

Les états-limites

Vincent Estellon

Que sais-je ? PUF, 2013

I.	Introduction	2
1.	Qu'est-ce qu'un état ?	2
2.	Qu'est-ce qu'une limite pour l'être humain ?	2
3.	Les limites d'un point de vue psychopathologique : une lutte contre la confusion	3
4.	L'origine mythologique des limites	3
II.	Fonctionnements limites et psychopathologie de la vie quotidienne	3
1.	Fonctionnement limite à l'adolescence	3
2.	États-limites et société	4
3.	Les folies amoureuses, la scène de ménage : expérience limite entre deux êtres	4
4.	Le deuil, expérience limite entre la vie et la mort	5
5.	La transgression, quête et excitation des limites	5
III.	Origine et évolution de la notion d'état-limite	5
1.	Ces folies limites à la recherche d'un nom	5
2.	Origine anglo-saxonne de la réflexion sur ces affections frontières	6
a.	Aux États-unis	6
b.	En Angleterre	6
c.	En France	6
3.	Les états-limites dans le DSM IV-R (1994)	7
IV.	Les états-limites : isolation et définition	7
1.	Les aménagements limites (Bergeret, 1970)	7
a.	La trauma précoce et après-coup	8
b.	Aménagements du moi	8
2.	Le syndrome Borderline comme entité psychopathologique stable (Otto Kernberg)	9
a.	L'angoisse	9
b.	La dépression	9
c.	Les manifestations pseudonévrotiques	9
V.	Les mécanismes de défense	10
1.	Le clivage (<i>Spaltung</i>)	10
a.	Le clivage horizontal	10
b.	Le clivage vertical	10
2.	Le déni (<i>Verleugnung</i>)	10
3.	L'identification projective	11
4.	L'idéalisation primitive, l'omnipotence et la dévalorisation	11
VI.	Sandor Ferenczi, précurseur d'une psychanalyse des limites	11
1.	Le nourrisson savant	11
2.	La nature du trauma	12
3.	L'identification à l'agresseur	12
4.	La confusion de langue entre les adultes et les enfants, la communication paradoxale	12
VII.	Panorama des différentes positions théoriques	13
1.	Les auteurs autrichiens exilés aux USA	13
a.	Paul Federn, « Les variations des frontières du moi »	13
b.	Heinz Kohut, Les « désordres narcissiques », éléments pour un diagnostic différentiel	13
a.	Les rages narcissiques	14
b.	Le Soi grandiose	14
2.	Les auteurs britanniques	14
a.	Helene Deutsch, les personnalités As if, l'identification au désir de l'autre	14
b.	L'apport de Donald Wood Winnicott	14
3.	La problématique prégénitale	15
a.	W.R.D Fairbairn, la personnalité schizoïde, l'oralité précoce	15
b.	Maurice Bouvet, les « prégénitaux »	16

4.	Et l'œdipe ? Les mutations de la configuration œdipienne.....	16
c.	Catherine Chabert, la version mélancolique du fantasme de séduction.....	16
d.	L'échec devant le succès, le masochisme moral.....	17
VIII.	Comment se forme l'état limite ? Hypothèses étiopathogéniques.....	18
1.	Les interactions précoces dans la genèse de l'état limite.....	18
a.	Le complexe de la mère morte (A. Green).....	18
b.	Les écorchés vifs. Qu'advient-il lorsque la peau psychique n'a pas été suffisamment constituée ?...	19
c.	Les traumatismes précoces et la position phobique centrale.....	19
2.	Qualité de la communication dans la genèse de l'état limite.....	19
3.	Développements métapsychologiques.....	20
a.	Point de vue topique : défaillance du système de pare-excitation.....	20
b.	Point de vue dynamique : le défaut d'autopropulsion (D. Anzieu).....	20
IX.	Difficultés cliniques et engendrement du dispositif thérapeutique : la technique de soin en question.	21
1.	Résistances : la réaction thérapeutique négative.....	21
2.	L'amnésie, la compulsion de répétition.....	21
3.	Le tact psychologique, le projet d'analyse mutuelle, l'élasticité de la technique.....	21
4.	Le jeu des questions et des réponses, l'interactivité de la communication clinique.....	21
5.	Le modèle thérapeutique proposé par Otto Kernberg.....	22
6.	Le contre-transfert en question.....	22
X.	Conclusion.....	22

I. Introduction

Bien adaptés socialement, les états-limites bénéficient d'un ancrage dans la réalité solide. Pourtant, ils donnent à voir au clinicien de grandes failles. Sous cette apparence externe de normalité, leur existence interne est chaotique.

Peu capable d'attente et de patience, ils fuient dans des conduites peu élaborées ; l'agir est privilégié.

Leur moi est faible et ils sont exposés à la crainte de l'effondrement.

Patients difficiles à soigner.

L'état-limite vit chroniquement la souffrance relationnelle et identitaire, l'évitement et la mise en danger. Il est hanté par des angoisses d'intrusion et d'abandon.

Il ne sait souvent plus qui il est, qui il aime, s'il souhaite vivre ou mourir, haïr ou aimer.

Les frontières de son identité sont poreuses ; il est un « écorché vif » qui s'est construit des murs défensifs, de peur, de mensonge, d'images stéréotypées.

Il met à l'épreuve ses limites corporelles, affectives, sociales, légales, vitales.

1. Qu'est-ce qu'un état ?

Un bord, un contour, une surface, une frontière, ...

Limitare, limes, désignent un sentier séparant deux étendues.

Les limites servent à organiser le monde à partir du chaos originel

États, au plan géopolitique, fait penser à territoire, frontières

2. Qu'est-ce qu'une limite pour l'être humain ?

La peau, le corps, la douleur, la mort ?

L'interdit (Non !) ?

Les autres ? l'attachement, le lien, l'amour

Le sens ? La cohérence. La mémoire ? L'identité ?

L'état-limite attend souvent que la limite soit posée par un agent de l'extérieur ou par ses limites corporelles.

3. Les limites d'un point de vue psychopathologique : une lutte contre la confusion

Le terme confusion renvoie à plusieurs registres :

Promiscuité, défaut de pudeur

Trouble de l'ordre public, cf. impulsivité, fuite en avant

Défaut de reconnaissance des distinctions

Défaut de clarté

Abondance de choses

Embarras, honte

4. L'origine mythologique des limites

Hésiode : les formes vivantes pour survivre et se reproduire ont dû construire des limites pour sortir du chaos originel.

Le récit des origines indique quelques pistes :

- Une limite ne se crée pas sans effort ni douleur
- Une limite sépare et contient
- Une limite induit un écart, in intervalle
- Une limite dans le temps induit une limite dans l'espace
- Une limite crée du lien
- Au plan psychologique, elle nécessite l'épreuve symbolique de la castration
- Cette castration douloureuse permet l'amour, la beauté
- Mais cette aspiration à l'amour sera perturbée par la violence, la vengeance, le souvenir des fautes commises.

II. Fonctionnements limites et psychopathologie de la vie quotidienne

Certaines période de la vie quotidienne sont susceptible de provoquer des doutes sur sa propre normalité.

Ces « *périodes sensibles* » sont des fonctionnements limites.

1. Fonctionnement limite à l'adolescence

Entrer dans l'adolescence, c'est franchir un seuil (pubertaire, génital, relationnel) qui mène à l'âge adulte.

Durant ce temps de transformations et de métamorphoses vacillent un grand nombre de repères hérités de l'enfance :

- Crise des identifications (les imagos parentales sont liquidées)
- Crise des valeurs (il s'agit de trouver sa valeur propre ; crise de l'estime de soi, du narcissisme)
- Crise du corps (la puberté comme effraction du schéma corporel antérieur)
- Crise de l'image de soi (signe du miroir, tentative de créer de nouveaux repères corporels)
- Crise œdipienne (la sexualisation rend possible la mise en acte des vœux œdipiens ; expérimentations homosexuelles).

