ; cette opération s'effectue sans le concours de sa volonté.

Il faut également préciser que l'identification a lieu à l'intérieur de l'appareil psychique d'un sujet, et non entre deux personnes. Ainsi, dire « qu'un sujet s'identifie à un objet » nécessite de percevoir que c'est en fait la « représentation psychique inconsciente » de cet objet qui est concernée, et non l'objet extérieur consciemment perçu (en toute logique, le terme « objet » devrait être utilisé uniquement pour les représentations psychiques inconscientes⁷). Chez S. FREUD, l'identification est forcément intrapsychique, et ce sont les instances psychiques (ça/moi/surmoi) qui vont être modifiées par cette opération.

On ne peut donc admettre qu'une identification, dans le sens utilisé par S. FREUD, soit directement visible de l'extérieur : c'est un processus inconscient et intrapsychique qui ne peut être inféré qu'à partir de la situation analytique⁸.

⁶ LAPLANCHE J., PONTALIS J. B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1967.

⁷ NASIO J. D. *Enseignement des 7 concepts cruciaux de la psychanalyse*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 1988.

⁸ DE MIJOLLA A. « Identification. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.

2) Développement du concept d'identification chez S. FREUD

a) *Identification hystérique*

C'est à partir de 1900, dans *l'Interprétation des rêves*, qu'il précise une première théorie des identifications, grâce à l'étude des symptômes hystériques : « l'identification n'est pas simplement imitation, mais appropriation sur la base d'une même prétention étiologique ; elle exprime un « tout comme si » et elle a trait à quelque chose de commun qui persiste dans l'inconscient. »⁹ Ce « quelque chose de commun » peut ici se résumer à un « trait unique » de l'objet : dans cette première acception, l'identification se fait avec un élément partiel de l'objet.

Par ailleurs, durant la même période, S. FREUD précise que plusieurs identifications peuvent coexister : « ...le fait de l'identification autorise peut-être un emploi littéral de l'expression : pluralité des personnes psychiques. »¹⁰

b) *Introjection et incorporation*

En 1909, S. FERENCZI¹¹ propose le concept d'introjection, qui sera repris par S. FREUD, comme un des mécanismes élémentaires qui compose les identifications : l'introjection est une façon « d'absorber » des objets pour qu'ils puissent interagir au niveau intrapsychique (elle présuppose un dedans psychique et un dehors psychique, quelles que soient les formes qu'on leur donne). Pour préciser cette acception des identifications, on peut relever, dans l'étude sur Léonard De Vinci (1910), l'exemple de l'homosexualité masculine : ici, le garçon « refoule son amour pour sa mère ; il se met lui-même à sa place, il s'identifie à elle [il l'introjecte] et il prend alors sa propre personne comme le modèle à la ressemblance duquel il choisit les nouveaux objets de son amour. »¹²

⁹ FREUD S. *L'interprétation des rêves*. Paris : PUF, 1967.

¹⁰ FREUD S. *La naissance de la psychanalyse, lettres à Wilhelm Fliess, notes et plans*. Paris : PUF, 1956.

¹¹ FERENCZI S. « Introjection et transfert. » In : *First contributions to psycho-analysis*. Londres : Hogarth Press, 1952.

¹² FREUD S. *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*. Paris : Gallimard, 1927.

Entre 1912 et 1915, S. FREUD développe le concept d'incorporation dans *Totem et tabou*¹³, et dans « *Deuil et mélancolie*¹⁴ » (24). Celle-ci peut être considérée comme l'ancêtre de l'introjection et de l'identification car elle appartient à l'activité orale (premier stade libidinal chez S. FREUD). Trois significations sont contenues dans ce terme : se faire plaisir en faisant pénétrer un objet en soi, détruire cet objet, et assimiler les qualités de cet objet. L'incorporation présuppose alors un dedans et un dehors qui sont de nature corporelle, limités par une zone érogène (la bouche, le rectum, ...) ¹⁵.

c) Identification mélancolique ou narcissique

Pour S. FREUD, dans la mélancolie, le sujet s'identifie à l'objet perdu : du moi est alors soustrait la part d'investissement qui était accordée à l'objet perdu. Or, ici, c'est l'objet total qui est visé par l'identification (« identification mélancolique »), et non plus une partie de l'objet (« identification hystérique »). D'où les conséquences sévères de la mélancolie : tout se passe comme si l'identification mélancolique à l'objet perdu provoquait une perte du moi à la suite de la perte de l'objet.

En 1914, dans l'article « *Pour introduire le narcissisme* »¹⁶, il différencie, dans la vie amoureuse, les choix d'objet narcissique des choix d'objet par étayage. Ces deux choix d'objet sont déterminés par le fait que le sujet s'identifie soit à la personne qui lui prodiguait les soins nécessaires à son état de dépendance infantile, soit à lui-même dans la même relation (en réalité, à la représentation psychique inconsciente de lui-même ou de l'autre).

A partir de ce moment, l'identification à l'objet total (identification mélancolique) peut être également appelée « identification narcissique. »

Ainsi, dans son *introduction à la psychanalyse*, en 1917, il écrit : « Si le mélancolique a retiré de l'objet sa libido, cet objet se trouve reporté dans le moi, comme projeté sur lui, à la suite d'un processus auquel on peut donner le nom d'identification narcissique. (...) Le moi est alors traité comme l'objet abandonné. »¹⁷

¹³ FREUD S. *Totem et tabou*. Paris : Payot, 1947.

¹⁴ FREUD S. « Deuil et mélancolie. » In : *Métapsychologie*. Paris : Gallimard, 1952.

¹⁵ GOLSE B. *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Paris : Masson, 2001.

¹⁶ FREUD S. « Pour introduire le narcissisme. » In : *La vie sexuelle*. Paris : PUF, 1969.

¹⁷ FREUD S. *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1951.

d) Identification dans la psychologie des masses

Dans « *Psychologie des foules et analyse du moi* », en 1921, S. FREUD décrit trois modalités possibles (parmi d'autres) pour les identifications :

« Premièrement, l'identification est la forme la plus originaire du lien affectif à un objet [correspond à l'incorporation, ou à l'identification primaire];

Deuxièmement, par voie régressive, elle devient le substitut d'un lien objectal libidinal, en quelque sorte par introjection de l'objet dans le moi [correspond à l'identification partielle, ou hystérique];

Et troisièmement, elle peut naître chaque fois qu'est perçue à nouveau une certaine communauté avec une personne qui n'est pas l'objet des pulsions sexuelles. »¹⁸

Cette troisième identification est nouvelle dans la pensée de S. FREUD, puisqu'elle correspond à l'identification de deux individus l'un à l'autre, tous les deux soumis à un « meneur », qui agira comme idéal du moi. Elle peut être considérée comme une identification partielle.

e) Identification primaire

Dans « *Le moi et le ça* », en 1923, S. FREUD postule à toutes les identifications (désormais désignées « secondaires ») un prototype que serait l'identification primaire : « Au tout premier début, à la phase orale primitive de l'individu, l'investissement d'objet et l'identification ne sont peut-être pas à distinguer l'un de l'autre. »¹⁹

Cette notion peut être rapprochée du narcissisme primaire ou du refoulement primaire en tant qu'hypothèse mythique, située aux origines de la psyché humaine. Elle consisterait en une identification au « père-parents de la préhistoire personnelle » qui permettrait de scinder le ça et l'idéal du moi.

¹⁸ FREUD S. « Psychologie des foules et analyse du moi. » In : *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1951.

¹⁹ FREUD S. « Le moi et le ça. » In : *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1951.

f) Les identifications et le complexe d'Œdipe

Dans la « *Disparition du complexe d'Œdipe* », en 1924, S. FREUD note que « les investissements d'objet sont abandonnés et remplacés par une identification. Les tendances libidinales appartenant au complexe d'Oedipe sont en partie déssexualisées et sublimées, ce qui vraisemblablement arrive lors de toute transformation en identification, et en partie inhibées quant au but et changées en motions de tendresse. »²⁰

On perçoit alors en quoi les figures parentales sont au centre des mouvements identificatoires durant une grande partie de l'enfance, depuis le stade oral (avec l'incorporation) et encore au-delà du complexe d'Œdipe.

g) Synthèse

On a pu se rendre compte durant ce parcours de la complexité et de la richesse de la notion d'identification chez S. FREUD. Ceci est dû en partie à la permanence des remaniements théoriques, rendus nécessaires par l'évolution d'autres théories connexes (deuxième topique, narcissisme, ...).

Mais S. FREUD lui-même a pu regretter la difficulté à systématiser clairement cet aspect de la théorie analytique : ainsi, en 1933, il écrit : « je ne suis absolument pas satisfait de moi-même de ces développements sur l'identification. »²¹

Suivant S. FREUD, qui a modifié régulièrement ses théories, et suite à son constat, d'autres auteurs se sont autorisés à repenser la théorie des identifications, ce dont nous allons rendre compte dans les chapitres suivants.

²⁰ FREUD S. « La disparition du complexe d'Œdipe. » In : *Œuvres Complètes, XVII*. Paris : PUF, 2001.

²¹ FREUD S. « Nouvelles suites des leçons d'introduction à la psychanalyse. » In : *Œuvres Complètes, XIX*. Paris : PUF, 2001.

C- M. KLEIN : « L'action réciproque [de l'introjection et de la projection] bâtit le monde intérieur en même temps qu'elle dessine l'image de la réalité extérieure. »²²

Le point de départ clinique de Mélanie KLEIN est différent de celui de S. FREUD : analysant des enfants, elle a cherché à découvrir « le nourrisson refoulé », alors que lui, analysant des adultes, y a cherché « l'enfant refoulé »²³. Elle s'est donc intéressée à des mouvements psychiques antérieurs à ceux que S. FREUD a décrits. Dès lors, on a ici affaire aux ancêtres de ce que S. FREUD nommait identification c'est-à-dire essentiellement au « mouvement d'introjection-projection » (corrélé à une intégration du moi), et au « complexe d'Oedipe précoce. »

1) Mouvement d'introjection-projection

Cet ancêtre de l'identification est contemporain de la position schizo-paranoïde (qui culmine au 4^{ème} mois de vie)²⁴. Durant cette phase, Mélanie KLEIN individualise l'existence d'un « moi précoce » qui fonctionne selon ses propres mécanismes psychiques archaïques : il clive le sein en bon et mauvais sein (les expériences agréables sont rapportées au bon sein, et les désagréables au mauvais). L'introjection du bon sein va avoir pour effet de renforcer le moi, de le rassembler autour d'un vécu agréable intériorisé : c'est un des précurseurs de l'identification dans la théorie kleinienne.

Le clivage isole le mauvais sein (y sont inclus les vécus désagréables du bébé tels que la faim, l'attente, la douleur, ...) : la projection de ce mauvais objet vers l'extérieur permet au bébé de démarquer un intérieur positif d'un extérieur négatif, ce qui favorisera l'intégration des limites psychiques et corporelles.

Ce mouvement d'introjection-projection est illustré par J. B. PONTALIS²⁵ : « on peut même à l'extrême concevoir tout le fonctionnement de l'inconscient et jusqu'à la constitution de l'individu sur le mode du corps-bouche qui avale et qui vomit, qui détermine les limites du dehors et du dedans »

²² KLEIN M. « A propos de l'identification. » In : *Envie et gratitude et autres essais*. Paris : Gallimard, 1968.

²³ GOLSE B. *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Paris : Masson, 2001.

²⁴ KLEIN M. « Envie et gratitude. » In : *Envie et gratitude et autres essais*. Paris : Gallimard, 1968.

²⁵ PONTALIS J. B. « Avant-propos. » In : *Nouvelle Revue de Psychanalyse* 1972 ; 6.

Le mécanisme d'identification projective est issu de cette phase du développement : « l'identification par projection implique une combinaison de la scission de parties du soi et de leur projection »²⁶ sur un objet extérieur ; dès lors, étant donné qu'à ce moment le bébé ne peut faire encore de discrimination certaine entre intérieur et extérieur, il s'identifiera malgré lui à cet objet extérieur, sur lequel persistent les mauvaises parties du soi projetées.

2) Complexe d'Œdipe précoce

Pour Mélanie KLEIN, il existe un complexe d'Œdipe précoce, contemporain de la position dépressive (qui culmine au 6^{ème} mois de vie).

Durant cette phase du développement, le bébé organise une relation à l'objet total, après qu'une intégration du moi suffisante a eu lieu. Dès lors, une angoisse de perte d'objet se fait jour et la culpabilité d'avoir endommagé l'objet est très présente.

Les fantasmes de l'enfant, durant cette période, sont colorés par la dynamique pulsionnelle orale, et les liens entre les parents sont ressentis à travers ces fantasmes. Ainsi, Mélanie KLEIN propose que le bébé imagine un pénis interne (celui du père) dans le corps de sa mère : on retrouve ici le fantasme précurseur de l'identification qu'est l'incorporation.

Le complexe d'Œdipe précoce débiterait alors chez le garçon par une « haine du pénis » de son père présent dans le corps de sa mère, et chez la fille par le « désir oral d'incorporation de ce pénis. »

On peut donc relever chez M. KLEIN le même parallélisme entre complexe d'Œdipe et identifications aux parents que chez S. FREUD, mais dans une tonalité plus archaïque, marquée par le fonctionnement psychique prédominant à cette phase du développement (pulsions orales).

²⁶ HINSHELWOOD R. D. « Identification projective. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.

D- J. LACAN : « [C'est dans] une première captation par l'image [que] se dessine le premier moment de la dialectique des identifications »²⁷

J. LACAN, dans son mouvement de « retour à FREUD », s'est bien entendu intéressé à la question des identifications. Ici, nous exposerons ses premiers travaux concernant ce domaine, à savoir la mise en place du stade du miroir, où s'origine, pour lui, l'identification imaginaire. Puis nous évoquerons succinctement la complexe notion d'identification symbolique.

1) Le stade du miroir (1936) et l'identification imaginaire

C'est par la rencontre de l'enfant avec son image dans un miroir que J. LACAN a proposé de figurer ce qu'il nomme « la précipitation du je en une forme primordiale »²⁸. En effet, c'est par une identification primordiale à son image que l'enfant passerait d'une représentation morcelée de lui-même au vécu « jubilatoire » de sa totalité.

Cette « identification primaire » est constituée de trois temps logiques.

Elle débute par la perception de l'image de son propre corps dans le miroir, comme s'il s'agissait d'un autre enfant : c'est la période du « transitivity normal : l'enfant qui bat dit avoir été battu, celui qui voit tomber pleure. »²⁹

Le second temps marque la reconnaissance du fait que l'image n'est qu'une image, et qu'il n'y a pas d'autre enfant réel.

Le troisième temps est la reconnaissance du fait que cette image est la sienne propre : il s'y reconnaît et s'y identifie d'une façon irrémédiable.

Mais cette conquête de l'identité s'est faite sous une dimension imaginaire, et c'est une « identité aliénante » que le sujet a constituée, puisqu'il s'est identifié à une image.

C'est un état de « prématuration » propre à l'espèce humaine (au niveau biologique) qui entraînerait un décalage dans la « relation entre l'organisme et sa réalité » : sa perception visuelle (qui permet le stade du miroir) serait en avance sur la fonctionnalité des autres organes (motricité, sensibilité, ...).

²⁷ LACAN J. « L'agressivité en psychanalyse. » In : *Ecrits*. Paris : Le Seuil, 1966.

²⁸ LACAN J. « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. » In : *Ecrits*. Paris : Le Seuil, 1966.

²⁹ LACAN J. « L'agressivité en psychanalyse. » In : *Ecrits*. Paris : Le Seuil, 1966.

Ainsi, LACAN souligne la « fonction aliénante du je », sa « fonction de méconnaissance », puisque son point de départ est uniquement un dispositif spéculaire, virtuel. En effet, l'ensemble des pulsions du ça peuvent aisément déborder ce « je », qui prétend pouvoir les maîtriser. Le point de vue identitaire du sujet (lorsque le sujet dit « je suis x ») sera toujours insuffisant pour rendre compte de l'ensemble des manifestations de son psychisme, alors même que le sujet lui attribuera toujours la prétention de pouvoir le faire.

Pour préciser la description de ce stade, une citation de J. LACAN (1955) semble bien illustrer son propos : « C'est que le moi humain, c'est l'autre, et qu'au départ le sujet est plus proche de la forme de l'autre que du surgissement de sa propre tendance. Il est à l'origine collection incohérente de désirs (c'est là le vrai sens de l'expression corps morcelé) et la première synthèse de l'ego est essentiellement alter ego, elle est aliénée. »³⁰

2) L'identification symbolique

Dans le séminaire sur les identifications³¹ (1961-1962), J. LACAN a complexifié son apport dans ce domaine en élaborant la notion d'identification symbolique, ou « identification de signifiant. »

Reprenant l'identification freudienne à un trait unique de l'objet³², il repère ce qu'il nomme le « trait unaire » dans la dynamique identificatoire : c'est un signifiant qui, restant isolé des chaînes signifiantes du discours du sujet, va constituer le noyau de l'idéal du moi³³.

Ainsi, ce « trait unaire » va revenir inlassablement ponctuer le parcours du sujet, que ce dernier l'ait souhaité ou non³⁴ : il devient alors un repère central, symbolique et inconscient, qui va orienter les identifications du sujet.

A ce moment de son enseignement, J. LACAN a déjà reconnu le primat du symbolique sur l'imaginaire. De la même façon, il propose alors que l'identification symbolique, qui reste soumise à la logique du trait unaire, encadre l'identification imaginaire.

³⁰ LACAN J. *Le séminaire. Livre 3, les psychoses*. Paris : Le Seuil, 1981.

³¹ LACAN J. *Le séminaire. Livre 9, l'identification*, inédit.

³² DARMON M. « Identification imaginaire / Identification symbolique. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.

³³ DARMON M. « Trait unaire. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.

³⁴ NASIO J. D. *Enseignement des 7 concepts cruciaux de la psychanalyse*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 1988.

Ainsi, à la lumière de ses avancées théoriques, il reconsidère le stade du miroir, en insistant sur le fait que « la possibilité même du stade du miroir présuppose désormais une opération symbolique »³⁵ : c'est par le regard de la mère de l'enfant, qui reconnaît son enfant dans le miroir, que lui-même pourra alors s'aliéner à sa propre image.

Dès lors, le point de vue identitaire du sujet reste imaginaire et insuffisant à rendre compte de sa propre réalité ; mais on peut désormais reconnaître en quoi il est symboliquement construit et orienté, ce qui ouvre au sujet la possibilité de s'en dégager, pour s'attacher aux conditions de sa construction.

E- D. W. WINNICOTT : « Le potentiel inné d'un enfant ne peut devenir un enfant que s'il est couplé à des soins maternels. »³⁶

Tout d'abord élève de Mélanie KLEIN, dont il s'est ensuite démarqué, D. W. WINNICOTT a développé une pensée originale sur la constitution du psychisme.

Pour cet auteur, la notion de dépendance de l'enfant à l'adulte est primordiale. L'observation et la théorisation sont alors focalisées sur l'enfant en lien avec son environnement nécessaire, et non plus sur le seul plan psychique individuel. Ce changement de perspective lui a permis de proposer des théories du développement de l'individualisation psychique et corporelle, qui mettent au premier plan la notion d'identification, notamment dans le concept de « faux self » qui sera approfondi.

³⁵ LAZNICK M.-C. « Stade du miroir. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.

³⁶ WINNICOTT D. W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1968.

1) **La préoccupation maternelle primaire**

Lors de la « préoccupation maternelle primaire », la mère s'identifie au bébé, pour pouvoir réagir d'une façon la plus adaptée possible. « Ce stade d'hypersensibilité (presque une maladie) »³⁷ débute à la fin de la grossesse et dure plusieurs semaines après l'accouchement. Il permet à la mère d'être « normalement dévouée à son enfant. »

Progressivement, cet état va décroître en intensité en regard de l'autonomisation psychique et corporelle de l'enfant. Il va permettre à celui-ci d'acquérir « un sentiment continu d'exister suffisamment »³⁸.

2) **La mère « miroir »**

Les réactions de la mère aux sollicitations spontanées de l'enfant vont agir pour lui comme la preuve de son existence : elles lui permettront de se percevoir, de se sentir exister, comme « en creux dans elle. »

La mère a ainsi une fonction de miroir : cela correspond à l'identification primaire dans la théorie de D. W. WINNICOTT, qu'il a élaborée à partir de l'apport de J. LACAN sur le stade du miroir.

Mais d'une façon différente de chez J. LACAN, c'est la constance des réactions de la mère, face aux projections de son enfant, qui permettra à ce dernier d'accéder à la perception de son existence différenciée.

3) **Holding**

C'est la façon dont est porté, physiquement et psychiquement, le bébé par sa mère. Selon sa qualité, il permettra, ou non, à l'enfant les mouvements d'introjection-projection décrits par Mélanie KLEIN (ceux-là mêmes qui favorisent l'intégration du moi).

Si la préoccupation maternelle primaire, la fonction miroir de la mère ou le holding ne se font pas d'une façon satisfaisante³⁹, si la mère n'est pas « suffisamment bonne », il y a un risque pour qu'un faux self⁴⁰ se développe chez l'enfant.

³⁷ *Id.*

³⁸ WINNICOTT D. W. « Intégration du moi au cours du développement de l'enfant. » In : *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris : Payot, 1970.

4) Faux self

Pour D. W. WINNICOTT, les notions de faux et de vrai self sont transnosographiques, et relèvent plus d'une nouvelle topique que d'une pathologie particulière : « il y a un parallèle (entre vrai et faux self) avec la distinction établie par S. FREUD entre une partie centrale [du psychisme] gouvernée par les pulsions et une partie tournée vers l'extérieur. »

Ces notions sont à rapporter à la relation précoce que le nourrisson et sa mère entretenaient, lors de la constitution du moi et du self.

Il faut préciser ici que, pour D. W. WINNICOTT, le self est une instance du psychisme qui permet une réflexivité (le psychisme se considère lui-même), à partir du ressenti psychique et corporel en voie d'intégration : c'est l'autonomisation progressive de la subjectivité de l'enfant qui la permet.

Dans ce contexte, le vrai self est, « au stade le plus primitif, la position théorique d'où provient le geste spontané et l'idée personnelle. » : « Seul le vrai self peut être créateur et ressenti comme tel. »⁴¹

Le faux self est défensif : il protège et dissimule le vrai self en se soumettant à l'environnement. Il entraîne un ressenti de facticité et d'inanité car « il élabore un ensemble de relations artificielles, et au moyen d'introjections, en arrive même à faire semblant d'être réel, de telle sorte que l'enfant peut, en grandissant, ressembler exactement à la mère, à la tante, ou à quiconque occupe le premier plan à ce moment-là. »⁴²

L'étiologie du faux self serait à chercher dans les interactions précoces : lorsque la mère n'est pas suffisamment bonne, « à la place de répondre au geste spontané de l'enfant, elle y substitue le sien propre, qui n'aura de sens que par la soumission du nourrisson. Cette soumission est le premier stade du faux self. »⁴³

Cette « soumission » peut être comprise comme la nécessité pour le nourrisson de s'identifier à ce qui est imposé par la mère ; il risquerait de perdre son amour s'il ne le faisait pas. La théorie du faux self de D. W. WINNICOTT semble être une bonne illustration d'une « injonction identificatoire », qui oblige l'enfant à faire siens des éléments psychiques

³⁹ JOHNS J. « Faux Self. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.

⁴⁰ WINNICOTT D. W. « Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self. » In : *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris : Payot, 1970.

⁴¹ *Id.*

⁴² *Ibid.*

⁴³ *Ibid.*

extérieurs. Ceux-ci portent alors la marque de sa soumission et donc de la négation de son existence autonome ; c'est une manière de figurer l'aliénation qu'encourt chaque individu dès lors qu'il est obligé « par l'extérieur » de s'identifier.

La construction identitaire effectuée de cette manière risque donc d'être inauthentique, dans la mesure où le sujet se reconnaîtra dans des éléments qui ne lui appartiennent pas, qui lui ont été imposés de l'extérieur, et qui resteront alors pour lui incompréhensibles. Le recours à un tiers, pour se dégager de ces injonctions identificatoires, pourra alors se révéler nécessaire ; nous reviendrons sur cette possibilité lors de la discussion de la problématique identificatoire de Leila, dans le chapitre III.

F- E. KESTEMBERG : « Une corrélation constante entre les troubles du sentiment d'identité et les difficultés d'identification [à l'adolescence] »⁴⁴

Dans les parties précédentes, il a été possible de cerner la constitution et le développement du concept d'identification chez différents auteurs. Plusieurs interactions avec la notion d'identité ont pu être mises en évidence.

Ici, nous suivrons la théorisation de E. KESTEMBERG, qui, en 1962, a publié un article princeps intitulé « l'identité et l'identification chez les adolescents »⁴⁵. Rendant compte d'une pratique nouvelle, le psychodrame analytique, elle propose une vision originale des liens entre identité et identification à l'adolescence.

1) Le concept d'adolescence

Tout d'abord, E. KESTEMBERG rappelle la nouveauté de la notion d'adolescence : « avant Beaumarchais, on peut dire grossièrement qu'il y avait des enfants et des adultes. » Depuis, un flou culturel permanent caractérise l'adolescence : période de mutation progressive, elle ne permet plus de définir ni un enfant ni un adulte. Dès lors, « les adolescents se considèrent du fait qu'on les considère et de la façon dont on les considère. »

L'adolescence est marquée par un bouleversement des investissements objectaux et narcissiques : l'équilibre libidinal antérieur est remis en cause par l'apparition de la puberté et par l'acquisition des capacités sexuelles adultes (l'adolescent « vit dans un monde relationnel, intensément fantasmatisé, hautement érotisé, en contradiction absolue avec ce que constamment il se veut et se pense. »). Ainsi, les rapports de soi à soi et de soi aux autres sont profondément modifiés par cette nouvelle donne.

E. KESTEMBERG propose de reconsidérer la crise d'adolescence pour la comprendre comme un « organisateur », au même titre que le complexe d'Œdipe ou l'angoisse du huitième mois : une évolution physiologique remet en cause l'équilibre antérieur et entraîne des changements psychiques spécifiques nécessaires, qui eux-mêmes préfigureront le développement psychique ultérieur.

⁴⁴ KESTEMBERG E. « L'identité et l'identification chez les adolescents. » In : *Reflets 1958-1985*. Paris : PUF, 1988.

⁴⁵ *Id.*

Deux formes pathologiques, car excessives, sont repérables dans les manifestations de cet « organisateur. » D'un côté, on peut assister à un « effacement » de la crise d'adolescence, qui « implique un rétrécissement des facultés libidinales, une rigidité dans la dénégation massive, donc un appauvrissement du moi (...). » De l'autre côté, une « crise ouverte » peut quelques fois aboutir à une « solution heureuse du conflit de l'adolescence », ou bien plus souvent à une « blessure narcissique profonde » : « le rejet brutal des idéaux et imagos parentaux » est « ressenti par les adolescents comme un témoignage de leur non-valeur personnelle », du fait de leur inévitable identification à leurs parents.

2) Identité et identification : « Ils sont pratiquement un seul et même mouvement »⁴⁶

La spécificité de l'adolescence, telle qu'elle est avancée par E. KESTEMBERG, met au premier plan la dépendance persistante des adolescents à leurs parents :

« Les adolescents sont et se considèrent en fonction de ce que sont les adultes et de la façon dont ils les considèrent. Ce qui peut tout naturellement se traduire en termes d'identité (les adolescents sont) et d'identification (en fonction de ce que les adultes sont ou leur apparaissent). »

Tout se passe comme si les parents conservaient encore une partie du sentiment d'identité de l'adolescent : ce dernier est encore dans une impérieuse nécessité de s'identifier à ses parents (ou à des substituts valables) pour se sentir exister positivement.

Or, il doit aussi se construire en tant qu'individu autonome et différencié. Différentes possibilités existent pour que l'adolescent puisse sortir de cette contradiction ; par exemple, le recours à des images idéales (groupes, ...), extérieures aux parents, pourra permettre à l'adolescent d'intégrer des valeurs structurantes externes, non contaminées par cette contradiction.

Nombre d'impasses, dans le processus adolescent, seraient liées à « une identification parfaitement inconsciente au personnage du sexe opposé. »

Dès lors qu'on retrouve une telle identification délétère, l'adolescent « se trouve dans l'incapacité d'intégrer [sa nouvelle] maturité organique en un équilibre psychique adéquat où il pourrait s'utiliser efficacement sans détruire personne, sans risquer d'être détruit. »

⁴⁶ *Ibid.*

C'est la reviviscence du conflit oedipien qui entraîne cette peur d'être détruit ou de détruire, et qui pourrait bloquer le cheminement psychique de l'adolescent.

Par ailleurs, E. KESTEMBERG met en avant l'importance des « activités autonomes du moi » : lorsqu'elles sont fonctionnelles, elles répondent à « une possibilités de travail scolaire ou professionnel », à la capacité de trouver « des idéaux valables au sein de groupes », à « une utilisation efficace des possibilités instrumentales », ...

C'est dans ce domaine que « l'expression de leurs difficultés identificatoires, dans la mesure même où le terrain des acquisitions instrumentales leur parait éloigné de tout conflit libidinal, leur fournit en quelques sorte un système protecteur analogue à celui que réalise pour les adultes un rituel obsessionnel. »

Tant que ces « activités autonomes du moi » restent fonctionnelles, le moi peut être structuré en retour par les capacités instrumentales et relationnelles développées, et donc la crise d'adolescence peut « se résoudre d'elle-même. »

Si elles sont trop altérées, l'adolescent sera « confronté tôt ou tard avec ses problèmes identificatoires et avec son inquiétude sur son identité » car il finira par projeter dans ce domaine son « vécu archaïque ou oedipien. »

Finalement, on peut dire qu'E. KESTEMBERG a proposé une approche intéressante du malaise adolescent face à la question de l'identité. Pour elle, cette question passe nécessairement par celle des identifications aux parents ou aux substituts, car « c'est au niveau le plus profond que l'on trouve [la] dimension relationnelle, constitutive de la personne. »

Dès lors, si un parent se dérobaît à son rôle obligé de référent identificatoire auprès de son adolescent, que cela se produise consciemment ou non, les conséquences pour l'adolescent s'expriment préférentiellement sous la forme d'une problématique identitaire, ce que nous allons retrouver dans le cas clinique de Leila, présenté dans la partie suivante.

II- CAS CLINIQUE : LEILA

Pour illustrer en quoi les problématiques identificatoires à l'adolescence sont en lien étroit avec la notion d'identité, nous allons présenter un cas clinique, celui de Leila. Il rendra compte d'une prise en charge d'environ deux semaines en hospitalisation de secteur, et de consultations ambulatoires sur plusieurs mois, d'une adolescente de 17 ans, que l'on pourrait dire « en souffrance identificatoire. »

Nous verrons dans ce chapitre la façon dont ses antécédents, sa biographie, son discours, et même sa présentation, sont étroitement corrélés à une dynamique familiale atypique, marquée par la présence d'un père violent.

Il nous sera alors possible de procéder à une discussion diagnostique et psychopathologique, qui associera les notions d'identification, d'identité et de violence.

A- MOTIF D'ADMISSION

Quelques semaines avant d'être hospitalisée en milieu psychiatrique, Leila s'était rendue à l'infirmerie de son lycée pour faire part de ce qu'elle nommait les « conséquences de sa vie familiale » : depuis un an, elle consommait de l'alcool en grandes quantités, plusieurs fois par semaine, dès le matin ; et depuis six mois, elle en consommait quasiment tous les jours, pour « calmer ses angoisses, seule ou avec d'autres élèves du lycée. »

Discrète et ne posant aucun problème de comportement, elle était perçue comme une très bonne élève (« une des premières de sa classe »), même si son travail était peu régulier. Tout au plus avait-on remarqué, dans le milieu scolaire, que Leila avait tendance à être un peu fuyante face aux adultes.

C'est dans ce contexte que le médecin scolaire a fait hospitaliser Leila, lorsqu'elle s'est présentée un matin au lycée, fortement alcoolisée et assez désemparée : elle avait passé une nuit à l'extérieur du domicile de ses parents, et présentait une amnésie totale portant sur toute la durée de cette nuit. La dernière chose dont elle se souvenait était de s'être alcoolisée en début de soirée.

B- ANTECEDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX

1) Leila

Dès les premiers entretiens en milieu hospitalier, l'ampleur des difficultés de Leila apparaît plus nettement : elle a déjà été hospitalisée en réanimation à l'âge de quinze ans pour une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire (le médecin avait relevé une « réelle détermination à mourir » dans le compte-rendu d'hospitalisation). Suite à cet épisode suicidaire, un suivi spécialisé a été débuté ; mais il ne dura que le temps de deux rendez-vous. Plusieurs intoxications médicamenteuses volontaires (avec des anxiolytiques, ou des antalgiques codéinés) ont eu lieu depuis, mais n'ont pas entraîné d'hospitalisation ni de demande de soins, de la part de Leila ou de ses parents.

La consommation d'alcool est intermittente depuis deux ans. Depuis six mois, elle est devenue quasiment quotidienne ; les prises alcooliques se déroulent toujours au lycée, que Leila soit seule ou avec d'autres élèves, et sont cachées des adultes. Elles seraient motivées par un sentiment d'ennui et de lassitude le plus souvent, et des fois par des crises d'angoisses. Leila rapporte spontanément ces signes de souffrance psychique à la « mauvaise ambiance familiale » et surtout à un « important conflit » avec son père.

2) Le père de Leila

Le père de Leila est actuellement en traitement médical pour un cancer de la gorge, qui a été diagnostiqué il y a quatre ans. Selon elle, son père était dépendant de l'alcool avant que l'on ne dépiste son cancer. Depuis, il est totalement abstinent.

Auparavant, la dépendance alcoolique était accompagnée d'alcoolisations massives avec agressivité et violences physiques sur la mère de Leila. Malgré cela, son père n'aurait jamais eu de soins spécifiques par rapport à ses problèmes d'alcool ou de comportement, en dehors du sevrage concomitant au diagnostic de son cancer.

Il ne nous a pas évoqué de problème d'alcool personnel durant les entretiens que nous avons eus avec lui, ce qui va dans le sens d'une hypothèse avancée par Leila : il aurait toujours été dans une attitude de déni et n'aurait jamais pris conscience de l'importance de ses troubles alcooliques.

C- ELEMENTS BIOGRAPHIQUES

1) Leila

Leila a dix-sept ans, et elle est l'aînée de quatre enfants. Ses trois frères ont seize, quatorze et sept ans.

Elle vit dans une petite ville rurale avec ses parents et ses frères, depuis sa naissance.

De « caractère solitaire », elle ne s'est jamais entendue avec ses frères, et encore moins avec son frère le plus âgé, pour lequel elle perçoit une réelle inimitié.

