

Notes sur « La dépression & les états limites » de Jean Bergeret 1975.1987.1992

Par Jacques Sanna le 4 août 2008

Jean Bergeret est 1 décortiqueur de mise en forme d'appareil psychique. Son travail va très profondément chercher aux racines du développement les inachèvements, les manques, les glissements ou les organisations fragiles à l'origine de la souffrance chez l'être.(JS)

Dans 1 effort d'**ouverture de nosologie clinique**, ce qui prime pour J. Bergeret dans cet ouvrage, c'est de chercher à bien distinguer dans l'écoute clinique et en s'appuyant sur des **concepts métapsychologiques** qui ont fait leurs preuves, d'1 côté, ce qui appartient à la partie profonde et invariable de la personnalité et, d'1 autre côté, ce qui ressort d'aménagements + superficiels, imparfaits ou inachevés structurellement et peut ainsi, pendant très longtemps, revêtir des aspects apparents mobiles ou hétérogènes.(9)

... C'est là tout le domaine de l'économie de la dépression, de l'angoisse de la perte d'1 objet qui ne peut être récupéré ni par voie relationnelle névrotique, ni par voie relationnelle psychotique. Nous nous trouvons, du point de vue nosologique, dans le cadre très vaste(mais pas du tout imprécis pour autant) des **Etats-Limites** et de leurs aménagements dérivés, auxquels je consacre le présent travail.

Si le problème de la dépression domine le tableau clinique de la plupart des formes d'états-limites que nous voyons en pratique quotidienne, on connaît les difficultés rencontrées pour traiter cette dépression selon le mode psychanalytique classique employé pour les névroses, tout autant que la précarité des solutions héritées du traitement psychiatrique des psychoses.(11)

Nécessité d'une nosologie :

Ce ne sont pas la nature des conflits sociaux, leur degré d'intensité, ni même leur situation historique qui spécifient chez 1 sujet ayant dépassé l'adolescence, tel mode de réaction affective. Devant la même pression sociale l'1 se comportera en révolutionnaire authentique, l'autre en passif docile, 1 autre en humoriste, 1 autre en dépressif, et 1 autre encore en dément.

Chacun réagit à l'événement selon les lignes de force ou de faiblesse de sa personnalité de base, telle qu'elle a été inscrite dans sa psychologie personnelle au cours de son enfance et son adolescence, **bien avant l'événement actuel.**(14)

Depuis **Kraepelin** la **catégorie psychotique** se voit + ou moins réduite aux manifestations délirantes chroniques(schizophrénie, paraphrénie, paranoïa). Les manifestations maniaco-dépressives intéressent peu les auteurs psychiatriques qui se sont sentis souvent mal armés pour tenter de déterminer avec davantage de précision la spécificité(réellement psychotique *ou non*) des mécanismes latents et profonds qui se cachent derrière de telles manifestations d'alternances de l'humeur et en constituent les éléments moteurs, eux-mêmes forgés à partir des modèles relationnels imposés de façon précoce tout autant qu'à partir de l'équipement psychique et somatique inné.

Dans **le groupe des psychoses délirantes chroniques**, on s'est contenté, en général, de cataloguer les manifestations délirantes, soit selon leur processus apparent (hallucination, interprétation, affabulation, imagination, etc.) soit selon la nature des thèmes présentés (grandeur, persécution, compulsion, érotomanie, etc.).(19)

De leur côté, **les entités névrotiques** sont catégorisées en général selon les références essentiellement symptomatiques : les 3 grands groupes classiques correspondent ainsi aux phénomènes habituellement décrits comme obsessionnels, hystériques et phobiques.(20)

Positions théoriques :

En ce qui concerne les **névroses** : on connaît les définitions freudiennes essentielles sur lesquelles il n'y a pas lieu de s'étendre :

- Le **symptôme** est l'expression **symbolique** d'un conflit psychique (et non la satisfaction directe de la libido comme dans la psychose).
- Ce **conflit** demeure **intrapsychique**, limité entre le Surmoi et le Ça, à l'intérieur du Moi.
- Le **symptôme** est un compromis entre la pulsion et la défense qui s'y trouve opposée.
- La **fixation** et la **régression** n'ont qu'un caractère *partiel*.
- La **libido** conserve sa problématique **objectale** et n'est jamais totalement désinvestie.
- La **réalité** est déformée dans le **fantasme**, et non niée.(27)

Dans les névroses le **Moi** obéit aux exigences de la réalité et du **Surmoi** ; il refoule les pulsions.

Dans les psychoses il y a rupture entre le **Moi** et la réalité. Le Moi tombe sous l'emprise du **Ça**, puis il reconstruit une nouvelle réalité (délire), conforme aux désirs du **Ça**. **Dans les névroses de transferts**, il y a conflit **entre le Surmoi et le Ça** ; **dans les psychoses** le conflit se situe **entre le Ça et le monde extérieur** (réalité objective. JS).(30)

Pour les **états-limites**, l'accent est mis sur l'incomplétude narcissique, sur l'intolérance aux frustrations, sur la peur de la perte d'objet d'amour, sur les préoccupations corporelles ; le besoin d'agir sur la réalité extérieure serait appelé au secours des défaillances de la réalité intérieure et du risque dépressif... Le **Moi** demeure faible mais non morcelé... La plupart des auteurs insistent sur la très grande fréquence de tels états dans la clinique quotidienne et sur l'intérêt que présente une meilleure connaissance de ce genre d'aménagement économique en vue de thérapies mieux adaptées.(50)

Importance et complexité de la terminologie :

Pour mieux situer la place réservée au cadre correspondant à l'organisation dites dépressive-limite, il me paraît utile de montrer préalablement comment les 3 concepts fondamentaux de structure, de caractère et de symptôme peuvent être conçus comme articulés entre eux de façon à la fois dynamique et inséparable.

La structure de base de la personnalité correspond à l'ensemble des mécanismes psychiques mis en œuvre dans toute originalité individuelle et en même temps aussi à la façon dont ces mécanismes ont l'habitude d'entrer en interaction les uns avec les autres, de façon spécifique et latente...

Il découle de cette définition 2 corollaires qui revêtent une certaine importance :

- la structure de base ainsi posée demeure **stable**, fixée définitivement dans une lignée unique qui la caractérise.
- Toute structure de base, quelles que soit ses conditions de fonctionnement, demeure **invisible**.

On ne peut apercevoir à l'examen extérieur que 2 aspects relationnels **manifestes** de toute structure **latente** de base : **le caractère** d'un côté, **les symptômes** de l'autre.

Le caractère se définit, dans le cadre des présentes hypothèses, comme le mode de fonctionnement relationnel et visible de toute structure de base, intime et invisible de façon directe, tant que cette structure de base demeure dans le cadre d'une adaptation assez bonne aux réalités internes et externes du sujet.

Les symptômes de leur côtés ne seraient que le reflet relationnel visible d'une structure sous-jacente fixe et cachée à partir du moment où cette structure de base ne se verrait plus fonctionner dans 1 état d'adaptation suffisant par rapport aux réalités et intérieures et extérieures du sujet.(60)

A partir de l'instant où elle est devenue « cristal », donc structure figée, toute substance minérale ne peut se casser de n'importe quelle façon. Il en est de même pour les **structures profondes de toute personnalité psychique**. Que ce soit au niveau de la maladie ou du simple niveau du caractère bien adapté, on ne peut passer d'un arrangement structurel à 1 autre. Une structure de base établie après l'adolescence selon le type structurel névrotique, par ex., ne peut plus passer ensuite sur le type structurel psychotique, ou inversement. Quand **un Moi spécifique**, névrotique ou psychotique, est organisé dans 1 sens ou 1 autre, il n'existe aucun moyen pour une structure de changer de lignée profonde, ni de se manifester sur le registre **caractériel**(adapté) ou **symptomatique**(désadapté) autrement que selon des prototypes homologues, c-à-d, « névrotiques » pour toute **structure névrotique**, & « psychotiques » pour toute **structure psychotique**.(61)

Reconnaissance d'une normalité :

Le principe même de vie suppose 1 fonctionnement du Moi au moins relativement **adapté** aux conditions intérieures et extérieures de la réalité du sujet. Mais ce serait certainement une **erreur de jugement assez grave** que de considérer qu'il soit possible d'isoler une structure théorique en soi « normale » à côté d'autres structures théoriques taxées, elles, de « pathologiques ».

Tous les passages existent, dans 1 sens ou dans l'autre, entre « **Normalité** » et **pathologie**, à toutes occasions, au cours d'une même vie.

Toute structure, aussi bien névrotique que psychotique, peut évoluer vers une adaptation « normale » pendant des années, se désadapter à 1 moment quelconque et passer dans le registre pathologique sans pour cela changer de lignée structurelle, puis, tout aussi bien, revenir ensuite soit spontanément, soit à la suite d'un traitement, à 1 état de bonne adaptation, donc de « Normalité ».

L'accent est donc mis avant tout sur **l'adaptation** d'une structure **stable** à ses réalités internes & externes. **Peu importerait le type de structure en cause**.(63)

Psychogenèse psychotique :

Comme toute structure définitive ne prend effet qu'après la crise d'adolescence, on peut donc concevoir également le cas(rare mais tout à fait possible) des sujets pour lesquels la crise d'adolescence, agissant avec la brutalité que l'on sait, sur une organisation à direction prépsychotique(schizophrénique, paranoïaque) encore assez malléable, peut opérer 1 changement de lignée structurelle. Ceci se produit soit grâce à une action psychothérapique, soit spontanément à l'occasion d'une rencontre fortuite et opportune avec des objets particulièrement représentatifs et réparateurs(et sur le plan narcissique et sur le plan oedipien). On assiste à une rectification de la direction préstructurelle initiale : ces sujets se fixeront donc, après la crise d'adolescence « réparatrice », de façon définitive dans l'axe de la lignée structurelle névrotique, génitale et oedipienne, qu'ils n'auraient jamais eu la chance de connaître jusque-là.

Une réserve doit être faite en ce qui concerne la structure psychotique de type **maniaco-dépressif** ou **mélancolique** qui n'obéit pas au même schéma psychogénétique car il n'existe pas de Moi « *préstructuré* » de façon maniaco-dépressive(de statut psychotique) ou mélancolique. Une telle évolution structurelle ne se produit pas selon la succession verticale décrite ci-dessus, mais selon une succession horizontale partant de l'éclatement du tronc commun des organisations dépressives-limites au moment de la grande crise aiguë(fig.2).(68.69)

Psychogenèse névrotique :

1 Moi n'ayant pas connu de fixations trop sévères pendant toute la période prégénitale et qui va aborder les inévitables **conflits oedipiens** avec, somme toute, une assez grande liberté pour se voir imprimer une organisation pré-structurale établie ***sous le primat du génital***, va prendre la voie « névrotique » bien connue, ceci en dehors même de toute présomption morbide.

L'évolution structurelle sera, tout comme dans la lignée psychotique, interrompue au niveau de la période de latence.

Pendant l'adolescence, tout sera à nouveau remis en question, puis, cette crise résolue, on s'orienterait tout naturellement vers une **structure névrotique** définitive, se manifestant relationnellement en cas de bonne adéquation par 1 « **caractère névrotique** » et en cas de décompensation par une « **névrose maladie** » avec 1 passage possible entre ces 2 états, dans les 2 sens, pendant toute la vie(fig.2)

J'insiste dès maintenant sur l'hypothèse structurelle, fondamentale à mon sens, selon laquelle il n'existerait non pas 3 formes de processus différents(obsessionnels, phobiques, hystériques) au sein de la structure névrotique, mais seulement 2 groupes de processus authentiquement *névrotiques* :

Le **groupe obsessionnel** et le **groupe hystérique**.

Les seules(et assez rares) phobies névrotiques se rangent parmi les processus hystéro-phobiques(hystérie d'angoisse), qlq phobies sont de statut psychotique, mais la, plupart des manifestations phobiques appartiennent au vaste groupe des aménagements dépressifs-limites. Du point de vue de la régression, en allant du + régressif au + élaboré on peut ranger les processus névrotiques dans l'ordre suivant :

Processus obsessionnel, processus hystéro-phobique, processus hystérique de conversion (69.70.71)

Psychogenèse de la lignée dépressive-limite :

Cette 3^{ème} lignée psychogénétique ne nous oblige nullement à modifier l'optique freudienne générale, mais nous permet de distinguer successivement, **1 traumatisme initial**, une période + ou moins longue de pseudo-latence précoce et prolongée constituant le « tronc commun » de l'organisation dépressive-limite, puis des évolutions, soit spontanées, soit par éclatement de ce « tronc commun ».

Traumatisme initial :

Il s'agirait bien ici d'**1 traumatisme affectif**, au sens freudien, c-à-d, d'1 excès d'intensité pulsionnelle survenu dans 1 contexte maturatif du Moi et avec 1 épuisement fonctionnel et adaptatif de ce Moi, encore impropre à faire face à 1 tel assaut, dans les conditions génétiques du moment.

En 1914, **K. Abraham**, dans sa contribution à la genèse des mécanismes **mélancoliques**, s'étend sur la composante narcissique du traumatisme lié à la déception amoureuse subie avant une maîtrise suffisante des désirs oedipiens et constate, dans ses exemples cliniques, que la **déception primaire originaire** se répètera dans la vie ultérieure du sujet pour engendrer une sorte d'état de dysphorie (contraire d'euphorie. JS) dépressive contre laquelle le sujet tentera de lutter grâce à des moyens de défense du registre essentiellement prégénital.

S. Kreiser, de son côté, conçoit le traumatisme comme une brèche ouverte dans la barrière antistimuli ; l'appareil psychique se trouve donc envahi par 1 flot d'excitations qu'il n'est pas capable ni de maîtriser, ni de lier, d'où tout le drame joué au sein d'1 Moi immature ne parvenant pas à faire face à des impulsions trop précoces.(71.75)

Du point de vue chronologique, le traumatisme initial se produirait avant le tout début de la période oedipienne, c-à-d, avant que le Moi ait eu le temps de se préorganiser sur le mode névrotique et sans que le sujet ait été préalablement victime de véritables limitations de son Moi assez précoces et assez intenses pour organiser celui-ci selon 1 mode structurel psychotique.