- Deuil de la bisexualité infantile (choisir, c'est renoncer ...)
- La découverte et l'expérience des premières amours (vécus passionnels, état amoureux, bousculent les limites internes et externes)
- La quête d'un point de rupture (comportement ordaliques)
- Le phénomène d'idéalisation de l'objet (héros, idole, star)

On a longtemps taxé les états-limites d'éternels adolescents.

2. États-limites et société

Cf. modifications des modèles de la parenté (familles recomposées, homoparentalité, monoparentalité, ...) ; la loi a du mal à être incarnées par les figures parentales.

Les parents sont souvent identifiés à leurs enfants.

Impact des consommations d'écrans ; croissance forte du pouvoir des images.

Cf. réseaux sociaux : les mots perdent leur valeur informative et leur fonction sociale pour mieux exhiber l'état d'âme du moment.

Sociétés post-modernes : souffrance du sens, uniformisation

L'apport des auteurs lacaniens

L'évolution de nos sociétés vers un « monde sans limites »¹

L'érosion du modèle de la famille patriarcale

La plupart des auteurs lacaniens récusent l'idée d'une structure propre aux états-limites.

Il s'agit d'une sorte de prolongement sans fin de l'adolescence. Jean-Jacques Rassiial serait le seul auteur lacanien à avoir consacré un livre et des articles sur la question². Il y dénonce l'aspect « *fourre-tout* » de cette catégorie. Il s'agirait bien d'un état et non d'une structure psychopathologique.

L'élément déterminant reste ici la façon dont la métaphore paternelle sera plus ou moins soutenue dans le contexte familial.

Au sein de la théorie lacanienne, le Nom-du-père, garant de la dimension symbolique et réparatrice, est au premier plan. Il importe que le père, ou son substitut, puisse faire office de tiers, de point de butée, d'arrêt, face à l'inflation des désirs d'un enfant qui souhaite tout être et tout avoir.

Pierre Fédida³ : il est dans la tradition d'un cas d'être intrinsèquement limite, c'est-à-dire de « *poser une question sans pouvoir donner une réponse* ».

3. Les folies amoureuses, la scène de ménage : expérience limite entre deux êtres

La scène de ménage⁴ est un objet intéressant pour qui s'intéresse aux limites au sein d'un couple. Dans un couple, il est parfois problématique de distinguer « *ce qui est à moi* » de « *ce qui est à toi* », de « *ce qui est à nous* ». Cf. les problèmes de divorce.

On aime comme on a été aimé dans l'enfance.

Cf. Lacan : « *Aimer, ce serait donner quelque chose qu'on n'a pas à quelqu'un qui n'en veut pas* »

¹ JP. LEBRUN (1997), *Un monde sans limites*, Érès, 2001.

² JJ. RASSIAL, *Le sujet en état-limite*, Paris, Dunod, 1999.

³ P. FEDIDA, *Clinique psychopathologique des cas limites et métapsychologie des états-limites*, in *Psychanalyse à l'université*, 5, N°17, Éd. Répliques, 1979.

⁴ D. ANZIEU (1986), *La scène de ménage*, in *Psychanalyse des limites*, C. Chabert, Paris Dunod, 2007.

L'état amoureux installe cette croyance selon laquelle le partenaire est l'objet complémentaire qui saura répondre à mes désirs, attentes et sollicitations comme jadis l'objet primordial a pu mettre le monde à ma portée pour que je survive.

Au cours des scènes de ménage se révèlent les lignes de clivage.

Dans cette expérience fondée sur l'incompréhension, le but est de rendre coupable l'autre de la mésentente.

« Elle fait monter le potentiel du couple vers un paroxysme qui l'apparente à certains rituels religieux et qui introduit les partenaires, à travers des sentiments d'épouvante et de grandeur, à la dimension maudite du sacré »

Dynamique et temporalité spécifiques de ces scènes qui mélangent haine et désir de vengeance avec désir de reconnaissance et d'amour.

Souvent, une activité sexuelle dont l'intensité est proportionnelle à celle de la scène vient clore l'épisode et effacer les traces de la tempête d'affects. La scène est en apparence oubliée : « Qui prend le risque de rappeler le souvenir de la scène passée risque d'en réveiller la charge affective » et de s'aventurer dans une nouvelle scène ».

4. Le deuil, expérience limite entre la vie et la mort

Dans cette expérience traumatique destituant l'identité, l'endeuillé peut développer des réactions maniaques contre la dépression, ou même des pseudo-hallucinations qui font apparaître dans le champ perceptif l'image du mort.

Le deuil a le pouvoir de fabriquer des présences à partir du trou de l'absence.

Comme l'amoureux, l'endeuillé peut avoir l'impression, dans la rue, de reconnaître la chevelure, la démarche, de la personne aimée. Il parle de vide.

5. La transgression, quête et excitation des limites

Le symptôme, l'acte manqué rappellent cette fêlure : chacune de ces manifestations se réalise dans le franchissement d'une limite, celle du refoulement.

La transgression est tension, attirance, tentation ... Vers une limite au delà de laquelle luit une promesse de plaisir, une libération, l'attirance vers l'inconnu.

III. Origine et évolution de la notion d'état-limite

1. Ces folies limites à la recherche d'un nom

Dès 1938⁵, Freud évoque des malades « *manifestement très proche des psychosés ...* »

Du côté de la psychiatrie, les noms donnés à ces états à la limite de la folie sont nombreux : *Formes atténuées de démence précoce* (Kraepelin), *Héboïdophrénie* (Kahbaum), *Schizothymie* (Bleuler), *Psychotique introverti* (Jung), *Délires psychiques* (Borel), *Mythomanes* (Dupré), *Schizophrénies affectives* (Hoch), *Schizoses* (Claude), *Personnalités schizoïdes* (Kretschmer, Laforgue, Fairbairn), *Schizonévrose* (H. Ey), *Schizophrénie pseudonévrotique* (Binswanger), *Dysharmonie évolutive* (R. Misès, chez les enfants).

Du côté des psychanalystes, *Pré-psychose* (Diatkine), *Prégénitaux* (Bouvet), *Personnalité As if* (Deutsch), *Personnalité en faux self* (Winnicott), *Psychose blanche* (Green), *Psychose symbiotique* (Malher), *The basic fault* (Balint), *Psychopathie* (Misès), *Aménagement limite* (Bergeret), *Organisation limite* (Kernberg, Widlöcher), *Fonctionnement limite* (Chabert).

⁵ S. FREUD, *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, 1938, p. 41.

Ces dernières années, les troubles Border Line ont été rapprochés des pathologies narcissiques.

Ils interrogent les limites des systèmes de classification nosographique. (Voir États-limites en psychiatrie, Word)

Désormais, on considère que ce n'est pas tant une pathologie « à la limite de » qu'une « pathologie des limites du moi ». (en psychiatrie : trouble de la personnalité).

Pour André Green, « le concept le plus fondamental de la psychanalyse moderne »⁶

2. Origine anglo-saxonne de la réflexion sur ces affections frontières

a. Aux États-unis

Le psychiatre américain CH Hugues (1884) parle « frontières de la folie » (*the borderland of insanity*). Il utilise le terme *Border Line*.

Adolf Stern (1879-1958) reprend en 1938 le terme *Border Line* à propos de sujets présentant des troubles narcissiques (impulsivité, anxiété majeure, sensibilité exagérée, phénomènes projectifs). Ces sujets exposent le thérapeute à de fréquentes réactions thérapeutiques négatives.