Leila aurait passé dans l'enfance des tests prouvant qu'elle était « intellectuellement précoce » ; elle n'a pas bénéficié d'un parcours scolaire aménagé pour autant, alors qu'elle dit « s'être toujours ennuyée à l'école. »

Elle est actuellement en terminale ES dans l'unique lycée général de sa ville (elle n'a jamais redoublé). Leila a passé l'année scolaire précédente en internat, dans un lycée de la capitale régionale : en accord avec son médecin traitant, un éloignement familial avait été préconisé et rapidement rendu possible, suite à sa tentative de suicide.

Leila attribue à sa précocité intellectuelle le fait de n'avoir que très peu d'amis, et ce « depuis toujours. » Actuellement, elle n'aurait qu'une amie sur qui compter réellement, alors qu'elle a « beaucoup de connaissances » avec qui elle consomme régulièrement de l'alcool et du haschich.

2) Le contexte familial

Les parents de Leila ont émigré d'Algérie alors qu'ils étaient adolescents, avec leurs propres parents ; ils se sont rencontrés jeunes, en France, et se sont mariés rapidement.

Leila décrit un climat familial violent depuis toujours : son père aurait imposé une ambiance de « terreur psychologique » telle qu'aucun membre de la famille n'aurait pu y échapper. Les accès de violence qu'il a pu avoir, lors d'alcoolisations plus importantes que d'habitude, sont encore très présents dans le discours de Leila.

Sa mère aurait toujours subi le joug conjugal, tout en essayant de protéger ses enfants de leur père. Elle est décrite comme discrète et très « arrangeante. »

Les grands-parents, tant maternels que paternels auraient gardé peu de contacts avec leurs enfants et petits-enfants, suite à de nombreux conflits familiaux.

D- PRESENTATION ET DISCOURS

1) Leila

Lors des premiers contacts, Leila apparaît comme une jeune fille sérieuse et discrète. Elle s'adapte très naturellement à son interlocuteur, et parvient rapidement à « se faire oublier », probablement sans y prêter attention. Elle semble comprendre rapidement ce qui lui est demandé, et réagir en conséquence, pour toujours « s'effacer » face à son interlocuteur.

Néanmoins, on perçoit, après plusieurs entretiens, que Leila présente une tristesse importante, masquée par une certaine irritabilité qu'elle-même a du mal à s'avouer.

Dès son admission, Leila a demandé à ne pas rester hospitalisée car ce ne serait « pas sa place. » Comme l'ensemble de son discours, cette affirmation est assurée, et étayée par des arguments sérieux. Elle a une véritable compréhension des enjeux qui régissent son hospitalisation : mineure, elle sait que ses parents ont le pouvoir légal de décider à sa place, mais étant également presque majeure, elle sait qu'elle a une place importante dans l'organisation des soins la concernant.

Il y a un fort contraste entre le caractère affirmé et solide de son discours (connaissances médicales des effets de l'alcool, lucidité froide sur sa situation scolaire, ...) et la fragilité affective sous-jacente. En effet, elle présente une tristesse chronique, un vécu de solitude profondément ancré, des crises d'angoisses et des insomnies régulières. Elle rapporte différents moyens, utilisés plus ou moins consciemment, pour tenir son vécu dépressif à distance : une « sur-sollicitation cognitive » (peut passer des heures à naviguer sur Internet, sans but, et sans plaisir, mais en lisant énormément de documents), des conduites obsessionnelles (activités de rangement à but anxiolytique), et le recours à différentes drogues (alcool, cannabis).

Malgré son discours très raisonnable et la reconnaissance intellectuelle de ses difficultés, elle n'a jamais tenté de recourir à des soins psychiatriques. Probablement parce qu'elle attribue l'entière responsabilité de son état à ses parents (« ce n'est qu'à cause du climat familial que ça ne va pas ») ; dès lors, elle n'a pas estimé nécessaire de faire une démarche individuelle à ce propos, comme si elle ne pouvait réellement se percevoir elle-même comme souffrante psychiquement.

2) Les parents de Leila

Plusieurs entretiens ont eu lieu avec les parents de Leila (en sa présence ou non) ; durant ceux-ci, les parents ont toujours fait preuve de bonne volonté pour aider leur fille.

Néanmoins, une dynamique familiale particulière se remarque rapidement : le père de Leila bénéficie de la priorité à la prise de parole par rapport à sa femme et à sa fille. Toutes deux font « profil bas », et se contentent d'ajouter ou de légèrement rectifier certains éléments. Ainsi, le discours du père de Leila semble « faire autorité », même si Leila et sa mère peuvent finement sous-entendre qu'elles ont un avis différent lorsqu'elles prennent la parole après lui.

Dans la forme comme dans le fond, le discours du père est « tranché » : « Leila est une toxicomane en récidive ; il faut la soigner par n'importe quel moyen. »

On relève dans ses propos un déni évident des difficultés psychiques de Leila, alors même que les prises de toxiques paraissent secondaires à une souffrance dépressive. Mais son père reste focalisé sur la dangerosité des consommations : il semble les vivre comme si elles lui étaient uniquement adressées (« elle nous fait ça, vous vous rendez compte ! »). L'intensité du vécu projectif du père de Leila est tel que l'on a pu s'interroger sur la présence d'un trouble psychiatrique sévère, allant au-delà d'une dépendance alcoolique sevrée.

Tous ces éléments ne contredisent pas les propos de Leila sur « l'ambiance familiale », et ils seraient même de nature à les accréditer. Mais on ne peut considérer comme elle que ses parents sont les seuls responsables de ses difficultés.

Il nous semble que c'est bien plutôt en prenant en compte le positionnement de Leila face à sa réalité familiale, avec ses inévitables conséquences identificatoires, que l'on pourra lui permettre de « trouver une place » dans un travail psychothérapeutique, comme cela sera précisé.

E- EVOLUTION APRES L'HOSPITALISATION

Après une semaine d'hospitalisation, Leila a trouvé, avec l'assistante sociale du service, une solution provisoire aux difficultés qu'elle rencontre avec sa famille : elle va démarcher le lycée où elle avait été l'année précédente, en internat, pour y être à nouveau hébergée. Un suivi médical hebdomadaire, au CMP, serait effectué. Sa sortie du service est donc possible.

Mais le lycée démarché ne peut l'accueillir, faute de places. Suite à cette mauvaise nouvelle, Leila s'alcoolise à nouveau massivement, et le médecin scolaire la réadresse pour une hospitalisation qui ne durera cette fois-ci que deux jours. Il est alors prévu qu'elle ira en internat, dans le lycée où elle a commencé l'année scolaire, à côté de chez ses parents.

Par la suite, Leila ne se montrera pas très assidue aux consultations. Tout en critiquant son père pour son « absence d'effort pour changer de comportement », elle se démarquera peu de son attitude, puisqu'elle ne pourra consulter que suite à l'insistance de l'institution scolaire, ou épisodiquement, « poussée » par ses parents. De la même façon, le traitement médicamenteux (antidépresseurs et anxiolytiques) n'est pas pris régulièrement.

Cette difficulté à se démarquer elle-même de ce qu'elle reproche à son père sera un des éléments marquants dans les débuts de son suivi. Nous allons voir, dans les chapitres suivants, en quoi cet élément révèle à la fois une dynamique identificatoire particulière entre Leila et son père, et une difficulté identitaire ressentie par Leila.

III- Discussion diagnostique et psychopathologique : la dissolution identitaire

Cliniquement, Leila présente, dans un contexte de précocité intellectuelle, des troubles dépressifs et des conduites addictives. Ceux-ci sont immédiatement rapportés, dans son discours, à la « mauvaise ambiance familiale. »

A partir de ces constats, nous allons nous intéresser dans ce chapitre à la problématique identificatoire de Leila, qui semble être au premier plan de ses difficultés.

Le diagnostic d'hypermaturation mettra en lien sa précocité intellectuelle avec les troubles psychiques paternels, dans la mesure où Leila a dû développer des capacités cognitives lui permettant de s'y adapter.

Nous verrons alors en quoi les mécanismes identificatoires sont sollicités d'une façon privilégiée pour parvenir à une telle adaptation, et comment l'absence d'un substitut identificatoire valable va favoriser ce qu'E. KESTEMBERG a nommé « l'identification inconsciente au personnage de sexe opposé. »

Après avoir précisé la nature de cette « identification inconsciente », nous nous interrogerons sur le rôle délétère de la violence, tel qu'il a été rapporté par Leila, dans l'origine de ses difficultés identificatoires et identitaires.

A- HYPERMATURATION ET PREVALENCE DE LA PROBLEMATIQUE IDENTIFICATOIRE

1) Hypermaturation

Parmi les signes cliniques relevés chez Leila, certains se sont révélés être particulièrement intenses et peuvent constituer à eux seuls un diagnostic qui nous semble pertinent, à savoir celui d'hypermaturation.

En effet, l'association d'une « précocité intellectuelle », avec un aspect « discret et sérieux », et une fragilité affective ancienne, dans un contexte où un parent est atteint d'un trouble psychiatrique, va tout à fait dans le sens de la description faite par P. BOURDIER⁴⁷ dans son article sur « L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux. »

Cet auteur a mis en avant la présence d'un développement psychoaffectif singulier (« l'hypermaturité ») dans une population d'enfants dont un des parents a un trouble psychiatrique sévère : dans leur majorité, ces enfants présentent « un contrôle des affects, un appétit ludique et un monde transitionnel limités, une attitude de dignité et de réflexion grave », sans avoir de troubles névrotiques manifestes pour autant.

« Leur destin paraît dominé par quelques phrases clé », par exemple : « il ne faut pas contrarier ton père. »

Parmi ces enfants, trois groupes évolutifs ont été dégagés par Pierre BOURDIER :

- « - l'un avec brillante réussite scolaire, hyperinvestissement des fonctions intellectuelles et du langage, mais avec des effondrements soudains ;
- un autre, plus résistant, marqué par le calme, le retrait, la limitation des affects, c'est-à-dire l'hyperinvestissement des mécanisme de contrôle, mais avec une scolarité plus modeste.
- mais il y a des cas où l'hypermaturation, sans contrepartie, paraît fonctionner avec souplesse.»

⁴⁷ BOURDIER P. « L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux. » *Revue française de psychanalyse* 1972 ; 36.

Ainsi le diagnostic d'hypermaturation, que nous proposons de retenir pour Leila, ne présume en rien d'une évolution, favorable ou défavorable⁴⁸ : il permet surtout de cerner un mode relationnel original, chez des enfants qui ont eu un environnement affectif particulier.

Tout se passe comme si, étant focalisés sur les besoins psychiques de leurs parents, ils intégraient préférentiellement des moyens de contrôles efficaces de la réalité extérieure (pour répondre aux sollicitations parentales) au détriment du développement de leur monde affectif interne.

2) Prévalence de la problématique identificatoire

La notion d'hypermaturation est indissociable, pour P. BOURDIER, de « mécanismes d'identification massifs » : suite aux carences de son parent, l'enfant aura dû se substituer à lui (ne serait-ce que fantasmatiquement), en surinvestissant « les rôles empruntés aux proches et les fonctions intellectuelles de maîtrise qui y sont liées. »⁴⁹

Dans les cas défavorables, cela peut aboutir à une « identification comme si », à un « faux self » dans la théorie de D. W. WINNICOTT.

Dans les cas favorable, où un vrai self suffisamment solide a pu être constitué, l'hyperinvestissement des fonctions intellectuelles, avec le soutien d'un tiers, permettra à l'enfant de « percevoir les troubles de ses parents, véritable diagnostic de la maladie parentale, ce qui le fait accéder à la neutralité de l'esprit scientifique »⁵⁰.

En effet, l'existence d'une « référence identificatoire de substitution »⁵¹ peut faciliter à l'enfant la compréhension des troubles de son parent : les affects et les comportements de son parent malade peuvent être perçus à partir du point de vue d'un tiers.

Alors l'enfant peut les interpréter plus facilement car il ne les vit pas comme adressés à sa personne : ils sont repérés comme étant des éléments extérieurs à lui et qui ne concernent que son parent. Au-delà, si la maladie est nommée clairement, il peut également les attribuer à la « part malade » de son parent (« c'est à cause de sa maladie... »).

⁴⁸ LUCAS G. « L'hypermaturation. » In : LEOVICI S., SOULE M., DIATKINE R. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF, 1995.

⁴⁹ BOURDIER P. « L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux. » *Revue française de psychanalyse* 1972 ; 36.

⁵⁰ *Id.*

⁵¹ BURSZTEJN C., BOUSSIDAN G., COPPENS R., DANION-GRILLAT A., PAUL C., EBTINGER R. « L'expérience de psychiatres d'enfants avec des parents psychotiques. » *Revue Française de Psychiatrie* 1988 ; 8.

Encore faut-il que les troubles soient reconnus en tant que tels, et ensuite, que la structure familiale laisse une possibilité à l'enfant de s'identifier à une image substitutive (que ce soit une personne réelle, une fonction, ou un rôle).

Cette possibilité n'est pas toujours offerte à l'enfant, notamment quand les parents l'investissent fortement sur un mode narcissique ou que la famille est réduite et isolée⁵².

Dans la situation de Leila, on ne retrouve pas de substitut identificatoire qui lui aurait permis de se dégager d'une « hermétisation de la folie familiale »⁵³. Probablement du fait du déni important des troubles du père, et de l'isolement familial.

Leila dit néanmoins avoir perçu, depuis son enfance, des troubles psychiques chez son père ; mais, n'ayant pu partager cette « découverte » avec un proche, ni en parler hors du cercle familial restreint, elle semble ne pas avoir pris une distance suffisante avec ce ressenti.

Ainsi, lorsqu'elle rapporte des scènes traumatiques infantiles liées à la violence paternelle, elle ne peut clairement les décrire, comme si elle n'avait pu se percevoir comme une personne différenciée, et qu'elle était concernée à la fois par l'origine et par la destination de la violence paternelle.

Les dynamiques identificatoires à l'œuvre sont donc particulières pour Leila, que ce soit dans leur intensité ou dans la forme qu'elles ont pu prendre.

Dans le chapitre suivant, nous allons nous attacher à les préciser en suivant une des propositions théoriques d'E. KESTEMBERG qui reconnaît une impasse dans le processus adolescent lorsqu'il existe une « identification parfaitement inconsciente au personnage du sexe opposée. »

⁵² LÉBOVICI S., RABAIN-LÉBOVICI M. « Psychopathologie des enfants provenant de familles psychotiques ou dépressives. » In : LÉBOVICI S., SOULE M., DIATKINE R. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF, 1995.

⁵³ EPELBAUM C., TARAGANO O., LAUDRIN S., et al. « Psychopathologie parentale et psychopathologie de l'adolescent. Place et enjeux du travail avec les familles dans une unité d'hébergement psychothérapeutique. » *Psychiatrie de l'enfant* 2001 ; 44 ; 1.

B- ANALYSE DE LA PROBLEMATIQUE IDENTIFICATOIRE

1) Identification inconsciente au père, à partir de E. KESTEMBERG

L'identification prévalente, celle qui semble la plus importante chez Leila, est l'identification inconsciente à son père.

En effet, bien qu'elle le critique, bien qu'elle réfute intellectuellement son discours, on ne peut s'empêcher de remarquer qu'elle se positionne d'une façon identique à lui, que ce soit dans ses rapports avec nous, ou dans la façon dont elle se perçoit elle-même.

Ainsi, le père de Leila dit être « déshonoré » par sa fille qui boit de l'alcool ; elle-même éprouve un sentiment de honte par rapport à ses propres consommations.

De la même façon, Leila, tout en stigmatisant la violence de son père, se décrit comme « très dure » avec ses petits frères, sous-entendant qu'elle pouvait aller jusqu'à les corriger physiquement.

Si elle s'identifiait moins à son père, elle aurait pu montrer plus d'indifférence envers son ressenti, par exemple en lui disant : « tu es déshonoré, ce n'est que ton problème. »

Mais elle ne peut pas se positionner de la sorte car elle est encore trop directement liée à lui, sans même le percevoir : on se retrouve ici dans la situation décrite par E. KESTEMBERG, c'est-à-dire que Leila s'identifie d'une façon tout à fait inconsciente à son père.

Ainsi, il n'est pas anodin que Leila ait commencé par consommer les benzodiazépines de son père, et qu'elle en soit venue à prendre de l'alcool, tout comme lui auparavant. Ces conduites addictives permettent également de remettre en question l'attitude de déni de son père : « va-t-il reconnaître mes souffrances, alors qu'il ne les reconnaissait pas chez lui auparavant ? » ; et au-delà : « Va-t-il me/se comprendre ? »

On peut alors remarquer que cette identification inconsciente est intimement liée à une demande affective, qui n'a pu se dévoiler comme telle.

En ce qui concerne sa mère, Leila la présente comme étant toujours restée soumise à son mari, n'ayant jamais eu d'autonomie personnelle. S'identifier à elle ne pourrait tenir à distance le danger ressenti ; bien au contraire, Leila se sentirait encore plus prise au piège de la violence paternelle.

Sa mère ne serait donc plus digne d'être, aujourd'hui, l'objet d'une identification. En effet, selon Leila, en plus d'être passive, sa mère aurait « accentué le climat de violence en faisant sentir sa peur » à ses enfants, sans avoir jamais réussi à s'en protéger.

Le malaise profond, et déjà habituel, de Leila peut donc s'expliquer par le fait qu'elle « est et se considère en fonction de ce que sont ses parents et de la façon dont ils la considèrent »⁵⁴, selon la formulation d'E. KESTEMBERG.

Dans cette situation, nous ne pouvons donc pas opposer une fin de non recevoir aux parents car, du point de vue de Leila, ils détiendraient encore une partie de son sentiment d'identité, malgré toutes les difficultés relationnelles rencontrées.

L'attitude de déni du père, que ce soit à propos de sa consommation d'alcool, ou de la souffrance de sa fille, doit être reconnue, sinon par lui-même, au moins par Leila, aidée par un proche ou par un thérapeute. Ce qui pourra peut-être ouvrir à Leila la possibilité de se reconnaître elle-même souffrante, afin d'accéder à des soins par et pour elle-même.

A travers le concept « d'identification inconsciente au père », nous avons pu percevoir comment Leila en appelait à son père pour qu'il la prenne en compte, et comment en se fondant avec lui, elle espérait pouvoir l'aider.

Cette indistinction (inconsciente et fantasmatique) entre Leila et son père peut également être abordée avec profit en suivant la théorisation de P. AULAGNIER. Ainsi, nous pourrions repérer en quoi cette indistinction est consécutive à une identification imaginaire.

⁵⁴ KESTEMBERG E. « L'identité et l'identification chez les adolescents. » In : *Reflets 1958-1985*. Paris : PUF, 1988.

2) Identification spéculaire, à partir de P. AULAGNIER

Dans un article nommé « demande et identification », P. AULAGNIER a proposé d'individualiser trois temps dans « l'évolution propre à la dialectique identificatoire »⁵⁵.

Elle distingue successivement :

- L'identification primaire, comme « manifestation inaugurale de l'activité psychique »
- L'identification spéculaire, « telle que J. LACAN l'a décrit », et qui caractérise « l'identification prégénitale » comme étant étroitement soumise à la dimension imaginaire.
- L'identification au projet, qui caractérise « l'identification post-Œdipienne (...), signe l'entrée du sujet dans la temporalité, et rend explicite pour lui-même sa demande et son vœu identificatoire. »

Dans la façon dont Leila s'identifie à son père, on perçoit très facilement qu'il ne s'agit pas d'une « identification à un projet », d'autant plus qu'il ne peut y être question d'explicitation pour elle-même de « sa demande et [de] son vœu identificatoire. »

Par contre, on peut comprendre cette identification comme relevant d'une dialectique imaginaire, car on y relève une très forte notion de dépendance de Leila envers son père (« d'aliénation » pour J. LACAN). C'est également en lien avec cette dialectique qu'il nous semble qu'un simple changement d'attitude de son côté à lui pourrait, « en miroir », la métamorphoser elle.

Le stade du miroir, qui fonde l'identification spéculaire, doit normalement permettre « une première divination du rôle [d'un] regard tiers, qui seul peut briser l'étau narcissique du face à face »⁵⁶ ; mais dans la situation de Leila, la violence, qu'elle avait confusément perçue, serait venue dissoudre ce « regard tiers. »

Ainsi, la demande qu'elle adresse à son père n'est pas médiatisée par le registre symbolique : elle se forme alors, obscurément, avec des éléments qui proviennent imaginairement de lui. Ceci conduit à la constitution d'une identification spéculaire, qui semble insurmontable ici en dehors du recours à un tiers extérieur.

⁵⁵ CASTORIADIS-AULAGNIER P. *Demande et identification*. In : L'inconscient 1968 ; 7.

⁵⁶ *Id.*

Dans le chapitre suivant, nous allons préciser comment la violence, ressentie par Leila dans son enfance, a pu mettre en cause la stabilité de son vécu identitaire, favorisant le recours à des mécanismes identificatoires atypiques, comme « l'identification addictive inconsciente » que nous expliciterons à partir de la théorisation de S. LEPOULICHET.

C- VIOLENCE, DISSOLUTION IDENTITAIRE ET « IDENTIFICATION ADDICTIVE INCONSCIENTE »

1) La violence, comme attaque de l'identité

La notion de violence est ambivalente : nécessaire à la survie⁵⁷ et au développement psychique⁵⁸, elle est également à la source des comportements destructeurs dans les relations interhumaines.

Ainsi, essayer de la saisir, en elle-même, confronte inévitablement à la rencontre de ses significations contradictoires.

Dans ce chapitre, nous examinerons deux de ses occurrences qui intéressent la problématique identificatoire de Leila : son pouvoir de dissolution de la « tiercéité », et son intrication avec la dimension identitaire.

Pour F. ANSERMET⁵⁹, « la violence résulterait d'un retour à des dimensions en deçà de l'Œdipe, à des zones où l'interprétation n'opère plus, où le sens défaille. » Et ceci que l'on se situe du côté de la source de la violence, ou de ses conséquences.

Elle aurait alors une propriété fondamentale de « dissolution symbolique » : « Il n'y a plus d'histoire, plus de temps, tous les différentiels propres au symbolique s'effondrent. La violence fait effraction. Issue de l'effraction, elle la produit aussi, pour celui qui la subit comme pour celui qui l'agit. »

Ainsi, la notion de tiercéité est mise à mal par la violence, qui annule de fait toute délimitation psychique. Celle-ci favorise alors le mélange psychique, tel qu'on a pu le retrouver dans l'identification imaginaire de Leila à son père.

⁵⁷ BERGERET J. *La violence fondamentale*. Paris : Dunod, 1984.

⁵⁸ AULAGNIER P. *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Paris : PUF, 1975.

⁵⁹ ANSERMET F. « Définition et sources de la violence. Infamies d'enfance. » In : HALFON O., ANSERMET F., LAGET J., PIERREHUMBERT B. *Sens et non-sens de la violence*. Paris : PUF, 2002.

P. JEAMMET⁶⁰, se plaçant du côté de la personne actrice de la violence, relève que « le sujet se sent menacé dans son identité personnelle. Il est débordé par ses émois, et l'intensité de l'excitation l'envahit avec son inévitable connotation sexuelle. Ce débordement entraîne une situation de dédifférenciation : perte des différences entre dedans et dehors, entre le sujet et ses objets d'investissement, et à l'intérieur du sujet lui-même entre les différentes instances de son appareil psychique. »⁶¹

Les notions de tiercéité et de délimitation psychique étant niées par la violence, la psychopathologie décrite chez le sujet violent peut être retrouvée, « en miroir », chez le sujet qui en est victime.

Ainsi, pour F. ANSERMET, « les sources et les conséquences de la violence ont un trait en commun : quelque chose de la formation du « Je » qui cède. »⁶²

La stabilité identitaire, par l'atteinte de ses fondements, ne peut donc pas être assurée d'une façon suffisante dans un milieu violent ; à la lumière de ces éléments théoriques, on comprend mieux les difficultés que Leila pouvait ressentir à se positionner clairement, et à se percevoir comme totalement différenciée de « l'ambiance familiale. »

Dans la partie suivante, nous précisons comment ces difficultés identitaires, en s'appuyant sur des troubles addictifs, pourrait se cicatrifier sous la forme d'une « identification addictive inconsciente », selon la théorisation de S. LEPOULICHET.

⁶⁰ JEAMMET P. « La violence à l'adolescence. Défense identitaire et processus de figuration. » *Adolescence* 1997 ; 15 ; 2.

⁶¹ JEAMMET P. « La violence : une réponse à une menace d'identité. » In : HALFON O., ANSERMET F., LAGET J., PIERREHUMBERT B. *Sens et non-sens de la violence*. Paris : PUF, 2002.

⁶² ANSERMET F. « Définition et sources de la violence. Infamies d'enfance. » In : HALFON O., ANSERMET F., LAGET J., PIERREHUMBERT B. *Sens et non-sens de la violence*. Paris : PUF, 2002.

2) L'identification addictive inconsciente, comme défense paradoxale de l'identité

Comme nous l'avons vu, l'identification inconsciente de Leila à son père relève d'une dynamique où « l'encadrement de l'imaginaire »⁶³ par le symbolique n'est pas opérant.

Dans la relation à son père, de multiples débordements imaginaires ont eu lieu, sources d'angoisses répétées, qui sont allés jusqu'à remettre en cause son sentiment d'identité, dont le soubassement est, dans une perspective lacanienne, le stade du miroir.

S. LEPOULICHET, dans son livre « Psychanalyse de l'informe »⁶⁴, étudie les processus inconscients (« les processus limites ») qui précèdent et s'opposent à la stabilité du dispositif spéculaire représenté par le stade du miroir.

Pour elle, ces processus sont le fait d'un « informe inconscient relevant d'une absence fondamentale de délimitation », qui est « sous-jacent à des vacillements identificatoires. (...) De tels processus apparaissent quand il existe chez un patient « un espace où le je peut advenir »⁶⁵, mais non se tenir. »

Parmi ces processus limites, S. LEPOULICHET a mis en évidence l'existence d'une modalité identificatoire originale : « l'identification addictive inconsciente. »

Celle-ci, retrouvée régulièrement chez des patients qui ont des troubles addictifs, est une construction défensive archaïque qui « agit avant tout comme une forme d'autoconservation paradoxale, à la suite d'expériences traumatiques. »

Elle constitue une « autoconservation » car elle redonne une consistance au sujet, par le biais d'une « forme auto-octroyée », qui vient renforcer secondairement le stade du miroir défaillant.

Mais cette identification particulière n'en reste pas moins « mutilante » en tant qu'elle enferme le sujet dans un commerce obligé avec une substance addictive « qui lui donne corps. »

⁶³ AULAGNIER P. *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Paris : PUF, 1975.

⁶⁴ LEPOULICHET S. *Psychanalyse de l'informe. Dépersonnalisations, addictions, traumatismes*. Paris : Flammarion, 2003.

⁶⁵ AULAGNIER P. *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Paris : PUF, 1975.

Ainsi, les difficultés que Leila éprouve à se positionner sans « s'effacer », sans « se dissoudre » face à son interlocuteur, peuvent être comprises comme consécutives à une défaillance du dispositif spéculaire représenté par le stade du miroir.

Un des risques évolutifs, pour Leila, serait alors de recourir à l'alcool comme une béquille identitaire, en pensant y trouver les compensations suffisantes à sa souffrance identificatoire.

CONCLUSION

Dans la situation clinique de Leila, nous avons cherché à ne pas être « captivé » par sa formulation identitaire : « je ne suis rien » ou « je n'ai pas de place personnelle. »

Notre positionnement clinique face à la question de l'identité (privilégier sa construction plutôt que sa simple formulation) nous a amené à reconnaître des mouvements identificatoires puissants au-delà de l'apparente dissolution identitaire.

L'enjeu de la prise en charge thérapeutique est alors de proposer un « espace tiers » où Leila pourrait amorcer une compréhension de ses difficultés identificatoires. Cet espace doit être contenant et structuré, de manière à ce que les projections d'éléments violents, inévitables dans son cas, puissent être référées à son histoire personnelle.

Si un tel dispositif perdurait suffisamment longtemps, Leila pourrait, à terme, se dégager de son aliénation imaginaire à son père. Ainsi, de nouvelles potentialités identificatoires se feraient jour, et ce qu'elle ressent actuellement comme une « dissolution » pourrait être relativisé voire même céder la place à une nouvelle formulation identitaire, par exemple « je suis la fille d'un homme violent qui l'a échappé belle. »

**DEUXIEME PARTIE : NARCISSISME,
M. D.
OU LA FALSIFICATION IDENTITAIRE**

I- NARCISSISME

A- S. FREUD : « Fondamentalement, l'investissement du moi [le narcissisme] persiste et se comporte envers les investissements d'objet comme le corps d'un animalcule protoplasmique envers les pseudopodes qu'il a émis. »⁶⁶

Dans ce chapitre, nous allons suivre le cheminement théorique de S. FREUD dans le dégagement progressif de la notion de narcissisme. Partant de son individualisation dans les perversions sexuelles, S. FREUD a ensuite repéré le narcissisme dans les troubles psychotiques, avant de reconnaître finalement son existence chez tout individu.

Au-delà d'une simple reconnaissance, S. FREUD a proposé plusieurs avancées théoriques grâce à la notion de narcissisme. Cela lui a permis d'approfondir, entre autres, la compréhension des stades du développement libidinal et la structuration du moi. Il a également progressivement complexifié cette notion, que ce soit en la confrontant à la clinique de la mélancolie ou en la subdivisant en narcissisme primaire et secondaire.

⁶⁶ FREUD S., cité dans « Libido du moi – Libido d'objet ». In : LAPLANCHE J., PONTALIS J. B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1967.

1) Premières considérations sur le narcissisme, à partir de la perversion

En 1899, Paul NÄCKE propose d'utiliser le terme narcissisme pour désigner un comportement tenant de la perversion puisque, dans cette acception, un individu considère et utilise son propre corps comme on le fait habituellement avec le corps d'un objet sexuel.

Ce concept est repris par S. FREUD en 1910, dans les *Trois essais sur la théorie de la sexualité*⁶⁷, pour ébaucher un stade de développement de la libido et le mettre en lien avec l'homosexualité : « Nous avons pu constater que ceux qui seront plus tard des invertis passent pendant les premières années de l'enfance par une phase de courte durée où la pulsion sexuelle se fixe d'une façon intense sur la femme (la plupart du temps sur la mère) et qu'après avoir dépassé ce stade, ils s'identifient à la femme et deviennent leur propre objet sexuel, c'est-à-dire que, partant du narcissisme, ils recherchent des adolescents qui leur ressemblent et qu'ils veulent aimer comme leur mère les a aimé eux-mêmes. »

En 1911, dans *l'analyse d'un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*⁶⁸, S. FREUD confirme le lien qu'il établit entre homosexualité et narcissisme : ainsi, la personne homosexuelle « choisit l'objet de ses amours suivant le mode du narcissisme. »

A ce moment-là, le narcissisme, chez S. FREUD, reste peu précisé : il est encore essentiellement rattaché à la perversion, et son utilisation est toujours très spécifique à cette catégorie clinique⁶⁹.

⁶⁷ FREUD S. *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard, 1987.

⁶⁸ FREUD S. *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*. Paris : Gallimard, 1927.

⁶⁹ VINCENT M. « Narcissisme. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.

2) Le narcissisme comme stade de développement de la libido

En 1911, dans les *remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa*⁷⁰ (Président Schreber), S. FREUD approfondit sa compréhension du narcissisme et lui attribue désormais un certain stade de développement de la libido : « ce stade consiste en ceci : l'individu en voie de développement rassemble en une unité ses pulsions sexuelles, qui jusque là, agissaient sur le mode auto-érotique, afin de conquérir un objet d'amour, et il se prend d'abord lui-même, il prend son propre corps, pour objet d'amour avant de passer au choix objectal d'une autre personne. »

Dès lors, le narcissisme peut être considéré comme un stade du développement de la libido, intermédiaire entre l'auto-érotisme et l'amour d'objet.

Il faut préciser ici ce qu'est le stade de l'auto-érotisme, pour que la notion de « rassemblement en une unité des pulsions sexuelles » soit plus aisément compréhensible. Durant le stade auto-érotique, les pulsions partielles (orales, anales, ...) se satisfont chacune pour leur propre compte, et trouvent chacune leur satisfaction « sur le corps propre. » Chacune d'entre elles est prédominante durant une certaine période (stade oral, anal, ...). Mais elles ne sont pas organisées en un ensemble cohérent et se succèdent sans s'ordonner l'une par rapport à l'autre. Il s'agit d'une sorte de phase anarchique diffuse où la pulsion sexuelle serait morcelée, avant de trouver une première unification lors du stade narcissique⁷¹.

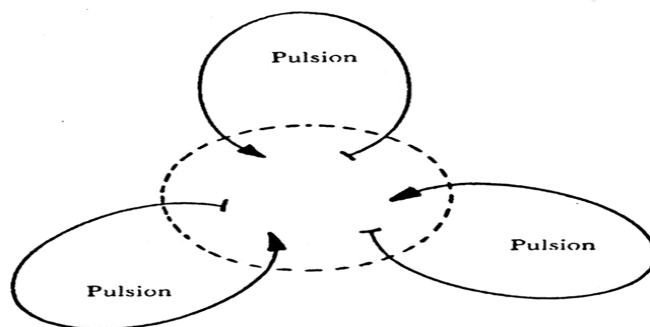


Figure 1⁷²

**Autoérotisme et constitution progressive du moi,
annonçant le stade narcissique**

⁷⁰ FREUD S. « Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa. » In : *Œuvres Complètes*, X. Paris : PUF, 2001.

⁷¹ LE POULICHET S. « Le concept de narcissisme. » In : NASIO J. D. *Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse*. Paris : Payot, 2001.

⁷² *Id.*

Ces propositions sur le narcissisme, compris comme un nouveau stade du développement psychosexuel normal, le font sortir de l'utilisation restreinte concernant les perversions. Mais il n'est encore reconnu qu'à partir de ses incidences pathologiques (perversions, paranoïa, ...) et son caractère général dans la vie psychique n'est pas encore précisé.

3) **Le narcissisme comme investissement libidinal du moi**

En 1913, dans *Totem et tabou*⁷³, S. FREUD précise que le stade narcissique est contemporain de l'apparition du moi, qui en tant qu'unité, va être le lieu d'unification des pulsions partielles. L'homme reste alors à jamais narcissique « après même qu'il a trouvé pour sa libido des objets extérieurs. »

En 1914, dans *Pour introduire le narcissisme*⁷⁴, S. FREUD propose une clarification de la place du narcissisme dans la théorie analytique. Dans le même mouvement, il va également lui accorder plus d'importance qu'auparavant.