*Hypothèse : **la libido** se verrait sollicitée, avec anticipation, par une provocation à la **génitalisation précoce** et se trouverait en qlq sorte « en avance » sur l'état de maturation du Moi au même moment de l'histoire du sujet ; la seule réponse possible pour la libido serait **1 retour sur les positions narcissiques**.*

Le traumatisme affectif, souvent difficile à retrouver dans l'anamnèse des cas qui se présentent à nous, est mis en évidence par F. Pasche à propos de « L'homme aux loups ». Il jouerait en qlq sorte le rôle de « 1^{er} désorganisateur »(ou désorganisateur précoce) de l'évolution psychique normale qui aurait dû conduire le sujet-limite, sans ce traumatisme, vers une structuration post-oedipienne de statut névrotique classique.

*Le traumatisme précoce déclencherait une réaction de **désinvestissement pulsionnel immédiat** et **1 retrait narcissique** qui conduiraient à la phase suivante de l'évolution limite.*

Le tronc commun aménagé :

Sous l'action du désinvestissement pulsionnel créé par le traumatisme désorganisateur dont nous venons de parler, **toute l'évolution libidinale du sujet va d'1 seul coup se bloquer**, se « figer » sur des **positions narcissiques régressives** constituant une sorte de période de latence anticipée, une « **pseudo-latence précoce** » anticipée par rapport à la période de latence normale, et par la suite beaucoup + *prolongée* aussi que la période de latence post-œdipienne.

Une telle « **pseudo-latence** » va en effet couvrir toute la période qui aurait dû correspondre à la fois à l'Œdipe, à la latence normale ainsi qu'à l'adolescence... la crise d'adolescence se voit du même coup libidinalement escamotée sur le plan objectal. Parfois même le statut d'**inhibition** assez inorganisé, assez instable et très immature sur le plan de l'aménagement pulsionnel, répondant à cette pseudo-latence, va tenir lieu, **pendant toute la vie du sujet**, de mode essentiel de fonctionnement mental, faute de mieux.(76.77)

... Dans la **période de Latence** décrite par Freud, on s'aperçoit qu'elle opère 1 refoulement de l'Œdipe ; il persiste seulement 1 sentiment de tendresse qui réactive **l'ancien Idéal du Moi** ; nous sommes entrés dans le champs d'action des phénomènes de sublimation. Dans la **Pseudo-Latence** ici décrite, au contraire, l'Œdipe n'était pas atteint dans des conditions de primauté suffisante, il n'y a pas eu de refoulement vrai et **l'Idéal du Moi** continue à reposer narcissiquement sur la tendresse initiale souhaitée de la part de l'objet ; c'est le champs de l'Idéalisation et non plus de la Sublimation.

Le **traumatisme initial** déclencherait une sorte de blocage évolutif portant aussi bien sur les fonctions adaptatives que sur les fonction synthétiques ou défensives du Moi-Limite préorganisé au profit des réinvestissements narcissiques.

La **Pseudo-Latence** ne suppose aucun déclin de **l'Œdipe** car ce dernier se voit, dans l'évolution limite-dépressive, à la fois très mal abordé, très tôt dévié, et qu'il fait l'objet d'une importante et très vive dénégation.

Dans la lignée dépressive-limite nous n'avons plus affaire au refoulement véritable de l'Œdipe tel qu'on le rencontre dans les **névroses**, mais davantage à 1 mouvement narcissique régressif devant la poussée oedipienne.(78.79)

Décompensation, 2^{ème} traumatisme(JS) ou éclatement du tronc commun :

Ce 2^{ème} traumatisme de l'Etat-Limite pourrait être considéré de la même façon, comme une expérience **d'origine externe** et de nature à réactiver des positions oedipiennes confortablement évitées jusque-là, dans ce qui constitue la **Pseudolatence** + ou moins prolongée.

Les crises extérieures les + fréquentes sont le post-partum(dépression post accouchement. JS), le mariage, le deuil, les bouleversements sociaux ou éthiques, les accidents affectifs ou corporels, etc., et en particulier bien entendu, l'inattendu réveil d'une situation oedipienne évitée et déniée jusque-là(et non-vécue puis refoulée). Mais il reste bien entendu que **ce qui joue demeure le vécu affectif lié à ces incidents et l'inorganisation qui reçoit ce vécu.**

Le second traumatisme réveille et réactive le 1^{er}.

C'est une véritable crise morbide de développement psychique.

Une sorte de caricature de « **crise d'adolescence** », très tardive, très intense, très brutale et très raccourcie (de qlq heures à qlq jours) remettant en cause toute l'organisation antérieure du Moi.

L'état précédent et boiteux d'aménagement du Moi ne peut plus durer à partir de ce moment et il y a nécessité de passer à 1 système + solide et + organisé de défenses, souvent d'ailleurs + « pathologique » aussi, dans ses manifestations, que l'état aménagé antérieur, relativement discret.

Plusieurs cas seront alors à considérer :

- Ou bien l'évolution se maintient tant bien que mal sur la lignée Limite (Dépression)...
- Ou bien l'évolution va quitter la lignée Limite et se diriger vers une des 3 voies classiques (voie *structurelle névrotique*, voie *structurelle psychotique*, *régression psychosomatique*). (86)

Point de vue métapsychologique :

le Moi :

J'ai décrit le Moi des structure psychotiques comme déjà *morcelé* (au sens du clivage préexistant dans l'exemple du « cristal » de Freud), avant même toute décompensation morbide, pour tout ce qui concerne les structures psychotiques de type schizophrénique ou paranoïaque (nous avons vu que pour celles du type maniaco-dépressif et mélancolique, cette préstructure psychotique antérieure n'existait point, car ces états succéderaient à 1 point de départ dépressif-limite).

En ce qui concerne le Moi de la structure névrotique, qu'il soit considéré comme « fort » ou non par le clinicien qui l'observe, on ne peut le concevoir que comme entier d'abord, unifié sous le primat du génital lors d'une 1^{ère} empreinte de cette influence au moment de l'Œdipe, puis ensuite, marqué par une 2^{ème} et définitive empreinte du génital, au moment de la crise d'adolescence.

Dans l'organisation dépressive-limite, une incomplétude narcissique primaire + ou moins importante a laissé dans le Moi une sorte de poche vide, + ou moins grande, que le Moi cherche à combler sans jamais y parvenir (autrement que par l'illusion « d'1 avenir meilleur s'il fait encore 1 ultime effort »), grâce à la confiance qu'il place en des appels narcissiques secondaires très investis, très étroits, très idéalistes, très impératifs et, en fin de compte, toujours décevants, en présentant pour le clinicien aucune ressemblance ni quantitative ni qualitative avec le jeu bien connu du Moi hystérique. (89)

1 tel Moi (de la structure dépressive-limite) peut être décrit sous la qualification d'*anaclitique* (du Grec ana-klinein = se reposer sur...), tant il a besoin du concours de l'autre pour se sentir narcissiquement complété, pour tenter de réparer la profonde blessure narcissique primaire dont il a été victime et dont il n'a pu, jusque-là, opérer, ni l'acceptation, ni la cicatrisation, puisque de toute façon aucun narcissisme secondaire, même le mieux adapté, ne pourra revenir structurellement sur les failles originellement inscrites au registre du narcissisme primaire. **Même une cure analytique**, malgré tous les aménagements économiques très profonds et considérables qu'elle opère dans les cas heureux, ne peut conduire à d'autres buts qu'une meilleure acceptation et qu'une meilleure utilisation d'1 « soi-même » ayant cessé d'être vu comme systématiquement déshérité ou coupable.

Dans la lignée de l'organisation dépressive-limite, il s'agit d'états **indécis du Moi**, encore inorganisé sur le plan structurel, mais « *pas trop* » et « *pas trop mal* » aménagés. On pourrait appeler ces sujets des personnalités « *pas trop* »...

Les états-limites se présentent comme des sujets en général :

- Assez adaptables que réellement adaptés.
- Assez séduisants(leur besoin ardent d'estime et d'affection leur fait nouer des relations, au moins immédiate et superficielles, pas trop mal réussies avec des objets(personnes – JS) ressentis comme rassurants ou gratifiants).
- Assez énergiques(ils ne sont pas encore tombés dans la dépression. On ne les en sent pas loin, mais on aurait tort de les croire déjà réellement dépressifs : ce sont de faux dépressifs à défense de type maniaque le + souvent légère et discrète. Leur énergie mobilisable conserve très longtemps, et parfois indéfiniment, une assez grande réserve. Ils sont coutumier de « *la fuite en avant* »).(90.91)

De nombreux auteurs se sont intéressés aux problèmes posés par le Moi du type « limite » : W.D. **Fairbain**(1952), R. **Knight**(1954), V.W. **Eisenstein**(1956), H. **Hartmann**(1956), M. **Gressot**(1960), A. **Green**(1962) et O. **Kernberg**(1967).(91)

Une des fonctions essentielles de maturation du Moi(en général et avant tout état maladif – JS) **c'est sa capacité de synthèse**. On peut dire que dans les psychoses cette fonction se trouve très altérée et que dans les névroses elle existe mais que les résultats de cette synthèse sont axées sur 1 pôle dénaturé et que chez l'état-limite, cette fonction de synthèse persiste mais qu'elle y demeure floue et fluctuante... **Le Moi de l'état-limite** pourrait donc être considéré comme 1 Moi certes différencié, mais non encore assez élaboré...(93)

L'idéal du Moi et le Surmoi :

Toute l'économie de la lignée dépressive-limite apparaît comme sous-tendue par une dialectique spécifique entre Surmoi et Idéal du Moi. La prédominance de l'Idéal du Moi archaïque marque de son sceau assez particulier ce genre d'astructuration.

De même que **le Surmoi** est universellement reconnu comme « l'héritier du complexe d'Œdipe », au contraire, **l'Idéal du Moi** se présente comme l'héritier du narcissisme primaire ; c'est 1 inépuisable et infructueux effort déployé par le sujet pour tenter de restaurer des parties non atteintes ou perdues de la bonne relation à la mère toute-puissante(ou + tard aux 2 parents tout-puissants).(95)

Dans une **Latence normale**, il y a régression banale du Surmoi sur des positions assez souples de l'ancien Idéal du Moi. Ceci correspondra à l'apparition du véritable narcissisme phallique. Le Surmoi est intériorisé. En cela on peut concevoir la période de latence classique comme une véritable « *logistique* » de l'adolescence.

Or, **chez l'état-limite**, les choses se passent tout autrement car l'Œdipe dans la faiblesse de ses investissements ne peut remplir sa fonction essentielle de modification dans 1 sens maturatif de l'Idéal du Moi. Régression et fixation amèneront la persistance d'1 Idéal du Moi de mode mégalomane et irréal sur lequel feront retour les éléments incomplets du Surmoi post-œdipien qui n'aura pu réaliser sa formation autonome ni son intériorisation.(99)

A. Green remarque avec beaucoup de précision combien **il est difficile, pour l'état-limite**, de demeurer en dehors de la solution paranoïaque tout autant que de la solution obsessionnelle, devant les fluctuations continues de la distance de sa relation objectale : si la relation à l'objet (personne – JS) demeure trop étroite, c'est la tendance obsessionnelle qui domine ; si au contraire, la relation à l'objet tend vers le détachement, c'est la tendance paranoïaque qui menace de l'emporter. De +, **il suffit d'1 échec**, en apparence minime, dans 1 sens ou dans l'autre, pour voir apparaître la dépression.

Cette labilité (attitude changeante – JS) décrite par A. Green, semble mettre en évidence **l'instabilité foncière de l'aménagement de l'état-limite** par rapport à ce que l'on peut considérer comme solidité des *structures* classiques (psychotique, névrotiques, démences – JS). (101)

On peut penser que **l'état-limite** situe ses difficultés au niveau de la 2^{ème} période (stade anal – JS). Il n'est plus en difficulté pour quitter la fusion à la mère ; sa dialectique s'adresse aux 2 parents anaclitiques, mais il ne peut sortir d'une certaine distance aménagée tant bien que mal avec eux. Ses tentatives vers l'extérieur ne sont possibles qu'avec des substituts parentaux mais le + souvent tout aussi décevants. En effet, les parents ont été vécus comme à la fois protecteurs mais inquiétants, flatteurs mais insatiables : ces parents induisent chez l'enfant la conviction que tant qu'il restera dans le cercle parental il ne lui arrivera rien de fâcheux. (103)

O. Kernberg a décrit **la personnalité état-limite** comme peu capable d'évaluer autrui de façon très adéquate et d'entrer en empathie avec l'autre sur 1 mode très réaliste. L'objet (sa relation à l'autre – JS) doit toujours être maintenu à distance ; l'adaptation reste donc envisageable tant que ne surviennent pas de trop intenses problèmes émotionnels. Mais tout rapprochés, trop considérables, qui pourrait conduire à l'empathie (donc toute relation entière et vraie – JS), déclenche aussitôt des déformations du réel et 1 rétrécissement défensif rétablissant la distance de sécurité. La peur d'une attaque de la part de l'objet contribue tout autant au clivage que le besoin intense des aspects protecteurs du même objet. (113)

Le mécanisme du rêve demeure très infrastructurel (fondamental – JS) et ne peut varier d'une organisation dépressive-limite à une structure névrotique ou psychotique. Alors que **l'élaboration secondaire du rêve**, elle, reste sous la dépendance de la structure dans la mesure où elle représente le rapport du rêve établi, après le réveil, en fonction des originalités du Moi.

Dans le mécanisme du rêve, **le Préconscient** interrompt ses relations avec le **Conscient**, et, en profitant du sommeil, cesse du même coup de se lier aux représentations de « mots » ; il va rejoindre les représentations de « choses » dans le lit de **l'Inconscient**. **Les ébats nocturnes réalisés entre l'Inconscient** (apportant les restes des pensées inavouées et inassouvies) **et le Préconscient** (apportant les restes des pensées diurnes) apparaissent comme le mécanisme même du rêve ; leur « enfant » est le contenu latent du rêve ; quand au récit de tels ébats nocturnes, que le Préconscient réalise au réveil, à l'usage du conscient, ceci constitue l'élaboration secondaire du rêve.