Arlene Wolberg fait en 1952 une description fine de ce qui devient une entité psychopathologique :

- Ancrage dans la réalité
- Relation sadomasochiste entre soi et l'autre
- Angoisses anaclitiques
- Recherche compulsive de gratifications
- Fantômes mégalomaniaques
- Hypersensibilité aux remarques
- Conduites d'échec
- Clivage
- Sentiments de vide (angoisses d'abandon)

Robert Knight pose en 1953 la question des moyens de distinguer un tel état d'une psychose latente. Dans sa description, il met l'accent sur la faiblesse du moi et la relation anaclitique.

b. En Angleterre

Melitta Schmideberg (fille de Mélanie Klein) réalise d'importants travaux sur les Border Line. Elle signale l'absence d'empathie et met en exergue :

- Les troubles de l'humeur
- L'intolérance aux frustrations
- L'intolérance à l'angoisse
- Les tendances antisociales
- Susceptibilité pathologique
- L'anhédonie
- La mégalomanie
- Défaut de régulation émotionnelle

c. En France

André Green (à compléter)

Jean Bergeret (à compléter)

⁶ A. GREEN, *Le concept de limite*, in *La folie privée*, Paris, Gallimard, 1976, p. 126.

3. Les états-limites dans le DSM IV-R (1994)

La « personnalité Border Line » peut être diagnostiquée quand existent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels et imaginés.
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes de déréalisation excessive et de dévalorisation.
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistance de l'image ou de la notion de soi.⁷
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet « exp : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie ».
5. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels et imaginés.
6. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes de déréalisation excessive et de dévalorisation.
7. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistance de l'image ou de la notion de soi.
8. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet « exp : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie ».
9. Répétition de comportements de gestes ou menaces suicidaires ou d'automutilation...etc.
10. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur « dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement quelques jours ».
11. Sentiment chronique de vide.
12. Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère « fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées ».
13. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

IV. Les états-limites : isolation et définition

1. Les aménagements limites (Bergeret, 1970)

Le premier auteur français à avoir théorisé les états-limites vus comme « *astructuration* » et « *troisième lignée psychopathologique* » (à côté de névrose, psychose).

L'état-limite est considéré comme un aménagement défensif ayant pour but d'éviter la dépression.

Un des apports originaux de Bergeret tient à sa conception d'un mécanisme de défense typique dans ces organisations : le *dédoublement des imagos*.

Pour se défendre » contre le risque de fragmentation, le moi se déforme de sorte qu'une partie reste adaptée à la réalité tandis qu'une autre fonctionne sur le mode anaclitique.

Pour lui, L'Homme aux loups, le Petit Hans, seraient vus aujourd'hui comme états-limites.

⁷ Pour Otto Kernberg, ce « syndrome d'identité diffuse » est en lui-même pathognomonique de l'état-limite

L'état-limite comporterait un « *tronc commun* » assez stable au sein duquel on retrouverait la dépression et la psychopathie, et des mécanismes de défenses marqués d'angoisse de séparation, de relation anaclitique, de clivage du moi.

a. La trauma précoce et après-coup

Scénario de l'évolution :

1. Durant la petite enfance, un premier trauma désorganisateur précoce (ou une série de microtraumatismes), identitaire, sexuel, séduction confrontent le sujet à l'angoisse de la perte et sont à l'origine de blessures narcissiques importantes. Le moi s'aménage en refoulant les questions relatives à la sexualité de sorte que le conflit œdipien n'est pas traité et que la période œdipienne passe sans élaboration secondaire ; la relation d'objet reste anaclitique, archaïque (VAP) ; la triade narcissique remplace la triangulation œdipienne ; la sexualité ne se génitalise pas et reste fixée aux pulsions partielles orales et anales. Durant cette période, le « *tronc commun aménagé* » s'installe. Cette organisation de latence peut durer toute la vie si aucune autre occurrence traumatique ne survient.
2. En cas de second traumatisme (après-coup), vécu comme blessure narcissique, souvent à l'adolescence, celui-ci réveille les angoisses précoces de perte d'objet. Trois évolutions du « *tronc commun* » sont alors possibles :
 1. Destin névrotique (si surmoi suffisamment consistant)
 2. Régression somatique (désorganisation progressive, démentalisation)
 3. Destin psychotique (la pression pulsionnelle fait éclater le moi) à composante mélancolique.

b. Aménagements du moi

Au décours de ces trois modes d'évolution, le moi assiégé d'angoisse pourra s'aménager de différentes façons :

Aménagement caractériel

▪ *Névrose de caractère*

Le sujet « joue » à la névrose alors qu'il n'en a pas les moyens au niveau structurel. Le conflit ça-surmoi n'est pas élaboré.
Cf. les normopathes de Joyce Mc Dougall et les personnalités As If d'Hélène Deutch

▪ *Psychose de caractère*

Le contact avec la réalité n'est pas perdu. Il y a difficulté d'évaluation affective de la situation. Le sujet clivé projette les mauvais objets à l'extérieur mais reste adapté au niveau social et professionnel.

▪ *La perversion de caractère*

Il s'agit d'un déni ciblé sur le droit des autres de posséder un narcissisme propre.

Aménagement pervers

Le déni, pour éviter l'angoisse dépressive, porte sur une partie très localisée du réel : le sexe de la femme.

Daniel Widlöcher a contesté ces notions de caractères telles qu'appliquées ici par Bergeret ; pour lui, dans la ligne de Kernberg, « *l'organisation limite* » est bel et bien une structure propre et non une déformation de caractère.

2. Le syndrome Borderline comme entité psychopathologique stable (Otto Kernberg)

Rare psychanalyste américain à avoir intégré la théorie kleinienne.

Il parle « *d'organisation limite* »⁸ et insiste sur la notion de *faiblesse du moi*, elle-même responsable de :

Défaut de tolérance à l'angoisse

Défaut de contrôle pulsionnel

Défaut de sublimation

Les processus primaires (prépondérance des images dans la pensée) sont prévalent.

a. L'angoisse

Angoisse diffuse, toujours présente.

Signes somatiques et psychiques

Angoisse/peur

Widlöcher : angoisse d'annihilation, de perte du sens de la vie

Winnicott : angoisse d'effondrement

Angoisse anaclitique qui s'apparente à l'angoisse psychotique

b. La dépression

Kernberg insiste pour distinguer la dépression des traits de caractères masochistes.

Sont repérables dans la cure des affects de déception et de colère contre l'objet

Sentiments chroniques de vide, d'ennui, de lassitude.

Guy Rosolato⁹ (1976) évoque directement une pathologie du narcissisme, dans la ligne de Kernberg qui parle d'un narcissisme défaillant, ne soutenant plus l'estime de soi ; il parle de « *l'effondrement d'un soi idéalisé* ».

c. Les manifestations pseudonévrotiques

Les symptômes hystériques

Plus manipulateur et agressifs qu'érotiques

Les symptômes obsessionnels

Idées obsédantes, rationalisations, mais ici absence de culpabilité.

Les symptômes phobiques

Ce sont des phobies multiples, intenses, fugitives.

⁸ O. KERNBERG, *Les Troubles limites de la personnalité*, Toulouse, Privat, 1979.

⁹ Guy Rosolato, né à Istanbul (encore Constantinople) en 1924 et mort à Paris en 2012, est un médecin psychiatre et un psychanalyste français. Il occupe une place de premier plan dans l'histoire de la psychanalyse en France. « Formé dans le cadre de l'éphémère Société française de psychanalyse, élève très proche de Lacan, qu'il avait suivi lors de l'École Freudienne [il] a été l'un de ceux qui se sont dégagés de l'influence directe du "Maître". Il a rejoint l'Association psychanalytique de France », dont il est devenu une figure marquante (il en sera le président de 1977 à 1979). Guy Rosolato est connu pour ses travaux novateurs en pratique et en théorie d'une « psychanalyse en extension » ou « exploratrice », une manière originale de concevoir également la « psychanalyse hors cure » [assez décriée aujourd'hui sous l'ancienne appellation de « psychanalyse appliquée » au sens restrictif d'un malentendu plus français que freudien de ce type d'application non centrée sur la seule clinique]. Guy Rosolato s'est ainsi beaucoup intéressé aux mythes religieux. Il est créateur de concepts comme « le signifiant de démarcation », « l'objet de perspective », « la relation d'inconnu ». Considéré par l'historienne lacanienne Elisabeth Roudinesco, comme un esprit par trop indépendant, Elisabeth Roudinesco, a écrit de lui qu'il est un « freudien original et parfois déroutant. »

Erythrophobie : le regard joue un rôle important chez l'état limite, souvent à connotation persécutive.