Ces modifications théoriques sont rendues nécessaires pour plusieurs raisons : c'est surtout pour aborder l'étude des psychoses et pour approfondir les connaissances sur le moi que le narcissisme doit être utile selon S. FREUD.

En effet, la présence permanente du narcissisme chez chaque individu est désormais affirmée, en tant qu'investissement libidinal du moi. Dès lors, la libido (ou énergie sexuelle) se distribue entre « libido du moi » (narcissisme) et « libido d'objet. »

Les variations de l'une vont automatiquement agir sur l'importance de l'autre (par exemple, une personne très narcissique aimera peu son entourage). Mais il restera toujours nécessairement une partie de libido narcissique réservée au moi.

Le moi peut alors être considéré comme un « réservoir de libido »⁷⁵ : S. FREUD utilise la métaphore d'un « animalcule protoplasmique »⁷⁶, qui « envoie des pseudopodes »⁷⁷ pouvant se rétracter et retourner d'où ils ont été émis, pour figurer les investissements d'objet à partir du moi.

⁷³ FREUD S. *Totem et tabou*. Paris : Payot, 1947.

⁷⁴ FREUD S. « Pour introduire le narcissisme. » In : *La vie sexuelle*. Paris : PUF, 1969.

⁷⁵ *Id.*

⁷⁶ FREUD S., cité dans « Libido du moi – Libido d'objet ». In : LAPLANCHE J., PONTALIS J. B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1967.

⁷⁷ *Id.*

A partir de 1914, le narcissisme a acquis une place centrale dans la théorie analytique, puisqu'il est considéré comme un élément nécessaire pour comprendre l'amour de soi ; il est alors également un passage obligé pour comprendre les relations avec le monde extérieur qui dépendent de lui.

4) Narcissisme et mélancolie

Dans *Deuil et Mélancolie*⁷⁸ (1915-1916), S. FREUD se propose d'utiliser la théorie du narcissisme pour rendre compte de la compréhension d'une « névrose narcissique » : la mélancolie. Pour ce faire, il compare les origines et les conséquences respectives de « la réaction à la perte »⁷⁹ d'un objet, lors d'un deuil et lors d'un épisode mélancolique.

Il situe la mélancolie comme la conséquence d'une « perte concernant le moi »⁸⁰ : dans la mélancolie, « la perte de l'objet [s'est] transformée en une perte du moi. »⁸¹

Cette équivalence entre perte de l'objet et perte du moi est secondaire à un « choix d'objet narcissique »⁸² : tout se passe comme si l'objet était devenu aussi important que le moi, jusqu'à se confondre avec lui.

La perte de cet objet, alors même que s'est effectuée une « identification narcissique » avec lui, entraîne un « complexe mélancolique [qui] se comporte comme une blessure ouverte attirant de toutes parts vers lui des énergies d'investissement et vidant le moi jusqu'à l'appauvrir complètement. »⁸³

D'une certaine façon, en perdant l'objet, le sujet se perd lui-même : il a, par le biais d'une identification narcissique à un objet perdu, intériorisé un mécanisme de perte d'énergie perpétuelle, comme si la circulation normale de la libido avait été détournée vers un puits sans fond.

⁷⁸ FREUD S. « Deuil et mélancolie. » In : *Métapsychologie*. Paris : Gallimard, 1952.

⁷⁹ *Id.*

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ *Ibid.*

⁸² *Ibid.*

⁸³ *Ibid.*

5) Narcissisme primaire et narcissisme secondaire

a) *Narcissisme primaire*

Ce concept est abordé par S. FREUD, dans l'article *pour introduire le narcissisme*, par le biais de l'attitude des parents envers leur enfant : en voulant « lui attribuer toutes les perfections et oublier tous ses défauts », ils effectuent une « reviviscence et une reproduction de leur propre narcissisme qu'ils ont depuis longtemps abandonné »⁸⁴.

Ils créent ainsi un climat de toute-puissance auquel l'enfant pourra adhérer, et qui constitue alors une sorte de narcissisme sans faille.

Le narcissisme primaire peut également être compris à partir de l'enfant qui n'a pas encore constitué de « moi. » Il ne peut alors être posé que comme un mythe : ce serait « l'état précocé où l'enfant investit toute sa libido sur lui-même », comme s'il n'était pas encore en interaction avec son environnement⁸⁵.

⁸⁴ FREUD S. « Pour introduire le narcissisme. » In : *La vie sexuelle*. Paris : PUF, 1969.

⁸⁵ LAPLANCHE J., PONTALIS J. B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1967.

b) *Narcissisme secondaire*

Dans *pour introduire le narcissisme*⁸⁶, S. FREUD définit le narcissisme secondaire comme un retournement sur le moi de la libido, lorsqu'elle s'est retirée des objets.

Il faut pour cela que le narcissisme primaire ait été dépassé, que le moi ait investi des objets, et que la libido investie revienne secondairement sur le moi. Les métaphores du « protoplasme » et du « réservoir de libido » figurent bien ce mouvement réciproque de la libido (entre le moi et les objets) décrit par S. FREUD (**Figure 2**⁸⁷).

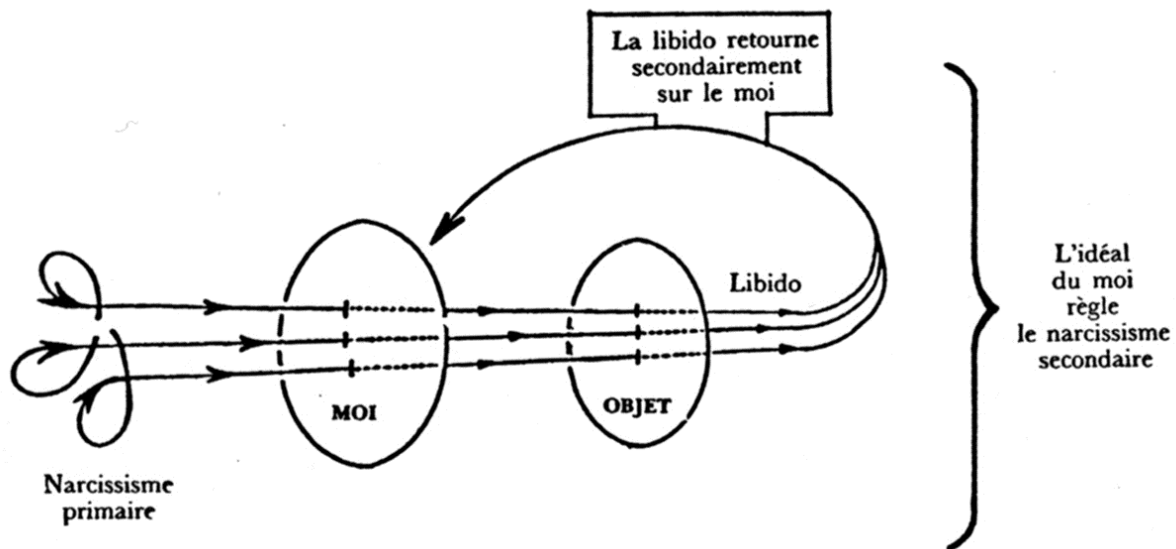


Figure 2
Mouvement de la libido
dans le narcissisme secondaire

A l'origine (1914), c'est à partir de la « démence précoce » que S. FREUD décrit le narcissisme secondaire (« il semble que ce malade ait réellement retiré sa libido des personnes et des choses du monde extérieur »⁸⁸). Puis il précise que le narcissisme secondaire existe chez tout un chacun, en tant que structure permanente (investissement libidinal du moi).

Cette systématisation du narcissisme (en primaire et secondaire) l'érige au rang de structure organisée : même si ses origines sont difficilement compréhensibles en isolant l'enfant de son environnement (narcissisme primaire), sa circularité perpétuelle (narcissisme secondaire) en fait un élément constant et indépassable de la structuration psychique.

⁸⁶ FREUD S. « Pour introduire le narcissisme. » In : *La vie sexuelle*. Paris : PUF, 1969.

⁸⁷ LE POULICHET S. « Le concept de narcissisme. » In : NASIO J. D. *Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse*. Paris : Payot, 2001.

⁸⁸ Ibid.

6) Narcissisme et idéal du moi

Le retour de la libido sur le moi (narcissisme secondaire) est dépendant de l'idéal du moi, nouvelle instance qui organise d'une certaine façon l'estime de soi : « ce que l'homme projette devant lui comme son idéal [l'idéal du moi] est le substitut du narcissisme perdu de son enfance, auquel le moi actuel se mesure »⁸⁹.

L'introduction de la notion d'idéal du moi préfigure une instance que S. FREUD développera par la suite, et qui associera différents acquis issus d'identifications parentales : le surmoi.

On peut percevoir, grâce à ces avancées théoriques, l'articulation qui existe dans la théorie analytique entre les instances d'un individu, et la « psychologie collective » : « outre son côté individuel, cet idéal a un côté social, c'est également l'idéal commun d'une famille, d'une classe, d'une nation. »⁹⁰

Ainsi, pour S. FREUD, les valeurs qui organisent la reconnaissance identitaire (personnelle et collective) sont issues de l'idéal du moi. Celui-ci s'est originellement constitué à partir du narcissisme primaire, et acquiert par la suite un rôle dans la régulation du narcissisme secondaire.

⁸⁹ *Id.*

⁹⁰ *Ibid.*

B- J. LACAN : « Ces instances se donnent pour telles dans le vécu, l'idéal du moi comme modèle, le moi idéal comme aspiration, ô combien, pour ne pas dire plutôt rêve. »⁹¹

Les abords logique et topologique, qui sont prédominants dans la théorisation du narcissisme chez J. LACAN, sont éclairants pour approcher une formalisation de ce concept à travers le discours du sujet.

Ainsi, J. LACAN, dans son mouvement de « retour à FREUD », a fait une relecture de la notion de narcissisme en se focalisant sur les notions de moi idéal et d'idéal du moi.

Ces deux termes semblaient être utilisés à l'origine par FREUD comme identiques, dans le texte princeps de 1914. J. LACAN va clairement les différencier, et va les positionner comme contigus et complémentaires. Ils constituent alors une segmentation du narcissisme en deux pôles : imaginaire (moi idéal) et symbolique (idéal du moi).

1) Moi idéal et idéal du moi dans la constitution du moi

Dans un texte de 1948, *l'agressivité en psychanalyse*, J. LACAN situe « l'agressivité [comme] liée à la relation narcissique » dans la formation du moi : elle est la « tension corrélative de la structure narcissique. »⁹²

Or, pour J. LACAN, la formation du moi (lors du stade du miroir) se fait d'abord dans le registre imaginaire.

Donc ici, agressivité et narcissisme sont conjoints dans le rapport du sujet avec lui-même ou avec un autre. Dans la relation imaginaire, soi et autrui ne sont pas clairement différenciés : ils sont dans un rapport d'identité qui entraîne nécessairement ou une assimilation totale (identification narcissique), ou une « rivalité » sans limites (agressivité).

La nature particulière du rapport imaginaire entre soi et autrui est consécutive à l'absence de distanciation ou de différenciation possibles : il n'y a pas encore de rapport symbolique entre soi et autrui lors de ce stade imaginaire de la constitution du moi.

Le moi idéal est l'héritier, chez J. LACAN, de ce rapport imaginaire entre soi et autrui : c'est une image qui condense agressivité et narcissisme, en recouvrant la première par le second.

⁹¹ LACAN J. « Remarque sur le rapport de Daniel Lagache : psychanalyse et structure de la personnalité. » In : *Ecrits*. Paris : Le Seuil, 1966.

⁹² LACAN J. « L'agressivité en psychanalyse. » In : *Ecrits*. Paris : Le Seuil.

Le moi idéal représente à la fois soi et l'autre dans le rapport imaginaire : « dans toute relation narcissique, en effet, le moi est l'autre et l'autre est le moi. »⁹³

Appartenant au registre du symbolique, l'idéal du moi permet d'introduire une distance et une différenciation entre soi et autrui. Il permet donc au sujet de ne plus être captif de l'image de l'autre.

L'idéal du moi a donc « une fonction pacifiante » puisqu'il va permettre une « connexion de [la] normativité libidinale [singulière] avec une normativité culturelle »⁹⁴.

Dans cette première théorisation du narcissisme chez J. LACAN, l'idéal du moi vient proposer une issue salvatrice à la dialectique imaginaire entre moi, moi idéal et autrui.

Mais la structure du moi restera entachée à jamais de cette première constitution imaginaire.

2) Moi idéal et idéal du moi dans l'économie du désir

Dans le séminaire 1 *Les écrits techniques de Freud*, en 1953, J. LACAN précise les fonctions du moi idéal et de l'idéal du moi dans l'économie du désir.

C'est à travers le moi idéal que le sujet va pouvoir s'identifier à un autre, certes d'une façon imaginaire, mais cette étape est nécessaire pour qu'il puisse accéder à son désir : « (...) les désirs de l'enfant passent d'abord par l'autre spéculaire. C'est là qu'ils sont approuvés ou réprouvés, acceptés ou refusés. Et c'est par là que l'enfant fait l'apprentissage de l'ordre symbolique et accède à son fondement, qui est la loi. »⁹⁵

L'idéal du moi est compris ici comme secondaire à une « introjection symbolique » : il permet alors de réguler les rapports du sujet avec son moi idéal.

Dès lors, le symbolique (l'idéal du moi) organise les rapports imaginaires du sujet (le moi idéal), et ouvre aux identifications secondaires.

⁹³ LACAN J. *Le séminaire. Livre 2, le moi dans la théorie de FREUD et dans la technique de la psychanalyse*. Paris : Le Seuil, 1978.

⁹⁴ LACAN J. « L'agressivité en psychanalyse. » In : *Ecrits*. Paris : Le Seuil, 1966.

⁹⁵ LACAN J. *Le séminaire. Livre 1, Les écrits techniques de FREUD*. Paris : Le Seuil, 1975.

Dans cette deuxième théorisation du narcissisme chez J. LACAN, on peut noter que le moi idéal n'est pas uniquement un « lieu de méconnaissance », mais qu'il représente également la voie d'entrée du sujet au désir.

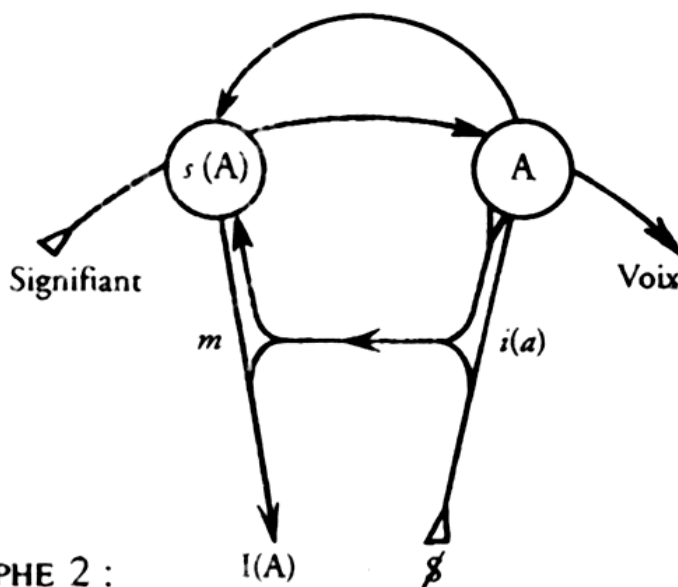
L'idéal du moi va venir ensuite soutenir et structurer le rapport du sujet avec son désir.

Dans le texte *Subversion du sujet et dialectique du désir*⁹⁶, en 1960, J. LACAN va reprendre cette théorisation du narcissisme en soulignant que le moi idéal est une première étape nécessaire pour que le sujet puisse interagir avec un objet.

Ainsi, il précise : « la fonction imaginaire est celle que Freud a formulée présider à l'investissement de l'objet comme narcissique. C'est là-dessus que nous sommes revenu nous-même en démontrant que l'image spéculaire [le moi idéal] est le canal que prend la transfusion de la libido du corps vers l'objet. »⁹⁷

Dans ce texte, il propose une schématisation de la formation du sujet humain en lien avec son désir, sous la forme d'un dessin : « le graphe du désir. »⁹⁸

Le premier étage de ce dessin, figuré dans le « graphe 2 »⁹⁹, comporte le moi idéal $i(a)$ et l'idéal du moi $I(a)$, et figure la constitution originnaire du sujet avant que la castration ne soit advenue.



⁹⁶ LACAN J. « Subversion du sujet et dialectique du désir. » In : *Ecrits*. Paris : Le Seuil, 1966.

⁹⁷ *Id.*

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ *Ibid.*

Il est nécessaire pour « entrer » dans ce graphe de passer par le moi idéal $i(a)$, qui est encore proposé ici comme un passage obligé sur le chemin du désir et de la constitution du sujet. L'idéal du moi $I(A)$ est désigné comme le « point de visée de la trajectoire »¹⁰⁰ que l'on parcourt en suivant le graphe. Il représente donc à nouveau un « guide » symbolique inévitable.

L'approfondissement de cette deuxième théorisation du narcissisme chez J. LACAN insiste sur l'importance du moi idéal et de l'idéal du moi dans la constitution du sujet en lien avec son désir : le premier en tant qu'élément originaire et le second comme guide symbolique dans son développement.

On retrouve ici une compréhension du narcissisme en tant que structure organisée, comme chez S. FREUD. Celle-ci va alimenter et soutenir le rapport libidinal du sujet à lui-même.

C'est donc une structure basale qui rendra possible, interdira ou grèvera l'entrée du sujet dans une dialectisation symbolique de son désir.

C- **O. KERNBERG : « Narcissisme normal et pathologique »**¹⁰¹

Dans une optique théorique qui concilie les apports de l'école kleinienne, ceux de la psychologie du moi, et ceux de la psychologie du self, O. KERNBERG propose de séparer clairement le narcissisme normal de différents types de narcissismes pathologiques.

Contrairement à l'abord lacanien, l'approche nosologique est ici privilégiée¹⁰² : elle sert de point de repère structural pour théoriser le narcissisme à partir de phénomènes cliniques pathologiques.

Ainsi, dans *La personnalité narcissique*¹⁰³, en 1975, O. KERNBERG insiste sur l'abord du narcissisme en tant que « structure intrapsychique » normale ou pathologique. De la normalité de cette structure dépendront l'harmonie et l'équilibre des relations du sujet avec lui-même ou avec autrui.

Avant de rendre compte de cette structure chez O. KERNBERG, un rappel est nécessaire pour présenter les conceptions de la psychologie du moi qui sous-tendent celles de cet auteur.

¹⁰⁰ VINCENT M. « Narcissisme. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.

¹⁰¹ KERNBERG O. *La personnalité narcissique*. Toulouse : Privat, 1980.

¹⁰² KERNBERG O. *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*. Paris : PUF, 1989.

¹⁰³ KERNBERG O. *La personnalité narcissique*. Toulouse : Privat, 1980.

1) Le moi et la création du self, dans la psychologie du moi

Dans la psychologie du moi, un important remaniement de la deuxième topique freudienne (ça/moi/surmoi) a été privilégié. Par exemple, « le moi [y] est défini par ses fonctions (perception, mémoire, pensée, et synthèse). »¹⁰⁴

Ainsi, l'« acception du moi comme instance ou structure est plus limitée [dans la psychologie du moi] que celle du moi de S. FREUD qui dénote aussi la personne, l'issue des identification ou le moi corporel. »¹⁰⁵

Dans cette conception, le moi devient également l'instance responsable de l'autoconservation de l'être humain, en « faisant office d'organe d'adaptation »¹⁰⁶ face au monde extérieur.

On peut mesurer ici la profonde divergence entre la compréhension lacanienne du moi (instance imaginaire responsable de la « fonction de méconnaissance ») et celle de la psychologie du moi (instance de l'adaptation au monde extérieur).

Du fait de la compréhension restrictive du moi (« the ego »), qui n'inclut plus la notion de réflexivité sur soi, une nouvelle instance (« the self ») a été développée par différents auteurs de la psychologie du moi¹⁰⁷. Plusieurs acceptions de cette instance ont donc été proposées; celle de H. HARTMANN¹⁰⁸ a été reprise et complexifiée par O. KERNBERG. Dans ces théorisations, un système à quatre instances (surmoi/ça/ego/self) a remplacé la topique surmoi/ça/moi de S. FREUD.

Pour H. HARTMANN, le moi est opposé au self : le premier est un système qui organise différentes fonctions, alors que le second est « objet de l'investissement narcissique »¹⁰⁹. Le self comporte les « représentations du self » issues de chaque étape du développement psychogénétique, et il sert d'instance de la représentation de soi.

¹⁰⁴ OPPENHEIMER A. « Psychanalyse du moi, psychologie du moi et psychologie du self. » In : *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 1995.

¹⁰⁵ *Id.*

¹⁰⁶ KERNBERG O. *La personnalité narcissique*. Toulouse : Privat, 1980.

¹⁰⁷ La notion de self de D. W. WINNICOTT (Cf. chapitre I- E-, partie 1) n'est superposable ni à celles issues de la psychologie du moi ni à celle de O. KERNBERG.

¹⁰⁸ HARTMANN H. « Commentaires sur la théorie psychanalytique du moi. » *Revue française de psychanalyse* 1967 ; 31.

¹⁰⁹ CAHN R. « Représentation de soi. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.

Cliniquement, les représentations du self sont les « images qu'évoque le sujet de lui-même à partir de l'interprétation qu'il s'en donne. »¹¹⁰

En termes topiques, les représentations du self sont « des représentations inconscientes, préconscientes et conscientes du self corporel et mental. »¹¹¹ Ces représentations, situées dans le self, sont distinctes et opposées aux représentations d'objets, qui elles, sont situées dans le moi.

L'approche de la psychologie du moi privilégie une vision adaptative : le fonctionnement souple et équilibré d'un individu au sein de la société est un des principaux objectifs à atteindre. Le renforcement du moi en est un des moyens.

Le self, orienté vers soi-même, est opposé et complémentaire au moi, qui est tourné vers la réalité extérieure.

La reconnaissance du self, puis sa mise en avant dans la psychologie du self par H. KOHUT, vont modifier l'inflexion purement adaptative de la psychanalyse américaine que H. HARTMANN entendait privilégier.

Dans les chapitres suivants, nous allons voir comment O. KERNBERG a synthétisé ces deux courants théoriques, avec des éléments de la théorie kleinienne, dans son approche du narcissisme.

¹¹⁰ *Id.*

¹¹¹ *Ibid.*

2) Le self normal chez O. KERNBERG

Pour O. KERNBERG, le self « est une structure intrapsychique constituée des multiples représentations de soi et des tendances affectives qui y correspondent. »¹¹²

« Les représentation de soi sont les structures cognitives et affectives qui traduisent la perception qu'une personne a d'elle-même dans ses interactions (...) avec les représentations d'objet. »¹¹³

Ainsi, le self est une structure intériorisée qui condense de multiples visions que le sujet a de lui-même. Pour autant, le self ne peut être pris en compte uniquement en lui-même : il est étroitement dépendant, dans son développement et dans sa conformation clinique, des relations d'objet.

Pour O. KERNBERG, le self est aussi l'instance qui permet une réflexivité sur soi-même : en effet, il est le destinataire de l'investissement libidinal des représentations de soi. C'est-à-dire que le self est désormais, dans cette théorie, l'instance du narcissisme : l'énergie libidinale qui fait retour sur le sujet est adressée au self (et plus à l'ensemble du moi comme chez S. FREUD).

Le self doit intégrer « des éléments investis de façon libidinale et investis de façon agressive »¹¹⁴ : ces éléments (« les bonnes et les mauvaises images de soi ») doivent former un ensemble (un self) cohérent et non dissocié.

Le self normal est ainsi « un self intégré qui se caractérise par une continuité de l'expérience de soi autant diachronique (à travers le temps) que synchronique (dans plusieurs domaines de fonctionnement qui existent simultanément dans différentes relations psychosociales). »¹¹⁵

¹¹² KERNBERG O. *La personnalité narcissique*. Toulouse : Privat, 1980.

¹¹³ *Id.*

¹¹⁴ *Ibid.*

¹¹⁵ *Ibid.*

3) Le narcissisme normal chez O. KERNBERG

Pour cet auteur, le narcissisme est « l'investissement libidinal du self »¹¹⁶.

Sur un plan topique, cet investissement provient de structures au sein du moi (du self idéal, des représentations d'objet), du surmoi (d'une autocritique réaliste, de l'idéal du moi), des pulsions (du ça), et de facteurs extérieurs (par exemples, une réussite sociale, ou une réussite culturelle).

Dans le narcissisme normal, il y a non seulement « une prédominance relative des investissements libidinaux sur les investissements agressifs »¹¹⁷, mais également une « intégration » harmonieuse de ces deux courants.

La normalité du narcissisme nécessite aussi l'existence d'un self normal, intégré à la personnalité, dont le développement s'est fait d'une façon harmonieuse avec le développement des relations d'objet.

Il y a cliniquement différentes manifestations du narcissisme, plus ou moins abouties : « l'estime de soi, ou le respect de soi, représentent ainsi les niveaux les plus différenciés de l'investissement narcissique, tandis que les sentiments diffus de bien-être, de plaisir à vivre, d'états affectifs qui expriment la satisfaction ou l'euphorie, représentent des expressions plus primitives du narcissisme. »¹¹⁸

On peut donc percevoir que la notion de narcissisme normal, chez O. KERNBERG, présuppose un agencement précis et complexe des instances intrapsychiques (dont le self), une intégration des courants affectifs libidinaux et agressifs, et un développement satisfaisant des relations d'objet.

¹¹⁶ *Ibid.*

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ *Ibid.*

4) Narcissisme pathologique chez O. KERNBERG

Cet auteur différencie cinq situations cliniques où l'on peut relever des perturbations narcissiques, de plus en plus sévères.

a) Dans les troubles névrotiques, il y a un conflit entre le self et une ou plusieurs structures à l'origine de l'investissement libidinal du self. Par exemple, le surmoi peut produire « d'excessives pressions sur le self. »

Dans les névroses, il y a une « régression depuis un narcissisme adulte normal (l'investissement du self se fait en termes de buts, d'idéaux, d'attente) à un narcissisme infantile normal (l'investissement du self se fait en termes de tensions infantiles, exhibitionnistes, avides de pouvoir et d'exigence). »¹¹⁹

Malgré cette régression, l'intégration du self s'est faite, et les troubles strictement narcissiques sont donc peu importants.

*b) Dans les situations où un « processus identificatoire pathologique [est présent] à un degré tel que le self se modèle essentiellement sur un objet internalisé pathogénique »*¹²⁰, les perturbations narcissiques sont plus sévères. Ici, le sujet « s'identifie à un objet et aime un objet qui remplace son self. »

Il se traite alors lui-même comme un objet, de la même façon que dans l'exemple de l'homosexualité masculine donné par S. FREUD en 1914¹²¹.

Il existe donc une « relation à un objet qui représente le self tandis que le self est identifié à cet objet. » Malgré cela, « une relation d'objet existe encore : c'est-à-dire une relation entre le self et l'objet dans ses interactions à la fois intrapsychiques et externes. »

c) Chez les « personnalités narcissiques », « la relation ne se fait plus entre le self et l'objet, mais entre un self grandiose primitif pathologique et la projection temporaire de ce self sur les objets. (...) Ici, la relation ne va plus du self à l'objet, ni de l'objet au self, mais du self au self. En réalité, c'est uniquement dans ce dernier cas qu'on peut dire qu'une relation narcissique a remplacé une relation d'objet. »¹²²

¹¹⁹ *Ibid.*

¹²⁰ *Ibid.*

¹²¹ Cf. Chapitre sur le narcissisme chez S. Freud, chapitre I, A, 1)

¹²² *Ibid.*

Le « self grandiose primitif pathologique » est le résultat de la fusion « du self idéal, de l'objet idéal et des images du self présent. » Le moi, le surmoi, le self et les relations d'objet n'ont pas connu un développement psychogénétique satisfaisant, d'où cette construction défensive d'un self grandiose.

C'est à ce prix que peut être évitée une non-intégration du self : le self grandiose sert alors de substitut au self normal dans la construction des relations d'objet.

Les perturbations cliniques se repèreront donc aussi bien au niveau du self (représentations de soi-même) que des relations d'objet (représentation des autres) chez les patients atteints de troubles de la personnalité narcissique. Globalement, le self sera surestimé d'une façon permanente (images de soi grandioses), tout comme les objets supportant « la projection temporaire de ce self », alors que les autres objets seront perçus comme dégradés, dévalorisés, « médiocres. »

d) Dans les organisations limites de la personnalité, le self n'est pas intégré. « Dans ces cas, les relations d'objet sont changeantes et instables ; il se produit une alternance chaotique des différents types de perturbations narcissiques. »¹²³

Il s'y repère ce que O. KERNBERG nomme « le syndrome de diffusion d'identité » : « les frontières du moi sont maintenues », mais « les représentations du self et de l'objet restent des représentations affectives-cognitives multiples, contradictoires, du self et des autres. »¹²⁴

Cliniquement, les conséquences sont une incapacité à se décrire ou à décrire ses proches d'une façon cohérente et construite, une faible constance dans le temps de l'image que le patient a de lui-même, une impossibilité d'éprouver une empathie sincère, un sentiment de vide chronique.

e) Dans les troubles psychotiques, « le self et l'objet sont encore (ou à nouveau) fusionnés. » « Les conflits et les défenses psychotiques l'emportent habituellement sur les investissements narcissiques et libidinaux objectaux qui traduisent des relations différenciées avec autrui. »¹²⁵

¹²³ *Ibid.*

¹²⁴ *Ibid.*

¹²⁵ *Ibid.*

Avec cette gradation nosologique et structurale, O. KERNBERG nous fournit des repères cliniques et psychopathologiques qui ne peuvent être abordés sans les notions de self et d'identité.

Dans la théorisation de O. KERNBERG, self et identité, lorsqu'ils restent dans la normalité, sont des constructions narcissiques stables, différenciées de l'objet, intégrées à la personnalité individuelle, et sans conflit durable avec les instances intrapsychiques et les objets externes.

Dans le chapitre suivant, nous allons rendre compte de l'histoire clinique d'un patient que l'on pourrait repérer comme ayant un trouble de la personnalité narcissique.

Nous verrons alors l'importance des déformations de sa perception de lui-même (de son « self », dans la théorie de O. KERNBERG).

Nous pourrions également saisir les conséquences sévères et profondes de ce trouble de la personnalité dans la trajectoire de vie et les liens objectaux de ce patient.

II- Cas clinique : M. D.

A- INTRODUCTION

Chez M. D., les difficultés identitaires se sont manifestées principalement sur un versant social, avant de nécessiter des soins psychiatriques suite à une accumulation de pertes, que l'on peut pleinement qualifier de narcissiques.

La problématique prévalente pourrait être posée ainsi : comment peut-on vivre en société, dans sa famille, ou simplement en lien avec autrui, si le regard des autres ne peut et ne doit être qu'élogieux ?

Après avoir exposé l'histoire clinique de M. D., telle que nous avons pu la reconstituer, nous commencerons par nous interroger sur le statut des troubles somatoformes qu'il a présentés.

Puis, nous exposerons quelques éléments de psychopathologie sur la falsification de l'identité telle qu'elle est retrouvée chez les escrocs, M. D. étant concerné par cette problématique.

Finalement, l'hypothèse de troubles maniaco-dépressifs sera discutée, et le diagnostic de troubles de la personnalité de type narcissique, au sens de O. KERNBERG, sera retenu et précisé.

B- HISTOIRE CLINIQUE

1) Histoire de la maladie

a) Première hospitalisation

M. D. est un homme de 48 ans. Il est hospitalisé une première fois au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) durant quatre jours pour des troubles somatoformes des membres inférieurs (paralysie motrice incomplète nécessitant l'utilisation d'un déambulateur pour marcher).

Il est venu de lui-même, mais refuse de donner le nom de sa maladie qu'il dit connaître (il refuse également toute investigation paraclinique). Il déclare que cette maladie est d'évolution rapidement mortelle et demande une euthanasie active de la part des médecins du service.

Les premiers symptômes allégués se seraient manifestés six mois avant sa première hospitalisation. Ils consistaient en une fatigue musculaire intense, prédominant sur les membres inférieurs. Devant l'aggravation de la fatigabilité, M. D. dit avoir consulté à la Salpêtrière un « célèbre neurologue » qui aurait diagnostiqué « la même maladie que celle de son père, et de son frère » tous deux décédés. Après vérification, le père de M. D. est décédé d'une thrombocytémie, et son frère d'un lymphome de Hodgkin ; par ailleurs, M. D. n'était pas connu à la Salpêtrière, ni dans le service de neurologie, ni dans le service de psychiatrie.

Il décrit sa vie quotidienne comme étant très pénible, et nécessitant la présence d'une aide à domicile tous les jours. Ainsi, il aurait interrompu toute activité professionnelle, depuis la « révélation de son diagnostic. » Malgré les sollicitations de sa famille, il a refusé toute exploration complémentaire et tout traitement car « se prolonger de quelques mois n'aurait aucun intérêt. »

Après plusieurs jours d'hospitalisation en milieu médical où il refuse constamment les bilans cliniques ou paracliniques, il est transféré en Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT) au Centre Hospitalier Spécialisé (CHS). Cette décision est prise car il menace finalement de se suicider « puisque les médecins ne répondent pas positivement à sa demande d'euthanasie. »

b) Premier transfert en HDT au CHS

L'hospitalisation en HDT n'est pas confirmée par le certificat des 24 heures : le psychiatre du service psychiatrique note bien une « souffrance morale », mais il relève également que « l'état anxio-dépressif » de M. D. « n'obscurcit pas son consentement aux soins, soins qu'il accepte d'ailleurs volontiers actuellement. » Il précise que M. D. ne présente pas de « déstructuration de la conscience ni altération du rapport à la réalité, même si ses traits de personnalité peuvent favoriser des flous dans le discours. » Un traitement antidépresseur est débuté.

L'hospitalisation en milieu psychiatrique durera une dizaine de jours, où M. D. ne verbalisera que très peu ses difficultés ; la sortie est possible dans la mesure où M. D. s'engage à suivre un traitement ambulatoire.

c) Deuxième hospitalisation au CHU

Moins d'un mois plus tard, M. D. est réhospitalisé au CHU suite à une tentative de suicide par ingestion de 20 cp d'anxiolytiques avec de l'alcool. Il sera hospitalisé durant une semaine dans un service médical où nous avons pu le rencontrer et assurer sa prise en charge.

Le chapitre suivant rend compte de cette hospitalisation.