C'est surtout au niveau de **l'élaboration secondaire** du retour, au réveil, vers la conscience (qu'il convient de conserver « bonne ») que se fait le tri des éléments récupérables (ou non) au grand jour, **et que jouent, à nouveau, les mécanismes de défense contre le contenu latent particulier à chaque forme de structuration de la personnalité.**

« Traumatisme » et « Latence » demeurent 2 repères importants dans toute l'économie limite (donc, essayer de prendre connaissance d'éventuels rêves récurrents survenus à l'époque de Latence ou encore actuellement chez ces sujets – JS). (124.125)

la relation d'objet et le transfert :

Le mode de relation d'objet très particulier des états-limites correspond à ce que **M. Bouvet** a décrit sous le terme de **relation d'objet prégénitale** : Moi faible ne pouvant demeurer stable que dans la proximité d'un objet symbolique (Moi auxiliaire), émois cataclysmiques, loi du tout ou rien, grande mobilité des investissements, projection remaniant la réalité et restant plaquée sur elle. (126)

L'aménagement relationnel propre aux états limites-dépressifs qui sépare les objets projectivement en « **tout bon** » et « **tout mauvais** » aboutit à des situations anaclitiques insatisfaisantes. L'objet contraint à 1 rôle salvateur ambivalent ne peut accepter ce rôle bien longtemps et une nouvelle rupture s'annonce rapidement avec de nouveaux vécus frustrants consécutifs. (127)

Le sujet de ce type se cramponne aussi à des positions transférentielles assez déréelles. Il veut, en écho à l'attitude d'introjection du mauvais objet, revêtir l'autre de toutes sortes d'oripeaux « mauvais » et projectifs.

Les peurs fantasmatiques et le rappel de situations traumatisantes réelles sont difficiles à distinguer. Certains patients en cure continuent pendant des mois ou des années à nous accuser d'hostilité à leur encontre et de rejet de notre part. (130)

La relation transférentielle est dominée par l'alternance des projections sur le thérapeute du Moi (du sujet – JS) tout bon et/ou tout mauvais et le début de la cure est marqué d'une relation non-réaliste qui risque de conduire à une situation insoluble si l'analyste réagit fâcheusement de son côté (donc, s'il quitte son cadre de référence prof. – JS).

E. R. Geleerd a montré que l'attente confiante de la gratification prochaine maternelle (promise mais qui ne vient pas) conditionne ultérieurement le sujet de telle façon que toute carence ultérieure est automatiquement vécue comme une perte objectale, ce qui contribue à cette instabilité caractéristique du maintien chez l'état-limite de toute relation objectale sur le mode sérieux et durable. (132)

On conserve l'habitude de décrire l'apport maternel comme le + important dans les éléments de frustration ou de menaces à l'origine de ces troubles (limites – JS) et de décrire aussi 1 transfert + spécifiquement maternel. Il ne semble **pas certain** cependant, à mon sens, que cette façon de voir soit exclusive, ou tout du moins capitale. Qu'il s'agisse de la projection des pulsions sadiques orales ou sadiques anales, ce sont les 2 parents précœdipiens qui sont vus comme essentiellement dangereux ou qui auraient besoin en contrepartie d'être vus comme essentiellement bénéfiques. Le père et la mère demeurent + ou moins indifférenciés dans l'image d'1 ensemble dangereux ou idéalisé et tout ceci contribue, aussi, largement à cet aspect « **chaotique** » du transfert. (133)

Le contre-transfert :

Chez le névrosé le degré de perception du conflit intrasystémique demeure en général suffisant pour que les interventions « **ramèment au Moi** ».

Avec les psychotiques les projections sont si globales qu'on a l'impression **qu'ils pénètrent** (les psychotiques – JS) **en bloc dans notre propre Moi**. Ces 2 attitudes pour les analystes constituent une situation nette contre laquelle on peut aménager des défenses variées allant du refus de la relation à la négociation d'un tel contact.

Pour les états-limites la chose est + délicate : on peut dire que, puisque les limites du Moi ne sont pas trop altérées, **leurs projections se contentent de faire adhérer leur peau à la peau de l'analyste** de façon à la fois nettement différenciée sur le plan des identités mais pas tellement séparable quant à la distinction entre objectif et projectif. Cette situation risque d'être beaucoup moins supportable pour l'analyste ; les défenses sont moins faciles. **On se sent prisonnier de tentacules imprévisibles, habiles, inquiétants et extrêmement adhésifs.**(133)

Il existe une **attitude contre-transférentielle ennuyeuse** dans le cas des états-limites et qui peut jouer souvent dès la 1^{ère} consultation : selon sa formation personnelle et ses options théoriques, l'analyste peut se sentir + à l'aise soit avec les névroses, soit avec les psychoses et mieux connaître l'un ou l'autre de ces types de patients. En conséquence, quand il se trouve devant un état-limite peu évident (avec, en +, la facilité connue chez ce genre de patient pour se présenter sous tel ou tel aspect en face de telle ou telle personne), **l'analyste sera tenté** de cataloguer cet état-limite en « *névrose* » s'il préfère cette entité et manifeste une affinité pour ce genre de patients ou en « *psychose* » s'il se trouve induit, par une provocation, à le repousser. Si au contraire il préfère le traitement des psychoses, l'état-limite risquera de devenir « *psychose* » en cas de contre-transfert positif et « *névrose grave* », « *névrose caractérielle* », etc., si la contre-attitude induite par le patient conduit à un contre-transfert négatif chez le thérapeute.

Il existe enfin un **dernier et redoutable danger** auquel le contre-transfert participe souvent : des interprétations oedipiennes, imprudentes et trop précoces, peuvent être vécues surtout par l'état-limite (et aussi pour les autres entités – JS), exactement comme un des traumatismes décrits + haut, avec un risque évident, et confirmé par les expériences malheureuses, de réduire ces patients à un mode de défenses dramatique, à un véritable éclatement de leur Moi, c-à-d, à un passage vers une organisation psychotique (leur guérison n'en serait-elle pas alors + facile ? – JS). Je traiterais + particulièrement cette question dans ma partie thérapeutique.

Comme l'on montré **S. Nacht** et **R. Held**, les sujets-limites ont tendance à nous envoyer au loin dès que nous nous sommes trop rapprochés d'eux.

Ce désagrément implique des réactions affectives parfois fâcheuses de notre part. l'attitude la + tentante en écho, c'est de rester « punitivement » à distance.

Mais il existe cependant une autre tentation à laquelle il me semble que nombre d'analystes aient succombé avec trop de bonne conscience : la tentation de récupérer le patient subtilement, de le maîtriser avec efficacité sous le couvert d'une « nécessité » de se montrer à lui comme authentiquement « bon ». je reprendrais également dans ma 3^{ème} partie la critique de cette attitude, à mon sens dangereuse.(136)

Théorie de la Dépression-Limite :

Le mode d'organisation de **la personnalité** correspondant à la « **lignée limite** » se trouve sous-tendu, nous l'avons constaté à tout moment au cours de notre développement théorique, par **la menace dépressive**.(137)

Comme cela a été indiqué à propos de la discussion psychogénétique(cf.chap.IV), **la poussée dépressive** succède au 2^{ème} traumatisme affectif ou traumatisme affectif tardif, rappel et réveil lui-même du traumatisme précoce vécu dans la période proto-oedipienne(??? – JS), sur 1 terrain prédisposé par une conjonction de frustration et d'exigences maternelles exagérées.

Le second traumatisme affectif peut survenir tout aussi bien très tôt que très tardivement dans la vie ultérieure du sujet. Entre les 2 traumatismes la personnalité prend une allure « **d'adolescence prolongée** », c-à-d, de faiblesse structurelle, de mobilité relationnelle et défensive, de relative inconsistance et de **continuuel besoin de séduction** qui marque toute lignée « limite », au niveau du tronc commun aménagé et non décompensé.(139)

La théorie de la Dépression-Limite :

Dés 1911 **K. Abraham** envisageait dans la dépression une rupture de l'équilibre entre activités libidinales et activités agressives. Il compare la dépression à l'angoisse classique, étant donné qu'il s'agit pour lui de 2 réponses de bases du Moi, nettement opposées dans leurs mécanismes. L'angoisse classique se présente comme une réaction devant 1 danger pulsionnel et constitue 1 appel du Moi vers des solutions de survie, alors que la dépression rencontre 1 Moi paralysé, incapable de trouver seul des solutions de survie. D'où la nécessité d'une dépendance anaclitique que nous avons sans cesse rappelée dans cette étude.(141)

Le trouble fondamental(dans la dépression – JS) serait en rapport avec des difficultés rencontrées au niveau de l'identification primaire. Les parents auraient gêné ces identifications en recherchant à aimer à travers l'enfant, **non pas l'enfant lui-même, mais leur propre Moi-Idéal**.(143)

R. Greenson a consacré 1 article fort intéressant, en 1961, à **l'empathie** en tant que résultant de la communication verbale entre mère et enfant. Cette empathie est refusée au dépressif qui n'a pas préalablement connu une assez bonne relation à la mère dans le 2^{ème} âge...(145)

Toute **perturbation de l'économie narcissique** implique une altération de la conscience de soi dont les répercussions relationnelles revêtent des formes tantôt psychologiques(dépression, phobies, angoisse de dépersonnalisation), tantôt incarnées dans 1 vécu *corporel*(troubles fonctionnels, hypocondrie, cénestopathies, etc.).

Il semble que le période du **8^{ème} mois** constitue une étape importante dans l'intégration d'1 schéma corporel personnel. C'est le moment où l'enfant commence à se situer en face d'1 autre. L'objet partiel(qu'il était – JS) est transformé normalement en personne entière et ceci prépare les étapes organisatrices ultérieures de l'Œdipe et de l'adolescence.(146)

L'élaboration du vécu corporel évolue parallèlement à la genèse de la relation objectale ; l'image du corps suit le sort de l'image de l'objet qui suit elle-même la progression des organisations ; sourire du 3^{ème} mois, angoisse de la reconnaissance de l'objet du 8^{ème} mois, enfin vers le 15^{ème} mois opposition du « non » qui, pour **Spitz**, marque la formation d'une 1^{ère} autonomie.

Au cours de ces étapes, la bouche puis la vision, la peau, les sphincters, la motilité, ont été tour à tour investis pour élaborer le vécu corporel.

Que la progression affective stoppe, et le vécu corporel se fixe parallèlement à l'une des étapes de son développement. Nous pouvons retrouver de telles fixations dans toutes les variétés de la série limite-dépressive avec les régressions correspondantes dès qu'il se produit une décompensation de l'aménagement limite antidépressif.

Une remarque particulière, rarement formulée, mérite cependant d'être rapportée à l'occasion de l'étape ***labyrinthique*** du développement du système de perception précoce. Il existe de nombreux phénomènes de *vertige* dans les vécus hypocondriaque de l'adulte. Il s'agit d'une évidente réminiscence des changements d'équilibre ressentis autrefois au moment des prises du sein ou du biberon ; la satisfaction ou l'inquiétude éprouvée alors par l'enfant, selon la façon dont la mère le traitait au même moment, feront de lui + tard 1 amoureux de la balançoire ou 1 phobique du déséquilibre le + léger.(147)

Clinique de la dépression-limite :

Rien ne peut se montrer + déterminant dans l'écoute pronostique d'1 patient que l'examen minutieux de **son mode de relation à l'autre** ; non seulement ce mode relationnel a une place de choix à côté des symptômes, des systèmes de défense, de l'état du Moi et de la nature de l'angoisse, mais on ne peut pratiquement parvenir à connaître la véritable expression symptomatique, la variété des défenses en cause, l'état structurel du Moi et la nature spécifique de l'angoisse, dans tel cas clinique précis, **qu'à travers et par le moyen** du mode relationnel utilisé par le sujet qui se trouve *dans la situation de vécu* du face à face avec nous.(157)

(Dans le cas cité de Gilberte). ... Sur une toute petite question de ma part portant sur la façon dont elle pensait que cet homme(donc, son mode de relation avec le côté masculin – JS) se comportait avec elle, elle m'avoue que celui-ci était 1 grand invalide de guerre et qu'il éprouvait de grandes difficultés à mouvoir ses membres inférieurs... Autrement dit, elle avait une fois de +, recherché une relation avec 1 protecteur idéal et s'était assuré en même temps **qu'elle le dominerait sûrement et le tiendrait à distance**.

C'est l'éternelle dialectique du grand et du petit, du « fort » et du « faible » que nous retrouvons **chez tous les dépressifs-limites** ; l'objet n'est pas parvenu au stade génital des échanges, il demeure figé et « refroidi » dans 1 statut de dépendance anaclitique, dans les deux sens du courant relationnel.(159)

... Pour échapper à la honte(due au regard des autres porté sur eux, aux « on-dits » et pour ne pas troubler la « morale sociale » ambiante, *l'Idéal du groupe* – JS), Gilberte et son mari, enfin réconciliés(du moins momentanément – JS), vont fuir la ville où ils se sont déchirer et aller habiter en Provence, dans 1 pays où traditionnellement les libertés sont grandes, les originalités tolérées, les passions comprises... **Au cours de ma 1^{ère} rencontre avec Gilberte, qui dura une heure**, je me suis gardé de trop intervenir. Si mes hochements de tête et mes « oui » marquant compréhension des situations qu'elle me décrivait furent fréquents, mes questions demeurèrent rares et se limitèrent à d'apparents détails ou au sens à donner à qlq silences, tout en en prenant acte et en les respectant. Le discours de Gilberte se déroulait assez facilement **sans l'exhibitionnisme rencontré chez les hystériques**(comme se sera le cas de Line cité + loin chap. III), **sans que j'aie eu à ressentir des « pièges » affectifs ou de grossières dénégations**.

Le propos portait principalement sur 1 passé récent et apparaissant comme empreint d'1 certain perfectionnement dans l'ordre des faits, dans leurs explications manifestes et aussi dans les détails auxquels il était accordé de l'importance.