Les symptômes psychotiques

États confusionnels, dépersonnalisation ; épisodes brefs

Les symptômes psychopathiques

Agirs auto-agressifs, hétéro-agressifs.

Les symptômes pervers

Les conduites sexuelles, dans ce contexte prégénital, sont teintées de sadisme ; elles sont souvent multiples ; sexualité addictive.

Les troubles de la personnalité

Personnalités infantiles, Cf. As if, normopathes ...

V. Les mécanismes de défense

Stratégies de défense normalement souples et adaptatives contre l'envahissement du moi par l'angoisse. On assiste chez les états limites à une rigidification des mécanismes de défense qui deviennent invalidants.

1. Le clivage (*Spaltung*)

C'est l'opération défensive essentielle des états limites.

Heinz Kohut, dans ses travaux sur les pathologies narcissiques, distingue le clivage horizontal et le clivage vertical.

a. Le clivage horizontal

C'est l'hémorragie narcissique, la perte d'énergie narcissique.

Il s'exprime par un mode de pensée manichéen

Cf. stade pré-ambivalent d'Abraham.

(NDLR : aspect économique ?)

b. Le clivage vertical

C'est le « *clivage du moi* » freudien, état de fragmentation du moi. La personne se vit comme « *coupée en deux* ».

Pierre Fédida en donne un bel exemple¹⁰ et montre combien l'humour en séance aide à la levée du clivage.

René Roussillon¹¹ a proposé le vocable de « *clivage au moi* », insistant sur la déchirure subjective entre une partie représentée et éprouvée, et une partie non représentable.

(NDLR : aspect topique ?)

2. Le déni (*Verleugnung*)

Exclusion du champ de la conscience de représentations ou d'affects qui se retrouvent isolés car inconciliables avec la position du sujet qui refuse la dimension traumatique de la réalité.

¹⁰ P. FEDIDA, *Le psychanalyste, un état-limite ?* in *Transfert et états limites*, Paris, PUF, 2002

¹¹ R. ROUSSILLON, *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF, 1999.

La *Verleugnung* de Freud (1923, *Le moi et le ça*) correspond au déni de la castration ; en 1927 (*Le fétichisme*), il s'agit de la castration féminine.

Le clivage permet de faire cohabiter dans la psyché deux propositions opposées sans que celles-ci viennent à se rencontrer.

3. L'identification projective

Fantasma inconscient permettant au sujet d'introduire des parties de sa propre personne dans l'autre dans le but de le contrôler ou de le détruire. Il s'agirait de faire de l'autre un double imaginaire garant de l'identité de soi.

L'association de l'identification et de la projection n'est pas simple à comprendre car ils procèdent de mouvements opposés.

Ces deux mécanismes participent au développement normal de la personnalité : faire sien ce qui est bon, rejeter ce qui est mauvais.

M. Klein a montré que l'introjection des parties bonnes est essentielle au développement des bonnes relations d'objet et à l'intégration du moi, rendant possible l'empathie.

L'identification devient pathologique lorsqu'elle cesse d'être transitoire, lorsqu'elle devient un moyen de nier la réalité.

Bernard Brusset¹² utilise la métaphore de la marionnette : on peut faire ce que l'on veut d'une marionnette à partir du moment où l'on a introduit la main à l'intérieur.

4. L'idéalisation primitive, l'omnipotence et la dévalorisation.

L'idéalisation peut s'envisager comme le pendant du rejet.

Kernberg la qualifie de primitive pour l'opposer aux formes plus tardives du dépressif dans sa lutte contre la culpabilité.

Ici, il n'y a pas de réelle considération pour l'objet idéal. L'individu peut zapper à tout moment. C'est le phénomène de dévalorisation corollaire de l'omnipotence. Il permet de se dégager sans souffrance de l'objet. Le clivage permet qu'une partie du moi reste idéalisée (le Soi grandiose).

(NDLR : D'où l'exigence du cadre pour qu'advienne le processus).

VI. Sandor Ferenczi, précurseur d'une psychanalyse des limites

1. Le nourrisson savant

Dans le texte « *Le rêve du nourrisson savant* » (1923), Ferenczi laisse entrevoir une configuration au sein de laquelle le nouveau-né au berceau, tel un savant d'une intelligence remarquable, est capable de répondre aux questions auxquelles ne peuvent faire face les adultes.

Il parle de ces enfants hypermatures au niveau intellectuel mais carencés affectivement, thérapeutes de leurs propres parents. Ce sont des enfants empathiques, sensibles à la souffrance des autres.

Pour Ferenczi, cette progression démesurée des fonctions cognitives correspond à « *une anomalie derrière laquelle se cache la passivité infantile refoulée ainsi que la fureur à cause de l'interruption forcée de celle-ci* »¹³.

¹² B. BRUSSET, in C. Chabert, *Névroses et fonctionnements limites*, Paris, Dunod, 2006.

¹³ S. FERENCZI, *Notes et fragments*, Psychanalyse IV, Paris, Payot, 1982, p. 310.

À propos de *l'Homme aux loups*, Freud notait¹⁴ : « *Le patient dont je m'occupe demeura longtemps retransché, à l'abri de toute attaque, derrière une attitude de non-participation docile. Il écoutait, comprenait, et ne se laissait approcher en rien. Son intelligence remarquable était comme coupée des forces pulsionnelles qui dominaient son comportement dans les quelques relations de sa vie qui lui étaient restées. On eut besoin d'une longue éducation pour l'amener à prendre une part autonome au travail et lorsqu'à la suite de cet effort les premières libérations survinrent, il arrêta aussitôt le travail pour prévenir d'autres modifications et se maintenir confortablement dans la situation instaurée* »

2. La nature du trauma

L'originalité de Ferenczi ici est d'inaugurer une façon de voir une variété de trauma, savoir la carence narcissique : *le trauma tient ici à ce qui n'a pas eu lieu*. Il y a eu absence de réponse maternelle à une situation de détresse.

Cette détresse originelle que l'on retrouve dans l'œuvre de Winnicott (« *primitive agony* »). (NDLR. Injecter ici le texte du S2minaire Prat « Attachement et intersubjectivité »)

Ferenczi insiste sur la caractère inattendu et brutal de cet expériences traumatique. La réaction est une psychose passagère et le clivage de la partie du moi détruite ou abîmée par le trauma.

« *On pense au fruits qui deviennent trop vite mûrs quand le bec d'un oiseau les a meurtris, et à la maturité hâtive d'un fruit véreux. Sur le plan non seulement émotionnel mais aussi intellectuel, le choc peut permettre à une partie de la personne de mûrir subitement* »¹⁵

Le fonctionnement intellectuel est alors coupé de la somatognosie.

Cet autoclivage narcissique entraîne une altération du sentiment de continuité du moi.

3. L'identification à l'agresseur

Notion inventée par Ferenczi¹⁶ et reprise plus tard, autrement, par Anna Freud.

Dans des situations extrêmes provoquant détresse et peur (viol, abus sexuel, maltraitance grave, punitions sadiques), l'enfant s'oublie lui-même et se met au service de l'agresseur, devinant ses désirs.