2) Éléments cliniques recueillis

Dans ce chapitre, nous allons présenter l'ébauche des problématiques développées durant sa deuxième hospitalisation au CHU.

a) Présentation

Se présentant à chaque fois d'une façon « entière », M. D. se montre réticent jusqu'au mutisme, sombre et épuisé le premier soir, faisant évoquer le diagnostic d'état mélancolique. Puis le lendemain matin, il a l'air en forme, sûr de lui, affable, adoptant des allures de pédagogue, ...

C'est dire si sa présentation peut varier selon les circonstances et les interlocuteurs et ce, d'une façon très rapide.

Il n'en reste pas moins que dans chacune de ses « apparitions », on peut relever des constantes :

- le caractère tranché des émotions présentées (pas de demi-mesures),
- l'absence de variation des émotions durant un entretien (ou si une variation est présente, elle est importante et « en réaction à » l'entretien)
- l'impression de maîtrise (maîtrise de sa voix, de son corps, de son discours), avec une grande syntonie entre ces différents éléments.

Après plusieurs entretiens, on peut dire que le style habituel de M. D. ressemble à celui d'un professeur certain de son enseignement ou à celui d'un chef d'entreprise assuré de son pouvoir sur ses salariés. Et ceci, même lorsque la situation supposerait une attitude plus humble.

Ainsi, après plusieurs de ces « apparitions flamboyantes », on ne peut que constater sa difficulté à se présenter d'une façon sincère, personnelle et déconnectée des enjeux (réels ou fantasmés) de l'entretien. Nous reviendrons plus tard sur la fragilité narcissique qu'indique déjà l'analyse de sa présentation.

b) Biographie

Du fait de la structuration du discours de M. D., il est difficile d'établir une biographie précise. Ainsi, nous avons préféré utiliser principalement les éléments qui ont pu être vérifiés auprès de proches.

M. D. a 48 ans. Il est issu d'une famille nombreuse, et a gardé peu de contacts avec elle suite à de nombreux conflits. Il est père de trois enfants (15, 11, et 4 ans) de deux unions : divorcé (nous a-t-il dit) d'avec sa première femme, il est séparé de sa seconde femme depuis deux ans. Il vit à proximité d'une grande ville et dit bénéficier de la garde de ses enfants un week-end sur deux, et la moitié des vacances. Il est notamment gérant d'un magasin de prêt-à-porter, qu'il avait acquis avec sa seconde épouse. Il aurait eu en parallèle différentes occupations professionnelles (acheteur et revendeur d'entreprises, assureur, ...), et aurait connu récemment d'importantes difficultés financières, selon sa seconde femme.

Durant le recueil de ces données, nous avons pu nous interroger sur l'intérêt d'une telle démarche pour M. D., puisqu'il semblait plus « se perdre » dans cette entreprise (entre autre en fournissant des détails grandioses) plutôt que d'y trouver une histoire structurante, sur laquelle il aurait pu fonder une réelle compréhension de ses difficultés psychiques.

c) Discours

L'analyse de son discours, au travers du vocabulaire employé et des thématiques développées, permettra de mettre en évidence l'ambiance des entretiens et les principales problématiques abordées.

Vocabulaire employé :

Les termes grandiloquents sont préférentiellement employés. Ils sont facilement accumulés dans la même phrase, provoquant régulièrement des tautologies. M. D. aurait plutôt rajouté une phrase à son intervention pour en infléchir le sens plutôt que de tenter d'atteindre une juste concision (ex : « j'ai une maladie neurologique dégénérative incurable, conduisant à une déchéance obligatoire. », ou : « je suis issu d'une grande famille, bourgeoise, catholique, aristocratique »). Ces grands mots accumulés peuvent impressionner, et ce d'autant plus que M. D. semble les choisir en fonction de ses interlocuteurs.

Thématiques développées:

Grandeur

La majorité des qualificatifs utilisés par M. D. pour se décrire (que ce soit au niveau intime, personnel, familial, ou professionnel) sont emphatiques, et ce, d'une façon étonnamment constante, alors même qu'il se présente dans un contexte suicidaire.

Sa position sociale est exposée comme enviable, comme étant une réussite non questionnable (chef de plusieurs entreprises, homme d'affaires, ancien assureur,...).

L'origine familiale est illustre, le grand-père maternel ayant été un « célèbre écrivain journaliste. » Ses parents possédaient une « immense maison familiale », et auraient fait bénéficier chacun de leurs huit enfants d'une « éducation particulièrement élitiste », avec l'aide de « beaucoup d'employés. »

Paternité

Son rôle de père est au premier plan de ses préoccupations. Ainsi, la « maladie neurologique incurable », qui serait héréditaire selon lui, le prive tout d'abord de ses obligations paternelles : « je m'occupais énormément de mes enfants, j'étais même représentant élu des parents d'élèves. »

Il justifie d'ailleurs sa volonté de mourir par rapport à son rôle de père protecteur : « c'est pour eux que j'ai fait ce geste, pour qu'ils ne me voient pas décliner petit à petit, comme j'ai vu mon père et mon frère mourir dans d'atroces souffrances. »

On relève notamment un questionnement important sur la place des enfants et celle des parents : « à l'époque, nous étions élevés de loin par nos parents, c'étaient plutôt les employés qui s'en chargeaient. Aujourd'hui, les enfants nous collent comme des sortes de prothèses ; ce qu'il faudrait, ce serait un juste milieu. »

Déclin

Les termes de « déchéance, déclin, échec, incurabilité » ont été plusieurs fois employés par M. D. pour qualifier son état physique, alors qu'il dénie toute difficulté de nature psychologique ou financière.

Ainsi, il explique ne pas regretter son geste, mais ne « se sent plus la force d'essayer à nouveau de mourir. »

Voyage

M. D. serait né dans un pays du Moyen Orient, durant un voyage de ses parents. D'ailleurs, de « nombreux voyages à l'étranger » avec une « vie privilégiée dans les ambassades » auraient émaillés son enfance. Plus tard, tant sa fratrie que lui-même auraient beaucoup voyagé, en France ou à l'étranger.

M. D. aurait ainsi fait ses études dans différentes grandes villes françaises. Depuis la naissance de ses enfants, il ne se déplacerait plus qu'entre Paris et la grande ville française où il habite, pour « ses affaires. »

A la fin de son hospitalisation pour tentative de suicide, M. D. imaginait une nouvelle possibilité de se sortir de sa situation difficile : « aller dans un autre pays, pour que [ses] enfants ne le voient pas décliner. »

C'est après une semaine d'hospitalisation que M. D. demande à sortir. Il accepte le traitement antidépresseur proposé et reconnaît la nécessité d'un suivi ambulatoire.

3) Deuxième hospitalisation en HDT au CHS

a) Aux urgences

Un mois plus tard, M. D. est adressé aux urgences par un médecin généraliste de garde qui note : « M. D. s'exprime difficilement, pleure sans cesse, ne se lève guère, ne reconnaît pas ses difficultés psychologiques. Il ne voulait pas être hospitalisé, mais appelle sans cesse famille, voisins, Quoiqu'il en soit, il est actuellement incapable de se gérer seul, et relève d'une prise en charge psychiatrique en hospitalisation. »

Aux urgences, la première femme de M. D. est appelée. Elle apprend aux soignants que, contrairement à ce que M. D. nous avait dit, le divorce n'est pas encore prononcé entre eux. Les démarches juridiques devraient se finaliser durant le mois à venir. Depuis plus de trois ans, M. D. et sa première femme s'opposent sur les modalités de garde des enfants : M. D. réclame un droit de garde un week-end sur deux et la moitié des vacances, ce qui est refusé par sa femme. Elle ajoute que sa situation financière est « catastrophique. »

Le transfert en HDT est décidé car M. D. ne reconnaît pas ses difficultés psychiques et refuse tout soin psychiatrique alors que sa présentation et ses propos indiquent une intense souffrance et des risques suicidaires non négligeables.

b) Au CHS

Le certificat des 24 heures confirme cette fois-ci l'hospitalisation en HDT. A cette occasion, le psychiatre relève « un état anxio-dépressif masqué, état dominé par des défenses psychologiques projectives. »

Durant l'hospitalisation, M. D. refusera dans un premier temps de communiquer avec l'équipe de soins. Il est ainsi noté dans le dossier : « attitude hautaine, reste fermé à toute proposition allant dans le sens d'associations d'idées. » Puis : « ne veut pas parler », puis : « ne parle toujours pas de lui », à plusieurs jours d'intervalle à chaque fois.

Dans le même temps, M. D. a de nombreux appels téléphoniques et a régulièrement des visites de sa famille (ses deux « ex femmes », ses enfants, un frère). Ces communications avec l'extérieur sont souvent « houleuses », mais M. D. n'accepte pas d'entretien infirmier pour autant au décours de ces moments conflictuels.

Il refuse également de se séparer du déambulateur qu'il a apporté de son domicile et dont il se sert toujours pour la plupart de ses déplacements dans le service.

Le certificat des quinze jours maintient l'HDT, et insiste sur les « difficultés à appréhender le vécu réel de ce patient » car « il refuse d'en parler. »

L'assistante sociale a rencontré M. D. pour lui proposer de cotiser à une mutuelle, mais ce dernier lui a répondu qu'il n'en n'avait « pas besoin, ayant tout à fait les moyens de régler les frais d'hospitalisation... »

Enfin, M. D. acceptera de parler un peu avec l'équipe, pour évoquer son intention de « partir faire de l'humanitaire en laissant ses enfants ici », car il se « désintéresserait désormais de ses affaires financières. »

Durant la dernière semaine d'hospitalisation, il « semble plus dans la recherche de dialogue », et son discours est à nouveau centré sur le thème de la filiation : il est noté dans le dossier qu'il « souhaite que les infirmiers parlent à ses enfants car il les sent en souffrance. » Il rapporte également une enfance personnelle difficile : « ce n'était pas une éducation, mais un dressage ! Et je ne me suis jamais plaint ! »

Une permission permettra à M. D. de passer le jour de Noël avec sa famille.

La sortie sera possible après trois semaines d'hospitalisation, alors qu'un suivi ambulatoire est prévu, et qu'une ordonnance comportant un médicament antidépresseur et un hypnotique lui a été prescrite.

c) Suicide et « révélation judiciaire »

Trois semaines après sa sortie, M. D. se suicide avec une arme à feu, dans sa voiture, au pied de son immeuble.

Plusieurs mois après son décès, nous avons appris que M. D. était mis en cause par la justice pour une escroquerie financière, élément dont il n'avait parlé ni à ses proches ni aux différents soignants qu'il avait pu rencontrer.

Dans le chapitre suivant, nous allons discuter des principaux éléments de diagnostic qui peuvent être évoqués à partir des trois mois de soins discontinus que M. D. a connus avant son décès.

III- Discussion diagnostique et psychopathologique : la falsification identitaire

Durant les entretiens avec M. D., nous avons été frappés par sa propension à se présenter d'une façon « surjouée. » Les entretiens étaient toujours l'occasion pour lui de « faire impression », comme s'il essayait de compenser une insuffisance identitaire fondamentale.

Pour comprendre cette étonnante présentation, nous allons apporter des éléments de psychopathologie couramment retrouvés chez les patients ayant des troubles de la personnalité sévère et recourant à la falsification d'une manière pathologique.

Mais avant cela, nous discuterons des principales hypothèses diagnostiques concernant ses troubles somatoformes. Ceci nous permettra d'introduire l'analyse de ces manifestations cliniques par la prise en compte de la demande de M. D., même si elle semble de prime abord paradoxale et déroutante (« Euthanasiez moi, car je souffre trop de ne plus pouvoir me tenir debout »).

Puis nous évoquerons « l'hypothèse maniaco-dépressive », qui se doit d'être discutée dans cette situation.

Enfin, nous relaterons la théorisation de O. KERNBERG concernant les troubles de la personnalité narcissique, car ces considérations nous semblent tout à fait adéquates en ce qui concerne les manifestations cliniques présentées par M. D.

A- TROUBLES SOMATOFORMES

Il est bien sûr nécessaire de préciser que les troubles allégués par M. D. semblent non liés à une maladie somatique, d'après tous les éléments cliniques recueillis (examen somatique normal, importante variation des troubles selon la présence ou l'absence de famille et de personnel soignant, façon « athlétique » de se déplacer avec le déambulateur, ...). Mais, M. D. refusant tout examen paraclinique, ces troubles n'ont pu être documentés d'une façon satisfaisante par les équipes de soins.

Il nous semble difficile, d'après les éléments que nous avons, de nous prononcer d'une façon tranchée et exclusive sur la nature des troubles somatoformes présentés : s'agit-il de conversion, de simulation, ou de l'expression somatique d'un épisode dépressif ?

1) Pour étayer l'hypothèse conversive, nous pouvons relever que les symptômes « troubles de la marche » et « dysarthrie » touchent des organes de la vie de relation. Ils entrent également en résonance avec « la déchéance [de son] père », et l'on peut supposer qu'ils ont été surdéterminés par le jugement de divorce à venir où M. D. risquait de ne plus avoir la garde de ses enfants. Mais ces interprétations n'ont pas été validées par M. D., qui semble dans une incapacité (ou dans un refus ?) à se prêter aux libres associations, ce qui complique l'exploration de cette hypothèse.

2) Différents arguments nous empêchent d'exclure la possibilité d'une simulation : ainsi, les troubles physiques sont présentés comme un fait objectif, non négociable, et totalement compris, voire « assumé » par M. D. Il explique aussi en savoir beaucoup plus que nous sur son mal, et nous interdit autoritairement de chercher à le comprendre.

Ceci s'éloigne de l'ambiance transférentielle des troubles hystériques, où le patient n'a pas conscience de détenir un savoir sur son symptôme, et où, par la prise en compte appropriée de sa demande, il peut progressivement reconnaître la participation d'une partie de lui-même à la constitution des troubles.

A posteriori, en sachant qu'il dissimulait une mise en cause judiciaire et d'importantes difficultés financières, on peut imaginer que les troubles somatoformes aient pu avoir pour fonction de détourner l'attention de son entourage sur son état physique au détriment de son état financier.

Peut-être M. D. espérait-il par ce moyen, encore une fois perçu comme grandiose par sa famille (« quelle maladie terrible a-t-il ? » venait-on nous demander ...), échapper à ses obligations sociales et professionnelles ?

3) L'expression somatique d'un épisode dépressif ne peut pas non plus être écartée. Les symptômes présentés (propos sombres, tristesse de l'humeur, diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités quotidiennes, idéation suicidaire) suffisent à diagnostiquer un syndrome dépressif. Par moments, les idées de déclin et de ruine font même évoquer un état mélancolique.

Mais ce syndrome dépressif reste atypique et incomplet ; ainsi, on ne retrouve pas d'insomnies, de troubles de l'appétit, ni de ralentissement psychomoteur. Il y a également une grande fluctuation de la symptomatologie dans le temps, et l'impression de maîtrise que dégage M. D. est permanente.

Néanmoins, les troubles somatoformes sont tout à fait congruents à la destinée morbide que M. D. s'attribue : ils figurent une étape de son « déclin », et à ce titre, ils semblent corrélés à une évolution dépressive.

4) Des pertes narcissiques multiples

Au-delà des hypothèses diagnostiques évoquées ci-dessus, il semble important de noter que les troubles somatoformes surviennent suite à des pertes narcissiques multiples, chez un patient dont le narcissisme était déjà organisé d'une façon pathologique.

Sur le plan familial, M. D. a été confronté à la perte de son père et de son frère et doit faire face au divorce de sa femme (perte prévisible de la garde de ses enfants, de ses statuts de mari et de « père protecteur »).

Dans le même temps, M. D. connaît d'importantes difficultés financières (perte de son image d'« entrepreneur modèle »), et une mise en cause par la justice pour escroquerie (perte de crédibilité à tous les niveaux).

Comme cela a pu être repéré dans les trois théorisations du narcissisme qui ont été exposées (S. FREUD, J. LACAN, O. KERNBERG), le narcissisme est structuré de façon à organiser la circulation d'énergie libidinale entre le sujet, sa représentation de lui-même, et les autres.

Ici, les troubles somatoformes peuvent être compris comme la conséquence d'une déstructuration narcissique : les multiples pertes subies par M. D. le privent sans aucun doute d'éléments qui venaient soutenir son rapport à lui-même. Ceci permet de comprendre la profonde perturbation narcissique révélée par son « incapacité à tenir debout. »

Suivant l'optique lacanienne, on pourrait dire que M. D. était comme piégé dans un rapport imaginaire à lui-même, captivé par son moi idéal. Le recours à l'idéal du moi, déjà précaire, a sûrement été amoindri par les pertes symboliques successives qu'il a connues. En faisant un parallèle avec une phrase de S. FREUD, dans deuil et mélancolie, on pourrait dire que « les pertes narcissiques se sont transformées en pertes de l'idéal du moi. »

Chez J. LACAN, la relation imaginaire et le moi idéal s'originent dans le rapport au corps propre, et sont normalement contrebalancées par la relation symbolique et l'idéal du moi. Les nombreuses pertes symboliques ont sûrement amplifié la prédominance du fonctionnement imaginaire chez M. D.

Ses troubles somatoformes peuvent donc être compris comme la transposition imaginaire de sa souffrance dans son corps, qui est privilégiée au détriment de la compréhension symbolique de ses difficultés.

De plus, ces pertes le situent comme responsable de « sa chute » (sa femme divorce car il est un « mauvais mari », il a des difficultés financières car il est un « mauvais entrepreneur », ...). Mais on peut supposer que l'élément le plus déstabilisant pour M. D. est la perspective d'une condamnation pour escroquerie. Elle l'oblige à être considéré (et à se considérer) comme coupable. Cela l'empêche d'être reconnu (et de se reconnaître) comme un individu exceptionnel, ce qui semblait être un de ses principaux recours défensifs. Il ne bénéficie plus non plus du bénéfice du doute, dont il paraissait avoir exagérément besoin.

Dès lors, souffrir d'une « maladie dégénérative, incurable et rapidement mortelle » est peut-être (paradoxalement) moins douloureux pour lui que d'être définitivement désigné comme un escroc.

A- PSYCHOPATHOLOGIE DE LA FALSIFICATION : **ABORD PHENOMENOLOGIQUE**

En des temps plus anciens, les manifestations cliniques présentées par M. D. auraient pu relever de l'entité diagnostique de la mythomanie, proposée par E. DUPRE¹²⁶ en 1905. Cette entité a fait l'objet d'études phénoménologiques qui évoquent la situation clinique de M. D. Ainsi, dans ce chapitre, nous rendrons compte de cette vision théorique, que l'on peut considérer comme complémentaire de celle qui nous a fait évoquer le diagnostic de troubles de la personnalité narcissique.

Dans la mythomanie, on relève une altération du temps vécu et de la relation à autrui¹²⁷ : le temps vécu par le sujet trompeur serait une suite d'instantanés où il s'adapte à l'autre en étant déconnecté de son histoire personnelle et de ses engagements. Ceci entraîne son incapacité à se définir individuellement.

¹²⁶ DUPRE E. *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*. Paris : Payot, 1925.

¹²⁷ MINKOWSKI M. E. « La mythomanie et la notion d'inconsistance. » In : *Congrès des aliénistes et neurologistes*, Rennes, 1951.

Ainsi, M. NEYRAUT¹²⁸ a insisté sur la notion d' « existence inauthentique » qui caractérise la trajectoire de vie du mythomane : « le drame particulier de l'existant inauthentique, c'est d'être obligé, comme tout le monde, de se faire passer pour ce qu'il est, à ceci près qu'il ne sait justement pas qui il est, et qu'il attend pour le savoir d'avoir construit avec autrui une caricature de lui-même. (...) »

En fait, la vie du mythomane ressemble à une partie de poker dont il ne connaîtrait même pas son propre jeu. Sa propre trajectoire n'est pas une ligne de signification, c'est un faisceau de vraisemblances. Il est à chaque moment ce que la vraisemblance l'autorise à penser qu'il pourrait être. »

Pour se sentir exister, le mythomane doit donc « diriger notre regard pour lui fournir d'office le spectacle d'une conduite chargée d'une signification déterminée : (...) il est celui qui ne peut combler l'espace qui le sépare d'autrui que par l'entremise d'une histoire. »

Selon M. ZEEGERS¹²⁹, « l'absence de projet » du trompeur le rend impuissant à s'engager dans une relation à autrui véritable, l'obligeant à recourir à des images fascinantes pour captiver son interlocuteur.

Son « attitude imageante » surdimensionnée, par opposition à « l'attitude réalisante », piège le mythomane dans des relations imaginaires et le met à distance de la culpabilité et de la responsabilité.

Les troubles identitaires du trompeur peuvent également être compris comme un défaut de sa narrativité¹³⁰, dans la mesure où il ne peut se saisir lui-même à travers un discours sincère, vrai et personnel.

Cette thèse est appuyée par la théorisation de P. RICOEUR¹³¹, qui propose que l'identité se construise dans une dialectique entre « la mêmeté » (ce qui reste identique, comme le caractère) et « l'ipséité » (« le maintien de soi dans la promesse », ce qui constitue l'identité narrative).

Chez le mythomane, tout se passe comme s'il ne pouvait soutenir une ipséité : fasciné par les effets de sa narration sur l'autre, son identité narrative s'effacerait d'elle-même, en sacrifiant la cohérence interne de son récit aux effets imaginaires produits chez son interlocuteur.

¹²⁸ NEYRAUT M. « A propos de la mythomanie. » *L'évolution psychiatrique* 1960 ; 25.

¹²⁹ ZEEGERS M. « L'escroc dans sa relation avec la réalité. » *L'évolution psychiatrique* 1959 ; 3.

¹³⁰ MAILLE J. E. « Psychopathologies de la falsification. » *Humeurs* 2003 ; 32.

¹³¹ RICOEUR P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil, 1990.

B- PSYCHOPATHOLOGIE DE LA FALSIFICATION : ABORD ANALYTIQUE

1) Compréhension fantasmatique

S. FREUD, sans traiter spécifiquement de la mythomanie, a ouvert une piste de compréhension en conceptualisant le « roman familial du névrosé »¹³². Celui-ci consiste en une série de fantasmes, répandue chez les enfants après la période oedipienne, produisant une modification imaginaire de la filiation (par exemple : être issu d'illustres parents inconnus).

Cette construction fantasmatique est sous-tendue par une frustration de l'enfant vis-à-vis de ses parents, par « la sensation de ne pas voir ses propres sentiments pleinement payés de retour. »¹³³ Ce sont donc « vengeance et représaille »¹³⁴ qui constituent les principaux « motifs » de cette construction.

O. RANK¹³⁵ a mis en avant l'étroite relation existant entre les fabulations du mythomane et le « roman familial du névrosé », construits tous deux sur le même modèle mythique et héroïque. Ils reposent également tous deux sur la même tendance agressive sous-jacente.

Cette configuration se retrouve chez M. D. En effet, les déformations imaginaires relevées concernent préférentiellement sa lignée familiale, et sont entachées d'ambivalence (« une éducation particulièrement élitiste » ; « c'était un dressage »). Peut-être l'intensité de ces fantasmes est-elle à la source de ses questionnements concernant ses enfants ? Ainsi, comment peut-on ne pas douter de sa place symbolique auprès de ses enfants, lorsque la perception de sa propre éducation est aussi contradictoire ?

¹³² FREUD S. « Le roman familial du névrosé. » In : *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF, 1954.

¹³³ Ibid.

¹³⁴ Ibid.

¹³⁵ RANK O. *Le mythe de la naissance du héros*. Paris : Payot, 1983.

2) Compréhension topique

K. ABRAHAM¹³⁶, puis H. DEUTSCH¹³⁷ ont perçu un dysfonctionnement de l'idéal du moi chez les patients fabulateurs ; ainsi, cette dernière précise que « l'imposteur pathologique s'efforce d'éliminer la friction entre la partie pathologiquement exagérée de son idéal du moi et l'autre partie dévalorisée, inférieure, chargée de culpabilité de son moi. »

On peut supposer, rétrospectivement, que l'inculpation de M. D. a eu pour effet de le priver de ce recours à un idéal du moi grandiose du fait de la désignation sociale de ses malversations.

3) Compréhension narcissique

J. BERGERET¹³⁸, décrivant les états limites, propose que le discours fabulateur ait pour fonction de combler un trouble narcissique premier : « On peut comparer l'état du narcissisme au tonneau des danaïdes ; un appel incessant au remplissage par l'extérieur qui ne conduit à aucune complétude tant que la brèche initiale siégeant au fond laisse écouler le flot des apports successifs sans pouvoir en retenir suffisamment. »¹³⁹

On peut alors imaginer qu'un moyen de pallier cette difficulté soit de fixer l'objet extérieur d'une façon à ce qu'il serve de support narcissique fiable. C'est ce mouvement que E. KESTEMBERG décrit dans son texte « la relation fétichique à l'objet »¹⁴⁰ : transformer en fétiche l'objet relationnel le fige en un objet « porteur de la continuité narcissique de son créateur. »¹⁴¹

On se trouve alors dans un dispositif où, du fait d'une « brèche initiale », les besoins narcissiques sont accrus ; pour s'assurer de la permanence d'apports narcissiques, le sujet va « fétichiser » l'objet.

Ainsi, l'incapacité de M. D. à se défaire d'une position de maîtrise est probablement secondaire au dispositif narcissique décrit. Lâcher prise est impossible, car il s'ensuivrait immédiatement une actualisation de sa défaillance narcissique. La difficulté à effectuer des libres associations devient alors compréhensible.

¹³⁶ ABRAHAM K. « L'histoire d'un chevalier d'industrie à la lumière de la psychanalyse. » In : *Œuvres complètes, tome 2*. Paris : Payot, 1965.

¹³⁷ DEUTSCH H. « L'imposteur ; contribution à la psychologie du moi d'un type de psychopathe. » In : *Psychanalyse des névrosés et autres essais*. Paris : Payot, 1970.

¹³⁸ BERGERET J. *La dépression et les états-limites*. Paris : Payot, 1974.

¹³⁹ *Id.*

¹⁴⁰ KESTEMBERG E. *La psychose froide*. Paris : PUF, 1991.

¹⁴¹ *Id.*

Les traits de perversion repérés chez M. D. sont aussi très probablement liés à ce dispositif. L'objet extérieur peut être réduit à un objet inanimé qui sert ses intérêts narcissiques.

Ceci permet de comprendre ce qu'il a voulu exprimer en disant « les enfants nous collent comme des sortes de prothèses » : dans cette phrase, « les enfants » sont à entendre comme un objet inanimé venant servir de support narcissique.

La confession d'une telle « utilisation » de ses enfants fait suite à la communication d'un de ses souvenirs d'enfance : « à l'époque, nous étions élevés de loin par nos parents, c'étaient plutôt les employés qui s'en chargeaient. »

Ici, à travers une probable déformation grandiose (existence d'employés pour les enfants), M. D. confie l'absence de proximité affective entre ses parents et lui : on peut imaginer que cette absence (réelle ou fantasmée) puisse constituer une situation de carence affective, c'est-à-dire fonctionner comme une possible « brèche initiale. »

4) Compréhension oedipienne

L. DALIGAND et D. GONIN¹⁴², à partir d'expertises psychiatriques d'escrocs, ont relevé une défaillance de la triangulation oedipienne classique : les auteurs ont noté un échec d'accession à une identification symbolique réussie au père, ce qui ne permet qu'un « point d'accrochage par comparaison d'images » en lieu et place de la castration symbolique¹⁴³.

P. BAILLY-SALIN¹⁴⁴, également expert, rejoint ces propositions : « La question de l'identité de l'escroc nous semble dépasser, et de loin, le simple endossement d'une identité d'emprunt. (...) La faille de l'identification oedipienne « normale », banale, souvent marquée par des carences identificatoires réelles, va conduire le sujet à tenter de rattraper ce ratage initial par l'emprunt d'une image oedipienne satisfaisante, valorisante, mais hélas illusoire. »

Ces éléments pourraient expliquer la tendance de M. D. à « se vêtir » de multiples images (l'homme d'affaires, le père extraordinaire, l'enfant de bonne famille, ...) qui toutes sont intensément investies, mais mal arrimées à sa personnalité : les mythes produits par M. D. reposent sur ces images, ce qui les rendent tous très conjoncturels, et peu liés à un sentiment d'identité solide et affirmé.

¹⁴² DALIGAND L., GONIN D. « L'expertise psychiatrique dans les affaires d'escroquerie. » *Journal de Médecine Légale Droit Médical* 1999 ; 3.

¹⁴³ Cf. le complexe d'Édipe chez Lacan (chapitre C de la troisième partie)

¹⁴⁴ BAILLY-SALIN P. « Escroc et identité. » *Confrontations psychiatriques* 1998 ; 39.

C- L'HYPOTHESE MANIACO-DEPRESSIVE

Dans un chapitre précédent, nous avons déjà évoqué les arguments en faveur d'un syndrome dépressif chez M. D. Les manifestations cliniques de ce syndrome se sont révélées être atypiques.

La présence d'un vécu de grandeur, de toute-puissance, d'une façon contemporaine au syndrome dépressif, pose la question d'un éventuel trouble de l'humeur de type mixte.

Mais ce trait de personnalité (surestimation de soi-même) n'est pas apparu avec le syndrome dépressif, selon l'entourage de M. D. : il était présent auparavant (« depuis toujours » selon sa première femme), et ne subissait pas de grandes variations d'intensité, comme cela aurait été le cas s'il s'agissait de manifestations maniaques ou hypomaniaques.

De plus, on ne retrouve pas d'autres critères d'épisode mixte ou maniaque¹⁴⁵ chez M. D. : en particulier, pas de troubles du sommeil, pas de fuite des idées, pas de distractibilité, d'augmentation de l'activité ou d'engagement excessif dans des activités agréables.

Dans ses antécédents, personnels ou familiaux, on ne retrouve aucune notion de troubles de l'humeur récurrents.

Ainsi, l'atypicité du syndrome dépressif, retrouvée chez M. D. ne semble pas liée à une maladie bipolaire, mais plutôt à un trouble de la personnalité narcissique, ce qui va être développé dans le chapitre suivant.

¹⁴⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *MINI DSM-IV. Critères diagnostics*. Paris : Masson, 1996.

D- TROUBLES DE LA PERSONNALITE NARCISSIQUE, A PARTIR DE O. KERNBERG

1) Proximité avec les organisations limites de la personnalité

Dans la vision psychanalytique et nosographique de O. KERNBERG, les troubles narcissiques de la personnalité sont proches de l'organisation limite de la personnalité.

L'anormalité du développement psychogénétique (« la non intégration de la personnalité ») des individus souffrant de ces deux types de troubles est très similaire.

Ainsi, « la prédominance des mécanismes de clivage et de dissociation primitive »¹⁴⁶ est identique dans les deux cas.

De la même façon, « la condensation pathologique des besoins génitaux et pré-génitaux, sous l'influence envahissante de l'agressivité pré-génitale (en particulier orale), caractérise les personnalités narcissiques aussi bien que l'organisation limite de la personnalité en général. »¹⁴⁷

La principale différence entre ces troubles est la présence d'un self pathologique grandiose chez les personnalités narcissiques : « L'intégration [d'un] self pathologique grandiose remplace le manque d'intégration du concept de self normal qui fait partie de l'organisation limite de la personnalité sous-jacente : ceci explique le paradoxe d'un fonctionnement du moi relativement bon, ainsi que l'adaptation de surface, malgré la prédominance de mécanismes de clivage, d'une constellation de défenses primitives et du manque d'intégration des représentations d'objet chez ces patients. »¹⁴⁸

¹⁴⁶ KERNBERG O. *La personnalité narcissique*. Toulouse : Privat, 1980.

¹⁴⁷ *Id.*

¹⁴⁸ *Ibid.*

2) M.D.

Les vécus de grandeur et de toute-puissance qui ont été repérés chez M. D., ainsi que son incapacité à se présenter simplement et humblement, peuvent être compris comme des manifestations cliniques d'un « self grandiose. »

L'absence de variation de ces éléments sémiologiques dans le temps va dans le sens d'une construction pathologique stable : « la tension normale entre le self actuel d'un côté, le self idéal et l'objet idéal de l'autre, est éliminée par l'élaboration d'un concept de self hypertrophié dans lequel se confondent le self présent, le self idéal et l'objet idéal. »¹⁴⁹

Ainsi, l'impossibilité à constituer une biographie claire, si l'on ne se basait que sur les propos de M. D., illustre les perturbations de son « self » : les représentations affectives et cognitives de lui-même ne semblent « intégrées » qu'en un point, à savoir la surestimation pathologique de sa propre personne.

Par ailleurs, l'impression de maîtrise, que dégage d'une façon permanente M. D., peut être rapportée à une « incapacité à dépendre d'autrui » que O. KERNBERG relève chez les personnalités narcissiques.

Du fait de la persistance d'objets internes archaïques, vécus comme agressifs, il leur est impossible de se mettre véritablement sous la dépendance d'autrui : « la plus grande crainte de ces patients est de dépendre de quelqu'un d'autre, parce que dépendre signifie haine, envie, et les exposer au danger d'être exploités, maltraités et frustrés. »¹⁵⁰

D'où la nécessité de maîtriser l'entourage affectif, fût-ce au moyen de mensonges et de procédés condamnables par ailleurs.

D'où, également, l'incapacité à se confier et à reconnaître ses erreurs, car cela aurait impliqué un positionnement de dépendance affective, au moins momentanément. Cette incapacité a sûrement eu un grand rôle dans l'aggravation progressive (qui lui semblait inéluctable) de ses situations familiales et financières.

¹⁴⁹ *Ibid.*

¹⁵⁰ *Ibid.*

L'atmosphère de déclin, dont M. D. nous a fait part, peut être attribuée à la façon dont les personnalités narcissiques se vivent, lorsqu'elles ne peuvent plus se considérer elles-mêmes comme admirables : « [elles] divisent le monde en deux : les personnes fameuses, riches, et grandes d'un côté, et les personnes méprisables, viles et « médiocres » de l'autre. Ces patients ont peur de ne pas appartenir à la compagnie des grands, des riches, des puissants mais d'appartenir plutôt à celle des « médiocres », terme qui pour eux signifie méprisable et vil plutôt que « banal » au sens habituel du terme. »¹⁵¹

Ce passage, d'une compréhension de soi comme admirable à une compréhension de soi comme détestable, peut éclairer la violence du suicide de M. D.

Si l'on prend également en compte son « incapacité à dépendre des autres », on perçoit alors mieux les raisons pour lesquelles il n'a pas pu faire appel à sa famille ou à des soignants aux moments où l'idéation suicidaire était la plus forte.

¹⁵¹ *Ibid.*

CONCLUSION

Etant donnée la fin tragique de M. D., on ne peut que s'interroger sur les dispositifs diagnostics ou thérapeutiques qui auraient pu éviter son suicide.