Dans la mesure où **je me suis manifesté comme permissif et compréhensif, sans** ±, une certaine distance a pu être respectée et l'entretien s'est déroulé avec assez de facilité. Je crois pouvoir affirmer que **si je m'étais montré soit + distant, soit + inquisiteur, la relation se serait vue immédiatement bloquée...**

J'estime pour ma part que les patients répondant à l'organisation de type « limite » **ne supportent ni le désintérêt ni le rapproché d'emblée**, et que leurs tendances évidentes à passer d'une position affective extrême en 1 sens, à la position affective extrême dans le sens opposé, ne peuvent être modérés que par le respect de la distance qu'ils tiennent à donner eux-mêmes à la relation établie avec eux.

Il y a lieu de bien les suivre, tout en leur laissant la + grande partie de l'initiative relationnelle.(162)

... Je lui demande si elle se souvient en ce moment **d'1 rêve récent** ou **d'1 rêve qui revienne souvent** ; elle ne voit rien de bien précis à me rapporter sinon des luttes ou des rêves d'animaux, des crabes en particulier ; or comme il ne semble pas qu'elle ait absorbé de la mescaline je suis enclin à voir dans ces cauchemars l'écho de ses propres combats narcissiques pour l'auto-conservation au milieu d'images terrifiantes qu'il faut à son tour terrasser si l'on veut assurer sa survie et une (au moins relative) autonomie.(163)

C'est toujours le plan narcissique-phallique(stade anal – JS) qui se voit mis en avant par Gilberte, jamais le plan génital(Œdipe – JS). Les désordres enregistrés autour d'elle demeurent des conflits de puissance, on ne recueille aucune trace d'érotisation dans l'évocation des souvenirs.

Seule la grand-mère a représenté pour Gilberte une base affective assez constante et assez solide. C'est incontestablement cette **relation rassurante et non-toxique** qui a évité à Gilberte les risques de psychotisation précoce. Mais cette image est décrite comme assez phallique d'une part, et, d'autre part, sa permanence s'est trouvée interrompue dès le début de la 2^{ème} enfance et la multiplicité des **antagonismes narcissiques et agressifs** qui se sont succédés par la suite n'ont pas permis à Gilberte d'aborder l'adolescence dans des conditions propices à des identifications oedipiennes suffisantes pour organiser le fonctionnement psychique sous le primat du génital.

Le Moi de Gilberte ne semble nullement morcelé, mais narcissiquement très lacunaire ; les frustrations de l'enfance ont laissé en elle une revendication affective inépuisable, une insatisfaction irréductible, une quémante permanente.

Il est certain qu'elle a choisi **1 mari faible** à l'image du père écrasé et bafoué par la mère.

Mais son sentiment d'incomplétude foncière s'est mal accommodé d'1 conjoint qu'elle vivait comme **lui enlevant encore une part de son propre narcissisme**, déjà assez défaillant.

A nouveau **elle va solliciter 1 autre homme**(l'amant) à la fois sous le couvert d'1 rêve de force + grande et sous les traits d'1 invalide... tout effort pour **comblé le vide**, l'angoisse intérieure, **est voué inévitablement à l'échec...**

L'angoisse de Gilberte n'a rien à voir avec les risques de punition des fantasmes incestueux ; elle se présente comme focalisée dans le cadre de la relation de dépendance et correspond (son angoisse – JS) à une double crainte prenant une allure extérieurement contradictoire : sous forme d'**angoisse de perdre l'objet de protection** d'une part, et **angoisse de se voir maltraitée**, d'autre part, **par l'objet** ; dès qu'il devient trop puissant, l'objet est présumé sadique.

A la suite de la transformation opérée chez le mari par la provocation dont il a été victime de la part de Gilberte, celle-ci a pu enfin récupérer le « tuteur » anaclitique solide qu'elle espérait, mais, du même coup, les risques de se trouver en face d'1 partenaire pouvant aller jusqu'à posséder une puissance génitale deviennent intolérables pour la faible maturation de son Moi sur le registre sexuel ; les mouvements phobiques-dépressifs de régression narcissique sont nécessaire pour opérer 1 déplacement et 1 évitement contre 1 retour inopiné des **menaces érotiques**, dont il est probable qu'elles soient perçues par la patiente, essentiellement sur le registre de l'**agression et non** sur celui du **plaisir**.(165)

Les dépressions selon les modes de structuration.

Une dépression psychotique :

Le cas de Martine... son genre de dépression correspond de toute évidence à 1 mode de début assez fréquent de **schizophrénie** ; c'est à ce stade là qu'il conviendrait d'intervenir par une psychothérapie des + efficace... mais la schizophrénie ne constitue-t-elle pas, avant tout, une maladie familiale ? Et certains parents, très fragiles et très angoissés eux-mêmes, ne peuvent accepter nos propositions que lorsque les choses se voient considérablement aggravées.(168.169)

Une dépression névrotique :

Cas de Christine... peu à peu, le tableau dépressif actuel s'est installé bien que le mari, tout comme l'amant, continuent à se montrer très prévenants avec elle, ne sachant que faire pour dissiper la tristesse de son humeur... elle ne s'en trouve que + coupable encore et cette **culpabilité** se situe comme fondamentalement génitale, oedipienne et surmoïque. Il n'y a pas eu, comme chez Gilberte, d'écho extérieur ni de honte sociale. Ce sont les substituts seulement de la loi paternelle génitalisée qui sont intervenus sur les éléments introjectés dans le Surmoi de Christine. La **relation d'objet** de Christine se présente comme **typiquement génitale**. Les violents sentiments oedipiens voués au père et interdits par la mère ont été l'objet de la **défense** classique de refoulement, c'est le retour du refoulé à l'occasion du transfert sur l'amant, image paternelle, qui constitue le symptôme-compromis entre la réussite pulsionnelle et l'interdit surmoïque. Ce symptôme se présente ici sous la forme dépressive ; c'est la seule et rare forme de dépression qui puisse se rencontrer dans le cas d'une structure névrotique. Le traitement en demeure bien connu et bien classique(??? - JS).(171)

Une dépression-limite après le 2^{ème} traumatisme :

Cas de Rachel... ses identifications primaires paraissent bien précaires. Pourtant elle ne créait chez moi aucun sentiment inquiétant du type psychotique, mais elle ne paraissait pas non plus assez compliquée dans le jeu « pulsions génitales-interdits » pour appartenir à une catégorie structurelle du type névrotique.

Son **clivage objectal** entre le besoin d'1 bon objet protecteur et l'intolérance à tout objet frustrant confirmait l'hypothèse, émise dès le 1^{er} entretien, d'une **dépression de type limite**, beaucoup + avancée que le cas de Gilberte, car, puisque Rachel est venue me consulter seulement après le passage du 2^{ème} traumatisme désorganisateur et que, sans 1 traitement psychothérapeutique important, elle ne pourrait plus trouver seule maintenant, dans l'état fort endommagé de son narcissisme, la possibilité d'1 aménagement + solidement établi et lui permettant, comme Gilberte, de passer, pendant 1 temps + ou moins long, pour une personne « normale ». (174)

Les formes cliniques de la Dépression-Limite(D-L).

Forme clinique de la D-L à allure psychotique :

Le cas de Norbert... après avoir fait la connaissance d'une jeune fille, ils décident de se marier dans qlq mois, et auront, le jour même de leur décision, **leur 1^{ère} tentative sexuelle** : c'est 1 émoi tel pour Norbert qu'il se sauve... court dans les rues, hagard, et finalement, pour la 1^{ère} fois, **se sent 1 désir homosexuel** qu'il réalise avec 1 jeune garçon rencontré par hasard.

A cet épisode succède 1 **accès d'angoisse aiguë** qui dure plusieurs jours, avec **terreur de dépersonnalisation**. Puis s'établit 1 tableau de **dépression sérieuse...** avec l'allure très directe et très brutale de cette percussion par l'élément génital si longtemps **dénié**(+ que refoulé), le faible narcissisme de Norbert s'est trouvé d'1 seul coup mis en pièce. C'est la **décompensation dramatique** qui fait redouter ici une **évolution psychotique ultérieure**.

L'approche du corps féminin correspond à 1 retour massif du matériel concernant l'absence de pénis chez la femme, condensé sans doute aussi avec la brutale disparition de son père.

La non-existence d'1 Œdipe organisé apparaît avec la brutalité des émergences pulsionnelles, avec la solution d'alarme homosexuelle et aux dépens de la libido narcissique dans la menace de dépersonnalisation... les entretiens ont tout de suite précisé qu'il s'agissait d'une **énorme hémorragie narcissique**, d'une impossibilité de procéder à des identifications valables et structurantes, et non d'1 morcellement réel du Moi.

Tout le passé de ce patient s'inscrivait dans le sens de cette difficulté de structuration, l'Œdipe ne se trouvant pas assez engagé pour qu'il puisse y avoir 1 conflit réel entre les pulsions sexuelles et les interdits parentaux.

D'autre part, si on ne rencontrait pas dans le passé du patient des éléments nécessaires à l'établissement d'une économie authentiquement névrotique, on ne trouvait pas non plus réalisées autour de lui de façon durable les conditions relationnelles indispensables d'1 véritable objet psychotisant. Relations obligatoires pour l'édification d'une structure psychotique proprement dite.

On ne peut faire **seul** en effet, sans une certaine maturation relationnelle triangulaire favorisée par l'entourage, une névrose. On ne peut non plus faire **seul** une psychose sans une relation duelle assez prolongée avec 1 objet toxique psychotisant...

Norbert ne pouvait demeurer, jusqu'à un 2^{ème} traumatisme désorganisateur, que dans cette dramatique situation de perpétuel « **juif errant structurel** », très caractéristique, que représente cette catégorie assez fluctuante des états-limites. (179.180)

Forme clinique de la D-L à allure perverse :

Cas de Ludovic... Il précise être venu consulter d'une part pour une impression d'angoisse assez constante, 3 mois environs et, d'autre part, pour ce qu'il appelle une « hésitation » entre le **suicide et le mariage**. A aucun moment il ne me donne l'impression d'une perte du sens du réel, du moins dans le sens psychotique, c-à-d, d'une personnalité morcelée ou en danger de l'être. Il n'a pas l'air non plus de plaisanter, ni même de dramatiser théâtralement le caractère parfaitement inconfortable de sa situation. Il semble aussi conscient de l'impasse de ses raisonnements que sincère dans l'affirmation de sa dépression et de son incapacité douloureuse à en sortir.

Le traitement s'engagea sous la forme d'une **psychothérapie urgente et prudente**, à la fois de soutien et d'investigation. Elle permet de reconstituer progressivement l'histoire de Ludovic...(181)

Forme clinique de la D-L à allure névrotique :

Cas de Véronique... **Le traitement** a duré **4 ans** environ, sous une forme très analytique. Début « orageux », la dépression se calma assez rapidement. Les troubles organiques furent nombreux. Elle s'acharnait contre son mari autant que contre moi-même, tout en demeurant extrêmement dépendante et de l'1 et de l'autre. Au cours de la **2^{ème} années** et suite à l'apparition d'éléments traumatiques de vécus infantiles rapportés par la patiente, retour des phénomènes dépressifs... Une si brutale révélation simultanée (son père avait une image de « traître », pauvre, dominé par sa femme...JS) de son amour naissant (elle était toute petite 2/3ans ? – JS) pour le père et de l'interdiction d'y « toucher », en même temps que la preuve évidente de **l'incapacité du père et des hommes** à affronter le « **tout puissant phallus-maternel** » (l'aspect masculin de la femme – JS), opèrent une régression immédiate pour renforcer l'image sadique ancienne de la scène primitive et ranger cet épisode fortement érotisé du côté des frustrations narcissiques archaïques.

Véronique serait devenue depuis ce jour d'une « sagesse » exemplaire... jusqu'à la naissance du 1^{er} enfant. Elle n'aurait présenté lors de cette période aucun incident de santé notable ni trouble de l'humeur.

On peut comprendre combien **l'incomplétude narcissique initiale**, découlant aussi bien du culte phallique maternel que de l'insuffisance de l'image du père puis du traumatisme paternel, aurait « **figé** » l'évolution libidinale à une position précœdipienne, au sein d'une économie narcissique, sans Œdipe ni Surmoi normalement élaborés, avec régression sur 1 Idéal du Moi mégalomane nécessitant une défense permanente beaucoup + importante contre le **danger de dépression** (perte de l'objet) que contre le danger pulsionnel proprement dit.(187)

Le moment le + spécifique de ce traitement reste sa 2^{ème} période. Nous étions certainement, dans 1 tel cas, assez près des névroses, mais je ne pense pas pouvoir accepter ici cette simplification car l'essentiel ne se jouait pas sur le plan d'1 conflit pulsionnel et oedipien (lignée : pulsion, Surmoi, conflit surmoïque, menace de castration, symptôme. JS) **mais à 1 niveau + archaïque** (lignée : narcissisme, blessure narcissique, Idéal du Moi, dépression – JS). ... ce n'est qu'après la mise à jour de ces éléments narcissiques et la réparation *par la cure* qu'à pu être valablement abordé, *alors et comme* dans une névrose, 1 authentique Œdipe qui d'ailleurs s'est développé + facilement que dans une cure de névrose classique.

Dans pratiquement toute névrose, il existe des éléments prégénitaux qui sont souvent mis en avant au début de la cure dans 1 but de défense contre l'Œdipe. Mais les choses ne se présentent pas comme dans le cas de notre patiente : malgré la couverture prégénitale possible, tout tableau névrotique est davantage dominé économiquement par les symptômes que par la dépression. Ces symptômes sont toujours visibles à des niveaux divers, qu'ils soient orientés vers la **série hystérique** ou **obsessionnelle**, et ils correspondent à 1 compromis entre les pulsions d'une part et les interdits du Surmoi d'autre part. Le conflit entre ces 2 pôles peut rapidement être mis en évidence quand il s'agit de névrotiques.

Ce n'est pas le cas chez **les états-limites** : le seul « symptôme » visible dans la décompensation, c'est la « dépression » et elle ne se présente pas comme 1 conflit entre Pulsion et Surmoi – c'est la traduction d'une angoisse devant l'hémorragie narcissique (effacement de l'image de soi – JS) sous-jacente et la perte d'objet.