« *Pour se protéger du danger que représente l'adulte, il doit s'identifier à lui* »

Cette soumission totale lui procure une certaine maîtrise sur l'agresseur dont il dépend pour sa survie.

L'agresseur est devenu intrapsychique ; il quitte son statut d'objet et devient une partie du moi. C'est une des origines de la confusion moi/non-moi.

La violence subie est déniée par l'agresseur et ce désaveu empêche l'enfant de qualifier ses expériences subjectives, disqualifiées par l'agresseur.

4. La confusion de langue entre les adultes et les enfants, la communication paradoxale.

Rencontre de deux types différents de communication :

Celle de l'adulte utilisant l'hypocrisie ordinaire et le langage de la passion

Celle de l'enfant en demande de tendresse et de vérité

¹⁴ S. FREUD, *Remarques préliminaires, L'homme aux loups*, Paris, PUF, 1990, p. 9.

¹⁵ S. FERENCZI, (1932), *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant, Psychanalyse IV, Œuvres complètes*, Paris, Payot, 1982, p. 133.

¹⁶ S. FERENCZI, (1932), *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant, Psychanalyse IV, Œuvres complètes*, Paris, Payot, 1982, p. 125-135.

« Le pire, dit Ferenczi, est vraiment le désaveu, l'affirmation que rien ne s'est produit ... C'est cela surtout qui rend le traumatisme pathogène »¹⁷

Le pire n'est pas le choc mais le mensonge parental visant à disqualifier ce que ressent l'enfant. Ferenczi reprend le terme Verleugnung utilisé par Freud.

Cette notion de double langage sera reprise par Gregory Bateson dans la théorie du *double bind* (1956), injonctions paradoxales.

La perte de la capacité à qualifier les valeurs bon ou mauvais entraînera de grandes difficultés dans la construction du surmoi.

VII. Panorama des différentes positions théoriques

1. Les auteurs autrichiens exilés aux USA

a. Paul Federn, « Les variations des frontières du moi »

Ce concept a eu une influence sur Didier Anzieu (Le moi-peau), ou sur Fritz Perls à travers la notion centrale en *Gestalt Therapy* de « frontières du moi ».

Federn a étudié certains états particuliers de la vie psychique où le sujet ne sait plus où il se trouve (endormissement, rêve, anesthésie, syncopes, états de « déjà vu », dépersonnalisation, illusions, délires, ...)

Dès 1912 Federn insiste sur l'importance de la surface du corps. Les éprouvés corporels fabriquent des traces mnésiques donnant naissance à des représentations mentales qui participent à l'organisation de la limite dedans-dehors.

Mais le moi, selon Federn, est aussi affect : « C'est la totalité du sentiment qu'on a de sa personne vivante »¹⁸.

Le moi est à la fois conscience de soi, sentiment d'identité, sujet de la perception, objet libidinal, interface entre la réalité psychique et la réalité interne.

La dépersonnalisation est un état de flou des limites du moi.

La psychose est vue ici comme perte du moi comme instance de régulation, d'administration entre dedans et dehors.

Au niveau thérapeutique, Federn a inauguré des aménagements du cadre de la cure, favorisant les mouvements de transfert positifs, impliquant les familles.

b. Heinz Kohut, Les « désordres narcissiques », éléments pour un diagnostic différentiel

Ses travaux portent sur le concept de Soi (self), l'empathie, le narcissisme.

Comme Federn, il fut mal accueilli en France, ses œuvres malmenant la métapsychologie freudienne (sexualité infantile, œdipe, trauma).

La personnalité narcissique se caractérise par :

- La vulnérabilité narcissique diffuse,
- La quête du miroir
- La prépondérance de l'amour narcissique sur l'amour objectal
- La quête d'idéal
- La menace de mort de l'objet

¹⁷ S. FERENCZI, *Analyses d'enfants avec des adultes, in L'enfant dans l'adulte*, Paris, Payot, Petite bibliothèque Payot, 1931, p. 146-147.

¹⁸ P. FEDERN, *La psychologie du moi et les psychoses*, Paris, PUF, textes rassemblés par Edoardo Weiss, trad. Franç. Par A. Lewis-Loubignac, 1979, p. 66.

Les états limites utilisent des modes de défense des personnalités narcissiques (clivage, déni, identification projective, idéalisation), mais chez le narcissique ceux-ci sont mis au service de l'image de soi.

a. Les rages narcissiques

Elles développent le besoin de vengeance face au ridicule subjectivement éprouvé. Ces rages s'adressent à un self objet défaillant

Pour Kohut, elles sont un pendant agressif de la honte.

b. Le Soi grandiose

En 1977, Kohut décrit le *self* (Soi) comme bipolaire, tendu entre le pôle des ambitions et le pôle des idéaux : les ambitions se développent sur la base du self, les idéaux à partir de « *l'imgo parentale idéalisée* ».

Le self grandiose (ambitions) se rapproche du concept freudien de *moi-idéal*, ou moi-plaisir, tandis que les idéaux est plus proche de *l'idéal du moi*.

Le self grandiose aide l'individu à progresser dans le sens de ses ambitions.

Ce self vulnérable a besoin de self-objets archaïques (ce besoin d'avoir un autre idéalisé, de se sentir soi-même reconnu).

Ces besoins narcissiques prennent dans l'œuvre de Kohut l'importance que tiennent les pulsions sexuelles dans l'œuvre freudienne.

Kohut pratiquait surtout dans ces état limites les psychothérapies de face à face. Il s'adapte aux différentes attitudes narcissiques du patient (soumission, agression, idéalisation, rages, désintérêt).

2. Les auteurs britanniques

a. Helene Deutsch, les personnalités *As if*, l'identification au désir de l'autre.

H. Deutsch décrit les personnalités *as if* en 1934¹⁹. La relation avec le monde extérieur et le moi apparaît appauvrie, fautive, voire absente.

Quelque chose d'insaisissable, d'artificiel dans la relation.

Une caractéristique importante est ici l'identification au désir de l'autre. Chez les femmes, un dévouement excessif au compagnon, manque de chaleur affective.

Rien n'est ressenti ; c'est le vide (répression des affects).

Adaptation en surface, identification mimétique, dépendance à l'autre.

Les composantes agressives se cachent derrière le masque de la passivité.

H. Deutch voyait, derrière ces apparentes normalités, un noyau psychotique lié à des angoisses sans nom.

b. L'apport de Donald Wood Winnicott.

Le faux-self (cognitif) surdéveloppé au dépens du vrai self (affect, somatognosie)

Il observe, dans la lignée d'H. Deutsch, des patients qui présentent une adaptation à la réalité et une grande intelligence, une impression de fausseté du soi (*faux self, false self*), un manque de spontanéité.²⁰

La cognition (siège du faux self) se trouve surdéveloppée, comme coupée des émotions et désirs véritables (siège du vrai self). (NDLR : clivage cognitif/affectif).

¹⁹ H. DEUTSCH (1934, 1970), *Les personnalités As if. Les « comme si » et autres textes inédits*, Paris, Seuil, 2007.

²⁰ DW. WINNICOTT, *Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self*, in *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1960, p. 115-132.

Si le faux self ne parvient plus à donner la change, vient la crainte de l'effondrement. Pour Winnicott, le faux self n'est pas une composante pathologique du self ; se construisant sur la base des identifications et introjections, imposé par l'éducation, il permet de maintenir au plan relationnel cette « *hypocrisie ordinaire* » garantissant le lien social. Il protège ainsi le vrai self, pôle vivant et créatif.

La santé se détériore quant un clivage (split) s'instaure entre le faux et le vrai ; le faux self peut se surdévelopper au dépens du vrai self, avec scission des fonctions psychiques et somatiques.

Le self se « *prostitue* » aux désirs de l'objet.