Mais comme cela a été précisé, l'accès aux affects et aux représentations de M. D. était particulièrement difficile. Et bien que de nombreux intervenants aient rencontré M. D., chacun d'eux s'est heurté à son incapacité (ou à son refus ?) à consentir à des soins. Les principales interrogations à son sujet sont donc restées identiques à elles-mêmes : comment accéder à son vécu ? Comment lui faire comprendre la nécessité d'être aidé ?

Les multiples formulations identitaires grandioses de M. D. (« je suis un homme d'affaire réputé », « je suis très riche », ...) sont constamment venues faire barrage à l'expression de son vécu réel et à toute demande d'aide.

Dans ce contexte particulier, et a posteriori, une demande de M. D. aux soignants avait peut-être un enjeu thérapeutique que nous n'avons pas su exploiter : « Pouvez-vous rencontrer mes enfants pour les rassurer ? »

Ici, la formulation identitaire « je suis un père » aurait peut-être pu réinstaurer M. D. dans un dialogue avec l'équipe soignante, et réinterroger sa propre construction subjective : quelle filiation possible avec un père absent.

Néanmoins, cette piste thérapeutique n'a pu être explorée... Mais d'autres l'ont été par plusieurs équipes différentes.

Ainsi l'issue fatale de l'histoire clinique de M. D. nous met face à nos propres limites en tant que soignant.

**TROISIEME PARTIE : SEXUATION,
HELENE C.
OU LA CROYANCE IDENTITAIRE**

I- SEXUATION

Le mot « sexualité » est un terme récent. Issu d'horizons théoriques aussi différents que la psychanalyse lacanienne ou les « gender studies », il désigne le processus psychique de différenciation sexuée (le fait de se reconnaître homme ou femme).

Ce chapitre sera débuté par une synthèse des apports de S. FREUD et de J. LACAN sur le complexe d'Œdipe, dans la mesure où ce complexe est impliqué dans le processus de sexualité.

Après avoir précisé ce que J. LACAN désigne sous l'expression « formules de la sexualité », nous verrons comment les travaux sur les intersexués et les transsexuels sont venus réinterroger les rapports entre différenciation sexuée et complexe d'Œdipe.

A- S. FREUD : « tout être humain se voit imposer la tâche de maîtriser le complexe d'Œdipe »¹⁵²

1) Œdipe, un thème central dès les débuts de la psychanalyse

Dans la pensée freudienne, la référence au mythe oedipien est présente très précocement. Ainsi, dans une lettre à FLIESS datée de 1897 où il fait part de son auto-analyse, S. FREUD écrit : « J'ai trouvé en moi comme partout ailleurs des sentiments d'amour envers ma mère et de jalousie envers mon père, sentiments qui sont, je pense, communs à tous les jeunes enfants [...] s'il en est ainsi [...] on comprend l'effet saisissant d'Œdipe-Roi. »¹⁵³

D'une façon constante, le thème oedipien est régulièrement exploité dans les écrits de S. FREUD de 1900 à 1923. Durant cette période, celui-ci ne fait pas l'objet d'un texte théorique spécifique ; néanmoins, il va rapidement devenir un paradigme central de la psychanalyse.

Aussi, dans *L'interprétation des rêves*¹⁵⁴ (1900), S. FREUD propose que « (...) il se peut que nous [les garçons] ayons tous senti à l'égard de notre mère notre première impulsion sexuelle, à l'égard de notre père notre première haine ; nos rêves en témoignent. Œdipe qui tue son père et épouse sa mère ne fait qu'accomplir un des désirs de notre enfance. »

Dès lors, que ce soit dans les « *Fragments d'une analyse d'hystérie* »¹⁵⁵ (*Dora*) (1905), dans « *L'analyse de la phobie d'un garçon de cinq ans* »¹⁵⁶ (*le petit Hans*) (1909) ou dans « *A partir de l'histoire d'une névrose infantile*¹⁵⁷ » (*l'homme aux loups*) (1918), S. FREUD fait largement appel aux désirs « oedipiens » dans l'analyse de ces différents cas cliniques.

Déjà en 1905, dans *Trois essais sur la théorie de la sexualité*¹⁵⁸, en soutenant clairement l'idée qu'une sexualité infantile existe bien avant la puberté, S. FREUD avait rendu possible l'avènement d'une théorie inspirée par le mythe d'Œdipe, telle qu'il la précisera plus tard.

¹⁵² FREUD S. *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard, 1987.

¹⁵³ FREUD S. *La naissance de la psychanalyse, lettres à W. Fliess, notes et plans*. Paris : PUF, 1956.

¹⁵⁴ FREUD S. *L'interprétation des rêves*. Paris : PUF, 1967.

¹⁵⁵ FREUD S. « Fragments d'une analyse d'hystérie : Dora. » In : *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF, 1954.

¹⁵⁶ FREUD S. « Analyse d'une phobie d'un petit garçon de cinq ans. » In : *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF, 1954.

¹⁵⁷ FREUD S. « Extrait de l'analyse d'une névrose infantile : L'homme aux loups. » In : *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF, 1954.

¹⁵⁸ FREUD S. *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard, 1987.

La dénomination « complexe d'Œdipe »¹⁵⁹ apparaît en 1910, pour rendre compte de l'existence des nombreuses « représentations » inconscientes (par exemple, des fantasmes incestueux et des fantasmes de parricide), reliées entre elles et se rattachant toutes au conflit oedipien. Parmi celles-ci, de multiples fantasmes de castration sont retrouvés, et regroupés en un « complexe de castration », qui est alors reconnu comme indissociable du complexe oedipien.

Du fait de sa prévalence chez les patients névrosés, le complexe d'Œdipe est désormais considéré par S. FREUD comme le « complexe nucléaire de la névrose. »

2) **Bisexualité psychique et complexe d'Œdipe**

Influencé tout d'abord par les conceptions de W. FLIESS, S. FREUD a retenu l'hypothèse d'une bisexualité biologique constitutionnelle. Ainsi, en 1905, Dans *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, il note que l'organisme est « bisexuel à l'origine, et (...) qu'au cours de l'évolution, il s'oriente vers la monosexualité en conservant quelques restes du sexe atrophié. »¹⁶⁰

Cette hypothèse va être étendue à l'existence d'une bisexualité psychique, ce qui éclairerait notamment la possibilité d'avoir des choix d'objets dans les deux sexes.

Mais en 1913, dans « *L'intérêt de la psychanalyse* », S. FREUD relève que « nous parlons du masculin et du féminin en tant que caractérisant des qualités et des pulsions psychiques, quoique, à rigoureusement parler, les différences entre les sexes ne puissent prétendre à aucune caractérisation psychique spécifique. »¹⁶¹

Dès lors, une des hypothèses avancée par S. FREUD est que la bisexualité psychique ne pourrait véritablement advenir qu'avec l'avènement du complexe d'Œdipe, puisque celui-ci pourrait servir de repère intériorisé permettant la reconnaissance de la différence des sexes.

¹⁵⁹ FREUD S. « Contribution à la psychologie de la vie amoureuse : D'un type particulier de choix objectal chez l'homme. » In : *Revue française de psychanalyse* 1936 ; 9 ; 1.

¹⁶⁰ FREUD S. *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard, 1987.

¹⁶¹ FREUD S. « L'intérêt de la psychanalyse. » In : *Résultats, idées, problèmes*. Paris : PUF, 1984.

3) Phase phallique et complexe d'Œdipe

En 1923, dans « *L'organisation génitale infantile* »¹⁶², S. FREUD décrit, à la suite des stades oral et anal, l'avènement du stade phallique, qui prend place à peu près entre trois et cinq ans et qui prépare le complexe d'Œdipe.

Ce stade est marqué par « le primat du phallus », c'est-à-dire qu'il est centré par la thématique de la présence ou de l'absence du phallus.

Ainsi, c'est durant ce stade que les enfants commenceraient à prendre conscience de la différence anatomique des sexes, mais sous une forme simplifiée, qui correspond à la question : a-t-il (ou elle) un phallus ?

Dans ce texte, S. FREUD précise que c'est durant le stade phallique que les relations d'objets sont dominées par le conflit oedipien. Une spécificité de ce conflit est d'introduire l'enfant à une structure ternaire (un parent de même sexe, un parent de sexe différent et l'enfant) alors que durant les stades antérieurs (oral et anal), il était plus soumis à un travail de différenciation entre lui et autrui (structure duelle). Une préforme de « l'organisation génitale adulte » sera alors réalisée par la configuration du complexe d'Œdipe à ce moment, qui influencera par la suite toute la vie affective adulte.

Dans « *Le moi et le ça* » (1923), S. FREUD reprend différentes conformations possibles qui donnent naissance au complexe d'Œdipe normal : « le petit garçon n'a pas seulement une attitude ambivalente envers le père et un choix d'objet tendre dirigé sur la mère, mais il se comporte en même temps comme une petite fille en montrant une attitude féminine tendre envers le père et l'attitude correspondante d'hostilité jalouse à l'égard de la mère. »¹⁶³

Ici, on peut relever l'existence d'un « Œdipe positif » et d'un « Œdipe inversé » qui vont être retrouvés tous deux au sein du complexe d'Œdipe complet.

Au-delà de ces deux possibilités simples, le complexe d'Œdipe peut être considéré comme une intériorisation par l'enfant de ses liens affectifs (et de ceux de ses parents) au sein du triangle relationnel qui le relie à chacun de ses parents et qui les relie tous deux.

C'est donc à partir de cette étape que la bisexualité psychique serait rendue possible.

¹⁶² FREUD S. « L'organisation génitale infantile. » In : *Œuvres Complètes, XVI*. Paris : PUF, 2001

¹⁶³ FREUD S. « Le moi et le ça. » In : *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1951

4) Complexe de castration et complexe d'Œdipe

A l'instar du complexe d'Œdipe, le complexe de castration est une notion présente depuis les débuts de la psychanalyse, et sa formalisation est progressive dans l'œuvre de S. FREUD.

Ainsi, les « angoisses de castration », les « fantasmes de castration » sont tout autant utilisés que le mythe oedipien dans l'analyse des cas cliniques cités précédemment.

L'expression « complexe de castration » répond aux mêmes nécessités que celle de complexe d'Œdipe ; S. FREUD les considère tous deux comme des organisations psychiques inconscientes, reliées entre elles, et pouvant être partiellement mises à jour par la psychanalyse. Dans ce contexte, le complexe de castration peut être compris comme une condensation, après-coup, des principales angoisses et détresses antérieures, mais dont la forme particulière est dictée par la traversée du conflit oedipien.

En 1923, dans « *L'organisation génitale infantile* », S. FREUD précise que le petit garçon, durant le stade phallique, ne peut interpréter l'absence de pénis que par la castration (du fait de sa maturation psychoaffective), ce qui met en lumière l'importance du complexe de castration : « Le manque de pénis est conçu comme le résultat d'une castration et l'enfant se trouve maintenant en devoir de s'affronter à la relation de la castration avec sa propre personne. »¹⁶⁴

Dans « *La disparition du complexe d'Œdipe* » (1924), il inscrit le complexe de castration dans la suite logique du stade phallique, permettant ainsi le passage du petit garçon du « stade phallique » à la « phase de latence » : face à l'angoisse de castration, « le moi de l'enfant se détourne du complexe d'Œdipe »¹⁶⁵, sans que cela ne supprime ce complexe en tant qu'organisation inconsciente.

Dans ce même texte, puis dans « *Quelques conséquences psychologiques de la différence anatomique entre les sexes* »¹⁶⁶ (1925), S. FREUD s'interroge sur la sexualité féminine, qu'il compare à la sexualité masculine, utilisée dans un premier temps comme un modèle général de compréhension.

¹⁶⁴ FREUD S. « L'organisation génitale infantile » In : *Œuvres Complètes*, XVI. Paris : PUF, 2001.

¹⁶⁵ FREUD S. « La disparition du complexe d'Œdipe » In : *Œuvres Complètes*, XVII. Paris : PUF, 2001.

¹⁶⁶ FREUD S. « Quelques conséquences psychiques de la différence des sexes au niveau anatomique. » In : *Œuvres Complètes*, XVII. Paris : PUF, 2001.

Il décrit alors une évolution temporelle différente dans la construction du complexe d'Œdipe : chez la petite fille, les angoisses de castration précèderaient l'entrée dans la problématique oedipienne, plutôt que de permettre son « déclin » comme chez le garçon.

Pour S. FREUD, le complexe d'Œdipe permet la différenciation sexuée ; il est donc différemment structuré selon le sexe de l'enfant.

5) **Le surmoi, « héritier du complexe d'Œdipe »**

A la fin de la phase phallique, l'enfant intègre les interdits fondamentaux, en même temps que se forme le complexe de castration.

Ainsi, dans « *La disparition du complexe d'Œdipe* » (1924), S. FREUD relève que « l'autorité paternelle ou parentale introjectée dans le moi forme le noyau du surmoi... qui emprunte l'autorité du père, perpétue l'interdiction de l'inceste, et assure le moi contre le retour des investissements libidinaux de l'objet. »¹⁶⁷

En 1933, dans *Les nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, il précise que « l'institution du surmoi peut être décrite comme un cas réussi d'identification avec l'instance parentale. »¹⁶⁸

On perçoit alors comment l'enfant peut se dégager, à un niveau conscient et manifeste, du conflit oedipien : c'est en intégrant inconsciemment (par la constitution du surmoi) des restrictions opposées à ses désir incestueux et meurtriers (vécues à travers des fantasmes de castration).

¹⁶⁷ FREUD S. « La disparition du complexe d'Œdipe. » In : *Œuvres Complètes*, XVII. Paris : PUF, 2001.

¹⁶⁸ FREUD S. « Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse. » In : *Œuvres Complètes*, XIX. Paris : PUF, 2001.

6) Une structure universelle

En 1913, en publiant *Totem et tabou*¹⁶⁹, S. FREUD entend montrer que toute vie en société est fondée sur des interdits communément partagés. Il propose alors de comprendre le complexe d'Œdipe comme la résultante psychique de ces interdits, ce qui lui confère par conséquent une valeur universelle.

Ainsi, même si la forme du complexe d'Œdipe peut varier selon les cultures, les deux interdits fondamentaux qui le sous-tendent (interdit de l'inceste, interdit du meurtre intrafamilial) semblent effectivement universels (Cf. C. LEVI-STRAUSS, *Les structures élémentaires de la parenté*¹⁷⁰).

7) les fonctions du complexe d'Œdipe

Du fait de sa centralité dans la structuration psychique, le complexe d'Œdipe connaît différentes fonctions primordiales dans la théorisation de S. FREUD.

Ainsi, le franchissement du complexe d'Œdipe marque une étape essentielle dans la capacité de l'enfant à s'identifier à autrui, puisqu'il lui permet de passer d'une dialectique duelle (de différenciation ou d'assimilation à l'objet) à une dialectique ternaire (les objets sont reconnus comme différents les uns des autres).

Comme nous l'avons vu, le complexe d'Œdipe permet également l'intégration des interdits fondamentaux (interdit de l'inceste, interdit du meurtre intrafamilial), notamment par la mise en place du surmoi. L'intériorisation du conflit oedipien rend aussi possible, pour l'enfant, la reconnaissance de la différence des générations.

Mais la fonction du complexe d'Œdipe qui nous intéresse principalement ici, c'est son rôle d'organisateur dans la différenciation sexuée. De sa structuration dépendrait alors le fait que l'on se reconnaisse homme ou femme.

¹⁶⁹ FREUD S. *Totem et tabou*. Paris : Payot, 1947.

¹⁷⁰ LEVI-STRAUSS C. *Les structures élémentaires de la parenté*. Paris : PUF, 1949.

B- M. KLEIN : « L'évolution du complexe d'Œdipe est fortement influencé par les vicissitudes de la première relation exclusive à la mère. »¹⁷¹

Comme cela a été décrit dans un chapitre précédent¹⁷², Mélanie KLEIN a repéré, à l'inverse de S. FREUD, des éléments oedipiens précoces (dès le 6^{ème} mois de vie).

Du fait de sa reconnaissance d'un Œdipe précoce, M. KLEIN¹⁷³ se démarque de la théorie freudienne sur le plan de la différenciation sexuée ; ainsi elle pense que, dès ce stade archaïque, garçons et filles auraient déjà « une connaissance inconsciente » de leur sexe (du pénis comme du vagin)¹⁷⁴.

Mais la dynamique fantasmatique qu'elle décrit comme concomitante à cet Œdipe précoce nous permet de le situer plutôt comme une sorte de « précurseur » du complexe d'Œdipe classique tel que S. FREUD l'a décrit.

Ainsi, on pourrait imaginer qu'il fonctionne également comme un « précurseur » de la tiercéité, tant on sait désormais que l'enfant, même très petit, n'a jamais connu de véritable « phase autistique normale »¹⁷⁵, ni de véritable « symbiose. » En effet, dès la naissance, l'enfant ne peut être considéré uniquement comme un objet passif, entièrement soumis à ses parents : les recherches actuelles sur « les compétences »¹⁷⁶ du nouveau-né nous prouvent aujourd'hui qu'il est actif, tant dans les processus d'apprentissage, que lors des interactions affectives.

De la même façon, le complexe d'Œdipe précoce pourrait agir comme un précurseur de la différenciation sexuée, en tant qu'il permettrait une première différenciation psychique du rôle de chaque parent.

¹⁷¹ KLEIN M. « Envie et gratitude. » In : *Envie et gratitude et autres essais*. Paris : Gallimard, 1968.

¹⁷² Cf. chapitre I- C- de la première partie

¹⁷³ KLEIN M. *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1968.

¹⁷⁴ PUEL J. « Identification et identité sexuée. Quelques repères psychanalytiques. » *Nervure* 1990 ; 3 ; 9.

¹⁷⁵ MAHLER M. *Psychose infantile*. Paris : Payot, 1973.

¹⁷⁶ CHILLAND C. « La naissance de l'identité sexuée. » In : LEBOVICI S., SOULE M., DIATKINE R. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF, 1995.

C- COMPLEXE D'ŒDIPE ET DIFFERENCIATION SEXUEE CHEZ J. LACAN

Dans un chapitre précédent, nous avons évoqué comment l'enfant, dans la théorie lacanienne, fondait une préforme de son identité grâce au stade du miroir.

A travers le cheminement oedipien que propose J. LACAN, nous allons présenter ici les principales étapes qui vont permettre à l'enfant d'articuler cette préforme aux conditions (symboliques et imaginaires) de son existence. Pour ce faire, quatre éléments vont interagir (la mère, le père, l'enfant et le phallus) et former différentes triangulations, jusqu'à l'avènement de la « métaphore du Nom-du-Père », qui viendra couronner la traversée de l'Œdipe.

Avant cela, il nous faudra préciser la spécificité de la notion de phallus telle que J. LACAN l'a reformulée, toujours à partir des travaux de S. FREUD.

Enfin, nous pourrions présenter les « formules de la sexuation », qui, au-delà du complexe d'Œdipe, permettraient véritablement une différenciation sexuée.

1) Le phallus

J. LACAN, élaborant sa propre théorie dans le contexte d'un « retour à Freud », relève que « Dans son œuvre, l'objet phallique a la place centrale dans l'économie libidinale, chez l'homme comme chez la femme. C'est là un fait tout à fait essentiel (...). Quelque remaniement que S. FREUD ait apporté à sa théorisation (...), la prévalence du centre phallique n'a jamais été modifiée. »¹⁷⁷

S'inscrivant dans cette pensée, J. LACAN entend néanmoins distinguer clairement le phallus du pénis : le premier pourrait être considéré comme une représentation psychique issue du second, que ce soit sous une forme imaginaire (le phallus imaginaire) ou symbolique (le phallus symbolique).

Pour J. DOR¹⁷⁸, dans la théorie lacanienne, « l'objet phallique est avant tout un objet dont la nature est d'être un élément signifiant. » Ainsi, déconnecté de toute réalité anatomique, « (...) la fonction attribuée à un tel objet ne peut se ramener à l'occurrence : avoir ou ne pas avoir le pénis. »

¹⁷⁷ LACAN J. *Le séminaire. Livre 3, les psychoses*. Paris : Le Seuil, 1981.

¹⁷⁸ DOR J. *Introduction à la lecture de LACAN. I. L'inconscient structuré comme un langage*. Paris : Denoël, 1985.

Sous sa forme imaginaire, ce serait même la notion de manque qui légitimerait l'existence de l'objet phallique : c'est parce qu'il est repéré comme pouvant manquer que son existence peut être postulée. En effet, pour S. FREUD, « le manque de pénis est conçu », c'est-à-dire que c'est à partir d'une absence de l'organe que sa représentation psychique peut être construite : la reconnaissance du manque est première et la construction imaginaire du phallus tente d'y remédier.

Dans le registre symbolique, le phallus répond à « une fonction d'équivalence »¹⁷⁹ : ainsi, le phallus imaginaire peut être remplacé symboliquement par toutes sortes d'objets. Ceci avait déjà été repéré par S. FREUD dans « *Les transpositions pulsionnelles, en particulier, dans l'érotisme anal* »¹⁸⁰ (1917) lorsqu'il avait avancé l'existence d'une série « d'équations symboliques » entre pénis, fèces, enfant, cadeau,..., chacun de ces objets pouvant être remplacé préférentiellement par un autre d'entre eux.

Mais pour J. LACAN, la fonction symbolique du phallus va au-delà de son insertion dans cette série : elle permet à cette série d'exister, dans la mesure où « le phallus est un signifiant [...], le signifiant destiné à désigner dans leur ensemble les effets de signifié. »¹⁸¹

Comme cela va être précisé dans le chapitre suivant, le phallus est, pour J. LACAN, le seul opérateur symbolique qui rende possible le déroulement du complexe d'Œdipe, l'avènement de la métaphore du Nom-du-Père, et la différenciation sexuée. A ce titre, « la fonction du phallus [peut être reconnue] non comme objet, mais comme signifiant du désir, dans tous ses avatars. »¹⁸²

¹⁷⁹ NASIO J. D. *Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse*. Paris : Payot, 1992.

¹⁸⁰ FREUD. S. « Des transpositions pulsionnelles, en particulier dans l'érotisme anal. » In : *Œuvres Complètes*, XV. Paris : PUF, 2001.

¹⁸¹ LACAN J. « La signification du phallus. » In : *Ecrits*. Paris : Le Seuil, 1966.

¹⁸² LACAN J. *Le séminaire. Livre 5, les formations de l'inconscient*. Paris : Le Seuil, 1998.

2) Les trois temps du complexe d'Œdipe et la métaphore du Nom-du-Père

a) Premier moment de l'Œdipe

Ici, la relation unissant l'enfant à sa mère est principalement marquée par le désir de l'enfant de combler le désir de sa mère, d'y répondre le mieux possible.

Or, le désir pouvant être compris comme un manque, on peut alors considérer que l'enfant essaie d'être ce qui manque à sa mère.

J. LACAN résume cette dynamique infantile en proposant que « pour plaire à la mère, (...) il faut et il suffit d'être le phallus »¹⁸³, le phallus pouvant être compris ici à la fois comme phallus imaginaire (ce qui manquerait à la mère) et comme phallus symbolique (« le signifiant du désir »).

L'identification de l'enfant au phallus maternel le contraint ainsi à se situer dans une dialectique de l'être (« être ou ne pas être le phallus »), qui n'admettrait pas encore l'occurrence du « tiers paternel. »

b) Second moment de l'Œdipe

L'élément caractéristique de ce second moment est la reconnaissance, par l'enfant, du rôle primordial du père, qui va prendre sa place dans le triangle relationnel mère-phallus-enfant.

L'enfant va découvrir que le désir de la mère peut dépendre d'un objet totalement extérieur à la relation mère-enfant, objet qui va être imaginairement situé chez le père.

Celui-ci sera alors reconnu comme ayant ce qui manque à la mère, c'est-à-dire qu'il sera supposé avoir le phallus.

De toutes les façons, un tiers extérieur se révèle détenir ce qui manque à la mère ; le désir de la mère est donc « soumis à la loi du désir de l'autre. »¹⁸⁴

¹⁸³ *Id.*

¹⁸⁴ *Ibid.*

Dès lors, la dialectique de l'avoir (« avoir le phallus ou non ») peut être reconnue par l'enfant comme un au-delà de la dialectique de l'être. Ceci lui permettra de ne plus être entièrement dépendant du désir de la mère car il pourra être comme cet autre qui a le phallus, en sortant de l'alternative être tout ou rien pour la mère (« être le phallus ou pas »).

Cette ouverture à l'interaction avec d'autres formes de désir présuppose l'acceptation d'une perte, celle de la maîtrise du phallus, car « pour l'avoir, il faut d'abord qu'il ait été posé qu'on ne peut pas l'avoir, que cette possibilité d'être castré est essentielle dans l'assomption du fait d'avoir le phallus. »¹⁸⁵

C'est donc durant ce second moment que l'enfant rencontre « la loi du désir de l'autre », qui instituerait le complexe de castration. Le terme de castration est compris par J. LACAN comme désignant forcément la « castration symbolique d'un objet imaginaire [le phallus]. »¹⁸⁶

c) Troisième moment de l'Œdipe

Ce dernier moment est celui du « déclin du complexe d'Œdipe. »

Ici, le positionnement de celui qui est supposé avoir le phallus est déterminant : « c'est pour autant qu'il intervient au troisième temps comme celui qui a le phallus et non pas qu'il l'est, que peut se produire quelque chose qui réinstaure l'instance du phallus comme objet désiré de la mère et plus seulement comme objet dont le père peut la priver. »¹⁸⁷

Cette occurrence permet à l'enfant d'entrer dans une dynamique identificatoire nouvelle : étant posé qu'il ne peut être le phallus, et que sa possession ne va pas de soi, il va chercher à l'avoir. Et pour ce faire, il devra se positionner clairement comme son père (pour espérer l'avoir et s'en servir auprès d'une femme) ou comme sa mère (pour espérer le trouver auprès d'un homme).

¹⁸⁵ *Ibid.*

¹⁸⁶ *Ibid.*

¹⁸⁷ *Ibid.*

d) La métaphore du Nom-du-Père

La métaphore du Nom-du-Père peut être comprise comme la résultante psychique de la traversée oedipienne : elle est l'opération symbolique inaugurale qui permettrait au sujet d'entrer dans la « loi du langage. »

« La fonction du père dans le complexe d'Œdipe est d'être un signifiant [le Nom-du-Père] substitué au signifiant, c'est-à-dire au premier signifiant introduit dans la symbolisation, soit le signifiant maternel [le phallus]. »¹⁸⁸

Cette première substitution signifiante (remplacement du « phallus » par le « Nom-du-Père ») permet ainsi le refoulement, la mise au second plan, du signifiant phallique : l'enfant peut alors passer de la position d'objet (être le phallus) à une position de sujet (avoir le phallus), en regard du désir de la mère.

Cette opération est également nommée « refoulement originaire » car elle inaugurerait et permettrait l'ancrage de la symbolisation dans le psychisme.

Dès lors que cette métaphore originaire a été effectuée, il serait possible, pour le sujet, d'accéder à une dimension proprement symbolique : le perçu et le vécu pourraient alors être remplacés par des mots et des phrases, tout comme le « phallus » a été remplacé par le « Nom-du-Père. »

J. LACAN, à l'inverse de S. FREUD, ne retrouve pas de différenciation dans le déroulement du complexe d'Œdipe selon le sexe du sujet : « la fonction imaginaire du phallus parachève dans les deux sexes la mise en question du sexe par le complexe de castration. »¹⁸⁹

La différenciation sexuée (le fait de se reconnaître homme ou femme) connaîtrait alors une autre origine, ce qu'il a formalisé en proposant des « formules de la sexuation » dans le séminaire *Encore*¹⁹⁰ en 1973.

¹⁸⁸ *Ibid.*

¹⁸⁹ LACAN J. « La signification du phallus. » In : *Ecrits*. Paris : Le seuil, 1966.

¹⁹⁰ LACAN J. *Le séminaire. Livre 20, Encore*. Paris : Le seuil, 1975.

3) Les formules de la sexuation

L'inscription dans la différence des sexes n'est pas comprise ici comme superposée à la différence anatomique : ce serait plutôt la façon dont le sujet a rencontré la « loi de la castration » (représentée par la fonction Φx) qui la conditionnerait. Et c'est dans la mesure où le sujet « se trouve être dans la position d'habiter le langage »¹⁹¹ que ces formules permettraient de définir « sa part dite homme ou bien femme. »¹⁹²

①	$\exists x \quad \bar{\Phi} x$	$\bar{\exists} x \quad \bar{\Phi} x$	②
④	$\forall x \quad \Phi x$	$\bar{\forall} x \quad \Phi x$	③

Ici, les formules 2 et 3 concerneraient la « part femme des êtres parlants »¹⁹³, tandis que les formules 1 et 4 s'appliqueraient aux hommes.

La formule 4 pourrait s'écrire « tous les hommes sont soumis à la fonction phallique et à la castration. » La formule 1 est issue de l'hypothèse avancée par S. FREUD dans *Totem et tabou* : « il existe un homme qui y fait exception » (le père de la horde primitive).

Comme le relève A. VANIER, « c'est ainsi que l'homme s'inscrit : par la fonction phallique, à la condition qu'elle « trouve sa limite dans l'existence d'un x par quoi la fonction Φx est niée » : c'est la fonction du père. »¹⁹⁴

La formule 2 peut se lire ainsi : « il n'existe pas de femme qui ne soit pas concernée par la fonction phallique. » Ici, on ne peut trouver de femme qui puisse y faire exception, comme chez les hommes. La formule 3 peut se comprendre « les femmes ne sont pas-toutes entières soumises à la fonction phallique. » Cela signifie qu'elles ont accès à une jouissance qui est « autre » par rapport à la seule jouissance phallique que connaîtraient les hommes.

¹⁹¹ *Id.*

¹⁹² *Ibid.*

¹⁹³ *Ibid.*

¹⁹⁴ VANIER A. « Formules de la sexuation. » In *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.

A travers ces formules, J. LACAN entend souligner que les hommes et les femmes ne sont pas dans une position identique dans leurs rapports respectifs à la jouissance, et à ce qui vient la réguler, à savoir la fonction phallique.

Ici, le complexe d'Œdipe, tout en y étant lié, ne sert pas de repère central à la différenciation sexuée : pour J. LACAN, c'est avant tout la façon dont les signifiants vont s'ordonner par rapport à la « fonction phallique » qui va déterminer, chez les « êtres parlants », s'ils se reconnaissent hommes ou femmes.

D- LES RAPPORTS ENTRE DIFFERENCIATION SEXUEE ET COMPLEXE D'OEDIPE

1) La différenciation sexuée, à partir de l'étude des cas d'intersexualité

C'est dans les années 1950, aux Etats-Unis, que John MONEY, John et Joan HAMPSON¹⁹⁵ ont initié l'étude de ces cas d'enfants nés avec un sexe difficile à définir (hermaphrodismes, ...).

Ils ont, par une méthodologie expérimentale, mis en évidence que le sexe d'assignation et d'éducation de l'enfant l'emportait sur son sexe biologique ou chromosomique, si l'enfant avait été élevé sans ambiguïtés dans ce sexe.

De la même façon, ils ont démontré que l'identité sexuée était établie entre 18 à 24 mois, et que tout changement de sexe postérieur à l'âge de deux ans et demi avait des conséquences sévères sur le devenir des enfants opérés.

Le positionnement des parents, dans ces situations d'intersexualité, est primordial : lorsque des parents sont ambivalents quant au sexe de leur enfant, le risque serait important que ce dernier développe une incertitude sur son identité sexuée.

Mais ils ont néanmoins situé la compréhension cognitive et affective de l'enfant au centre du processus de différenciation sexuée : « La variable qui ressort dans l'établissement du rôle et de l'orientation d'une personne quant au genre n'est ni héréditaire ni environnementale, dans

¹⁹⁵ MONEY J., HAMPSON J. G. and HAMPSON J.L. "Examination of some basic sexual concepts." *Bul. John Hopkins Hospital* 1955 ; 97.

quelque sens puriste que ce soit de ces termes, mais c'est son propre déchiffrement, sa propre interprétation d'une pluralité de signes, dont les uns peuvent être considérés comme héréditaires ou constitutionnels, les autres comme environnementaux. »¹⁹⁶

En France, Léon KREISLER¹⁹⁷ a repris à son compte ces propositions de J. MONEY et des HAMPSON, dans une étude publiée à partir d'une quarantaine de cas. Il a également insisté sur l'existence d'une modalité particulière du développement de l'identité sexuelle, la « psychosexualité ambiguë », qui correspond cliniquement à l'incapacité à être sûr, pour une personne, d'être un garçon ou une fille. Celle-ci serait « la conséquence de l'incertitude des parents vis-à-vis du sexe de leur enfant. »

Dans cette occurrence, L. KREISLER a noté que tous les patients avaient également « sans exception, (...) des personnalités profondément perturbées, notamment du type que nous avons décrit sous le nom des « inorganisations structurales sévères », telles que l'on peut les observer chez les enfants gravement carencés ou tenus dans l'ignorance de leur filiation. »¹⁹⁸

Cette corrélation entre troubles graves de la personnalité et « psychosexualité ambiguë » serait consécutive au fait que l'enfant, affecté « dans la cohérence de son identité fondamentale », soit « privé de possibilités d'identification » : son développement ne pourrait alors pas s'appuyer sur des références parentales sexuées, lui-même ne se reconnaissant pas clairement comme sexué.

Dans ces situations, c'est donc à partir d'une incertitude parentale concernant le sexe de l'enfant qu'un évitement du conflit oedipien pourrait se produire. Ceci entraînerait des effets tant dans la construction de la personnalité que dans l'assomption d'une psychosexualité normale.

¹⁹⁶ MONEY J., HAMPSON J. G. and HAMPSON J.L. "Imprinting and the establishment of gender role." *Archives of Neurology and Psychiatry* 1957 ; 77.

¹⁹⁷ KREISLER L. « Les intersexuels avec ambiguïté génitale. Etude psychopédiatrique. » *La psychiatrie de l'enfant*, 1970 ; XIII ; 1.

¹⁹⁸ KREISLER L. « Ce que les enfants de sexe ambigu ont apporté à la connaissance de l'identité sexuée. » *Nervure* 1990 ; 3 ; 9.

2) La différenciation sexuée, à partir de l'étude des cas de transsexualité

Le transsexualisme, tel que nous le connaissons aujourd'hui, a été rendu possible il y a relativement peu de temps (deuxième moitié du vingtième siècle) par les progrès techniques de la médecine et de la chirurgie.