Dans les états-limites, ce qui est mis en avant sur le mode oedipien (dans notre observation, la relation au père) se trouve justement, à l'inverse du cas des névroses, utilisé comme défense contre le prégénital. Il ne faut pas se laisser prendre au piège de cette couverture défensive oedipienne, mais rechercher dessous le véritable conflit prégénital et narcissique. C'est seulement quand ce problème aura été lentement et prudemment analysé, que l'Œdipe véritable pourra ensuite être abordé et même en qlq sorte « réimaginé » à ce moment-là (et à ce moment-là seulement) d'une façon utilisable et *structurante*, par le patient.

Véronique a cru pouvoir mobiliser sa libido narcissique pour effectuer en qlq sorte 1 « pansement oedipien ». Mais du même coup ce pansement trop coûteux n'a fait qu'attiser l'hémorragie narcissique et déclencher la dépression, au lieu de donner naissance à 1 symptôme-compromis entre pulsions et refoulement, comme cela se serait produit dans une économie hystérique de structure véritablement névrotique. (188.189.190)

Forme clinique de la D-L au moment de la sénescence :

L'évolution de telles **décompensations tardives** apparaît, en général, comme assez sérieuse et nettement orientée vers un passage définitif et brutal vers la lignée structurelle psychotique.

Le cas de Justin (68ans)... Il avait 3 ans et demi à la mort de son père, et dans les semaines qui suivirent, il présenta 1 tel état d'apathie et de nonchalance que la mère le montra à plusieurs médecins avant qu'il puisse retourner à l'école maternelle où il avait été pourtant si heureux jusque là et où il ne s'y plaisait plus du tout. (190.191)

... à la suite du décès de son épouse, **dépression grave** chez Justin, médication sans effet, la régression s'accroît de jour en jour. Justin, dans la perte d'une part de son objet anaclitique (son épouse – JS) et dans les conditions même de cette perte d'autre part, a subi 1 **ébranlement narcissique** tel que la récupération d'1 nouvel objet anaclitique est devenue impossible pour lui, en raison du degré de dégradation atteint finalement par les conditions relationnelles internes... le **morcellement du Moi** est réalisé ; il n'est plus question de se contenter de combler des lacunes narcissiques, le jeu thérapeutique ne peut que viser à prévenir la dispersion des fragments du Moi et à tenter de les maintenir à peu près rassemblés, pas trop loin de la réalité... (195)

Diagnostic différentiel des états Dépressifs-Limites aux 3 niveaux du fonctionnement mental (vécus corporel, modes de mentalisation, comportements).

Aspects différentiels au niveau des **vécus corporels** (Hystérie, Hypochondrie dépressive, Psychosomatisme) :

On a peut être trop négligé l'aspect économique et dynamique profond et très divers d'un état à l'autre. On a négligé aussi, souvent, le rôle joué par le contre-transfert induit chez le médecin à l'égard de son malade en réponse au mode de dialogue établi par ce malade à l'encontre dudit médecin.

Une névrose hystérique : Line se présente comme une ravissante jeune femme épanouie de la trentaine. De taille, de poids, de maquillage, d'élégance dans le vêtement, de sourire, de qualité de parole, elle offre juste ce qu'il faut pour penser y reconnaître le comportement classique de la femme de cet âge devant l'homme plus « mûr » et laisser supposer en elle juste assez d'expérience pour n'être pas encore déçue, juste assez de déception pour désirer d'autres expériences... Pourtant, malgré tous ces atours, ces contours, ces détours d'une jeune femme + âgée, j'apprenais, à ma grande surprise, que Line n'avait que 22 ans. Tout de suite je sentais que qlq chose sonnait faux dans son discours avant même qu'elle ait parlé davantage. (ici, je note bien l'importance cruciale du ressenti chez le thérapeute. Mais aussi ce risque lié à des « à priori » issus de l'histoire personnelle du thérapeute, des interprétations de ressentis erronées et jugeantes... JS). (197) ... son passé médical se limitait à des crises « convulsives » mal précisées à l'âge de 6 ans. Le père de Line, haut fonctionnaire, est décédé il y a 8 ans d'une néphrite chronique, Line en trace un portrait idéalisé sur tous les plans. La mère est décrite sous l'aspect inverse : autoritaire, sèche, arbitraire, agressive et égoïste. Line déclare avoir été toujours très attachée à son père qui l'aimait certainement beaucoup, dit-elle, mais qui ne pouvait le lui montrer car la mère s'interposait, paraît-il, et empêchait de telles velléités de rapprochement. Il est vraisemblable que Line me présente ici un « roman » idéalisé en sa faveur et déniait la réalité frustrante d'un père qui justement ne lui aurait sans doute pas assez porté d'attention et d'affection réelles, alors que, de son côté, elle se sentait très attirée vers lui.

La mère risque de se trouver jouer le rôle d'excuse efficace pour absoudre le père dont l'absence actuelle permet enfin le libre développement du **fantasme positif démesuré, délicieux mais coupable...**

... Mais comment s'y prendre pour ne pas tomber dans la provocation, ni blesser inutilement le provocateur (ici la provocatrice, lire avant... JS). Je me contentais de faire remarquer à Line qu'elle ne m'avait pas encore parlé de ce qu'elle attendait de moi et j'avais choisi à dessein de tels termes... elle me tendit la lettre d'un médecin qui me l'adressait comme présentant un vaginisme. Pendant que je lis cette lettre, je vois Line jouer avec les boutons de son corsage. Elle ne sait pas qu'en ce moment son inconscient me décide dans ma réponse en m'assurant que par des procédés moins brutaux (que la chirurgie – JS) extérieurement, et davantage acceptés intérieurement, elle consentirais bien à ouvrir elle-même et toute seule ce qui restait, jusque-là, si hermétiquement fermé.

Je l'ai effectivement prise en cure analytique au bout d'un certain nombre de mois pendant lesquels la poste eut beaucoup de surcroît de travail entre son domicile et mon quartier. Et le début de la cure n'arrêta d'ailleurs pas cette correspondance abondante.

Cette correspondance n'avait pas pour but, comme dans le comportement obsessionnel, de mettre une distance entre le thérapeute et le patient, ni comme dans 1 état-limite de tenir cette distance comme pas trop rapprochée ni trop éloignée. Elle n'altérait en rien le dialogue des séances, elle le poursuivait au contraire, évitait qu'il ne s'interrompe. Son but était de ne jamais me laisser seul et surtout pas seul avec d'autres... éventuellement surtout avec *une* autre. Il fallait que je sois maîtrisé à tout moment... le mot « *maîtresse* » prend ici tout son sens... **et malheur à qui accepte 1 jour, par inattention, une maîtresse hystérique à ce point...**

En théorie, **c'est une névrose**(hystérique) car il existe 1 conflit entre les *pulsions* et les *interdits* parentaux ; que ce conflit demeure *oedipien* et *génital* entre 1 amour non satisfait par le parent du sexe opposé(le père – JS) et une interdiction formulée à l'origine par le parent du même sexe(la mère – JS) auquel on voudrait s'identifier, mais celui-ci refuse cette promotion.

L'interdit formulé par le parent de même sexe devient peu à peu intériorisé sous forme de *Surmoi* qui s'oppose à lui seul chez l'adulte aux pulsions sexuelle à la fois violentes et insatisfaites.

Il s'agit bien d'une *hystérie* car l'énergie sexuelle réprimée s'est détachée de la représentation psychique gênante pour se *convertir* dans le domaine *corporel*.

Le discours continue(dit Lacan) mais l'instrument change...

C'est le *refoulement* qui joue comme mécanisme principal de défense et ce refoulement est *réussi* : l'amnésie est totale. Tout est somatisé. Il existe une « *paix psychique* » apparente : c'est la « *belle indifférence* » de l'hystérique vis-à-vis de son conflit. A ce refoulement se combine *l'inversion de l'affect*. Le désir intense devient dégoût non moins intense... Quand on a soigné qlq cas comme celui de « *Line* », on n'ignore plus grand chose de la psychopathologie hystérique.(198 à 202)

Une hypocondrie répressive-limite :

Cas de Marthe, 27 ans... (203.204 & 205) Je voudrais insister sur la nette différence entre hystérie et hypocondrie du point de vue de l'économie psychique : Line et Marthe ont été toutes 2 déçues par leur père. Mais Line a pu s'identifier à une mère en dialectique génitale et oedipienne ; ses tentatives allaient vers la maîtrise et la séduction *sexuelle* du père, y compris dans son refus de se donner à lui tant qu'il ne renoncerait pas à la mère. Marthe au contraire n'est pas tellement fixée sur le père génital que sur le père(ou tout autre individu fort) narcissiquement puissant et protecteur. Elle ne peut se sentir une « *dame bien* », c-à-d, avant tout une « *grande* » heureuse(beaucoup + qu'une femme à la recherche de l'homme sexuel), que dans l'assurance que les autres la comprennent, la soutiennent, la complètent narcissiquement... les frustrations *narcissiques* infligées par 1 père dominateur qui surestimait les frères ont conduit aux plaintes et aux angoisses corporelles en même temps que cette véritable *érotisation* du corps propre se déroule sur 1 plan extrêmement *masochiste*... on sait combien les hypocondriaques non-délirants sont tentateurs pour les chirurgien si faciles à tenter...

1 vécu psychosomatique :

Dans toute affection psychosomatique il y a beaucoup moins intérêt à rechercher la signification symbolique(comme dans l'hystérie) ou le lien corporel d'investissement narcissique(comme dans l'hypocondrie) des *symptômes*.

Ce qui importe avant tout, c'est le fonctionnement mécanisé de la pensée, la rationalisation des comportements par des causes extérieures, l'incapacité de supporter les affects et la grande habileté pour de tels patients, à la fois de créer *chez l'autre et dans l'autre* une véritable émotion. On remarque, dans le dialogue avec de tels sujets, que le médecin voit en action devant lui le narrateur d'une histoire dramatique vécue sans drame par le sujet, mais reçue par lui, et *en lui*, médecin, comme intensément dramatique. Ce médecin se sent d'ailleurs beaucoup + impliqué comme auditeur humain que comme thérapeute. Il est tenté de quitter son plan strictement scientifique pour entrer dans le drame qu'on lui propose et de réagir par 1 agi personnel « *civil* » au lieu de demeurer prudemment et efficacement dans son domaine...

Dans l'hypocondrie, l'objet intérieur est mis en avant. **Chez les psychosomatiques** il se retrouve opacifié, dénié, vidé de sens apparent. Leur inconscient apparaît comme cadencé, isolé et farouche en même temps. Il y a peu de fantasmes, peu de rêves vrais, peu d'échanges interpersonnels. Le réel devient rapidement rétréci et momifié. L'expression verbale est desséchée, le langage se trouve employé comme obstacle même à l'expression ; il apparaît comme dévitalisé et purement pragmatique (fonctionnel - JS) et instrumental. (208.209)

Aspects différentiels au niveau des mentalisations :

Les manifestations obsessionnelles : leur statut demeure anti-dépressif-limite (210)

Les obsessions dans la structure psychotique : cas d'Antoine (210.211)

Les obsessions dans la structure névrotique : cas d'Elise (211.212)

Les obsessions anti-dépressives : cas d'Odette (213.214.215)

Les manifestations phobiques : ... les comportements phobiques n'appartiennent nullement, en propre à une seule et même structure profonde de la personnalité et ne peuvent se voir ranger exclusivement, sans risque d'erreur grave, dans le cadre des structurations de mode névrotique et oedipien... il y a donc lieu de préciser, à propos d'une phobie, la nature des mécanismes sous-jacents qui fournissent seuls la clef du diagnostic structurel et guident en conséquence l'attitude relationnelle et thérapeutique. (216)

La phobie psychotique : cas de Marcel, 25 ans... la nature psychotique d'un tel cas apparaît clairement... l'abord psychanalytique permet de pressentir avec certitude le fond structurel par l'étude du vécu relationnel, sans la nécessité de recueillir une « *observation* » au sens habituel du terme. (216.217.218)

La phobie névrotique : comme défini dans ma partie théorique, il n'existe qu'une seule forme de phobie névrotique, au sens structurel du terme ; il s'agit de l'hystérophobie... cas d'Alexandre... l'élaboration demeure centrée sur l'économie objectale et génitale... c'est incontestablement le Surmoi qui agite le sujet de l'intérieur... une confusion structurelle ne semble pas possible dans un tel genre de phobie. (218.219.220)

La phobie-limite : ... la régression pulsionnelle se trouve en cause et non seulement celle du représentant de la pulsion... cas de Dominique... on ne pouvait interpréter ses vécus comme du matériel oedipien et génital. Ce patient avait connu une mère de nourrisson assez bonne et des conditions extérieures suffisantes, mais à ce moment-là seulement. Cependant ses parents n'avaient plus pu être enregistrés comme oedipien à l'époque où il l'aurait fallu.