Une hypothèse de Winnicott est que ce clivage se met en place chez l'enfant pour lutter contre la dépression maternelle. Ce rempart sert à endiguer les angoisses psychotiques.

Les capacités transitionnelles

L'objet transitionnel est un tenant-lieu d'une mère interne.

Cette internalisation va s'articuler à la capacité de fabriquer des hallucinations négatives (capacité du psychique à rendre absent un objet qui est présent dans le champ perceptif).

À propos les banalisations grossières de la théorie de l'objet transitionnel (doudou) amènent à préciser que pour Winnicott ce n'est pas l'objet qui est transitionnel, mais l'espace psychique, c'est-à-dire l'utilisation qu'en fait l'enfant.

Avec les phénomènes transitionnels, Winnicott met l'accent sur la capacité du psychique à rendre présent intérieurement, grâce à l'activité fantasmatique et hallucinatoire, un objet absent dans la réalité extérieure.

Pour l'état limite, oublier la personne présente en personne et/ou rendre présent psychiquement la personne absente est un exercice difficile.

L'objet a du mal à être internalisé de sorte que sa permanence se voit rabattue à une présence physique dans la réalité extérieure.

La capacité d'être seul en présence de quelqu'un d'autre²¹.

3. La problématique prégénitale

a. W.R.D Fairbairn, la personnalité schizoïde, l'oralité précoce.

William Ronald Dodds Fairbairn, écossais, du Middle Group, étudie en 1960 les *facteurs schizoïdes de la personnalité*.

Partant de l'inquiétante étrangeté freudienne, il décrit les phénomènes de dépersonnalisation, phénomènes schizoïdes, et retient trois critères : omnipotence, détachement, investissement de la réalité interne.

Ces phénomènes résultent d'un clivage du moi et d'une fixation orale précoce.

Il insiste sur quatre caractéristiques de ces personnalités :

- La tendance à se diriger vers un objet partiel
- La prédominance du prendre sur le donner dans le comportement libidinal
- Le facteur d'incorporation dans le comportement libidinal
- Le vide de l'objet à l'origine de ce phénomène.

Il évoque ces patients présentant des allures obsessionnelles mais étant en réalité des états limites (surinvestissement de l'activité de pensée).

²¹ D.W WINNICOTT, *La capacité d'être seul*, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1958, p. 205-213.

Fairbairn insiste, au niveau thérapeutique, sur la nécessité de favoriser l'émergence des fantasmes, de réanimer l'auto-érotisme, la créativité pour soutenir la construction d'une intériorité.

En privilégiant le prégénital, Fairbairn, comme les kleinien, néglige la sexualité infantile, ce que les européens (Bouvet) ne font pas.

b. Maurice Bouvet, les « prégénitaux »

Bouvet²² distingue la structure génitale de la structure prégénitale et s'intéresse à la relation d'objet et à la dépersonnalisation. Il ne parle pas de *Border line*, mais de « *sujets prégénitaux* » et de leur « *angoisse du devenir* », leur « *hantise de la dépendance* », de leur « *horreur de la solitude* ».

4. Et l'œdipe ? Les mutations de la configuration œdipienne

Le modèle prégénital est progressivement venu occuper le devant de la scène psychanalytique.

Mais chez les états limites, les problématiques œdipienne, même si elles ont du mal à être conflictualisées à l'intérieur de la scène psychique, restent agissantes.

Dans leur *Introduction à la psychose blanche*, Jean Luc Donnet et André Green²³ relèvent que la mutation œdipienne est soumise à une mutation profonde chez l'état limite :

l'identification œdipienne prendrait moins appui sur la différence des sexes et plus sur les qualités des adultes ; il aurait tendance à s'identifier au parent le plus valorisé (au moi le plus fort ?), le plus désiré.

S'ensuivent des difficultés pour distinguer identification et désir.

Soumise au clivage, la relation d'objet ne peut plus fonctionner ne peut plus fonctionner sur la mode de l'ambivalence. Green observe comme Bouvet cette « *hantise de la dépendance* » et la faillite de la création d'un espace de solitude.

Dans la psychose blanche, le sujet n'a pu parvenir à constituer un espace interne, ce qui court-circuite une grande part de l'activité psychique, d'où les « *blancs de pensée* »²⁴, expression de l'angoisse narcissique, où le corps est au premier plan.

c. Catherine Chabert, la version mélancolique du fantasme de séduction.

Elle reprend ces vicissitudes de l'œdipe et aboutit au « fonctionnement externalisé », prédominance du clivage sur l'ambivalence.

La précarité des défenses mises en place pendant la latence ne permet pas le refoulement des fantasmes incestueux et parricides, exposant la vie psychique à une pulsionalité sexuelle et agressive.

Elle propose cette distinction schématique dans les différences façons de traiter la scène primitive²⁵ :

- Le névrosé reste derrière la porte fermée et imagine la scène
- L'état limite regarde par l'entrebâillement de la porte, scotché à la scène visuelle
- Le psychotique va dans le lit avec les parents (fusion, pas de séparation)

«Elle note : « *L'enfant derrière la porte, celui qui peut s'introduire dans les mouvements amoureux du couple parental, inscrit au contraire la double prohibition de l'inceste et du*

²² M. BOUVET, *La relation d'objet. Névrose obsessionnelle et dépersonnalisation*, Paris, Payot, 1967.

²³ A. GREEN, JL DONNET, *L'enfant du ça, Psychanalyse d'un entretien*, in *Pour introduire la psychose blanche*, Paris, Minuit, Coll. Critiques, 1973.

²⁴ A.GREEN, *Narcissisme de mort, narcissisme de vie*, Paris, Minuit, 1982, p. 156.

²⁵ C. CHABERT, B. VERDON, *Psychologie clinique et psychopathologie*, Paris, PUF, 208, p. 209.

parricide. C'est une position conflictuelle certes, porteuse de douleur et d'excitation, mais qui, lorsqu'elle peut être supportée, ouvre la voie à la curiosité, aux représentations consolatrices étayées par l'autoérotisme²⁶ »

Pour elle, la version hystérique du fantasme de séduction laissant le sujet dans une position passive, innocente de victime ne s'observe pas dans le fonctionnement limite. Supportant mal la passivité, ils s'impliquent activement dans le fantasme de séduction pour mieux s'auto-accuser. Il s'agit d'une version mélancolique du fantasme de séduction.

S'appuyant sur le texte de Freud *On bat un enfant* (1919)²⁷, elle en explore les modalités fantasmatiques de cette scène à trois personnages (un qui regarde, un qui bat, un qui est battu) :

1. Première version du fantasme : il y a les trois personnages (l'observateur, l'enfant, le père) ; jalousie œdipienne
2. Deuxième version, construite en analyse : celui qui regarde disparaît ; ne restent que deux personnages : « *Mon père me bat puisqu'il m'aime mais aussi me punit* ». Version hystérique du fantasme de séduction qui traduit un rapproché corporel érotique entre le père et l'enfant. La fille reste dans une position passive et masochiste. Du fait du défaut de refoulement chez l'état limite, cette version peut ressurgir dans la réalité extérieure et empêcher l'accès à la troisième version qui apaise les tensions œdipienne.
3. Troisième phase (le lieu a changé, c'est généralement à l'école) ; l'enfant battu est un enfant anonyme (garçon) et celui qui bat est la maître d'école (substitut parental)

Catherine Chabert propose une quatrième version :

4. La scène « *être battue par le père* » n'est pas un produit de l'analyse mais est une scène réelle. L'agent actif excitant est la fille et l'agent passif, débordé par l'excitation est le père. Pour C. Chabert²⁸, c'est la version mélancolique du fantasme de séduction : la coupable, c'est l'ancienne petite fille qui s'accuse d'avoir excité le père avec son corps de femme.