Ainsi, on peut citer H. BENJAMIN¹⁹⁹ qui en a proposé une définition en 1966 : le transsexualisme consiste en une « croyance chez un sujet biologiquement normal, d'appartenir à l'autre sexe avec un désir intense et obsédant de changer sa conformation anatomique sexuelle selon l'image que le sujet s'est faite de lui-même avec demande d'intervention chirurgicale et endocrinienne. »

Egalement aux Etats-Unis, la théorisation de R. STOLLER²⁰⁰ (1968) s'est basée sur la différence entre les concepts de « sexe » (sexe biologique et génétique, non ressenti par le sujet) et de « genre » (sexe sociologique et comportemental, inscrit dans le vécu du sujet).

Ceci lui a permis de proposer que le transsexualisme soit secondaire à une intégration anormale du genre opposé au sexe du sujet, suite à une sorte d'« imprégnation » trop importante, ou d'« empreinte » trop marquée, effectuée au contact de son parent de sexe opposé, lors d'une « symbiose » originelle.

Pour R. STOLLER, cette « symbiose », inévitable entre le bébé et sa mère, serait secondaire à une absence de maturation du système nerveux central du bébé. Pour lui, le bébé serait passif face à ce que sa mère lui imposerait lors de cette expérience originelle, et il serait véritablement, au premier degré, « marqué par une empreinte » laissée par elle.

Ainsi, il estime que « c'est seulement récemment qu'ont été conceptualisées et étudiées, à travers l'observation directe des nourrissons, les tous premiers stades de l'élevage, c'est-à-dire ceux où les relations d'objet ne se sont pas encore constituées. Je songe ici en particulier aux données théoriques et pratiques concernant des phénomènes tels que l'imprégnation, le conditionnement viscéral, le conditionnement simple et le conditionnement opérant qui peuvent entraîner des changements du système nerveux sans passer directement par l'appareil mental du petit enfant (...) »²⁰¹

¹⁹⁹ BENJAMIN H. *The transsexual Phenomenon*. New York: Julian Press, 1966.

²⁰⁰ STOLLER R. J. *Recherches sur l'identité sexuelle*. Paris : Gallimard, 1978.

²⁰¹ STOLLER R. *L'excitation sexuelle, dynamique de la vie érotique*. Paris : Payot, 1984.

Partant de ces postulats, R. STOLLER en vient à proposer la notion d'un développement préoedipien « aconflictuel », durant lequel se constituerait le socle de l'identité sexuée (ou « identité de genre »).

La partie la plus ancrée, la plus profonde, de l'identité de genre serait, dans les deux sexes, une « féminité primordiale » ; celle-ci constituerait la première « empreinte » laissée nécessairement par l'influence de la mère sur le bébé.

La seconde partie, qui permet un début de différenciation, toujours développée avant le conflit oedipien (et d'une façon « aconflictuelle »), est nommée « noyau d'identité de genre » (« core gender identity ») par R. STOLLER : celui-ci se serait formé après que le stade symbiotique avec la mère se soit achevé, permettant à l'enfant d'aller vers un noyau d'identité de genre masculin (par « imprégnation » de son père) ou féminin.

La partie la plus superficielle de l'identité de genre, et donc la moins déterminante pour R. STOLLER, est représentée par le complexe d'Œdipe. Celui-ci ne pourrait alors que confirmer le noyau d'identité de genre ou bien être la source de quelques remaniements défensifs, mais en aucun cas, il ne serait le fondement de l'identité sexuée²⁰².

Dès lors, le transsexualisme masculin est compris par R. STOLLER comme une persistance anormale du stade symbiotique entre la mère et le garçon. Cette anomalie aboutirait alors à une « symbiose de genre » où le « noyau d'identité de genre » du petit garçon se serait formé au contact prolongé de sa mère, d'où son sentiment ancré « d'être une femme enfermée dans un corps d'homme. »

La dynamique familiale influencerait largement sur la détermination de cette symbiose prolongée : les mères, présentant un « sentiment de vide ou d'incomplétude, (...) ne permettent pas qu'une séparation normale se produise, et l'enfant ne peut donc pas dire où se situe exactement la limite entre lui et sa mère. »²⁰³ Les pères sont « « dynamiquement » absents – leur absence est vivante, tantalissante au plus haut point – par rapport à l'absence « statique » des pères morts ou divorcés. »²⁰⁴

²⁰² DEPOND E. *Considérations sur le transsexualisme* (Thèse). Angers, France : Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Angers, 1985.

²⁰³ STOLLER R. J. *Recherches sur l'identité sexuelle*. Paris : Gallimard, 1978.

²⁰⁴ *Id.*

Cette théorie ne s'appliquerait, pour cet auteur, qu'à une catégorie restreinte des patients demandeurs d'opération de changement de sexe : ceux que R. STOLLER a désigné comme les « transsexuels vrais », qui se seraient depuis toujours, et sans ambiguïtés, reconnus du genre opposé à leur sexe.

Ainsi, R. STOLLER a élaboré une théorisation concernant le transsexualisme et la construction de l'identité sexuée, en se basant à la fois sur des données expérimentales, des théories comportementales et des théories psychanalytiques, et en essayant de concilier ces différentes approches.

Mais, ce faisant, il s'est largement démarqué de l'abord freudien, que ce soit en accordant moins de place à la notion de conflictualité dans la vie psychique, ou en considérant que le bébé ne peut être la source d'une subjectivité en construction dès la naissance.

De la même façon, R. STOLLER n'a pas accordé au complexe d'Œdipe la même centralité que S. FREUD que ce soit dans la construction psychique globale, ou dans l'édification de l'identité sexuée.

3) La différenciation sexuée et le complexe d'Œdipe, à partir d'une synthèse d'A. GREEN

En 1973, A. GREEN²⁰⁵ a entrepris de synthétiser les avancées de la théorie analytique sur le domaine de la différenciation sexuée, pour mettre en avant l'existence d'un « fantasme de l'abolition de [la différence sexuelle] » qu'il a nommé « le genre neutre. »

Partant de *l'origine biologique de la sexualité*, il propose de considérer que, « dans l'espèce humaine, apparaît un nouveau relais mutatif (ORGANISATEUR 1) qui se superpose au développement biologique. » Celui-ci ne serait autre que le « relais humain » qui « sera le déterminant fondamental de la sexualité de l'individu. »

Dans cet « ORGANISATEUR 1 » de la différenciation sexuée, A. GREEN reconnaît différents éléments, dont le premier est « l'attribution d'un sexe à l'enfant. » Puis vient le « fantasme parental, maternel en particulier » auquel il attribue « un rôle de puissant inducteur dans l'établissement de la monosexualité individuelle. » Ici, comme pour R. STOLLER, on retrouve un stade de la différenciation sexuée où la notion de conflit reste extérieure au sujet : l'enfant peut, par contre, être l'objet d'un conflit si l'un des parents est « lui-même pris dans un conflit relatif à la bisexualité psychique. »

L'« ORGANISATEUR 2 » de la différenciation sexuée est représenté par « le fantasme de la scène primitive, qui met en jeu des désirs et des identifications contradictoires » : ces désirs et ces identifications sont à la fois ceux des parents envers l'enfant et ceux de l'enfant envers les parents. Ici, la dimension conflictuelle intervient pleinement dans la détermination de la différenciation sexuée, puisque différents désirs et différentes identifications sont pris en compte simultanément.

C'est donc ici que prendrait éventuellement naissance le « fantasme du genre neutre », comme une réponse défensive « d'anéantissement du désir sexuel et partant de l'identification sexuée » face à la dimension conflictuelle inhérente à ce second organisateur.

²⁰⁵ GREEN A. « Le Genre Neutre. » *Nouvelle Revue de Psychanalyse* 1973 ; 7.

L' « ORGANISATEUR 3 » ne serait autre que le complexe d'Œdipe, qui clôturerait la différenciation sexuée. Dès lors, le complexe de castration pourrait intervenir, car il « n'est opératoire que lorsque est acquis le sens du sexe auquel l'individu appartient. Il n'est pas contemporain de la découverte de la différence des sexes mais du moment où celle-ci prend une signification organisatrice. »

A la suite de cette synthèse, A. GREEN propose de *lier la notion de différenciation sexuée avec celle de structuration psychique, au sein du complexe d'Œdipe*. Nous citerons ainsi *in extenso* un passage de son texte car il nous semble articuler d'une façon très claire ces deux processus ; le modèle proposé reste alors sous la dépendance de la dimension conflictuelle.

« Au moment du complexe d'Œdipe, le conflit prend la forme de l'opposition entre la réalité sexuelle de l'individu et la réalité psychique. La réalité sexuelle est celle du sexe déterminé et fixé avant la troisième année, la réalité psychique est celle des fantasmes convergents ou divergents avec la réalité sexuelle. Ce conflit dépend pour beaucoup de la position adoptée par le moi qui peut selon les cas dénier complètement la réalité (psychose transsexualiste) ou admettre la réalité sexuelle en la clivant de la réalité psychique, en s'attachant à satisfaire les fantasmes de celle-ci, en y adhérant et en les agissant (perversion), ou enfin refuser la part de la réalité psychique qui contredit la réalité sexuelle (névrose).

Les options du moi sont tributaires de la période préœdipienne et des marques plus ou moins mobilisables qu'il a subies. »

Ce fragment de la théorisation d'A. GREEN nous permet de conclure notre abord théorique sur la sexuation en soulignant l'importance de l'intrication entre structuration psychique et différenciation sexuée au sein du complexe d'Œdipe ; il nous conduit également à introduire le cas clinique d'Hélène C.

IV- CAS CLINIQUE : HELENE C.

A- INTRODUCTION

Pour illustrer les liens qui peuvent exister entre sexuation et structuration psychique, nous allons présenter le cas clinique de Hélène C., qui présente un trouble de l'identité sexuée.

De nombreux documents cliniques nous ont été accessibles pour rendre compte de sa biographie, de ses antécédents psychiatriques, et de l'histoire de ses troubles de l'identité sexuée, du fait de multiples hospitalisations en milieu spécialisé.

Puis, nous exposerons plus brièvement une analyse de sa présentation et de son discours, tels que nous avons pu les constater récemment ; il sera alors possible d'effectuer une discussion diagnostique et psychopathologique où l'investigation expertale sera d'abord précisée, avant d'en venir à proposer différents diagnostics de structure.

B- BIOGRAPHIE

1) Avant-propos

Un « avant-propos » est nécessaire pour la clarté de notre exposé.

Durant ce travail, nous nommerons un même patient de deux façons différentes : M. C. et Hélène C. « M. C. » sera utilisé pour parler de « lui » avant qu'aucun expert n'ait accrédité sa demande en lui fournissant des médicaments nécessaires à une transformation sexuelle. « Hélène » sera employé lorsqu'on se réfèrera à « elle » après que sa demande ait été entendue concrètement.

Ce changement de nomination, dans le texte, rendra compte du changement qui s'est réellement déroulé dans la présentation physique de M. C. et introduira le lecteur dans la « confusion des genres » que l'on ne peut que ressentir lorsqu'on aborde diachroniquement l'histoire de M. C.

2) Enfance et vie familiale

M. C. est né en 1951, de parents agriculteurs, dans un petit village.

Il est le cinquième enfant d'une fratrie de dix.

M. C. se décrit dans l'enfance comme ayant toujours été « fragile, peureux, soumis, faible » voire maladif, « mal dans sa peau. » On lui aurait interdit de faire des activités brutales du fait de sa « faiblesse habituelle. » Il dit avoir toujours été attiré par des activités calmes, « avec des filles, car apeuré par les garçons. »

M. C. parle de son père en insistant sur son calme, sa discrétion, ses silences. Marqué par les horreurs qu'il a vues ou subies durant la deuxième guerre mondiale, il n'a pu en faire état que les jours précédents son décès (par pendaison), alors que M. C. avait 20 ans. Il n'aurait jamais été « très proche » de M. C., et aurait remis en question son statut d'enfant malade car aucune cause physique n'était retrouvée. Selon M. C., son père aurait été « dominé par sa femme : il se sentait inférieur car il n'était allé à l'école que jusqu'à huit ans. »

La mère de M. C. est décrite comme « une battante, autoritaire, sévère et sûre d'elle. » Elle a su « combattre et surmonter un cancer », chose dont le père de M. C. aurait été incapable puisqu'il aurait « préféré se suicider plutôt que d'affronter le cancer » dont il se savait atteint. Elle a toujours accepté que M. C. reste à la maison avec elle, « près de ses bottines », plutôt que d'aller à l'école, lorsqu'il se sentait mal.

Concernant sa fratrie, M. C. rapporte de nombreuses moqueries de la part de ses frères à son égard, notamment sur son apparence physique (« t'as une grosse tête, de gros yeux »), vécues dans un sentiment de peur. Par contre, il décrit une très grande proximité avec sa sœur cadette, qui l'aurait « toujours rassuré. »

3) Adolescence

Il semble que les premières manifestations évocatrices de troubles de l'identité sexuelle aient eu lieu durant l'adolescence de M. C.

En effet, à quatorze ans, il dit avoir volé la robe d'une de ses grandes sœurs pour s'en revêtir, régulièrement, toujours caché du regard des autres. Cette habitude, quoique très culpabilisatrice, aurait eu pour fonction de rassurer M. C., de lui épargner un sentiment de peur diffuse habituellement ressenti.

C'est également à 14 ans qu'il arrêta l'école, pour aider ses parents dans leur ferme, en tant « qu'aide familiale. »

De 15 à 18 ans, la sœur cadette de M. C. (cinq ans de moins que lui), celle dont il a toujours été proche, aurait pris pour habitude de le maquiller avec du fond de teint pour « aller au bal. »

Dans l'ensemble, M. C. dit avoir « toujours été efféminé » ; c'est pourquoi à 18 ans, il fait une préparation militaire dans les parachutistes « pour prouver sa virilité », et ainsi, il « essaye de faire comme tout le monde. » Mais cette préparation sera vite interrompue, puisque M. C. subit un grave accident lors d'un saut en parachute, et doit rester hospitalisé en milieu médical pendant huit mois suite à de nombreuses fractures.

C'est durant son séjour à l'hôpital que le père de M. C. se suicidera par pendaison.

4) Vie adulte

a) Vie conjugale et familiale

Durant sa convalescence à domicile, M. C. rencontre sa future femme, qui est une amie de sa sœur cadette et a le même âge qu'elle (quatre ans de moins que M. C.).

Il se mariera avec elle un an plus tard, après avoir appris qu'elle était enceinte.

Leur premier enfant naît en 1973, le second en 1975 (décédé par mort subite du nourrisson), et le troisième en 1977 ; M. C. nourrit de sérieux doutes concernant la paternité de ce troisième enfant.

M. C. dit avoir toujours été « complexé sur le plan sexuel », et décrit une vie sexuelle pauvre, marquée par des « échecs répétés » et par des « reproches [humiliants] de sa femme. »

Il explique également qu'il comprend que sa femme ait pu « chercher ailleurs » ce qu'il ne pouvait lui procurer.

A côté de cette « incapacité » pointée par M. C., la relation conjugale aurait été sous-tendue par la domination de sa femme : il la décrit comme « autoritaire », et cite de nombreux éléments qui montrent qu'elle pouvait « décider pour deux. »

Malgré ces difficultés, ils resteront mariés jusqu'en 1993. Mme C. aurait décidé de quitter son mari suite à ses troubles psychiatriques invalidants.

Concernant ses enfants, M. C. explique que leurs naissances n'avaient pas été « prévues », puisque Mme C. ne prenait pas de contraception. Mais ils auraient été bien accueillis par leurs parents, et M. C. dit avoir été « proche d'eux », sans pouvoir jamais être « sévère. » Cette proximité un peu floue est décrite avec les mêmes mots que la proximité de sa propre mère avec lui lorsqu'il était enfant, à la différence qu'il n'aurait pu faire preuve d'autorité.

Cette dernière aurait eu des réactions très différentes envers les deux enfants de M. C. : très affectueuse avec la fille aînée, elle aurait été très négligente, voire blessante avec le garçon, plus jeune, à tel point que M. C. aurait évité sa mère pour protéger son fils durant une certaine période.

b) Vie professionnelle

Après le séjour hospitalier de huit mois pour multiples fractures, M. C. travaille en usine durant deux ans, ne pouvant plus exercer le métier de « tailleur de pierres » qu'il avait appris avant d'aller à l'armée.

Deux ans plus tard, un accident de la voie publique entraîne une nouvelle hospitalisation en milieu médical pour fracture du membre inférieur droit. Suite à cela, M. C. fait une formation pour devenir « conducteur d'engins » sur des chantiers.

C'est ce métier qu'il exercera jusqu'en 2001, moment où sa volonté de changer de sexe rendra ce travail impossible pour lui, du fait du ressenti de honte de M. C. à l'égard de ses collègues.

c) Vie amicale

M. C. dit n'avoir jamais eu d'amis jusqu'à récemment : il décrit une incapacité à entrer en relation d'une façon satisfaisante, jusqu'à ce qu'il rencontre d'autres personnes qui avaient des « problèmes d'alcool », et avec qui il a pu nouer des liens, durant la période de soins entre 1993 et 1997.

E- ANTECEDENTS

1) Antécédents familiaux

C'est essentiellement dans la lignée paternelle que l'on relève de sévères antécédents suicidaires.

En effet, une arrière-grand-mère, la grand-mère et une tante, toutes du côté paternel, se sont suicidées. Le père de M. C. s'est également suicidé lorsque M. C. avait 20 ans, par pendaison. Néanmoins, il n'y a aucune notion d'hospitalisation en milieu psychiatrique, ou même de troubles psychiatriques pour tous ces membres de la famille de M. C.

2) Antécédents dans l'enfance et l'adolescence

Plusieurs hospitalisations ont eu lieu durant l'enfance de M. C., pour des troubles psychiques mal caractérisés. Une convalescence de 3 mois a notamment été proposée et acceptée par la famille de M. C. lorsqu'il avait 12 ans.

Ces troubles ont eu des répercussions importantes puisque M. C. précise qu'il n'a « jamais pu faire une année scolaire complète » : chaque année, plusieurs mois de scolarité n'étaient pas suivis.

Durant l'adolescence, plusieurs consultations aux urgences du centre hospitalier ont été nécessaires suite à des crises d'angoisse. Le compte-rendu d'un passage aux urgences à 19 ans se résume par « lipothymie sans importance chez un patient ayant un QI limité » (sic).

3) Antécédents psychiatriques avant la mise en avant de la problématique identitaire

a) Période 1983-1986

Durant ces trois années, M. C. a été régulièrement hospitalisé et suivi en milieu psychiatrique pour un état dépressif atypique.

Malheureusement, le dossier rendant compte de cette période n'a pu être retrouvé.

Ce que M. C. peut en dire, c'est « qu'à cette période, il était déjà différent des autres hommes. » Pour autant, il n'avait pas encore émis explicitement de demande de changement de sexe.

Il précise que « les médecins avaient bien du mal avec lui car il ne disait rien », ayant honte de ses difficultés à se sentir « comme un homme normal. »

b) Trois mois d'hospitalisation en 1992

Une hospitalisation pour syndrome dépressif et idéation suicidaire aura lieu en 1992 dans la région où M. C. habitait avec sa femme à ce moment. Malheureusement, le dossier psychiatrique concernant cette période n'a pu être récupéré.

Suite à cette récurrence dépressive, et dans un contexte où sa femme mettait déjà en cause leur relation conjugale, elle décide de divorcer.

M. C. reviendra alors vivre dans sa région d'origine, chez sa mère.

c) Neuf mois de soins psychiatriques : de mars 1994 à janvier 1995

Cette période fut marquée par une hospitalisation quasiment continue, avec une alternance entre hospitalisation complète et hospitalisation de jour (logement en appartement thérapeutique), selon les fluctuations de son état psychique et de ses alcoolisations.

Le motif d'hospitalisation est « syndrome dépressif sévère avec confusion liée au sevrage. »

Le bilan psychiatrique, durant les premières semaines, retrouve « une personnalité introvertie, avec sentiment d'infériorité et peur des reproches ; présence d'une détérioration liée aux intoxications aiguës récentes survenues suite à une procédure de divorce. »

Les troubles alcooliques sont décrits comme « anciens, avec une consommation cachée et culpabilisée. »

Un traitement par antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques sédatifs et hypnotiques est prescrit et régulièrement suivi.

Après quelques mois, une prescription de neuroleptiques atypiques est justifiée par la présence de « sentiments de préjudice, d'idées d'incapacité, et d'une sensibilité dans la relation. » « Un retrait affectif » et des « idées de persécution floues » sont également décrits à la même période. L'absence d'amélioration clinique nette fera arrêter le traitement neuroleptique atypique après deux mois de prise régulière.

Des idées suicidaires sont récurrentes, sans passage à l'acte.

Les deux derniers mois de cette hospitalisation montrent une amélioration clinique, contemporaine d'une psychothérapie de groupe avec d'autres patients atteints de troubles alcooliques.

d) Six mois de soins psychiatriques et physiques: d'avril 1995 à septembre 1995

Après un mois d'abstinence et deux mois d'alcoolisation massive, M. C. est admis à nouveau pour un sevrage dans un contexte de risque suicidaire important.

Selon ses dires, à l'extérieur de l'hôpital, sa vie sociale se résumait aux achats d'alcool quotidiens. Pour ce qu'il en est de sa vie personnelle, il semble que M. C. passait la majorité de son temps à s'alcooliser à domicile, passant ses journées alité, en pensant d'une façon anxieuse, résignée et honteuse, aux dettes que sa femme avait contractées avant le divorce (200 000 francs). Des idées suicidaires suivaient régulièrement ses ruminations et redoublaient la consommation alcoolique et les prises médicamenteuses.

Suite à une chute involontaire au CHS, M. C. est hospitalisé en milieu chirurgical pour une fracture de la cheville. Il s'ensuit une convalescence de deux mois qui se déroule sans difficultés notables.

Puis une nouvelle hospitalisation de deux mois en hôpital de jour se conclut par un refus de soins catégorique de M. C., sans qu'il ne veuille expliquer pourquoi. Il déménage de l'appartement thérapeutique sans avoir prévenu les soignants, et refuse de donner sa nouvelle adresse.

e) Un an de soins psychiatriques : d'octobre 1995 à septembre 1996

Un mois plus tard, M. C. se présente dans un autre secteur du même CHS, et demande à être pris en charge pour ses troubles éthyliques et pour les « angoisses insupportables lorsqu'il est en dehors de l'hôpital. »

Les soins proposés incluent un traitement médicamenteux (antidépresseur, anxiolytique, hypnotique, neuroleptique sédatif à faible dosage, médicament à effet antabuse), une hospitalisation en hôpital de jour, et une sociothérapie de groupe centrée sur la fréquentation d'un « bar sans alcool. »

La mise en place d'une curatelle sera décidée avec M. C. pour l'aider à rembourser ses dettes. Une pension d'invalidité sera également accordée, l'état psychiatrique de M. C. ne lui permettant plus de travailler à ce moment du traitement.

Sa présence à l'hôpital de jour est régulière ; des hospitalisations complètes sont nécessaires ponctuellement, de plus en plus pour des idées ou des actes suicidaires, et de moins en moins pour des alcoolisations massives.

Quatre tentatives de suicide médicamenteuses auront lieu durant cette période, liées à une dynamique dépressive atypique, ou suite à des frustrations (exemples : projet de location d'un appartement, trop long à se concrétiser ; oubli par son ex-femme et ses enfants de lui souhaiter son anniversaire).

Dans le dossier de M. C., les notes médicales de cette période insistent parfois sur un « syndrome dépressif chronique, avec isolement, et vécu de solitude dans un contexte d'immaturation affective et d'impulsivité », et d'autres fois sur un « état psychotique avec apragmatisme, clinophilie, et idées interprétatives. »

e) Six mois de soins psychiatriques : d'avril 1997 à octobre 1997

Après 6 mois sans soins et une recrudescence de sa consommation éthylique, M. C. se présente à nouveau à l'hôpital.

Le même dispositif de soins est reconduit.

M. C. arrête finalement toute consommation d'alcool et se rend très régulièrement en hôpital de jour et dans une association d'anciens alcooliques; sa resocialisation (reprise de contact avec son ex femme et ses enfants, fréquentation assidue de l'association d'aide) semble renforcer son abstinence.

L'amélioration progressive de son état psychique et l'absence de toute consommation éthylique permettent la constitution d'un projet de reprise de son travail (conducteur d'engins de chantier).

L'arrêt des soins est donc possible, conjointement à la reprise professionnelle.

Il est à noter qu'une abstinence alcoolique complète sera respectée suite à cette hospitalisation, avec une réinsertion sociale satisfaisante (retour au travail, vie amicale et familiale). Les raisons de cet arrêt définitif restent difficiles à cerner pour les soignants. M. C. décrit deux éléments pour l'expliquer : la rencontre avec un abbé en ville qui lui aurait « ordonné » d'arrêter de consommer de l'alcool en avril 1997, et l'intense honte ressentie à l'enterrement d'une petite sœur où il s'était rendu alcoolisé.

Ainsi, M. C. ne nécessitera plus de soins psychiatriques jusqu'en 2001, moment où il révélera sa problématique transsexuelle.

Nous allons voir plus précisément ce qu'il en a été de cette révélation dans le chapitre suivant.

F- HISTOIRE DES TROUBLES DE L'IDENTITE

Il est à noter que, durant les trois ans de soins psychiatriques quasiment continus dont M. C. a bénéficié de 1994 à 1997, il n'a pas fait état une seule fois de troubles de l'identité.

Plusieurs soignants, qui l'avaient suivi durant cette période, ont également pu me confier leur étonnement par rapport à la démarche actuelle de M. C. Cette réaction concorde avec le fait qu'aucun élément évocateur de troubles de l'identité n'ait été notifié dans le dossier durant les trois années suscitées.

1) « Révélation » et mise au premier plan de la problématique transsexuelle

a) Révélation : un mois et demi d'hospitalisation (de février 2001 à mi-mars 2001)

Une nouvelle hospitalisation a lieu dans le secteur d'origine de M. C. pour « prises médicamenteuses multiples et idées suicidaires, dans un contexte d'anhédonie, d'aboulie, et de ruminations anxieuses à propos d'importantes dettes financières. »

Un traitement chimiothérapique est recommencé (antidépresseur, anxiolytique, hypnotique), associé à une photothérapie qui se révélera inefficace.

Durant ce séjour, M. C. demande à voir son psychiatre seul et lui révèle un « secret » : son désir de changer de sexe.

Un rendez-vous sera pris auprès d'un psychiatre expert en ce qui concerne le transsexualisme, pour évaluer sa demande.

Après un mois et demi, l'amélioration du syndrome dépressif permettra un retour à domicile.

b) Nouvelle tentative de suicide : une semaine d'hospitalisation (mi-avril 2001)

C'est suite à une tentative de suicide médicamenteuse que M. C. est réhospitalisé. Il présente à cette occasion une « obnubilation » à propos du rendez-vous prévu avec l'expert, selon les soignants. Il rapporte également un sentiment de honte par rapport à ses collègues de travail depuis la révélation de sa problématique transsexuelle.

c) Idées d'automutilation et 1^{er} rendez-vous avec l'expert : hospitalisation de un mois et demi (de mi-juin à fin juillet 2001)

M. C. demande à être hospitalisé à nouveau pour des « idées d'automutilation » associés à un syndrome dépressif (apragmatisme, repli, hypersomnie) qui a entraîné une incapacité à se rendre à son travail. Les idées d'automutilation correspondent à une envie de porter atteinte à son intégrité sexuelle. Ainsi M. C. a pu dire : « je ne supporte plus mon sexe, il me dégoûte tellement que je voudrais le couper. »

Durant cette hospitalisation, il est noté que M. C. « pense que le changement de sexe va résoudre tous ses problèmes psychologiques » et qu'il « relie désormais toute son histoire psychiatrique à son désir de changer de sexe. »

Le traitement anxiolytique est augmenté et l'antidépresseur est remplacé par une autre molécule antidépressive.

Le premier rendez-vous avec l'expert a lieu mi-juillet.

M. C. en est « très déçu » et exprime des idées suicidaires lors de son retour de permission : il fait le récit de cette entrevue en soulignant le fait que l'expert lui aurait dit qu'il était « trop faible pour être opéré. » Il ajoute « qu'attendre deux ans est trop difficile », mais qu'il ne « se coupera pas le sexe » car l'opération serait alors refusée.

d) Constances des troubles et de la demande transsexuelle : hospitalisation quasi continue durant cinq mois (d'août 2001 à janvier 2002)

M. C. est réhospitalisé pour une tentative de suicide médicamenteuse après trois semaines de vie à domicile, marquées à nouveau par de l'anhédonie, de l'apragmatisme, et une importante clinophilie.

On peut remarquer que la symptomatologie psychiatrique, en dehors de la mise en avant de la problématique transsexuelle et de l'abstinence totale de consommation alcoolique, est très similaire avec les troubles déjà présentés durant la période 1994-1997.

La prise en charge est à nouveau effectuée en hôpital de jour lorsque cela est possible, et en hospitalisation complète suite aux idéations suicidaires ou aux passages à l'acte.

M. C. montre une préoccupation constante par rapport à sa volonté de changer de sexe, et interprète désormais tout son passé sous cet unique angle d'analyse.

Ainsi, les troubles alcooliques qu'il a connus auraient servi à « oublier qu'il voulait être une femme », et les difficultés psychiques dans l'enfance seraient dues au fait qu'il « est une femme depuis toujours dans sa tête. »

La façon dont M. C. veut gérer sa vie est désormais très claire : il « fera tout pour devenir une femme, même s'il faut se battre. »

A la fin de cette période, M. C. se montre ambivalent par rapport aux soins, et annonce plusieurs fois qu'il ne pense pas pouvoir résister à son « dégoût pour son sexe. » De fait, un cutter lui est retiré lors d'une hospitalisation complète ; M. C. dit alors sans ambiguïtés qu'il devait servir à une émasculatation volontaire.

2) Féminisation de M. C. : d'un passage à l'acte solitaire à une féminisation institutionnalisée

a) Emasculation volontaire

Fin janvier 2002, M. C. est hospitalisé en urgence en milieu chirurgical pour « émascation volontaire. »

Ce geste a été imaginé et méthodiquement préparé : M. C. a éloigné sa voiture de son domicile « au cas où cela tournerait mal », et a acheté un couteau, une paire de ciseau et des lacets neufs en vue d'accomplir l'automutilation. Il expliquait s'être également « préparé au sang et à la douleur », et s'être rasé. Pour le mode opératoire, il a suivi la description rédigée par un médecin transsexuel qui s'était opéré lui-même, et qui avait publié son autobiographie. Durant une demi-heure, après avoir enserré ses bourses avec un lacet, il a incisé la peau puis le sac testiculaire à sa base, des deux côtés, pour effectuer l'ablation de ses testicules, sans anesthésie.

Puis il a appelé le SAMU pour être hospitalisé.

Après quelques jours, transféré dans le service de psychiatrie où il est habituellement hospitalisé, il confirmera le caractère volontaire et prémédité de son geste « pour que la transformation aille plus vite. » Le fait d'avoir épargné son pénis était également réfléchi car « on en a besoin pour faire un vagin avec la peau. »

Il dit « être fier d'avoir pu tenir le coup » et réclame une chambre seul car il dit être désormais « un cas particulier. » Il demande également à changer de psychiatre au sein du service.

Les quelques semaines suivant cette spectaculaire mutilation se déroulent dans un climat de satisfaction pour M. C. qui déclare « se sentir prêt à déplacer des montagnes. »

Puis un sentiment d'angoisse et des troubles du sommeil refont leur apparition comme auparavant, avec « l'attente de la transformation. »

b) Période d'attente et évaluation multidisciplinaire (de mars 2002 à août 2003)

L'alternance d'hospitalisations de jour (deux ou trois jours par semaine) et d'hospitalisations complètes (de quelques jours à deux mois) reprend durant un an et demi, selon les fluctuations de l'état psychiatrique de M. C. : des moments d'idéations suicidaires et d'envies d'automutilation nécessitent régulièrement son transfert en hospitalisation complète.

Des rendez-vous réguliers se poursuivent avec le psychiatre expert en troubles de l'identité sexuelle. Ce dernier travaillant dans une équipe multidisciplinaire spécialisée, des entretiens sont également programmés avec un endocrinologue à la demande de M. C.

Régulièrement, suite aux insatisfactions liées à ces rendez-vous (pas de réponses immédiates, refus de pratiquer un traitement rapide, ...), M. C. est hospitalisé ; dans ces moments, il peut alors déclarer : « ils veulent me pousser à bout » ou « malheureusement, cela (le suicide) arrivera un jour. »

Malgré l'absence de réponses satisfaisantes pour lui, M. C. commence à s'acheter des robes, continue à se maquiller et perd peu à peu les caractères sexuels secondaires masculins suite à la privation d'hormones mâles. Il se préoccupe beaucoup de son apparence et un doute sur un début de calvitie peut déclencher d'importantes ruminations obsessionnelles.

Devant la permanence de fluctuations de l'humeur, plus ou moins rapides, le psychiatre qui suit M. C. prescrit un médicament régulateur de l'humeur qui sera poursuivi jusqu'à aujourd'hui.

Un projet de vie en appartement thérapeutique est également mené à bien durant cette période.

c) Féminisation de l'identité sociale et du corps, de août 2003 à janvier 2004

En août 2003, M. C. rencontre un endocrinologue expert et obtient de sa part la possibilité de débiter un traitement hormonal féminisant. Dès lors, le psychiatre qui le suit l'autorise à être appelé avec un prénom féminin dans l'enceinte du service. Ce prénom (nous utiliserons le prénom « Hélène » dans ce travail) avait été suggéré à M. C. par sa mère lorsqu'il lui avait parlé de son désir de changement de sexe.

Dès lors, Hélène est « radieuse » durant plusieurs semaines, et annonce aux autres patients, au cours d'une réunion institutionnelle, l'officialisation de sa démarche de transformation sexuelle.

Il lui faudra néanmoins attendre deux mois pour obtenir l'ordonnance prévue, et durant cette période, elle fera une intoxication médicamenteuse volontaire, liée à son impatience de voir son corps se féminiser davantage et à l'absence de nouvelles de ses enfants.

Le traitement hormonal sera finalement débuté, et Hélène pourra contacter ses enfants pour leur annoncer les avancées de sa démarche.

Une nouvelle intoxication médicamenteuse fera prescrire au psychiatre la distribution journalière des médicaments psychotropes nécessaires.

d) Amour et réactions caractérielles, de février 2004 à octobre 2004

Contrairement à ce qu'elle avait toujours dit à propos de ses inclinaisons sexuelles, Hélène tombe amoureuse d'un homme, qui est hospitalisé en même temps qu'elle dans le service de psychiatrie. Cet amour restera platonique et non avoué au jeune homme qui quitte rapidement le service pour retourner dans sa région d'origine. Hélène reste étonnée par ses sentiments car il ne lui était encore jamais arrivé de tomber amoureuse d'un homme et elle n'imaginait pas cela possible. Elle ne fera aucune démarche pour rentrer à nouveau en contact avec lui, mais aura une réaction de tristesse importante, jusqu'à une recrudescence d'idées suicidaires.