Les difficultés narcissiques survenues avant l'élaboration oedipienne avaient bloqué, sur des images parentales isolées et seulement prégénitales, la maturation affective. Il faisait se battre en lui les Idéaux du Moi de parents idéalement « *bons* » et idéalement « *mauvais* ». il gardait les 1^{ères} images (toutes bonnes) introjectées et rejetait facilement sur les autres (les sales bourgeois, etc.) les secondes, idéalement toutes mauvaises. (220 à 223)

Aspects différentiels au niveau des comportements (les « Psychopathes »):

Les psychopathes ont toujours été décrits sous leur aspects essentiellement **comportemental** : ce ne sont ni des arriérés intellectuels, ni des délinquants nets, ni même des « malades » au sens étroit du terme. Ils ont été repérés dès leur enfance pour leurs réactions, leurs attitudes imprévues, déconcertantes ; ils sont marqués par 1 manque évident d'adaptation sociale, de stabilité émotionnelle, de maturité affective ; ils apparaissent comme les laissés pour compte aussi bien de la société que des médecins, car ils déçoivent et indisposent tous ceux qui voudraient répondre à leur quémante provocatrice. On a décrit ; toujours selon la nature de leurs **comportements**, des variétés à prédominance soit agressive, soit inadaptée ou passive, soit créatrice. L'apport de la psychodynamique psychanalytique doit nous permettre de sortir de l'impasse descriptive en recherchant la nature des mécanismes économiques mis en émoi (ou en échec) dans tel ou tel cas clinique précis. Cette nouvelle méthode d'investigation doit nous conduire, une fois de +, tout comme pour les phobies ou beaucoup d'autres phénomènes *manifestes*, à reconnaître, sous des aspects superficiels communs, des organisations structurelles radicalement différentes selon nos 3 repères habituels : lignée névrotique, psychotique, et lignée intermédiaire limite-dépressive. Etudions donc successivement des exemples évoluant dans ces 3 directions profondes. (224)

Les psychopathes de statut psychotique : cas de Natacha... ces souvenirs ressortent avec une facilité toute psychotique ; elle raconte les aventures qu'elle a entendu rapporter, tout comme certains psychotique non décompensés récitent des pages entières d'annuaire téléphonique lues une seule fois ou calculent des dates de calendrier, sans aucune méthode mathématique ou mnémotechnique organisée de façon consciente... (225.226)

Les psychopathes de statut névrotique : cas d'Edwige... la nature génitale des conflits et des interdits, l'érotisation du transfert (dans les actes), la rapidité de variation des investissements objectaux comme du sens de leur impact, suffissent largement dans 1 tel cas à signer le type authentiquement hystérique de l'économie latente... (227.228)

Les psychopathes de statut limite-dépressif : cas de Mariette... on peut facilement constater l'astructuration de cette grande immature, son impossibilité d'avoir pu s'organiser aussi bien selon 1 mode névrotique que psychotique. On retrouve une petite enfance « à peu près normale » mais une enfance + tardive, très frustrée par l'attitude de la mère dès que Mariette a cherché à s'autonomiser.

Mariette, qui n'avait aucune somatisation à manipuler et dont les mentalisations étaient minimales, n'a trouvé que la voie comportementale pour manifester son besoin d'intérêt et, **faute d'absence de gratifications nécessaires à son rétablissement narcissique**, elle a cherché « à se servir toute seule », grâce aux provocations agressives, dans l'attention qu'elle imposait aux autres en sa direction.

Ses incessants clivages objectaux, son angoisse dépressive, ses lacunes narcissiques, ses pauvretés identificatoires, l'anaclitisme de sa relation d'objet, la précarité de ses positions surmoïques et génitales, comme de ses références oedipiennes, tout concrétisait en elle une **fragile organisation dépressive-limite**, manifestée jusque-là essentiellement dans les **agis**(comportement – JS) **en direction d'1 objet**, complément narcissique idéalisé et inaccessible, renversé tout de suite en sujet d'agression, à agresser défensivement et punitivement, dans une relation réduite aux dimensions d'une lutte entre 1 « grand » et 1 « petit ». L'avenir du traitement... (228.229.230)

Diagnostic différentiel des D-L au niveau de l'expression caractérielle.

1 certain nombre des aspects que j'aurais à décrire dans ce chapitre se situent très près des phénomènes comportementaux traités au chapitre précédent.

En effet, les comportements, cités + haut, traduisent 1 déséquilibre évident sur le plan manifeste à partir de leur conflits latents. Dans ce chapitre-ci, nous aurons affaire à une symptomatologie pratiquement nulle et il est difficile de juger jusqu'à quel moment tel sujet demeure dans le cadre d'une originalité caractérielle et à partir de quand il entre réellement dans une pathologie mettant seulement le caractère en avant, **à la place** de symptômes-corporel, de production mentale ou de troubles comportementaux caractérisés.

D'autre part, il convient de se rappeler que dans la 1^{ère} partie théorique j'ai défini le « *caractère* » comme **le** mode d'expression relationnel et fonctionnel « **normal** » de la structure de base de la personnalité. **Ainsi**, le « *caractère névrotique* » ou le « *caractère psychotique* » (**cas courants et peu inquiétants dont leur structures respectifs seraient non-décompensées** – JS) constituent des manifestations d'adaptation des structures, névrotiques ou psychotiques, aux réalités internes et externes qui sont les leurs ; le « *caractère perverse* » représente, à 1 degré moindre, le mode d'adaptation d'1 aménagement pervers tel que je l'ai défini dans ma 1^{ère} partie.

Par contre, la « *névrose* » *de caractère*, la « *psychose* » *de caractère*, et la « *perversion* » *de caractère*, si l'on se réfère aux définitions que j'en donne dans mes développements théoriques de la 1^{ère} partie, correspondent à des degrés divers d'aménagements bien consolidés auxquels sont parvenus, à partir du tronc commun des états-limites, des sujets qui arrivent à neutraliser assez confortablement leur angoisse dépressive par des contres-investissements narcissiques variés, opérant essentiellement dans le registre caractériel.(231.232)

Caractère névrotique et névrose de caractère :

Le **caractère névrotique** traduit le simple jeu relationnel quotidien des mécanismes mentaux liés à l'organisation oedipienne du sujet, c'est une situation bien banale et nullement inquiétante. Alors que la « **névrose** » **de caractère** correspond à une organisation mentale établie sous le primat de narcissisme et non pas des pulsions génitale ; la fragilité d'une telle situation saute aux yeux, bien que l'angoisse dépressive se trouve ici dans une situation anaclitique moins menacée que dans les variétés d'états-limites demeurées au sein du tronc commun aménagé(voir fig.2)... cas de Fabrice(232.233.234)

Le Caractère névrotique : cas de Fernande... elle apparaît comme une femme solide, 1 peu agaçante dans ses provocations ou ses variations d'humeur apparente, mais ses contacts objectaux demeurent proximaux et adaptés ; elle ne semble nullement « malade ». c'est ce qui caractérise le statuts des Caractères névrotiques.(235)

La « névrose » de caractère : il en est tout autrement de cette catégorie qui cherche fiévreusement à imiter le côté parfaitement « normal » des Caractères névrotiques, au prix d'énormes dépenses énergétiques en formation réactionnelles et sans parvenir à une solidité et à une stabilité suffisantes... il est donc difficile de considérer de telles organisations comme demeurant dans le cadre de la Normalité... cas de Fabrice... il s'agit d'une véritable « névrose » de caractère, c-à-d, d'aménagement anti-dépressif(et non pas anti-pulsionnel) opéré sur 1 registre essentiellement caractériel. Il existe de nombreuses autres variétés de « névroses » de caractère, mais il m'a semblé que cette forme assez courante méritait d'être évoquée + particulièrement.(236)

Caractère psychotique et « psychose » de caractère :

Les sujets de structure nettement psychotique, **non-décompensés**, et manifestant seulement leur originalités structurelles sur le mode caractériel, sont des Caractères psychotiques. La « **psychose** » **de caractère**, au contraire, ne correspond nullement à une constitution de type psychotique. Il ne s'agit que d'1 clivage + accentué de l'univers objectal(tant interne qu'externe) par rapport au clivage déjà remarqué dans les « névroses » de caractère...

Le caractère psychotique : Cas de Félix... s'il ne se présente nullement comme « malade », Félix appartient cependant à une lignée structurelle de toute évidence psychotique, et demeurera probablement, pour le restant de ses jours, en état de non-décompensation sous la forme d'1 caractère psychotique assez opérationnel pour lui permettre de s'accommoder durablement à la fois et de la réalité et des dénis qu'il opère au niveau de cette même réalité, tant au-dedans de lui-même que tout autour de lui.(239.240)

La « psychose » de caractère :

Cas d'Estelle... ses clivages objectaux sont tellement énormes qu'il est impossible de ne pas se sentir massivement classé par elle dans l'une ou l'autre catégorie des objets « tout bons », s'ils vont dans le sens de son hémorragie narcissique, ou « tout mauvais », s'ils menacent de réveiller cette hémorragie. Il n'y a pas de milieu, pas de compromis, pas de demi-teinte, ni de demi-mesure. Et les réponses des objets vont automatiquement dans le même sens : les gens(objets – JS) qui l'approchent ne peuvent en faire qu'une idole ou une cible pour leurs propres projections sadiques... la carapace caractérielle évite à Estelle de souffrir à l'intérieur d'elle-même ; si elle souffre ce ne peut être que « *de l'extérieur* ». au fond des choses nous retrouvons en Estelle 1 intense besoin d'être aimée, mais essentiellement sur 1 mode renforçateur de l'Idéal du Moi et du narcissisme : il faudrait être aimée non pour échanger des diversité et des compléments génitaux, mais pour la rencontre en miroir dans le culte de l'érotisme narcissique ; le juste, le réparateur(et derrière tout cela, aussi « le vengeur »)... Estelle ne peut accéder à 1 registre névrotique qui lui permettrait de mieux intérioriser ses conflits et ainsi de mieux y répondre elle-même, sans avoir à réformer le monde... mais comme dans toute économie caractérielle de statut dépressif-limite, et à + forte raison dans ces cas de « psychose » de caractère...(240 à 243)

Caractère pervers et « perversion » de caractère : (243)

Le caractère pervers : cas d'1 caractère homosexuel pervers, Raphaël 32 ans...(243.244)

La « perversion » de caractère : cas d'Alphonse...(244.245)

La thérapeutique des états Limites-Dépressifs.

Devant tout état à allure + ou moins dépressive, le clinicien cherche d'abord à savoir s'il existe derrière une symptomatologie aux possibilités fort variées des mécanismes sous-jacents de nature psychotique faisant craindre une évolution éventuelle dans le sens de la **mélancolie franche**...(251)

Les moyens classiques :

L'hospitalisation est la 1^{ère} solution...(251.252.253)

L'électrochoc représente, encore à l'heure actuelle, le lot de bien des dépressifs quand ils franchissent le seuil de certains établissements...(253)

Les cures de sommeil constituent, en milieu hospitalier 1 appoint souvent très efficace et beaucoup moins perturbateur que l'électrochoc dans l'abord de la grande crise de dépression de statut limite et non mélancolique... (253.254)

La narcoanalyse, malgré ses effets indéniables sur la mémorisation, sur certaines prises de conscience(assez superficielles), sur l'affectivité et la tension anxieuse, n'amène jamais de résultats bien durables dans le cas des états limites-dépressifs... (254)

La cure de Sakel, ... destinée à l'origine aux états schizophréniques... il est difficile de juger, de façon objective, les résultats des procédés utilisant d'Insuline, en raison de la diversité et des méthodes et des indications... d'autre part, la plupart des auteurs utilisant l'insulinothérapie considèrent cette méthode comme insuffisante en soi et conseillent une psychothérapie associée, individuelle ou de groupe... (254.255)

La psycho-chirurgie, ne devrait se voir citée ici que pour mémoire... (à oublier – JS)(255)

Les moyens médicamenteux, ... 1 des inconvénients majeurs induits dans l'attitude thérapeutique par le recours à la psychopharmacologie découle de la tentation pour le psychiatre de s'appuyer, avec bonne conscience, sur tel médicament déterminé pour attaquer tel symptôme-cible... Les substances réputées comme les + spécifiques des états limites-dépressifs constituent le groupe des *médicaments antidépresseurs*... Toutes ces médications ont pour but de redresser l'humeur dépressive.

Les *imipraminiques* sont considérés comme des **antidépresseurs** « majeurs » et ont fait diminuer sensiblement en pratique psychiatrique l'emploi des électrochocs.

L'*amitriptyline* et ses dérivés passent pour avoir une action peut-être moins spectaculaire, mais à la fois sédatif et thymoanaleptique... on peut citer pour mémoire les **antidépresseurs** du type *méfexamide* ou de type *doxépine*, aux pouvoirs modérés, mais en retour *peu toxiques*... Si le lithium paraît + actif sur les comportements maniaques que dépressifs... Les effets s situent au niveau de réactions secondaires au trouble fondamental, et non sur la cause même des troubles de l'humeur... **Les**

neuroleptiques, ... d'1 emploi courant et très répandu, ... ont 1 certain pouvoir sur les manifestations extérieures rencontrées au cours des évolutions psychotiques, mais leurs méfaits sur la lignée dépressive non-psychotique ne sont plus à découvrir... Certains **neuroleptiques** sont dits « incisifs », leur action est principalement désinhibitrice ; d'autres sont plutôt sédatifs(en particulier la *réserpine*, la *chlorpromazine* et la *lévomépromazine*)...

Les tranquillisants au contraire, dans la mesure où ils ne sont pas hypnogènes et ne déclenchent pas trop de phénomènes secondaires (fatigabilité, perte de mémoire ou de concentration, baisse de l'appétit sexuel), sont assez bien supportés par les dépressifs qui en deviennent malheureusement parfois rapidement friands et facilement dépendant...