Cette version se retrouverait dans les symptomatologies corporelles de l'adolescence (anorexie, scarifications, vomissements, trichotillomanie, automutilations). Se punir d'avoir excité le père.

Le masochisme moral enferme le sujet dans une souffrance auto-infligée s'inscrivant dans une circularité mortifère.

d. L'échec devant le succès, le masochisme moral.

C. Chabert reprend le thème freudien du masochisme et estime que les états limites mettent souvent en place des fonctionnements privilégiant « *l'échec devant le succès* » (Freud, 1916, *Quelques types de caractères dégagés par la psychanalyse*).

« *Souffrir c'est aimer* » est une confusion fréquente chez les états limites.

Ce masochisme moral s'articule à l'échec de l'intériorisation de la morale.

²⁶ Ibid. p. 210.

²⁷ C. CHABERT, *Les fonctionnements limites : quelles limites ?*, in *Les États limites* (J. André dir.), Paris, PUF, Coll. Petite bibliothèque de psychanalyse, 1999.

²⁸ C. CHABERT, *Féminin mélancolique*, Paris, PUF, Coll. Petite bibliothèque de psychanalyse, 2003.

VIII. Comment se forme l'état limite ? Hypothèses étiopathogéniques

Pendant la période où le nourrisson se trouve en période de dépendance absolue vis à vis de son environnement, la mère joue un rôle déterminant et vital grâce à sa capacité à s'adapter de manière fine, sensible, tactile, aux besoins du bébé qui peut faire dans ces conditions l'expérience (illusoire ; NDLR : hallucinatoire ?) de l'omnipotence.

Pour Winnicott, cette « *mère-environnement* » doit juste être une « *good enough mother* », ordinairement défaillante, ordinairement absente ...

Albert Ciccone²⁹ insiste sur la rythmicité des expériences premières. Le rythme des échanges devient constitutif d'un sentiment de sécurité de base.

1. Les interactions précoces dans la genèse de l'état limite

Influencé par l'article de Jacques Lacan³⁰ sur la stade du miroir (1949), Winnicott³¹ met en relation ce miroir avec les yeux et l'expression du visage maternel (1971). Un regard vitalisant avec son entour de chaleur, affects, gestes, sons.

L'enfant s'y réfléchit.

Au contraire, si ce contact visuel ne répond plus à l'appel empathique d'un reflet vivant, cette absence de réponse adaptée ne permet pas à l'enfant de se reconnaître et de se sentir vivant.

a. Le complexe de la mère morte (A. Green).

D'autant si la mère devient subitement froide, changement de position subite dû souvent à une dépression (NDLR : ou une autre grossesse rapprochée non désirée ?).

Cette catastrophe dans la relation mère-enfant survient à un moment où l'enfant est trop jeune pour élaborer psychiquement la situation.

« *Le noir sinistre de la dépression que nous pouvons légitimement rapporter à la haine dans la psychanalyse des déprimés n'est qu'un produit secondaire, une conséquence plutôt qu'une cause d'une « angoisse blanche » traduisant la perte subite au niveau du narcissisme* »³²

Cette perte subite résulte du désinvestissement traumatique de l'objet primaire.

Cette catastrophe psychique, selon Green, interviendrait au moment où le bébé découvre l'existence du tiers. Ce dernier sera susceptible d'être désigné coupable du changement, ce qui n'arrangera rien du point de vue de la triangulation œdipienne.

L'angoisse due à ce désinvestissement massif entraîne deux types de réponses défensives :

- Désinvestissement de l'objet maternel et identification à la mère morte (dépression) ; l'objet est désinvesti sans haine.
- La perte du sens ; l'enfant construit des interprétations erronées visant à s'attribuer la responsabilité du changement.

²⁹ Albert Ciccone est psychologue, psychanalyste et professeur de psychopathologie et psychologie clinique à l'université Lumière-Lyon 2 (CRPPC). In *Naissance et développement de la vie psychique*, avec Bernard Golse, Yvon Gauthier, Daniel Stern, Erès, 2010.

³⁰ J. LACAN, *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique*. Communication faite au XVIe Congrès international de psychanalyse, à Zürich, le 17 juillet 1949.

³¹ D.W. WINNICOTT, 1971, *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1988.

³² A. GREEN, 1987, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Minuit, 2007, p. 252.

Cette rupture a un effet désorganisateur sur la construction des phénomènes transitionnels. L'humeur triste de la mère fait intrusion dans son espace et sa temporalité narcissique. La fixation des capacités transitionnelles participerait à la création du *faux self* (NDLR : Cf. p. 14, dont le siège est la cognition).

b. Les écorchés vifs. Qu'advient-il lorsque la peau psychique n'a pas été suffisamment constituée ?

Didier Anzieu parle de l'impact de la peau sur le psychisme, le *moi-peau*.

Surface qui, projetée psychiquement, permet de distinguer dehors/dedans.

L'environnement maternant comme « *enveloppe externe du moi* »

Ce commerce des peaux qui se frôlent. L'illusion d'une peau commune.

On peut vivre sans yeux, sans oreilles ou sans nez, mais pas sans peau.

Les empreintes de cette surface s'articulent aux autres enveloppes (voix, parole, musique, saveurs, odeurs, couleurs qui participent à cet effet de présence.

c. Les traumatismes précoces et la position phobique centrale

Winnicott, Green, Roussillon ; s'accordent pour lier état limite et traumatisme précoce dans le lien à l'objet primaire.

Le trauma réduit l'écart entre représenté et perçu. On est à l'opposé de ce qui produit métaphore, analogie, symbolisation ; on se retrouve du côté du simultané, de la motricité, du non-figurable, du surcondensé, zones aveugles de la psyché.

Cf. le trauma en trois temps :

1. *Trauma*. Situation qui déborde les capacités d'intégration du psychisme (agonie primitive de Winnicott)
2. *Clivage*. Blessure narcissique intolérable et clivage ; évitement (phobie) de la souffrance par déconnexion somato-psychique : *position phobique centrale*^{33 34}. L'évitement comme mode défensif, à défaut le sujet « *n'est plus en mesure d'assurer les limites de son individualité* ». Les éléments clivés sont déconnectés de la mémoire et de la subjectivité, de la pensée.
3. *Après-coup*. Détresse provoquée par la répétition du contexte traumatique. Cf. compulsion de répétition et recours à l'agir, à l'extériorité : s'exposer au contexte traumatique pour ne plus le vivre passivement.

2. Qualité de la communication dans la genèse de l'état limite

Gregory Bateson développe en 1972 ses travaux sur *la double contrainte*, situation traumatique fait des éléments suivants :

- Deux personnes (émetteur, récepteur)
- Expérience répétitive
- Injonction négative primaire (« *Ne fais pas ceci sinon je ne t'aime plus* »)
- Injonction secondaire contradictoire (elle peut être la gestuelle qui accompagne la première)

³³ A. GREEN, *The central phobic position : a new formulation of the free association method*, International Journal of Psychoanalysis, 2000, vol. n°3, p. 429-451.

³⁴ Par cette notion de *position phobique centrale* A. Green décrit un état mental en séance, caractérisé par une perturbation du fonctionnement associatif qui se rattache aux manifestations du négatif. La destructivité porte ici sur les propres processus psychiques du sujet et réalise un déni de la réalité psychique du patient par lui-même. La position phobique centrale tente d'éviter, par l'interruption associative, la potentialisation des divers traumas jalonnant l'histoire du patient. In RFP 2000/3.

- Injonction négative tertiaire qui verrouille la situation

L'enfant peut développer trois types de réponses :

- Repli et passivité
- Critique et contestation (intellectuelle, dénonçant l'incohérence)
- Révolte agressive

Le but de l'énoncé paradoxal est bien l'emprise.