Durant cette période, où elle se féminise de plus en plus, que ce soit corporellement ou par l'achat de nouveaux vêtements, elle se montre de plus en plus intransigente et colérique. De nombreuses réactions caractérielles sont relevées : elle abandonne des activités car elle « ne supporte pas qu'on lui donne des ordres » ; elle dort dans la cave de son appartement car elle refuse la présence d'une nouvelle colocataire ; elle fait une « grève de la faim » car son curateur refuse de lui donner l'argent qu'elle réclame ; elle se fâche avec de nombreux soignants, leur reprochant d'être « incompetents et de ne pas lui fournir ce dont elle a besoin. »

Plusieurs rendez-vous avec le psychiatre expert ont lieu durant cette période, et Hélène menace de se suicider si une opération de transformation corporelle n'était pas décidée. Elle peut déclarer à ce propos : « On veut me pousser au suicide. Si cela arrive, j'aurai la conscience tranquille et vous aurez ma mort sur la conscience. »

e) Depuis octobre 2004

Une nouvelle hospitalisation en milieu somatique est rendue nécessaire pour des troubles de la miction. Une hypertrophie bénigne de la prostate est diagnostiquée, et une résection transurétrale sera réalisée. Une sonde urinaire est indispensable durant plusieurs semaines. L'hospitalisation se fera alors en milieu psychiatrique, et les réactions caractérielles seront moins évidentes une fois l'hospitalisation acceptée. Hélène pourra faire état durant cette période d'une sensation de « ne plus avoir d'identité » dans la mesure où les soignants sont régulièrement amenés à manipuler la sonde urinaire, et par là à voir le sexe masculin que Hélène tentait en permanence de cacher.

C'est durant cette hospitalisation que nous avons pu rencontrer Hélène trois fois à une semaine d'intervalle entre chaque entretien. Deux autres rencontres auront lieu en novembre et en janvier, alors qu'elle sera en hôpital de jour.

Nous allons donc nous attacher à rendre compte de ces entretiens, par l'analyse de la présentation d'Hélène puis par un compte-rendu des thèmes prévalents et de la structuration de son discours.

G- PRESENTATION CLINIQUE

Hélène est maquillée avec soin, et sans exagération. Elle est habillée en femme de son âge (la cinquantaine), avec une robe et un pull-over discrets. Elle porte des boucles d'oreilles assorties à sa tenue.

Du fait de la prise hormonale, des soins esthétiques entrepris (épilation au laser de la barbe,...), de sa coupe au carré, de sa démarche, et de son habillement, on peut tout à fait croire que c'est une femme. D'ailleurs, elle rapporte régulièrement, et avec beaucoup de satisfaction, le fait que les gens qui ne l'avaient jamais rencontrée avant croient qu'elle est une femme et l'appellent « madame » dans la rue sans hésitations.

Elle est calme, et parle avec une voix aiguë et un peu effacée.

Le rythme de sa diction est assez égal, et le ton est monocorde.

Parfois, Hélène peut partager des souvenirs récents en riant quelque peu (« la première fois où on m'a appelée madame, ... »). Mais dans l'ensemble, elle conserve un visage peu expressif, un peu triste (« Ma mère me demandait toujours, depuis l'enfance [avant la féminisation] : pourquoi es-tu si triste ? »).

Lorsque des éléments émotifs sont mis en avant, Hélène parle plus fort et affirme sa diction.

Régulièrement, elle reste focalisée sur des éléments à fort contenu émotif discutés auparavant et a des difficultés à se concentrer sur de nouvelles questions posées.

Elle peut même ignorer une question lorsqu'elle est fixée sur une idée précédente ; alors elle continue à en parler, pour poursuivre ses idées ou pour répéter une seconde fois ce qu'elle a déjà dit.

On peut remarquer cela notamment lorsqu'il est question de ses « peurs », de ses « insuffisances », ou lorsqu'elle veut affirmer son désir de changer de sexe.

Cette absence d'adaptation à son interlocuteur, dans les moments où Hélène est fortement investie dans son discours, sera précisée et détaillée dans l'analyse de la structuration de son discours.

H- DISCOURS

Aujourd'hui, Hélène rapporte toutes les difficultés ressenties lors de son enfance, de son adolescence, et de sa vie d'adulte, à ses troubles de l'identité sexuelle.

Son discours est très organisé autour de plusieurs affirmations qui ne sont pas discutables. Sans que ces affirmations semblent à proprement parler délirante, elles sont, néanmoins, investies d'une croyance quasi-magique qui exclut toute contradiction rationnelle.

Avant d'aborder l'organisation formelle de son discours, nous allons nous attacher à y relever les thèmes prévalents, tels qu'ils nous sont apparus durant les quelques entretiens que nous avons eu avec Hélène.

1) Les thèmes prévalents

a) L'image de la femme : fascination et idéalisation

Lorsqu'elle parle de la féminité, c'est sur les images de la féminité qu'Hélène insiste : « c'est très beau, une femme ; rien que les habits, et le maquillage ! Dès que je vois une belle femme, j'ai envie de lui ressembler. »

Depuis toujours, elle aurait idéalisé « l'image de la femme » : « déjà sur les chantiers, je ne m'entendais pas avec les autres hommes qui salissaient toujours l'image de la femme. Je les craignais, c'était des machos. »

Ainsi, durant les deux premiers entretiens, elle commence par s'excuser de ne pas être très bien maquillée (car elle est hospitalisée) : « c'est dommage, je suis moins féminine que d'habitude aujourd'hui ; il faudra que vous me voyiez avec mon maquillage ! Je me sens moins Hélène en ce moment. »

Tout se passe comme si le maquillage et les vêtements pouvaient déjà « faire une femme », en attendant l'opération chirurgicale tant espérée. Ainsi, Hélène pense être « plus féminine que plein d'autres femmes » car elle « s'habille et se maquille mieux qu'elles. »

Lors de cette hospitalisation, où une sonde urinaire a été nécessaire pendant trois semaines, elle a expliqué qu'elle « n'arrivait plus à parler au féminin » : « Hélène est effacée, car on voit tous les jours mon pénis ; j'ai perdu mon identité. »

Ici, on dirait que c'est la surface visible du corps qui permet, pour Hélène, de différencier un homme d'une femme. Et c'est cette même surface (« l'image de la femme ») qu'elle désire ardemment modifier pour s'approcher le plus possible de son idéal féminin.

b) La masculinité : échec et peur

Hélène a pu nous faire part de ses essais, à l'époque, pour « devenir un homme comme les autres. »

Ainsi, devenir « tailleur de pierre », « faire le service militaire chez les paras », devenir « conducteur d'engin » furent des choix volontaires pour « prouver qu'il pouvait être un homme. »

Mais ces démarches auraient toutes « été ratées » : gravement accidenté lors d'un saut en parachute, il a dû arrêter son service militaire. Son premier métier n'était plus envisageable suite aux séquelles physiques. Quant à son second métier, bien qu'il lui ait plu, il n'a jamais pu « s'intégrer avec les autres hommes » : il s'y serait toujours senti « inférieur », « mal dans sa peau », « pas à sa place », voire même « en danger. »

En effet, depuis l'enfance, il aurait toujours eu « peur des hommes. » Et plus précisément, il a toujours eu peur d'être « agressé sexuellement par un homme, que ce soit avant ou après avoir changé de sexe. »

Ce fantasme, clairement structuré, fait évoquer la possibilité d'une inclination homosexuelle ancienne (homme/homme). Mais Hélène rejette cette hypothèse, avec énergie et obstination.

Ce sentiment de peur se structure donc en un fantasme précis, mais il semble également dépasser ce fantasme : Hélène ressent de l'appréhension envers tous les signes de virilité, qu'ils concernent son corps ou celui d'un autre homme.

S'ils concernent son corps, elle « fera tout pour les éliminer », ce qui a déjà été confirmé en acte dans son histoire.

S'ils concernent le corps d'un autre homme, elle l'évitera : « j'ai toujours eu des difficultés, surtout avec des hommes très musclés : ça me faisait peur, je m'éloignais. »

c) L'image de la femme comme protection contre l'homme

Depuis son enfance, M. C. explique s'être toujours senti en confiance lorsqu'il était avec des femmes, et en danger avec des hommes.

Ainsi, sa sœur cadette et sa mère le rassuraient quand ses frères et son père l'effrayaient, pour des raisons différentes.

De la même façon, la présence de sa femme le rassurait tant et si bien qu'il ne pouvait se résoudre à une séparation, malgré de sévères difficultés conjugales.

Il est notable que, au-delà d'une simple réassurance, M. C. présentait déjà une confusion entre sa propre identité sexuelle et celle de sa femme.

Ainsi, lors des relations sexuelles, M. C. s'imaginait « être la femme durant l'acte sexuel. »

Il était aussi régulièrement maquillé et travesti par sa femme, ce qui lui procurait une sorte de « soulagement. »

Le moment de la révélation du désir de changement de sexe n'est peut-être pas anodin par rapport à la séparation conjugale.

En effet, le divorce, imposé par sa femme, a eu pour effet de le priver de ce sentiment de protection, qu'il ne pouvait plus retrouver ailleurs.

S'est ensuivie une période d'alcoolisation massive où M. C. ne se voyait plus vivre sans se détruire en permanence. (« Si je buvais, c'était pour détruire l'homme ou la femme en moi ; et la femme a gagné. »)

C'est en s'imaginant devenir lui-même femme que M. C. a pu sortir de ses comportements autodestructeurs ; il reconnaît ainsi avoir toujours eu besoin d'avoir avec lui cette « image de la femme » pour être rassuré, contenu, et pouvoir avoir une vie satisfaisante.

Ce « besoin » semble si important qu'il a finalement endossé cette « image de la femme », jusqu'à élaborer un projet précis de transformation corporelle.

2) Structuration du discours et place de l'interlocuteur

Régulièrement, Hélène fait part des thèmes prévalents qui fondent son discours ; elle semble alors ne plus pouvoir accorder d'importance à son interlocuteur : il doit uniquement écouter et comprendre, sans pouvoir remettre en cause la logique interne de son discours.

Cela, même si elle affirme des contrevérités : « c'est mon cerveau qui fait que je veux devenir femme : la médecine a l'obligation de réparer cette erreur de la nature. »

Et cela, même si elle se met en danger : « si la médecine ne fait rien, c'est moi qui m'enlèverais mon pénis, comme j'ai enlevé mes testicules. »

Le positionnement soignant est alors complexe : il faut reconnaître la souffrance qui amène à souscrire à de tels propos, sans que cela ne légitime l'ensemble du discours et les implications logiques qu'il contient.

Cette réduction de la place accordée à l'interlocuteur a pu être repérée à plusieurs reprises, lors de différents entretiens. Ce fait clinique a été particulièrement intense lors d'un entretien qui a eu lieu immédiatement après un rendez-vous avec le psychiatre expert ; il lui avait alors annoncé qu'elle ne pourrait bénéficier d'une opération de changement de sexe.

A ce moment, l'idée prévalente « enlever ce pénis » ne peut plus être discutée, alors qu'Hélène avait reconnu auparavant que l'ablation de son pénis n'était pas forcément nécessaire.

Désormais, seuls les moyens d'y arriver peuvent être abordés par Hélène.

Le risque d'en décéder, « par hémorragie », est pris en compte ; mais ce risque apparaît moins dommageable à Hélène que l'idée de conserver son pénis.

Ainsi, le seul compromis qu'elle puisse effectuer avec son interlocuteur est de demander : « comment faire pour réussir à enlever ce pénis sans mourir ? »

Toute proposition différente émanant de son interlocuteur est inaudible : au mieux, elle la rejette ; mais généralement, elle ne peut même pas être prise en compte.

Finalement, ce n'est que par le rappel du « chemin déjà parcouru vers la disparition de l'homme en elle » que la volonté automutilatoire pourra diminuer un peu.

Elle pourra alors confier qu'elle avait prévu d'utiliser, le soir même, « les deux cutters cachés dans sa table de nuit pour se couper le sexe ... »

Si l'on avait remis en cause frontalement ses croyances ou la logique de son discours, un passage à l'acte aurait été inévitable. Seule une reconnaissance de la légitimité de sa souffrance, que l'on doit entendre à travers ses projets morbides, lui permet de reconnaître l'existence de son interlocuteur, et donc de l'entendre puis de lui parler.

Au-delà de cet exemple, nous avons pu constater à plusieurs reprises qu'il n'y a pas que quelques croyances isolées qui seraient pathologiques.

Le discours est en lui-même organisé d'une façon rigide et toute-puissante : différents postulats entraînent à leur suite une marche à suivre, un protocole d'action, qui ne peut être discuté, éventuellement, que dans ses moyens et sa temporalité.

L'accès aux affects est donc entravé par la structuration du discours qui est rigide, mais sans être infaillible : en effet, à plusieurs reprises, Hélène a pu se surprendre elle-même en livrant des fantasmes ou des sentiments qu'elle aurait préféré garder pour elle (par exemple la peur d'une agression sexuelle).

Dans l'ensemble, la démarche globale de changement d'identité sociale et sexuelle est vécue comme étant nécessaire d'une façon urgente, et elle est donc difficilement temporisée par l'équipe de soins et par l'expert, ceux-ci pouvant être occasionnellement mis devant le fait accompli.

Il nous semble que la structuration du discours d'Hélène, qui assigne l'interlocuteur à une place d'importance variable (pouvant se révéler négligeable à l'occasion), n'est probablement pas sans liens avec sa formulation identitaire (« je suis une femme »).

Nous approfondirons cette question dans une partie ultérieure ; mais avant cela, nous allons nous interroger sur les hypothèses diagnostiques qui pourraient correspondre aux troubles psychiatriques retrouvés chez Hélène.

V- Discussion diagnostique et psychopathologique : la croyance identitaire

Dans les chapitres précédents, nous avons présenté volontairement des éléments de l'histoire et du discours d'Hélène dans toutes leurs ambiguïtés, sans nous prononcer sur leurs affiliations à tel ou tel processus morbide.

L'ancienneté des symptômes, et leurs intrications, les rendent difficiles à clarifier, d'autant plus qu'Hélène espère désormais « s'en servir » pour obtenir une opération de changement de sexe.

Malgré ces difficultés, nous allons proposer différentes pistes diagnostiques. Nous commencerons par discuter la question du transsexualisme chez Hélène, puis nous aborderons une discussion concernant différents diagnostics structurels possibles.

A- TRANSSEXUALISME

1) Introduction

Devenu phénomène de société, le transsexualisme ne concerne relativement que peu de patients (entre un pour 30000 et un pour 100000)²⁰⁶.

De nombreuses théorisations ont été proposées à son propos, et la question du transsexualisme est encore actuellement très discutée, que ce soit au niveau des médias, de l'université, ou des associations spécialisées.

Dans le cadre de ce chapitre, nous avons choisi de nous focaliser sur la situation personnelle d'Hélène au regard de ses troubles identitaire ; c'est pourquoi, après avoir discuté de quel type de transsexualisme elle pourrait relever actuellement (sur le plan expertal), nous nous interrogerons sur un diagnostic rétrospectif, avant la demande de changement de sexe.

²⁰⁶ CHILLAND C., CORDIER B. « Transsexualisme. » In : *EMC*. Paris : Elsevier, 2000.

2) Transsexualisme primaire ou secondaire ?

Selon B. CORDIER²⁰⁷, le transsexuel primaire a des « troubles de l'identité de genre apparues tôt dans l'enfance. Il n'a jamais varié dans son refus de son sexe d'assignation et n'a fait aucune concession à son sexe biologique. Le diagnostic repose donc sur des critères diachroniques qui font apparaître une inversion précoce et inébranlable de la structuration de l'identité de genre. (...) la constance de ce tableau psychobiographique lui confère une valeur sémiologique (...). »

Pour ce même auteur, « le transsexualisme secondaire correspond à une demande relativement tardive de réassignation après toute une période de vie en tant que transvesti ou homosexuel. »

Cette question diagnostique, issue de la théorisation de R. STOLLER, est cruciale pour différents auteurs, car elle conditionne souvent la réponse thérapeutique qui peut être apportée à la demande du sujet transsexuel : dans le premier cas, celui du transsexuel primaire (ou « transsexuel vrai »), l'opération peut être autorisée après une évaluation d'une équipe pluridisciplinaire de référence durant deux ans.

Dans le second cas, on considère que les risques sont supérieurs aux bénéfiques, et des approches « palliatives » seront proposées : au maximum, le sujet transsexuel pourra bénéficier d'une hormonothérapie et d'un changement de sexe à l'état civil.

Dans la situation de M. C., nous avons pu voir que la demande de transformation sexuelle est apparue tardivement, à plus de cinquante ans, alors qu'il était déjà divorcé, père de deux enfants et grand-père de plusieurs petits-enfants.

Il n'a pas refusé son sexe d'assignation dans l'enfance, puisqu'il a essayé, jusqu'à l'âge adulte, de « prouver qu'il pouvait être malgré tout un homme. »

Enfin, il a effectivement eu recours durant de nombreuses années au transvestisme, qui semble lui avoir apporté un « soulagement » suffisant pour qu'il n'ait pas à effectuer une demande de changement de sexe plus tôt.

Donc, suivant les critères de B. CORDIER, M. C. serait effectivement un transsexuel secondaire. C'est d'ailleurs ce que l'expert a conclu à son propos, d'où le refus d'accorder une opération de réassignation sexuelle.

²⁰⁷ *Id.*

3) **Et avant la demande de transformation sexuelle ?**

Cette question se pose car on peut se demander comment qualifier les troubles de l'identité sexuelle de M. C. avant qu'il n'ait demandé à changer de sexe : en effet, le transvestisme (notamment lors des relations sexuelles), les troubles de la sexualité rapportés après-coup, la peur des hommes, et l'idéalisations des femmes auraient déjà été présents avant que M. C. ne demande à changer de sexe.

Mais on se heurte alors à une difficulté méthodologique importante : nous n'avons eu accès à son discours qu'après sa demande de réassignation. On ne peut alors déterminer quelle est la part de reconstruction secondaire de son discours, qui semble en tout état de cause importante...

Nous ne pouvons donc pas proposer d'hypothèse diagnostique suffisamment fiable concernant les troubles de l'identité sexuelle de M. C. avant qu'il n'ait fait sa demande de changement de sexe.

Par contre, dans le chapitre suivant, en proposant les différents diagnostics structureaux qui nous semblent crédibles, on pourra supposer plusieurs hypothèses explicatives aux troubles anciens qu'Hélène nous a rapportés.

B- HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES STRUCTURALES

Différentes théorisations ont prétendu rendre compte d'un diagnostic de structure unique en ce qui concerne tous les patients transsexuels. A l'instar de A. OPPENHEIMER, nous estimons au contraire que ce trouble de l'identité sexuelle « apparaît non comme une entité déterminée linéairement depuis l'enfance, mais comme un processus évolutif, une « solution » après coup à des conflits et déficits. »²⁰⁸

P. MERCADER adopte la même position, puisqu'elle écrit que « l'identité sexuelle des transsexuels doit être analysée comme une construction et même comme un remaniement, c'est-à-dire en tenant compte à la fois des processus primaires (l'individuation) et des processus secondaires (la sexualité, et la dynamique des identifications) »²⁰⁹.

Cette façon de concevoir le transsexualisme se démarque également du discours classique des transsexuels : « je suis une femme dans un corps d'homme depuis toujours » ; ce leitmotiv a été nommé « le thème transsexuel »²¹⁰ par C. CHILLAND. Et en effet, il est habituellement formulé d'une façon répétitive, et quasi-incantatoire, par la plupart des patients dès lors qu'ils demandent une opération de changement de sexe. Se démarquer de ce discours-type, en relevant sa fonction « utilitaire » dans ce contexte précis, permet d'accéder à la complexité des situations cliniques chez ces patients dits « dysphoriques de genre. »

En ce qui concerne M. C., les troubles psychiatriques qu'il présente sont anciens. Ils auraient été cliniquement significatifs dès l'enfance. Depuis, la nécessité de soins semble intermittente, alors que les troubles ressentis ont connu des exacerbations sur un fond permanent.

Cette évolution temporelle nous amène à penser que, en deçà des variations d'expression symptomatique, M. C. présente probablement une pathologie psychique « basale », distincte du transsexualisme (et entretenant probablement des liens complexes avec cette « nouvelle formulation identitaire » apparue à plus de cinquante ans).

Cette proposition justifie la recherche d'un diagnostic psychiatrique structural, situé sur un autre niveau que le diagnostic « expertal » de transsexualisme secondaire : en effet, le diagnostic du psychiatre soignant doit pouvoir être différent de celui de l'expert car il n'est pas systématiquement déterminé par les mêmes logiques, ni par les mêmes perspectives.

²⁰⁸ OPPENHEIMER A. « Le désir d'un changement de sexe : un défi pour la psychanalyse ? » *Psychanalyse à l'université* 1992 ; 66.

OPPENHEIMER A. « Du Transvestisme pervers au transsexualisme. » *Revue française de psychanalyse* 1992 ; 5.

²⁰⁹ MERCADER P. *L'illusion transsexuelle*. Paris : L'harmattan, 1994.

²¹⁰ CHILLAND C. *Changer de sexe*. Paris : Odile Jacob, 1997.

Dans ce chapitre, nous allons proposer différents diagnostics psychiatriques qui peuvent être évoqués à travers l'histoire des troubles de M. C. et qui seraient compatibles avec la « solution » transsexuelle actuelle.

1) Un trouble psychotique partiel ?

Différentes théorisations se retrouvent actuellement dans un diagnostic structural de psychose sans aucun délire manifeste, comme pour le diagnostic de « prépsychose. »

Pour certains, au premier rang desquels sont de nombreux lacaniens, le diagnostic de « psychose compensée » pourrait tout à fait être retenu dans la situation d'Hélène. Nous apporterons quelques éléments théoriques à ce propos que nous mettrons en lien avec la démarche transsexuelle.

Le concept de « psychose blanche », avancé par J.-L. DONNET et A. GREEN, rend également compte de troubles psychotiques sans délire ; il nous semble que cette entité pourrait intéresser la situation clinique de M. C.

a) Une psychose compensée ?

Dans les théorisations lacaniennes²¹¹, la notion de psychose ne répond pas nécessairement à une critériologie symptomatique, mais bien plutôt à une absence de dialectique symbolique dans le discours du sujet.

La « forclusion du Nom-du-Père »²¹² constitue dans ce contexte le mécanisme psychique primordial de la psychose, au même titre que le refoulement pour la névrose, ou le déni pour la perversion.

Cette forclusion empêche l'avènement du refoulement originaire, ce qui ne permet pas au sujet d'accéder à la dialectique désirante caractéristique de la dynamique névrotique.

Dès lors, certains des signifiants employés par les sujets psychotiques ne sont pas soutenus par une architecture renvoyant au complexe de castration, comme chez les sujets névrosés.

²¹¹ MILLOT C. *Horsexe. Essai sur le transsexualisme*. Paris : Point hors ligne, 1983.

²¹² MELMAN C. « Forclusion. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.

Ceci permet de repérer à travers leur discours un « noyau d'inertie dialectique »²¹³, qui serait équivalent à un « phénomène élémentaire »²¹⁴ psychotique.

La notion de psychose compensée²¹⁵ illustre le fait que certains sujets, bien qu'étant de structure psychotique, puissent ne pas délirer : l'absence de dialectique spontanée dans le discours pourrait être « compensée » par des dispositifs particuliers, qui viendraient en lieu et place d'une expérience délirante productive. Celle-ci est classiquement comprise, dans la théorie analytique, comme une reconstruction défensive à la suite d'un effondrement psychotique.

Parmi ces dispositifs particuliers, autrement nommés « suppléances », J. LACAN a proposé comme exemple paradigmatique l'expérience littéraire de J. Joyce²¹⁶, dont le style se rapprocherait de certaines constructions délirantes.

Antérieurement, dans le séminaire sur les psychoses²¹⁷, il avait déjà avancé d'autres possibilités de suppléance, notamment « une série d'identification purement conformistes », agissant comme une « compensation imaginaire de l'Œdipe absent. »

Dans cette optique, le transsexualisme peut être compris comme une psychose compensée : le vécu « d'être une femme dans un corps d'homme » serait un « phénomène délirant élémentaire », et le projet de transformation sexuel (la demande d'opération, l'apprentissage des comportements du genre opposé, ...) serait une « suppléance. »

L'incapacité du sujet transsexuel à accéder à une mobilisation symbolique et imaginaire de sa croyance signifierait la présence d'un « noyau d'inertie dialectique. »

Ainsi, dans les théorisations lacaniennes qui concernent le transsexualisme²¹⁸, celui-ci est souvent pointé comme révélant à la fois une structure psychotique sous-jacente (qu'il y ait délire manifeste ou pas) et sa suppléance (qui permettrait au sujet de conserver un discours et un comportement adaptés en dehors de sa démarche transsexuelle).

²¹³ LACAN J. *Le séminaire. Livre 3, les psychoses*. Paris : Le Seuil, 1981.

²¹⁴ *Id.*

²¹⁵ MALEVAL J.-C. « Eléments pour une appréhension clinique de la psychose ordinaire. » In : *Séminaire de la découverte freudienne « psychose et lien social »*. Toulouse, 2003.

²¹⁶ LACAN J. *Le séminaire. Livre 23, le sinthome*. Paris : Le Seuil, 2005.

²¹⁷ LACAN J. *Le séminaire. Livre 3, les psychoses*. Paris : Le Seuil, 1981.

²¹⁸ MALEVAL J.-C. « Variétés cliniques du pousse-à-la-femme. » *Cahier de l'association de la cause freudienne – Val de Loire et Bretagne* 1996 ; 6.

b) Une psychose blanche ?

J.-L. DONNET et A. GREEN²¹⁹ ont proposé en 1973 le concept de « psychose blanche » pour rendre compte d'un fonctionnement psychique atypique, dont l'élément central est la « tri-bi-angulation. »

A l'inverse du sujet névrosé, où le fonctionnement psychique est étroitement corrélé aux complexes d'Œdipe et de castration (permettant une triangulation véritable), un patient répondant au diagnostic de « psychose blanche » ne pourrait pas se référer inconsciemment à de telles structures.

En effet, il ne se fonderait pas sur la différence des sexes comme étant l'opérateur primordial permettant la discrimination entre son père et sa mère.

A la place, il ne les distinguerait que par leur caractère totalement bon ou totalement mauvais. La reconnaissance de la différence des sexes resterait alors sous la dépendance du clivage dichotomique bon/mauvais.

Dès lors, on retrouve une « tri-bi-angulation » : « la tripartition sujet, objet bon, objet mauvais, aboutit en fait à une relation duelle, car l'objet tiers n'est jamais que le double de l'objet. Le sujet s'unit alors à un seul objet. Il croit pouvoir fuir le mauvais objet, prenant le large pour se rapprocher du bon objet, mais au contact de ce bon objet, il ne rencontre que le reflet du mauvais objet déguisé en bon objet. »²²⁰

Bien que J.-L. DONNET et A. GREEN n'aient pas proposé de considérer la « tri-bi-angulation » comme une conformation inconsciente spécifique du transsexualisme, il nous semble qu'elle peut être considérée comme une hypothèse valide dans la situation d'Hélène.

En effet, déjà avant sa demande de transformation sexuelle, M. C. se vivait comme « différent des autres hommes » qui étaient déjà perçus comme « mauvais ou dangereux. »

Cette perception négative s'est amplifiée secondairement, à tel point qu'il ne pouvait même plus se reconnaître comme un « homme différent » : devenir une femme semblait être la seule façon pour lui de « mériter » de vivre.

²¹⁹ DONNET J. L., GREEN A. *L'enfant de Ca. Psychanalyse d'un entretien : la psychose blanche*. Paris : Minit, 1973.

²²⁰ *Id.*

Cette conceptualisation ne semble pas foncièrement incompatible avec la notion d'état limite, telle qu'elle a été développée par O. KERNBERG ou J. BERGERET²²¹.

Ainsi, nous allons développer les faits cliniques ainsi que les arguments psychopathologiques qui nous permettraient de retenir ce diagnostic dans la situation d'Hélène.

2) Troubles de la personnalité limite ?

a) Un des éléments prédominant dans le parcours psychiatrique de M. C., allant dans le sens d'un tel diagnostic, est la *multiplicité des symptômes pseudo-névrotiques*, plus ou moins fixés.

En effet, des symptômes phobiques (« la peur des hommes », « la peur du noir », « la peur d'aller à l'école » dans l'enfance, ...) côtoient des symptômes obsessionnels (compulsions de rangement, ruminations anxieuses centrées sur le corps, ...), ces deux types de manifestations cliniques étant peu structurées. Ils peuvent alternativement occuper tout le champ de conscience, et paralyser toute pensée et toute action, ou bien être relégués à un second plan et paraître insignifiants.

Les constructions fantasmatiques sous-jacentes sont peu élaborées, et peuvent étonner ou par leur crudité, ou par leur platitude. Certaines d'entre elles, probablement du fait de soins psychiatriques importants et anciens, semblent articulées d'une façon plus complexe.

De la même façon, les angoisses rapportées semblent labiles, floues et peu organisées ; il est notable qu'elles soient soulagées par une vie régulière et codifiée en institution psychiatrique.

b) L'importante fluctuation symptomatique, laissant peu de prises à une élaboration explicite, est probablement liée à des *mécanismes de défense archaïques* qui se retrouvent dans son discours.

Ainsi, le mécanisme du déni est très fréquemment employé (« j'ai toujours été une femme dans un corps d'homme » ; « je serai totalement guéri lorsque je serai devenue totalement femme » ; ...).

Le clivage (en bon objet et mauvais objet) est également très présent, et sous-tend en partie les symptômes phobiques et obsessionnels (l'homme mauvais et dangereux / la femme idéale ; le passé mauvais et terrible / le futur « tout en rose » ;...)

²²¹ BERGERET J. « Les états limites : essai d'une nouvelle conceptualisation économique et structurelle. » *Perspectives Psy* 2003 ; 42 ; 5.

L'idéalisation primitive est prédominante, et peut être repérée de façon quasi systématique dès lors qu'Hélène évoque « la féminité. »

Les éléments projectifs sont nombreux et souvent répétés (« vous me pousserez au suicide » ; « c'est l'expert qui me déteste » ; ...)

c) Les troubles du comportement de type impulsif, qui ont été relevés à plusieurs reprises chez M. C. sont également compatibles avec un diagnostic de personnalité limite.

Ainsi, les passages à l'acte répétés (alcoolisations, actes autoagressifs, surconsommations médicamenteuses, raptus colériques, ...) peuvent être compris dans ce contexte comme une intégration déficiente des exigences surmoïques. Mais ils peuvent également être considérés comme un mode de défense préférentiel, ce qui complique singulièrement la prise en charge.

Allant dans ce sens, A. OPPENHEIMER²²² estime que la dynamique transsexuelle peut se rapprocher d'un « acting out permanent qui court-circuite [le] fonctionnement mental » : se rapprochant toujours plus du genre opposé suite à des passages à l'acte, le sujet transsexuel construit un « obstacle... par rapport à toute possibilité de remettre dans le circuit [psychique] ce qui maintenant se trouve figé dans le réel. »²²³

L'émasculatation, réalisée par M. C., peut tout à fait s'inscrire dans ce raisonnement : en faisant l'ablation réelle d'une partie de son corps, il aurait « acté » un conflit psychique. Dès lors, on ne peut plus considérer que les représentations psychiques en conflit puissent encore être dialectisées comme elles l'auraient été auparavant...

d) La distorsion singulière des relations interpersonnelles que présente Hélène peut être comprise comme une manifestation d'un trouble de la personnalité limite.

Déjà, cette distorsion est suffisamment importante pour que toute vie amicale suivie ait été impossible depuis son adolescence.

Puis, en termes qualitatifs, nous avons pu évoquer les fluctuations de la place qu'Hélène peut accorder à son interlocuteur : d'une interaction où chacun a son importance, on peut très rapidement se trouver quasiment exclu du jeu intersubjectif, Hélène faisant alors « les questions et les réponses », sans que son interlocuteur ne puisse interférer d'aucunes manières dans l'affirmation de ses croyances.

²²² OPPENHEIMER A. « Les troubles de l'identité sexuelle. » *Bulletin de psychologie* 1996 ; 49.

²²³ LAPLANCHE J. *Problématiques 2, castration, symbolisation*. Paris : PUF, 1980 ; cité par A. Oppenheimer.

Cette réduction de la place de l'interlocuteur peut être interprétée comme une défense narcissique : en maîtrisant le regard de l'autre, elle déjoue toute possibilité d'interaction, pour se protéger d'une éventuelle blessure narcissique.

Mais cette manœuvre défensive ne peut masquer la profonde incohérence du « self », repérable au sein des représentations de soi, que ce soit sur un axe diachronique ou sur un axe synchronique.

Cette incohérence réalise un *syndrome de diffusion d'identité*, révélant l'absence d'intégration d'un self cohérent.

On peut donc remarquer que le « parcours transsexuel » d'Hélène, quelque soit sa détermination, a pour corollaire (ou pour principal but ?) l'élaboration d'une image du self la plus cohérente possible.

A partir de cette maîtrise de son image et du regard de l'autre, elle peut à nouveau, certes dans une proportion réduite, se risquer à interagir avec son interlocuteur.

Ainsi, son parcours initiatique l'a obligé à tester sa « crédibilité de femme » auprès d'autres personnes, ce qui a favorisé l'établissement de quelques relations amicales.

e) Les troubles thymiques repérés chez M. C. peuvent être rapportés à la prédominance d'une relation anaclitique à l'objet, caractéristique des états limites selon la théorisation de J. BERGERET.

Selon cet auteur, les patients limites présentent une « angoisse particulière, c'est l'angoisse de dépression. C'est en réalité une angoisse de perte d'objet car sans l'objet, l'anaclitique va sombrer dans la dépression. »²²⁴

Dans la situation de M. C., il est notable que l'aggravation la plus sérieuse de son état psychiatrique ait été consécutive au divorce d'avec sa femme, et que des améliorations substantielles soient permises à chaque fois par des hospitalisations « étayantes » en milieu psychiatrique.

La distorsion des relations interpersonnelles, discutée ci-dessus, peut également être rapportée à la constitution de cette « relation d'objet anaclitique. »

En effet, la plasticité affective est alors insuffisante, et les relations développées sont très peu nombreuses et exclusives.

²²⁴ BERGERET J. *La dépression et les états-limites*. Paris : Payot, 1974.