Les hypnotiques doivent également être employés avec une certaine prudence chez les dépressifs. Or, leur indice de consommation est environ le double, en France, de celui des tranquillisants... Il faut noter enfin que **les opiacés** doivent être évités rigoureusement chez les états limites-dépressifs, car la subtilité de leur action conduit automatiquement l'anxieux limite à l'intoxication grave, même phénomène, à minima, avec l'usage en particulier du vin blanc ou de certains alcools équivalents aux vertus présentées comme anxiolytiques et antidépressives... **Les psychotoniques** sont le + souvent prescrits dès le stade du généraliste chez tout déprimé. Cela va de la simple vitamine C aux dérivés de la phényl-éthyl-amine ou à l'éphédrine, en passant par le glucose, le magnésium ou le calcium, l'acide phosphorique, l'acide glutaminique, les extraits hormonaux, les régulateurs métaboliques, etc. **Les problèmes sous-jacents restent inchangés**, même si des effets immédiats et parfois spectaculaires sont observés sur la vigilance, l'effort intellectuel ou physique, à condition de savoir reconnaître à quel niveau du fonctionnement on agit avec ces substances... (256 à 261)

la rigueur psychanalytique ne nécessite aucun sectarisme de la part de l'analyste à l'égard des autres méthodes, de même que cette rigueur ne doit pas être vécue défensivement par le non-analyste comme 1 sectarisme systématique manifesté par l'analyste à l'encontre des autres techniques. Les voies de la thérapeutique seront toujours multiples, tout comme les variétés de patients resteront elles-mêmes multiples ; ce qui ne veut pas dire qu'on puisse indifféremment proposer n'importe quelle solution à n'importe quelle variété clinique précise, bien au contraire, ni surtout confondre symptômes et économie psychique, expression manifeste et conflits latent, recherche de la quiétude sociale et aide profonde à la personnalité du patient.(262)

L'approche psychothérapique :

... Dans le cas d'1 état-limite l'économie de la maladie passse par la perte et la récupération de l'objet : la représentation mentale est centrée sur cet aspect économique... Il revit, dans la **réalité** des rapports à l'objet extérieur, la répétition de la situation traumatique et frustrante primitive et la vie sociale est 1 support naturel obligatoire pour une expérimentation meilleure sous le couvert d'une relation thérapeutique positive... Beaucoup de patients limites accusent des difficultés physique dans lesquelles il est parfois délicat de faire la part des points de départ somatiques, fonctionnels, inflammatoires, parfois infectieux, etc. et la part aussi de leur mode d'investissement hypocondriaque. Bien souvent ce sont les organes de la relation qui sont atteints par ces processus complexes (articulations, muscles, nerfs sensitifs ou moteurs périphériques, etc.) ; d'où l'intérêt des abords sous l'angle d'une kinésithérapie bien conduite... On parle de + en +, dans différents milieux, des psychothérapies de groupe... Le véritable problème de fond posé par la psychothérapie de groupe ne réside pas dans son efficacité qui est certaine, ni dans sa tolérance toujours assez grande, ni dans ses dangers immédiats forts réduits ; ce qu'il est nécessaire de voir, avant toute indication ou poursuite de cure psy. de groupe, c'est la spécificité du cas en cause...(262 à 267)

Le psychodrame constitue 1 cas particulier, soit de psychothérapie individuelle, soit de psychothérapie le + souvent de groupe, qu'il se trouve utilisé de façon « analytique » ou non. Les effets du psychodrame se ramènent à 1 renforcement du sens de soi-même, effectué de façon beaucoup + active que dans une simple psy. de groupe.

L'objectivation des conflits y apparaît comme + directe, et aussi + brutale ; les thérapeutes, travaillant en couple, imposent facilement des « transferts » qu'il est difficile de comparer avec 1 transfert développé de façon spontanée par le patient dans 1 climat moins directif...(267.268)

Les psychothérapie individuelles demeurent par contre une **indication majeure de traitement des états-limites**. En se divisent en psychothérapies d'inspiration psychanalytiques et psychothérapies non-analytiques(ex. : méthode non-directive de **C.R. Rogers**), dans cette dernière, l'avantage est de renvoyer sans cesse le malade à lui-même, de lui montrer ses appels à la dépendance et de le valoriser dans tous les aspects positifs qui persistent en lui... une telle attitude s'avère parfois utile dans des cas-limites, soit très sérieux, soit assez bénins, mais ne peut que contribuer à enfermer les cas les + courants dans des transferts inanalysables ne permettant pas d'aménager + positivement les systèmes défensifs et inhibiteurs. « **L'analyse directe** » du type préconisé par **J.N. Rosen** s'adresse beaucoup + spécialement aux psychotiques qu'aux dépression-limites... mais les résultats paraissent + aléatoire et les dangers de décompensations + sérieux chez les états-limites...

Les psychothérapies dites « **de soutien** » se présentent comme + nuancées, peu intenses et en cela peu inquiétantes pour 1 Moi fragile et anxieux... Cette méthode exige du thérapeute une extrême sérénité affective, ainsi qu'une grande souplesse dans les manifestations contre-transférentielles devant des attitudes du patient souvent très inattendues, très décevantes et combien provocantes...

Le « **rêve éveillé** » nécessite de son côté 1 degré de fonctionnement du Moi qu'on rencontre + fréquemment dans les structures névrotiques que chez les états-limites. Les libres associations qui constituent l'essentiel de la méthode déconcertent ou inquiètent bien souvent l'état-limite et accentuent la dépression par aggravation des impressions d'insuffisance narcissique ressenties sous la forme d'une soi-disant incapacité intellectuelle... tout près des cures-types psychanalytique, nous trouvons les **psychothérapies d'inspiration psychanalytique**(jungienne par ex. JS), le psychanalyste y recourt personnellement toutes les fois où l'état-limite lui paraît courir de trop gros risques de décompensation devant une analyse trop poussée du transfert, telle qu'on doit y procéder, par hypothèse, dans la cure-type(psychanalyse freudienne par ex. JS) et en particulier les risques pressentis dans l'analyse des désirs oedipiens contre lesquels l'état-limite s'acharne à se défendre farouchement et devant lesquels il a déjà, la plupart du temps, fortement régressé...

Pour **R. Held**, 1963, c'est avant tout le Moi psychanalytique du thérapeute qui importe dans la valeur relationnelle propre à ce genre de techniques(psychothérapies analytiques. JS) et c'est bien lui qui les spécifie... Toute analyse trop précoce de l'Œdipe fait courir à 1 état limite-dépressif des risques de décompensation en direction de la voie psychotique, par suite d'1 effondrement brutal des aménagements narcissiques toujours très fragiles et d'une désorganisation consécutive d'1 Moi qui n'a pas atteint de suffisantes fonctions intégratives...(268.269.270)

L'approche psychanalytique(chez les états dépressifs-limites - JS).

... M. Bouvet, 1957, pense que dans les structures prégénitales, tout rapproché de l'analyste est perçu d'abord comme une attaque par l'objet dangereux(l'analyste en l'occurrence – JS) et déclenche 1 recul protecteur. Si le silence radical constitue une frustration insupportable, le thérapeute doit cependant observer une certaine « **immuabilité** » qui représente en soi une réassurance indispensable pour le patient. Ce dernier doit pouvoir régler lui-même, au jour le jour, la distance relationnelle qui lui convient le mieux ; une gratification peut être éprouvée comme une avance intolérable, une frustration au contraire, dans la mesure où elle exaspère le désir, provoque parfois 1 rapproché immédiat, vite insoutenable... (271 à 273)

... **S. Nacht**, il y a une vingtaine d'années, remarquait simplement que chez certaines organisations, la présence du psychanalyste devait être suffisamment ressentie pour pouvoir jouer le rôle d'1 **catalyseur** et il conseillait au contraire de « nullement se manifester par des gratifications concrètes » ; il mettait surtout, et avec raison, l'accent sur la façon dont bon nombre de patients ressentaient, en tant que réactivation de la blessure narcissique ancienne, l'attitude actuelle trop frustrante de **stricte neutralité**, ce qui mettait en échec le renforcement et la restructuration du Moi... il explique comment certains types de malades, ni psychotiques, ni prépsychotique(les névrotique donc – JS), ont besoin de recevoir 1 « don réparateur » quand leur traumatisme initial ne s'est pas situé sur le domaine subjectif(comme chez les psychotiques ou pré-psy – JS), mais qu'ils ont eu affaire à une réalité objectivement traumatisante. Le névrotique, dit-il, réagit comme si son père avait été 1 « mauvais père » et comme si son analyste se substituait au mauvais père : il est alors possible de lui montrer cette démarche psychique ; mais s'il a eu effectivement 1 parent monstrueux il n'y a plus de possibilité d'opérer une telle prise de conscience transférentielle, le thérapeute n'est plus **assimilé** à 1 mauvais objet, **il est** ce la mauvais objet.

Le thérapeute ne doit donc pas se contenter de **jouer le rôle** du bon objet, il doit **être le bon objet**.

Le déconditionnement des conduites pathologiques est 1 but 1^{er} indispensable et difficile.(275)

L'empathie dans la cure peut apparaître comme 1 moyen de compenser, de restituer une communication ou 1 contact avec l'objet perdu. C'est 1 moyen relationnel auquel les dépressifs ne restent jamais insensibles.(276)

... selon **M. Little**, le **besoin de sécurité** est trop grand **chez les états-limites** et il doit être pris en considération tant que l'analyse n'a pas assez progressé.

Le succès de la cure dépend de la façon dont nous pouvons accepter de tels malades et les amener à accepter peu à peu que les mêmes objets puissent être à la fois bons et mauvais, que les phénomènes normaux et pathologiques aient la même origine, qu'une « maladie » puisse correspondre à une tentative spontanée de guérison et que paradoxalement, le bon self puisse constituer la partie la + malade de soi-même et, enfin, que la réalité psychique importe tout autant que la réalité des faits extérieurs(et vice versa).

Nous aurons à agir ainsi selon le balancement entre « bon » et « mauvais » et à **utiliser ce que nous possédons** « faute de mieux », ceci étant vrai, conclut-t-il, aussi bien pour nos patients que pour nous-mêmes en ce qui concerne les corps, les perceptions, les émotions, les mots, les pensées, l'imagination, etc.(278)

L'état-limite est capable de différencier facilement dans la vie courante ce qui est soi-même de l'objet externe et l'expérience interne de la perception. Mais cette capacité se perd parfois dans le transfert car les projections concomitantes des images de Soi et les images de l'objet se voient facilement confondues.

O. Kernberg donne 1 ex. frappant et qui parle bien aux thérapeutes habitués à de tels contacts : « *vous avez raison de dire que je vous vois comme ma mère, affirme le patient, mais c'est parce que vous êtes **réellement** comme elle !* ».

Devant ces genres de difficultés, les interprétations analytiques ne sont pas toujours très efficaces et il est nécessaire que le thérapeute observe une attitude aussi neutre que possible(tout en gardant une **présence** persévérante – JS) pendant la + grande partie de la cure...

C'est l'abord de l'image maternelle dangereuse qui, dans le transfert, constitue la pierre d'achoppement(d'obstruction – JS) du traitement. Lorsque apparaissent les conflits oraux archaïques, il devient possible de **relier l'image maternelle primitive aux projections agressives réalisées défensivement** ; on peut tendre alors vers l'unification des images à la fois idéalisées et redoutées de la mère ; c'est une phase délicate et d'une grande intensité émotionnelle, souvent accompagnée de mouvement dépressifs importants ; mais **il semble que le patient ne peut retrouver que dans cette voie l'idée d'une dépendance possible tout autant pour l'autre**(l'objet anaclitique – JS) **que pour lui-même.**(279.280)

La mise en œuvre du traitement :

Après avoir fréquenté des thérapeutes de toutes origines et de tous style, je me trouve de + en + persuadé qu'il doit exister 1 véritable test « gastronomique » corrélatif à la **capacité d'écoute, d'empathie, de communication, d'identification, de sincérité, d'intuition et d'oblativité**(caractère de qlqu'1 qui fait passer les besoins d'autrui avant les siens propres – JS) **profonde à l'égard du patient.** Accepter tout patient nouveau comme on le ferait d'1 convive inconnu et respectable auquel il nous est loisible de donner la permission de satisfaire, devant nous et grâce à nous, des désirs fantasmatiques archaïques habituellement entravés, c'est bien le but de toute bonne thérapeutique comme celui de toute bonne gastronomie...(287.288)

Indications selon le mode de décompensation :

La crise d'angoisse aiguë : ... Les électrochocs, comme l'insulinothérapie, doivent se voir bannis du traitement de tels états, même si l'intensité des symptômes inquiète et rend agressif l'entourage, « forçant » en qlq sorte la main au psychiatre lui-même inquiet et(pourquoi pas) rendu agressif tant par la propre agressivité du patient que par la pression pénible exercée par sa famille. Les interférences de tels transferts et contre-transferts tripolaires(malade, famille, soignants) ne peuvent être désamorçées et retournées en solution, au contraire thérapeutique, que par une communication constante, très ouverte et très sincère entre ces 3 pôles, de même que par de constructives confrontations de groupe au sein de l'équipe soignante dans sa totalité... (288.289.290)

Les aménagements du tronc commun : il est en général assez rare de voir 1 aménagement pervers ou caractériel venir consulter 1 psychiatre... pour qu'ils arrivent jusqu'au psychiatre, il est nécessaire que la décompensation soit + profonde.

En ce qui concerne les aménagements caractériels, les décompensations demeurent moins exceptionnelles devant la répétition d'échecs narcissiques, toujours lourds de conséquence toute les fois où la frustration primitive aura assez sévèrement marqué le Moi... on pourrait définir un 3^{ème} groupe de décompensation des aménagements issus du tronc commun des états-limites : ce sont des gens qui ont perdu, sans crise spectaculaire, soit leur objet anaclitique, soit le moyen d'en récupérer 1 autre aussi facilement dans la vie. ils sentent percer, pour la 1^{ère} fois, une angoisse d'abandon et se présentent au thérapeute avec une évidente passivité. Il s'agit le + souvent de « névrose » de caractère dont l'absence de difficultés reposait sur 1 lien sado-masochique assez étroit avec 1 parent ou 1 conjoint dont ils constituaient le souffre-douleur avantagé... il paraît donc contre-indiqué de pratiquer une simple « psychothérapie de soutien » dans une telle conjoncture... (290.291.292)

Les accidents survenus le long du tronc commun : comme nous l'avons vu dans notre 1^{ère} partie, le tronc commun des états limites-dépressifs ne constitue qu'une organisation assez fragile du Moi, oscillant entre les dangers touchant à la réalité rencontrés dans la voie psychotique et ceux + fantasmatiques de la voie névrotique. De telles oscillations résultent du blocage libidinal proto-oedipienne consécutif à 1 traumatisme affectif ayant réactivé des frustrations narcissiques précoces assez intenses... **le 1^{er} soucis** thérapeutique chez 1 **état limite-dépressif grave**, au niveau du tronc commun comme au niveau de la crise d'angoisse aiguë, c'est **de barrer la route au danger de psychotisation**... **le 2^{ème} souci** thérapeutique chez ces mêmes malades, c'est donc d'éviter à tout prix(même avec des risques de rechutes dépressives, ce qui est moins grave pour l'avenir) de les **enfermer dans 1 circuit psychotisant** et de leur interdire, de ce fait, une remise en route en direction d'une économie mentale davantage établie sous le primat de l'Œdipe et du génital, mode de fonctionnement qu'ils n'ont jamais vraiment connu et vers lequel vise, comme but à long terme, **le traitement final de toutes les formes d'états-limites**... comme ils ne parviennent pas à devenir « tout »(à satisfaire leur mégalomanie exubérante – JS), c'est donc, dans leur logique dépressive qu'ils ne sont « Rien »(plongée et fixation au + profond de la dépression – JS)... le qualificatif de **cas « léger »** devrait donc être réservé, dans le cadre des décompensations survenant le long du tronc commun de la lignée limite-dépressive, à des cas verbalisant leurs vécus dépressifs et exprimant aussi leur demande d'aide thérapeutique, mais qui conserveraient une insertion à peu près intacte de la réalité sociale... l'essentiel du traitement reposera sur la psychothérapie et il y a lieu de distinguer 2 catégories fort différentes de cas « légers » : en 1^{er} lieu, les cas ayant dépassés le seuil de leur maturation sociale et qui expriment de nets soucis dépressifs tout en demeurant encore bien adaptés à leurs différents contextes familiaux ou professionnels. Une cure-type psychanalytique peut être envisagée d'emblée pour 1 tel type de cas... La 2^{ème} catégorie est représentée par de jeunes adultes « légèrement dépressifs » : devant des patients de cet âge, il convient de conserver une attitude + nuancée car le + fréquemment nous avons affaire à des immaturités affectives, à de grands adolescents, conservant encore une limpidité structurelle très perfectible avec l'aide d'une psychothérapie, d'inspiration analytique certes, mais très discrète, visant surtout à autoriser le sujet à se constituer lui-même une personnalité + solide, + originale et relationnellement davantage génitalisée...(292 à 297)

Les cas dits « **moyens** » de décompensation le long du tronc commun de la lignée D-L, viennent le + souvent consulter le psy. dans la mesure où ils ne sont plus arrêtés au seul dialogue avec le généraliste et où, aussi, fort heureusement, ils n'auront pas encore été adressés aux psychiatres carcéraux.