« Derrière cette incapacité à être seul, par delà la confusion entre absence et disparition, se profile bien souvent « l'unique objet de mon ressentiment » : une mère primitive, paradoxale, aussi irremplaçable qu'elle fut rejetante ou ignorante de la demande d'amour de son enfant »³⁵

3. Développements métapsychologiques

a. Point de vue topique : défaillance du système de pare-excitation

Le pare-excitation est tourné vers l'extérieur (il n'existe pas de pare-excitation tourné vers l'intérieur ; d'où la difficulté à affronter l'excitation pulsionnelle).

Pour D. Anzieu, le moi-peau serait à double membrane³⁶ :

- Feuillet externe qui reçoit et régule la quantité d'excitation ; plus rigide, elle est le pare-excitation, tournée vers l'extérieur
- Feuillet interne qui doit qualifier l'excitation, en dégager le sens ; plus sensible et souple, elle est la surface d'inscription ; mise en représentation sur la scène interne des traces filtrées par le pare-excitation ; filtre de nature qualitative, au service des intérêts de la communication.

Le développement induit un écart progressif entre ces deux enveloppes du moi,

Pour Anzieu, au niveau psychopathologique :

Pathologie narcissique : pare-excitation surdéveloppé ; la souffrance ne pouvant être vécue du côté de la surface d'inscription est vécue du côté de la douleur physique qui devient garante du sentiment de continuité du moi.

État limite : les deux feuillets sont mis bout à bout, « en juxtaposition », « en anneau de Möbius »³⁷, la surface exposée étant tantôt le pare-excitation rigide, tantôt la surface d'inscription sensible. L'enfant aurait vécu de manière répétée des moments de brusque alternance entre un excès de stimulation (excitation ou communication signifiante) et son arrêt brutal. (Cf. A. Green et le syndrome de la mère morte).

b. Point de vue dynamique : le défaut d'autopropulsion (D. Anzieu)

Pour D. Anzieu, l'état limite a souffert d'un défaut d'autopropulsion (trouver en soi-même de l'énergie pour se mouvoir) du fait de la tendance anaclitique. Il met ceci en lien avec les addictions (trouver l'énergie psychique à l'extérieur, hétérostimulation).

³⁵ J. ANDRÉ, *Les cent mots de la psychanalyse*, Paris, PUF, Que sais-je ?, 2009, p. 47.

³⁶ D. ANZIEU, *Cadre psychanalytique et enveloppes psychiques*, in *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, N°2, Paris, Centurion, 1986, p. 12-24.

³⁷ D. ANZIEU, *L'épiderme nomade et la peau psychique*, Paris, Éd. Apsygée, 1990, p. 75.

IX. Difficultés cliniques et engendrement du dispositif thérapeutique : la technique de soin en question.

1. Résistances : la réaction thérapeutique négative.

Le cas d'un patient maniant beaucoup l'ironie ; l'ironie maquille des processus mélancoliques qui figent la temporalité dans un présent non ouvert sur le futur. Les états limites donnent souvent l'impression au thérapeute d'immobilité psychique. Importance du *modèle du zapping*³⁸, remplir l'espace d'images sans laisser de temps l'élaboration.

2. L'amnésie, la compulsion de répétition

Harold Searles³⁹ a constaté chez les états limites cette caractéristique rendant impossible la remémoration des souvenirs infantiles ; des pans entiers de l'enfance sont effacés. Il fait le lien avec un fonctionnement familial où les parents eux-mêmes ont tenté d'oublier leur passé. Avec la cure, « *l'enfant se retrouve souvent à un âge très tendre, dans la position de père ou de mère de son propre parent* »⁴⁰.

Dans la conduite de la cure, ne pas forcer à la remémoration. C'est dans le lien T/CT que le thérapeute peut se faire une idée de ce qu'a vécu intérieurement le père ou la mère du patient.

Le patient fait des efforts désespérés pour s'anesthésier, « *se défoncer* », tuer sa mémoire.

3. Le tact psychologique, le projet d'analyse mutuelle, l'élasticité de la technique

Ferenczi, avec son projet *d'analyse mutuelle* est le précurseur du concept de contre-transfert.

Par la suite, H. Searles, P. Fédida évoquent le *partage transférentiel de la folie* entre le thérapeute et le patient.

Green : « *La plupart de mes patients-limites sont devenus psychiatres* » (sous-entendus : ils n'ont jamais pu s'allonger sur un divan après des années de face à face).

Ferenczi a adopté pour ses patients une attitude réparatrice. Dans ces cas, pour lui, trop de frustration est nocif. Il prend la mesure des angoisses identitaires.

Le 6 mai 1931, lors d'une conférence à Vienne à l'occasion des 70 ans de Freud, devant une assemblée réservée sur ses idées nouvelles, Ferenczi tente de faire admettre la non-étanchéité des techniques entre psychanalyse d'enfants et psychanalyses d'adultes. Il propose « *le jeu des questions et des réponses* ».

4. Le jeu des questions et des réponses, l'interactivité de la communication clinique

Comme dans les psychanalyses d'enfant, Ferenczi va prendre l'habitude de poser des questions aux adultes états limites, patient pour qui la situation allongée est impossible.

Daniel Widlöcher⁴¹ recommande une communication interactive ; les états limites cherchent souvent un étayage dans la réaction de l'autre.

³⁸ V. ESTELLON, *Fonctionnement limite et engendrement du dispositif thérapeutique*, Paris, In Press, 2009.

³⁹ H. SEARLES, 1986, *Mon expérience des états limites*, trad. B. Bost, Paris, Gallimard, 1994.

⁴⁰ H. SEARLES, 1986, *Mon expérience des états limites*, trad. B. Bost, Paris, Gallimard, 1994, p. 202.

⁴¹ D. WIDLÖCHER, *Communication clinique et état limite*, in *Psychanalyse à l'université*, 5, n°17, Ed. Répliques, 1979.

5. Le modèle thérapeutique proposé par Otto Kernberg

O. Kernberg propose une technique d'évaluation selon trois domaines :

L'épreuve de réalité est-elle conservée ?

Quels sont les mécanismes de défenses utilisés ? Clivage ou refoulement ?

Quel type de représentation le patient a-t-il de lui-même ?

Ceci permet de dégager le « syndrome d'identité diffuse » et de poser le diagnostic d'organisation limite de la personnalité.

Ces informations sont recueillies en tenant compte :

De la communication verbale, non-verbale, et du contre-transfert.

La cure inclut une dimension pédagogique.

En début de cure, seront affrontées des périodes de souffrance liées au progressif travail de familiarisation à l'angoisse ; il importe que, pendant cette période, le patient ne rompe pas le contrat établi sinon il sera en danger.

6. Le contre-transfert en question.

Il importe que le thérapeute analyse attentivement ses affects contre-transférentiels qui lui donneront des indications sur le monde interne du patient.

Certains éprouvés « *peuvent solliciter le psychanalyste au-delà de ce qu'il peut tolérer* »⁴².

Rester neutre et non excitant tout en donnant de sa personne.

La dimension émotionnelle de partage dans la parole psychothérapique est essentielle.

X. Conclusion

Le personnage d'Hamlet serait-il représentatif de l'état limite ? Oui pour André Green⁴³ :

Hamlet est double, à la fois spectre de son père le roi et lui-même, prince déchu. Doutant de tout le monde, il doute de lui-même.

Être, c'est vivre sa vie, sans soumission au désir de l'autre ; ne pas être, c'est rester soumis, vivre à côté de sa vie, c'est mourir.

* * *

⁴² Corinne EHRENBURG, *Qui a peur des états limites ?* in *Transfert et états limites*, sous la direction de J. André et C. Thompson, Paris, PUF, 2002, p. 59-68.

⁴³ A. GREEN, *Hamlet et Hamlet*, Paris, Bayard, 2003.