Dans cette optique, on peut supposer que l'intense et persistant attachement de M. C. à sa femme, malgré « les nombreuses humiliations » subies, soit lié à la nature anaclitique de la relation entretenue.

f) Enfin, *la carence de symbolisation de la différence des sexes*, sous-jacente à la démarche transsexuelle chez Hélène C., met en avant une absence « d'intégration » suffisante du complexe d'Œdipe, ce qui peut être retrouvé chez les patients limites.

Selon J. BERGERET, « il existe des éléments oedipiens dans de tels aménagements (...), cependant ces éléments ne constituent pas le rôle principal d'organisation. »²²⁵

Pour cet auteur, « le tronc commun des états limites ne peut que demeurer dans une situation « aménagée » mais non fixée. Il s'agit d'une « organisation » au statut provisoire, même si un tel aménagement peut se prolonger assez longtemps. »²²⁶

Cette profonde « astructuration » psychique des états limites exige alors un appui externe qui puisse les soutenir et les contenir.

Ainsi, on retrouve chez Hélène C. cette nécessité impérative d'étayage extérieur, y compris au niveau de l'affirmation de son identité sexuelle ; ceci met en pleine lumière, chez elle, la faible structuration du complexe d'Œdipe dans sa forme classique.

Dès lors la « lutte » mise en avant pour « devenir femme » actuellement, peut être considérée comme symétrique à la « défense » de son « statut d'homme » auparavant.

Le changement de sa formulation identitaire (« je suis un homme » devenant « je suis une femme ») est donc rendu possible par la fragilité de sa différenciation sexuelle qui ne tiendrait qu'à une « différence de surface. »

²²⁵ *Id.*

²²⁶ *Ibid.*

CONCLUSION

Dans la situation clinique d'Hélène C., la formulation identitaire est singulière tant dans son fond que dans sa forme : « je suis une femme, et je l'ai toujours été. »

En nous attachant à préciser la construction de l'identité subjective d'Hélène C., nous avons cherché à montrer ce qui pourrait sous-tendre une telle formulation identitaire : différents diagnostics et différentes théories peuvent rendre compte de sa structuration psychique et de sa différenciation sexuée.

La diversité de ces éclairages nous permet de clarifier notre positionnement thérapeutique : ainsi, une réponse à la demande d'étayage qui est adressée aux soignants est nécessaire.

Tout d'abord, même si l'on attribue la demande de changement de sexe d'Hélène C. à un trouble psychopathologique sévère, que ce soit une psychose ou un état limite, il nous semble important de l'accompagner dans sa demande auprès de l'expert qui, seul, décidera ou non d'une intervention de changement de sexe.

Puis, quelle que soit la réponse de l'expert, un dispositif de soins solide et structuré devra être mis en place pour permettre à Hélène C. de poursuivre sa recherche identitaire, sans que l'on ne soit assuré de la direction qu'elle prendra. Il sera primordial d'assurer un tel dispositif, étant donnés les risques de passage à l'acte non négligeables, pouvant engager le pronostic vital d'Hélène C.

CONCLUSION

Au terme de ce parcours théorique et clinique autour de l'identité, il nous semble avoir suivi un chemin, celui qui mène de la simple « formulation identitaire du sujet » à une forme d'identité plus mobile, plus complexe et plus latente.

La « formulation identitaire du sujet », qui correspond à la formule « je suis x », est effectivement nécessaire à l'expression de l'identité mais tout à fait insuffisante pour rendre justice à sa complexité.

Cette formulation est donc utilement complétée par les trois « éléments fondamentaux de l'identité » que sont narcissisme, identification et sexualité, car ceux-ci organisent en profondeur la structuration psychique et dialectique de l'identité subjective, qui s'effectue en interaction avec les données de l'identité sociale.

En premier lieu, l'identité sociale imprime sa forme à la formulation identitaire du sujet : celle-ci se donne, à chaque fois, comme une chose unique car la société attend d'un de ses membres qu'il puisse décliner son identité rapidement et simplement, comme une seule chose (« je suis x »).

Ainsi, la désignation sociale du sexe de l'enfant, à la naissance, contraint le sujet à construire son identité subjective en accord ou en rupture avec son identité sociale.

L'identité sociale précède et permet l'identité subjective : cette deuxième va devoir se confronter, et plus ou moins se conformer, à la première forme d'identité.

En second lieu, c'est le narcissisme qui permet à l'individu de se reconnaître comme « unique, permanent et continu. »

Ainsi, même lorsque l'enfant n'est pas encore capable de se percevoir comme clairement différencié de ses parents, il est déjà investi narcissiquement par ceux-ci (narcissisme primaire), ce qui lui procure la sensation de faire partie d'un ensemble unique, permanent et continu.

Puis, le narcissisme, en tant qu'investissement libidinal du self (narcissisme secondaire), assure la base énergétique de la reconnaissance de soi : il fournit de l'énergie libidinale aux représentations de soi d'une façon suffisamment continue, lorsqu'il n'est pas organisé d'une façon pathologique.

En troisième lieu, l'identification permet à l'individu de se reconnaître comme « différent des autres », des autres considérés comme un tout.

En effet, une identification présuppose toujours une assimilation du sujet à un autre, qui est suivie d'un travail de différenciation. La répétition de cette séquence assimilation-différenciation permet ainsi au sujet de se reconnaître comme différent de l'autre, dans la mesure où il se déprend secondairement de son objet identificatoire.

En dernier lieu, c'est le processus de sexualité qui permet à l'individu, *in fine*, d'accéder à ses propres ressentis et à ses propres représentations.

En effet, le complexe d'Œdipe, en conjuguant la reconnaissance de la différence des sexes et celle des générations, permet au sujet de se positionner d'une façon originale et autonome par rapport à ses semblables et à ses parents. Ce positionnement lui ouvre alors un espace de représentation, personnel et inédit, où ses propres affects et ses propres cognitions pourront être reconnus comme émanant de lui-même.

C'est à partir de là que le sujet peut considérer son identité d'une façon plus ouverte, d'une façon qui ne serait pas entièrement déterminée par avance. Alors, tout comme le propose Paul Ricoeur, l'identité peut se faire « identité narrative » : c'est par le récit que le sujet se fait de lui-même, c'est-à-dire par l'ajout permanent de nouvelles « formulations identitaires », qu'il va co-crée avec ceux qui sont là pour l'entendre et lui répondre, sa véritable identité.

1. ABRAHAM K.
« L'histoire d'un chevalier d'industrie à la lumière de la psychanalyse. »
In : *Œuvres complètes, tome 2*. Paris : Payot, 1965.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.
MINI DSM-IV. Critères diagnostics. Paris : Masson, 1996.
3. ANSERMET F.
« Définition et sources de la violence. Infamies d'enfance. »
In : HALFON O., ANSERMET F., LAGET J., PIERREHUMBERT B. *Sens et non-sens de la violence*. Paris : PUF, 2002.
4. AULAGNIER P.
La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé. Paris : PUF, 1975.
5. BAILLY-SALIN P.
« Escroc et identité. »
Confrontations psychiatriques 1998 ; 39.
6. BENJAMIN H.
The transsexual Phenomenon. New York: Julian Press, 1966.
7. BERGERET J.
La violence fondamentale. Paris : Dunod, 1984.
8. BERGERET J.
« Les états limites : essai d'une nouvelle conceptualisation économique et structurelle. » *Perspectives Psy* 2003 ; 42 ; 5.
9. BERGERET J.
La dépression et les états-limites. Paris : Payot, 1974.
10. BOURDIER P.
« L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux. » *Revue française de psychanalyse* 1972 ; 36.
11. BURSZTEJN C., BOUSSIDAN G., COPPENS R., DANION-GRILLAT A., PAUL C., EBTINGER R.
« L'expérience de psychiatres d'enfants avec des parents psychotiques. » *Revue Française de Psychiatrie* 1988 ; 8.
12. CAHN R.
« Représentation de soi. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.
13. CASTORIADIS-AULAGNIER P.
Demande et identification. In : *L'inconscient* 1968 ; 7.

14. CHILLAND C.
« La naissance de l'identité sexuée. » In : LEOVICI S., SOULE M., DIATKINE R.
Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : PUF, 1995.
15. CHILLAND C.
Changer de sexe. Paris : Odile Jacob, 1997.
16. CHILLAND C., CORDIER B.
« Transsexualisme. » In : *EMC*. Paris : Elsevier, 2000.
17. DALIGAND L., GONIN D.
« L'expertise psychiatrique dans les affaires d'escroquerie. » *Journal de Médecine Légale Droit Médical* 1999 ; 3.
18. DARMON M.
« Identification imaginaire / Identification symbolique. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.
19. DARMON M.
« Trait unaire. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.
20. DE MIJOLLA A.
« Identification. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.
21. DEPOND E.
Considérations sur le transsexualisme (Thèse). Angers, France : Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Angers, 1985.
22. DEUTSCH H.
« L'imposteur ; contribution à la psychologie du moi d'un type de psychopathe. » In : *Psychanalyse des névrosés et autres essais*. Paris : Payot, 1970.
23. DONNET J. L., GREEN A.
L'enfant de Ça. Psychanalyse d'un entretien : la psychose blanche. Paris : Minuit, 1973.
24. DOR J.
Introduction à la lecture de LACAN. 1. L'inconscient structuré comme un langage. Paris : Denoël, 1985.
25. DUPRE E.
Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. Paris : Payot, 1925.
26. EPELBAUM C., TARAGANO O., LAUDRIN S., et al.
« Psychopathologie parentale et psychopathologie de l'adolescent. Place et enjeux du travail avec les familles dans une unité d'hébergement psychothérapeutique. » *Psychiatrie de l'enfant* 2001 ; 44 ; 1.

27. FERENCZI S.
« Introjection et transfert. » In : *First contributions to psycho-analysis*. Londres : Hogarth Press, 1952.
28. FREUD S.
« Analyse d'une phobie d'un petit garçon de cinq ans. » In : *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF, 1954.
29. FREUD S.
« Contribution à la psychologie de la vie amoureuse : D'un type particulier de choix objectal chez l'homme. » In : *Revue française de psychanalyse* 1936 ; 9 ; 1.
30. FREUD S.
« Deuil et mélancolie. » In : *Métapsychologie*. Paris : Gallimard, 1952.
31. FREUD S.
« Extrait de l'analyse d'une névrose infantile : L'homme aux loups. » In : *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF, 1954.
32. FREUD S.
« Fragments d'une analyse d'hystérie : Dora. » In : *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF, 1954.
33. FREUD S.
« L'intérêt de la psychanalyse. » In : *Résultats, idées, problèmes*. Paris : PUF, 1984.
34. FREUD S.
« L'organisation génitale infantile » In : *Œuvres Complètes, XVI*. Paris : PUF, 2001.
35. FREUD S.
« La disparition du complexe d'Œdipe. » In : *Œuvres Complètes, XVII*. Paris : PUF, 2001.
36. FREUD S.
« Le moi et le ça. » In : *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1951.
37. FREUD S.
« Le roman familial du névrosé. » In : *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF, 1954.
38. FREUD S.
« Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse. » In : *Œuvres Complètes, XIX*. Paris : PUF, 2001.
39. FREUD S.
« Pour introduire le narcissisme. » In : *La vie sexuelle*. Paris : PUF, 1969.
40. FREUD S.
« Psychologie des foules et analyse du moi. » In : *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1951.

41. FREUD S.
« Quelques conséquences psychiques de la différence des sexes au niveau anatomique. » In : *Œuvres Complètes*, XVII. Paris : PUF, 2001.
42. FREUD S.
« Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa. » In : *Œuvres Complètes*, X. Paris : PUF, 2001.
43. FREUD S.
Introduction à la psychanalyse. Paris : Payot, 1951.
44. FREUD S.
L'interprétation des rêves. Paris : PUF, 1967.
45. FREUD S.
La naissance de la psychanalyse, lettres à Wilhelm Fliess, notes et plans. Paris : PUF, 1956.
46. FREUD S.
Totem et tabou. Paris : Payot, 1947.
47. FREUD S.
Trois essais sur la théorie de la sexualité. Paris : Gallimard, 1987.
48. FREUD S.
Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci. Paris : Gallimard, 1927.
49. FREUD. S.
« Des transpositions pulsionnelles, en particulier dans l'érotisme anal. » In : *Œuvres Complètes*, XV. Paris : PUF, 2001.
50. FREUD S.
« Deuil et mélancolie. » In : *Métapsychologie*. Paris : Gallimard, 1952.
51. GOLSE B.
Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Paris : Masson, 2001.
52. GREEN A.
« Le Genre Neutre. » *Nouvelle Revue de Psychanalyse* 1973 ; 7.
53. HARTMANN H.
« Commentaires sur la théorie psychanalytique du moi. » *Revue française de psychanalyse* 1967 ; 31.
54. HINSHELWOOD R. D.
« Identification projective. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.

55. JEAMMET P.
« La violence à l'adolescence. Défense identitaire et processus de figuration. »
Adolescence 1997 ; 15 ; 2.
56. JEAMMET P.
« La violence : une réponse à une menace d'identité. » In : HALFON O., ANSERMET F., LAGET J., PIERREHUMBERT B. *Sens et non-sens de la violence*. Paris : PUF, 2002.
57. JOHNS J.
« Faux Self. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.
58. KERNBERG O.
La personnalité narcissique. Toulouse : Privat, 1980.
59. KERNBERG O.
Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques. Paris : PUF, 1989.
60. KESTEMBERG E.
« L'identité et l'identification chez les adolescents. » In : *Reflets 1958-1985*. Paris : PUF, 1988.
61. KESTEMBERG E.
La psychose froide. Paris : PUF, 1991.
62. KLEIN M.
« A propos de l'identification. » In : *Envie et gratitude et autres essais*. Paris : Gallimard, 1968.
63. KLEIN M.
« Envie et gratitude. » In : *Envie et gratitude et autres essais*. Paris : Gallimard, 1968.
64. KLEIN M.
Essais de psychanalyse. Paris : Payot, 1968.
65. KREISLER L.
« Ce que les enfants de sexe ambigu ont apporté à la connaissance de l'identité sexuée. » *Nervure* 1990 ; 3 ; 9.
66. KREISLER L.
« Les intersexuels avec ambiguïté génitale. Etude psychopédiatrique. » *La psychiatrie de l'enfant*, 1970 ; XIII ; 1.
67. LACAN J.
« L'agressivité en psychanalyse. » In : *Ecrits*. Paris : Le Seuil, 1966.
68. LACAN J.
« La signification du phallus. » In : *Ecrits*. Paris : Le seuil, 1966.

69. LACAN J.
« Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. » In : *Ecrits*. Paris : Le Seuil, 1966.
70. LACAN J.
« Remarque sur le rapport de Daniel Lagache : psychanalyse et structure de la personnalité. » In : *Ecrits*. Paris : Le Seuil, 1966.
71. LACAN J.
« Subversion du sujet et dialectique du désir. » In : *Ecrits*. Paris : Le Seuil, 1966.
72. LACAN J.
Le séminaire. Livre 1, Les écrits techniques de FREUD. Paris : Le Seuil, 1975.
73. LACAN J.
Le séminaire. Livre 2, le moi dans la théorie de FREUD et dans la technique de la psychanalyse. Paris : Le Seuil, 1978.
74. LACAN J.
Le séminaire. Livre 3, les psychoses. Paris : Le Seuil, 1981.
75. LACAN J.
Le séminaire. Livre 5, les formations de l'inconscient. Paris : Le Seuil, 1998.
76. LACAN J.
Le séminaire. Livre 9, l'identification, inédit.
77. LACAN J.
Le séminaire. Livre 20, Encore. Paris : Le seuil, 1975.
78. LACAN J.
Le séminaire. Livre 23, le sinthome. Paris : Le Seuil, 2005.
79. LAPLANCHE J.
Problématiques 2, castration, symbolisation. Paris : PUF, 1980 ; cité par A. Oppenheimer.
80. LAPLANCHE J., PONTALIS J. B.
Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : PUF, 1967.
81. LAZNICK M.-C.
« Stade du miroir. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.
82. LE POULICHET S.
« Le concept de narcissisme. » In : NASIO J. D. *Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse*. Paris : Payot, 2001.

83. LE POULICHET S.
Psychanalyse de l'informe. Dépersonnalisations, addictions, traumatismes. Paris : Flammarion, 2003.
84. LÉBOVICI S., RABAIN-LÉBOVICI M.
« Psychopathologie des enfants provenant de familles psychotiques ou dépressives. »
In : LÉBOVICI S., SOULE M., DIATKINE R. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.* Paris : PUF, 1995.
85. LEVI-STRAUSS C.
L'identité. Paris : PUF, 1977.
86. LEVI-STRAUSS C.
Les structures élémentaires de la parenté. Paris : PUF, 1949.
87. LUCAS G.
« L'hypermaturation. » In : LÉBOVICI S., SOULE M., DIATKINE R. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.* Paris : PUF, 1995.
88. MAHLER M.
Psychose infantile. Paris : Payot, 1973.
89. MAILLE J. E.
« Psychopathologies de la falsification. » *Humeurs* 2003 ; 32.
90. MALEVAL J.-C.
« Éléments pour une appréhension clinique de la psychose ordinaire. » In : *Séminaire de la découverte freudienne « psychose et lien social.* » Toulouse, 2003.
91. MALEVAL J.-C.
« Variétés cliniques du pousse-à-la-femme. » *Cahier de l'association de la cause freudienne – Val de Loire et Bretagne* 1996 ; 6.
92. MELMAN C.
« Forclusion. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse.* Paris : Calmann-Lévy, 2002.
93. MERCADER P.
L'illusion transsexuelle. Paris : L'harmattan, 1994.
94. MILLOT C.
Horsexe. Essai sur le transsexualisme. Paris : Point hors ligne, 1983.
95. MINKOWSKI M. E.
« La mythomanie et la notion d'inconsistance. » In : *Congrès des aliénistes et neurologistes,* Rennes, 1951.
96. MONEY J., HAMPSON J. G. and HAMPSON J.L.
“Examination of some basic sexual concepts.” *Bul. John Hopkins Hospital* 1955 ; 97.

97. MONEY J., HAMPSON J. G. and HAMPSON J.L.
 “Imprinting and the establishment of gender role.” *Archives of Neurology and Psychiatry* 1957 ; 77.
98. NASIO J. D.
Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse. Paris : Payot, 1992.
99. NEYRAUT M.
 « A propos de la mythomanie. » *L'évolution psychiatrique* 1960 ; 25.
100. OPPENHEIMER A.
 « Du Transvestisme pervers au transsexualisme. » *Revue française de psychanalyse* 1992 ; 5.
101. OPPENHEIMER A.
 « Le désir d'un changement de sexe : un défi pour la psychanalyse ? » *Psychanalyse à l'université* 1992 ; 66.
102. OPPENHEIMER A.
 « Les troubles de l'identité sexuelle. » *Bulletin de psychologie* 1996 ; 49.
103. OPPENHEIMER A.
 « Psychanalyse du moi, psychologie du moi et psychologie du self. » In : *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 1995.
104. PONTALIS J. B.
 « Avant-propos. » In : *Nouvelle Revue de Psychanalyse* 1972 ; 6.
105. RANK O.
Le mythe de la naissance du héros. Paris : Payot, 1983.
106. REY A.
Le grand Robert de la langue française. Paris : Ed. Le Robert, 2001.
107. REY A., REY-DEBOVE J.
Le petit Robert. Paris : Ed. Le Robert, 1977.
108. RICOEUR P.
Soi-même comme un autre. Paris : Le Seuil, 1990.
109. STOLLER R. J.
Recherches sur l'identité sexuelle. Paris : Gallimard, 1978.
110. STOLLER R.
L'excitation sexuelle, dynamique de la vie érotique. Paris : Payot, 1984.
111. TAP P.
 « Identité. » In : *Encyclopaedia universalis*. Paris : Ed. Encyclopaedia universalis, 1995.

112. VANIER A.
« Formules de la sexualité. » In *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.
113. VINCENT M.
« Narcissisme. » In : *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy, 2002.
114. WINNICOTT D. W.
« Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self. » In : *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris : Payot, 1970.
115. WINNICOTT D. W.
« Intégration du moi au cours du développement de l'enfant. » In : *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris : Payot, 1970.
116. WINNICOTT D. W.
De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, 1968.
117. ZEEGERS M.
« L'escroc dans sa relation avec la réalité. » *L'évolution psychiatrique* 1959 ; 3.

INTRODUCTION.....	- 10 -
PREMIERE PARTIE : IDENTIFICATION, LEILA OU LA DISSOLUTION IDENTITAIRE.....	- 14 -
I - IDENTIFICATION.....	10
A - DEFINITIONS.....	10
B - S. FREUD.....	11
1) <i>La nature inconsciente des identifications</i>	11
2) <i>Développement du concept d'identification chez S. FREUD</i>	12
a) Identification hystérique	12
b) Introjection et incorporation	12
c) Identification mélancolique ou narcissique	13
d) Identification dans la psychologie des masses	14
e) Identification primaire	14
f) Les identifications et le complexe d'Œdipe	15
g) Synthèse	15
C - M. KLEIN.....	16
1) <i>Mouvement d'introjection-projection</i>	16
2) <i>Complexe d'Œdipe précoce</i>	17
D - J. LACAN.....	18
1) <i>Le stade du miroir (1936) et l'identification imaginaire</i>	18
2) <i>L'identification symbolique</i>	19
E - D. W. WINNICOTT.....	20
1) <i>La préoccupation maternelle primaire</i>	21
2) <i>La mère « miroir »</i>	21
3) <i> Holding</i>	21
4) <i>Faux self</i>	22
F - E. KESTEMBERG.....	24
1) <i>Le concept d'adolescence</i>	24
2) <i>Identité et identification : « ils sont pratiquement un seul et même mouvement »</i>	25
II - CAS CLINIQUE : LEILA.....	27
A - MOTIF D'ADMISSION.....	27
B - ANTECEDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX.....	28
1) <i>Leila</i>	28
2) <i>Le père de Leila</i>	28
C - ELEMENTS BIOGRAPHIQUES.....	29
2) <i>Le contexte familial</i>	29
D - PRESENTATION ET DISCOURS.....	30
1) <i>Leila</i>	30
2) <i>Les parents de Leila</i>	31
E - EVOLUTION APRES L'HOSPITALISATION.....	32
III - DISCUSSION DIAGNOSTIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE : LA DISSOLUTION IDENTITAIRE.....	33
A - HYPERMATURATION ET PREVALENCE DE LA PROBLEMATIQUE IDENTIFICATOIRE...	34
1) <i>Hypermaturation</i>	34
2) <i>Prévalence de la problématique identificatoire</i>	35
B - ANALYSE DE LA PROBLEMATIQUE IDENTIFICATOIRE.....	37
1) <i>Identification inconsciente au père, à partir de E. KESTEMBERG</i>	37
2) <i>Identification spéculaire, à partir de P. AULAGNIER</i>	39
C - VIOLENCE, DISSOLUTION IDENTITAIRE ET « IDENTIFICATION ADDICTIVE INCONSCIENTE ».....	40
1) <i>La violence, comme attaque de l'identité</i>	40
2) <i>L'identification addictive inconsciente, comme défense paradoxale de l'identité</i>	42
DEUXIEME PARTIE : LE NARCISSISME, M. D. OU LA FALSIFICATION IDENTITAIRE.....	- 48 -
I - NARCISSISME.....	44
A - S. FREUD.....	44
1) <i>Premières considérations sur le narcissisme, à partir de la perversion</i>	45

2)	<i>Le narcissisme comme stade de développement de la libido</i>	46
3)	<i>Le narcissisme comme investissement libidinal du moi</i>	47
4)	<i>Narcissisme et mélancolie</i>	48
5)	<i>Narcissisme primaire et narcissisme secondaire</i>	49
a)	Narcissisme primaire	49
b)	Narcissisme secondaire	50
6)	<i>Narcissisme et idéal du moi</i>	51
B -	J. LACAN.....	52
1)	<i>Moi idéal et idéal du moi dans la constitution du moi</i>	52
2)	<i>Moi idéal et idéal du moi dans l'économie du désir</i>	53
C -	O. KERNBERG.....	55
1)	<i>Le moi et la création du self, dans la psychologie du moi</i>	56
2)	<i>Le self normal chez O. KERNBERG</i>	58
3)	<i>Le narcissisme normal chez O. KERNBERG</i>	59
4)	<i>Narcissisme pathologique chez O. KERNBERG</i>	60
a)	Dans les troubles névrotiques	60
b)	Dans les situations où un « processus identificatoire pathologique [est présent] à un degré tel que le self se modèle essentiellement sur un objet internalisé pathogénique »	60
c)	Chez les « personnalités narcissiques »,	60
d)	Dans les organisations limites de la personnalité	61
e)	Dans les troubles psychotiques	61
II -	CAS CLINIQUE : M. D.	63
A -	INTRODUCTION.....	63
B -	HISTOIRE CLINIQUE.....	64
1)	<i>Histoire de la maladie</i>	64
a)	Première hospitalisation	64
b)	Premier transfert en HDT au CHS	65
c)	Deuxième hospitalisation au CHU	65
2)	<i>Eléments cliniques recueillis</i>	66
a)	Présentation	66
b)	Biographie	67
c)	Discours	67
3)	<i>Deuxième hospitalisation en HDT au CHS</i>	70
a)	Aux urgences	70
b)	Au CHS	70
c)	Suicide et « révélation judiciaire »	71
III -	DISCUSSION DIAGNOSTIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE : LA FALSIFICATION IDENTITAIRE.....	72
A -	TROUBLES SOMATOFORMES.....	72
1)	<i>Pour étayer l'hypothèse convertive</i>	73
2)	<i>Différents arguments nous empêchent d'exclure la possibilité d'une simulation</i>	73
3)	<i>L'expression somatique d'un épisode dépressif</i>	73
4)	<i>Des pertes narcissiques multiples</i>	- 78 -
A -	PSYCHOPATHOLOGIE DE LA FALSIFICATION : ABORD PHENOMENOLOGIQUE.....	75
B -	PSYCHOPATHOLOGIE DE LA FALSIFICATION : ABORD ANALYTIQUE.....	77
1)	<i>Compréhension fantasmatique</i>	77
2)	<i>Compréhension topique</i>	78
3)	<i>Compréhension narcissique</i>	78
4)	<i>Compréhension oedipienne</i>	79
C -	L'HYPOTHESE MANIACO-DEPRESSIVE.....	80
D -	TROUBLES DE LA PERSONNALITE NARCISSIQUE, A PARTIR DE O. KERNBERG.....	81
1)	<i>Proximité avec les organisations limites de la personnalité</i>	81
2)	<i>M.D.</i>	82
<u>TROISIEME PARTIE : SEXUATION, HELENE C. OU LA CROYANCE IDENTITAIRE.....</u>		- 90 -
I -	SEXUATION.....	- 90 -
A -	S. FREUD.....	86
1)	<i>Œdipe, un thème central dès les débuts de la psychanalyse</i>	86

2)	<i>Bisexualité psychique et complexe d'Œdipe</i>	87
3)	<i>Phase phallique et complexe d'Œdipe</i>	88
4)	<i>Complexe de castration et complexe d'Œdipe</i>	89
5)	<i>Le surmoi, « héritier du complexe d'Œdipe »</i>	90
6)	<i>Une structure universelle</i>	91
7)	<i>les fonctions du complexe d'Œdipe</i>	91
B -	M. KLEIN.....	92
C -	COMPLEXE D'ŒDIPE ET DIFFERENCIATION SEXUEE CHEZ J. LACAN.....	93
1)	<i>Le phallus</i>	93
2)	<i>Les trois temps du complexe d'Œdipe et la métaphore du Nom-du-Père</i>	95
a)	Premier moment de l'Œdipe	95
b)	Second moment de l'Œdipe	95
c)	Troisième moment de l'Œdipe	96
d)	La métaphore du Nom-du-Père	97
3)	<i>Les formules de la sexuation</i>	98
D -	LES RAPPORTS ENTRE DIFFERENCIATION SEXUEE ET COMPLEXE D'ŒDIPE.....	99
1)	<i>La différenciation sexuée, à partir de l'étude des cas d'intersexualité</i>	99
2)	<i>La différenciation sexuée, à partir de l'étude des cas de transsexualité</i>	101
3)	<i>La différenciation sexuée et le complexe d'Œdipe, à partir d'une synthèse d'A. GREEN</i>	104
II -	CAS CLINIQUE : HELENE C.....	106
A -	INTRODUCTION.....	106
B -	BIOGRAPHIE.....	106
1)	<i>Avant-propos</i>	106
2)	<i>Enfance et vie familiale</i>	107
3)	<i>Adolescence</i>	108
4)	<i>Vie adulte</i>	108
a)	Vie conjugale et familiale	108
b)	Vie professionnelle	109
c)	Vie amicale	109
E -	ANTECEDENTS.....	110
1)	<i>Antécédents familiaux</i>	110
2)	<i>Antécédents dans l'enfance et l'adolescence</i>	110
3)	<i>Antécédents psychiatriques avant la mise en avant de la problématique identitaire</i>	111
a)	Période 1983-1986	111
b)	Trois mois d'hospitalisation en 1992	111
c)	Neuf mois de soins psychiatriques : de mars 1994 à janvier 1995	111
d)	Six mois de soins psychiatriques et physiques: d'avril 1995 à septembre 1995	112
e)	Un an de soins psychiatriques : d'octobre 1995 à septembre 1996	113
e)	Six mois de soins psychiatriques : d'avril 1997 à octobre 1997	114
F -	HISTOIRE DES TROUBLES DE L'IDENTITE.....	115
1)	<i>« Révélation » et mise au premier plan de la problématique transsexuelle</i>	115
a)	Révélation : un mois et demi d'hospitalisation (de février 2001 à mi-mars 2001)	115
b)	Nouvelle tentative de suicide : une semaine d'hospitalisation (mi-avril 2001)	115
c)	Idées d'automutilation et 1 ^{er} rendez-vous avec l'expert : hospitalisation de un mois et demi	116
d)	Constances des troubles et de la demande transsexuelle : hospitalisation quasi continue durant cinq mois	117
2)	<i>Féminisation de M. C. : d'un passage à l'acte solitaire à une féminisation institutionnalisée</i>	118
a)	Emasculaton volontaire	118
b)	Période d'attente et évaluation multidisciplinaire	119
c)	Féminisation de l'identité sociale et du corps	119
d)	Amour et réactions caractérielles	120
e)	Depuis octobre 2004	121G -
	PRESENTATION CLINIQUE.....	122
H -	DISCOURS.....	123
1)	<i>Les thèmes prévalents</i>	123
a)	L'image de la femme : fascination et idéalisation	123
b)	La masculinité : échec et peur	124
c)	L'image de la femme comme protection contre l'homme	125
2)	<i>Structuration du discours et place de l'interlocuteur</i>	126
III -	DISCUSSION DIAGNOSTIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE : LA CROYANCE	
IDENTITAIRE.....		128

A - TRANSSEXUALISME.....	128
1) <i>Introduction</i>	128
2) <i>Transsexualisme primaire ou secondaire ?</i>	129
3) <i>Et avant la demande de transformation sexuelle ?</i>	130
B - HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES STRUCTURALES.....	131
1) <i>Un trouble psychotique partiel ?</i>	132
a) Une psychose compensée ?	132
b) Une psychose blanche ?	134
2) <i>Troubles de la personnalité limite ?</i>	135
a) Multiplicité des symptômes pseudo-névrotiques	135
b) Mécanismes de défense archaïque	135
c) Les troubles du comportement de type impulsif	136
d) La distorsion singulière des relations interpersonnelles	136
e) Les troubles thymiques	137
f) La carence de symbolisation de la différence des sexes	138

CONCLUSION.....- 144 -

BIBLIOGRAPHIE.....- 146 -

RESUMÉ

La notion d'identité est un repère nécessaire, tant dans les interactions sociales que dans les relations intersubjectives.

Ce travail se propose d'aborder la notion d'identité à travers une approche psychopathologique.

Tout d'abord, la formulation identitaire du sujet (« je suis x ») est opposée à la véritable construction dialectique de l'identité subjective, qui échappe à une saisie intégrale par le discours du sujet.

Puis, trois « éléments fondamentaux » de l'identité sont détaillés : l'identification, qui est un processus permanent de construction identitaire, le narcissisme, qui assure le sentiment d'unité et de permanence de soi, et la sexuation, qui inscrit le sujet dans un nécessaire commerce avec l'altérité.

Ces trois concepts sont associés à trois situations cliniques, afin que concepts et situations cliniques s'éclaircissent réciproquement.

Le premier cas clinique est celui d'une adolescente qui exprime un vécu de « dissolution identitaire », en lien avec une histoire familiale violente : les processus identificatoires à l'œuvre sont précisés.

Le second cas clinique illustre le parcours d'un patient, qui révèle de multiples « falsifications identitaires » : de sévères troubles narcissiques sont mis en rapport avec ses conduites mythomanes.

Le dernier cas clinique concerne un patient transsexuel, qui fait preuve d'une intense « croyance identitaire » : les liens entre diagnostic psychiatrique et troubles de la sexuation sont abordés.

Au final, l'objectif de ce travail est de proposer au lecteur différentes pistes théoriques et cliniques pour le diagnostic et la prise en charge des patients dont la problématique est intriquée à la question identitaire.

MOTS – CLÉS

- IDENTITÉ
- NARCISSISME
- IDENTIFICATION
- SEXUATION
- TRANSSEXUALISME
- MYTHOMANIE

Fundamental elements of identity : Narcissism, Identification, Sexuation.

Three clinical issues in psychopathology.

Abstract:

The very notion of identity is a necessary landmark, in social interactions as well as in intersubjective relations.

This work sets about tackling the notion of identity through a psychopathological approach.

First and foremost, the formulation of identity (“I am X”) is opposed to the actual dialectical construction of subjective identity, which the subject is unable to take in globally.

Then, three “fundamental elements” of identity are detailed: identification, which is a permanent process constructing identity, narcissism, which warrants all feeling of unity and permanence of the self, and sexuation, which frames the subject in a necessary trade with others.

These three concepts are associated to three clinical situations, so that concepts and situations can purposefully echo one another.

The first clinical case is that of an adolescent girl who relates a feeling of “identity dissolution” linked to a violent family history; the processes of identification at work are specified.

The second clinical case illustrates the life history of a patient who shows multiple “identity falsifications”; severe narcissistic troubles are related to his mythomaniac behaviour.

The last clinical case deals with a transsexual patient who presents an intense “identity belief” enabling to draw some parallels between psychiatric diagnosis and the troubles of sexuation.

Finally, the aim of this work is to suggest to the reader different theoretical and clinical tracks for diagnosing and taking care of patients whose personal issues are intricately linked to questions of identity.

KEY – WORDS

- IDENTITY
- NARCISSISM
- IDENTIFICATION
- SEXUATION
- TRANSSEXUALISM
- MYTHOMANIA