Ils sont entrés dans des conflits relationnels de type anaclitique suffisamment intense pour que leur engagements sociaux se voient menacés et que l'angoisse d'une perte *réelle* d'avantages matériels et affectifs vienne justifier, par des rationalisations, l'angoisse latente de la perte de l'objet « tout bon et tout puissant » auquel ils étaient jusque-là fantastiquement et confortablement attachés... la simple psychothérapie, même analytique, visant au soutien du narcissisme, ne constitue pas une base suffisante à la restructuration des cas « moyens ». il est nécessaire de s'intéresser de manière + profonde aux défenses pré-génitales qui paralysent l'évolution génitale du patient. Seule la psychanalyse (cure-type freudienne – JS) peut proposer 1 programme thérapeutique (en 2 temps, de la page 299 à 313 – JS) à la mesure de telles exigences transférentielles...

Je considérerais comme une dérobade de ne pas élever, à ce moment de mon propos, **une protestation** contre la façon dont, encore à l'heure actuelle, **sont traités les états limites-dépressifs** tant du côté de certains psychanalystes qui se jettent trop tôt dans des interprétations oedipiennes (ce qui accentue leur déséquilibre narcissique) que du côté surtout des psychiatres dits « classiques » qui se comportent avec eux comme s'il s'agissait de psychotiques (ce qui augmente leurs difficultés vis-à-vis de la réalité). Au moment où des gens, souvent peu avertis et poussés d'abord par le refus de la réalité adulte, se déchaînent en croisades passionnées et passionnelles contre « une certaine psychiatrie », il appartient, je pense, **à ceux qui connaissent bien l'ambivalence de toute pratique psychiatrique**, avec ses grandeurs et ses faiblesses, et **l'immense diversité des désordres psychiques**, de dénoncer, avec la fermeté permise par la sérénité, **les archaïsmes de certaines lacunes dans la rigueur du diagnostic** et dans la réflexion au moment de l'établissement de la logistique thérapeutique.

En s'appuyant sur des données scientifiques d'observation et de réflexion parfaitement admises isolément, **il me paraît plus possible de fermer les yeux sur des erreurs thérapeutiques graves, non seulement pour des raisons projectives louables** (« **on maltraite mon frère** »), mais par simple rigueur méthodologique en fonction des progrès enregistrés au niveau de nos connaissances sur les synthèses structurelles. Etant donné ce que nous savons des côtés imitateurs et provocateurs **des personnalités** « **comme si** » (état-limite – JS), **nous ne pouvons plus répondre, dans nos attitudes thérapeutiques, « comme si » ces patients étaient réellement soit des névrotiques, soit des psychotiques.** (298.299)

La cure psychanalytique « en 2 temps » : (299 à 313)

... c'est seulement dans 1 climat de sécurité foncière que le patient pourra s'ouvrir ; c'est en lui parlant 1 **langage très simple et en même temps très clair** qu'on pourra l'habituer graduellement à retrouver avec moins d'effroi, dans le miroir représenté par l'analyste, ce qu'il aura mis de lui-même **dans** l'analyste, et qu'on pourra l'habituer aussi à se reconnaître en l'autre, à déceler également ses modes répétitifs de relation à l'autre et leur origine archaïque... (307)

... Si la 1^{ère} étape de la cure-type s'est déroulée convenablement, le patient qui a réussi à **recupérer, enfin, des bases narcissiques meilleures**, va se trouver en mesure de reprendre la négociation des éléments génitaux et pré-génitaux, jusque-là épars, qu'il avait rencontrés brutalement sur sa route et qu'il avait vus s'accumuler et s'exacerber à la suite de l'irruption subite et inattendue de ses désirs. Ceci, au moment de la caricature de crise d'adolescence à laquelle il avait été soumis lors du 2^{ème} traumatisme affectif désorganisateur décrit dans ma partie théorique...

Ce qui demeure caractéristique de la 2^{ème} étape(à la différence d'une cure de névrotique où le conflit se trouve noué *intrinsèquement* à l'Œdipe), c'est que le conflit oedipien, qui s'engage enfin de façon effective, se voit entravé surtout de l'*extérieur* de l'Œdipe lui-même, par le travail de difficile négociation de la 2^{ème} phase pré-génitale (anale en particulier)... (309)

... le schéma représenté par **H. Kohut**(p.283) me paraît correspondre à ce point de vue psychodynamique...

... A partir de ce moment, les choses vont se dérouler sur le plan de l'analyse de l'Œdipe tout à fait comme dans une cure classique de névrose, ou plutôt beaucoup + **« classiquement » encore** car, des conflits infantiles réellement oedipiens ne viendront pas infiltrer, autant que chez les névrotiques de structure, les fantasmes positifs ou négatifs liés à la progression dans l'Œdipe... **Certains analystes estiment que lorsque, chez les états L – D, l'analyse du conflit oedipien est assez avancée, on peut pratiquement cesser toute interprétation puis rapidement toute cure**... (310)

... il n'est jamais possible pratiquement(!!!! – JS) de faire perdre toute habitude anaclitique, tout clivage et toute idéalisation exagérée(le « caractère narcissique » demeure 1 fond structurel), et **il est toujours assez délicat de mettre fin à une cure-type d'état L – D.**

Une psychanalyse est toujours longue avec des patients de cette catégorie et il est loyal de les en prévenir... en conservant trop longtemps en traitement 1 patient dont les conditions de négociations pulsionnelles se sont sensiblement améliorées, on court le risque de répéter avec le sujet la situation de mainmise anaclitique émanant de la mère frustrante et très exigeante à la fois et d'aboutir à une forme de relation transférentielle insoluble... en général, c'est d'1 commun accord que prend fin le traitement.

A ce moment, comme tout au long de la cure, il appartient au patient de verbaliser ses pensées et à l'analyste de rester **en retrait pour interpréter**, si la demande est conforme à la réalité qu'il incarne, ou si, au contraire, la demande doit recevoir une interprétation que son rôle implique de proposer, de ne jamais imposer, mais de ne jamais non plus esquiver.(313)

1 ex. de traitement psychanalytique en 2 étapes :

1^{ère} étape de la cure : cas d'Emile... il ne cesse de se plaindre que sa mère ait été tellement frustrante pour lui et que son père ne lui ait rien apporté qui puisse le soutenir, et qu'il me sent, moi-même, frustrant dans mes silences(donc, que l'analyste ressemblerait par là à son père et ce serait là 1 des transferts... JS)... la tentation du thérapeute devant l'attitude provocante d'Emile tout autant que devant la sympathie profonde qui se dégage de sa personne, pourrait aller de 2 côtés : soit tendre à le gratifier de façon directe pour ne plus encourir ses reproches, soit se lancer précocement dans une interprétation oedipienne de la castration opérée par la mère tant à l'égard du père qu'à son propre égard.

Dans un 1^{er} sens, je sentais que chez Emile, le danger classique de se montrer trop « bon » risquait de trop fermer le système défensif... dans le 2^{ème} sens, dès que je faisais, même de façon très légère, une allusion à l'intensité de l'image castrée qu'il donnait de son père, il se mettait également en colère pour défendre sa mère, arguant de la réalité de la pauvreté du père, de la « méchanceté » dont les pauvres étaient l'objet de la part des « riches »... Autrement dit, Emile ne pouvait supporter en cette période que des interventions portant sur la blessure narcissique primitive... ce que personne ne doit savoir, car la mère a rigoureusement interdit qu'on en parle, c'est que son père n'était pas si pauvre que la mère le clamait ; il possède en effet une petite propriété terrienne, dans 1 autre pays que le sien, et également qlq terres, tout le monde doit l'ignorer, sinon, les gens diraient que...(les on-dit... et les non-dit - JS). Voilà donc pourquoi la colère d'Emile se calmait soudain quand je lui disais qu'il était mécontent que son père se trouve défendre les « possédants »...

La 2^{ème} étape de la cure : l'état dépressif d'Emile s'était sensiblement amélioré (reprise de ces principales activités prof. & paraprof. & socioculturelles, système relationnel + souple, moins sévère et moins tranché dans ses jugements). Du point de vue transférentiel, il supportait des interprétations + directes... ses projections devenaient moins massives et + facilement analysables, il acceptait maintenant de se mettre en question sans s'effondrer, ni se révolter en accusant l'extérieur, les rapports sexuels restaient cependant encore perturbés... 1 matin, il arrive particulièrement honteux et après 1 moment de silence, il m'avoue en pleurant que dans la nuit, il a rêvé qu'il urinait et avait mouillé son lit. Non seulement cet incident représente une manifestation libidinale intermédiaire, véritable compromis entre génitalité et pré-génitalité, entre phallisme et analité, comme entre expression comportementale et expression somatique, entre réussite et échec du rêve, mais cela réveille, en +, tout 1 lot d'associations inattendues, qui s'éclairent peu à peu au cours des séances suivantes...des associations nous ramènent ensuite à la petite enfance ; Emile urinait parfois en dormant et la mère était obligée de refaire entièrement le lit, d'aérer la paillasse sur laquelle il couchait, ainsi que l'édredon de plume, tout comme sa femme a dû opérer avec le lit conjugal lors du récent incident. De fil en aiguille, Emile arrive à me remémorer un autre fait familial « honteux » : en raison de la pauvreté affichée et affirmée par la mère, il n'y avait qu'une seule chambre pour les 4 enfants et 1 seul « grand » lit pour les 2 aînés : Emile et sa sœur + âgée de 2 ans...

Je pensais qu'il était nécessaire, à ce moment du mouvement transférentiel, d'utiliser ce qu'Emile avait fait « passer en moi » de ses projection identificatoires et qu'il avait récupéré ensuite de façon + positive en lui. Emile refusait, sur le moment, et assez brutalement parfois, mes interprétations. Ou bien il les ridiculisait, ou bien il niait leur éventualité, ou bien encore il n'y répondait pas et n'en parlait plus sur le moment. Puis après une assez longue période parfois, pendant laquelle il semblait avoir « contenu et retenu » en lui une interprétation ou une série d'interprétations, il ressortait subitement, sans raison apparente, sur 1 mode personnel et sous une forme que l'on pourrait qualifier de « mictionnelle » (relative au fait d'uriner - JS), tout ce que je lui avais proposé antérieurement moi-même...

1 jour, après 1 long silence, je vois Emile se mettre à rougir sur mon divan et hésiter à parler, puis, sur 1 ton de colère à mon encontre, se mettre à bougonner.

Bien entendu j'ai regarder son pantalon quand il est entré, bien sûr que j'ai remarqué que sa ceinture était déboutonnée et que son pantalon aurait pu tomber, et évidemment j'allais penser qu'il voulait que je le pénètre. Puis, 3 jours après, il m'avoue, toujours dans des « jets » verbaux rageurs, qu'il a peur d'aller uriner dans les cabinets publics par crainte d'être pris pour 1 homosexuel... Nous retrouvons là cette idée du couple maître-esclave : le « je suis ta chose » assurant une protection contre le « je veux disposer de toi ».

La position homosexuelle passive, non seulement masque, mais réalise 1 simulacre de castration... Je passerais sur la suite de l'analyse des conflits génitaux dont je viens de résumer ici l'essentiel des mouvements et des points de repères, mais je tenais surtout à insister sur la nécessité de ne pas s'aventurer dans des interprétations trop précoces des conflits triangulaires oedipiens chez des sujets D – L, sans que les éléments narcissiques-oraux puis passifs-anaux aient suffisamment pu s'intégrer dans les métabolisations affectives de sujets aussi retardés et aussi bloqués structurellement jusque-là...(299 à 330)

CONCLUSION :

J'ai voulu, dans cet ouvrage, protester contre le peu d'intérêt manifesté par les psychiatres contemporains à l'égard des indispensables réflexions nosologiques et en particulier contre le manque de rigueur scientifique dont font preuve les psychanalystes(**cela peut être dit aussi de cette manière : « j'ai voulu, dans cet ouvrage œuvrer pour qu'il y ait 1 plus grand intérêt, porté par les psychiatres, sur les indispensables réflexions nosologiques et en particulier pour qu'ils aient une + grande rigueur scientifiques... - JS**) pour déterminer ce qui est ou ce qui n'est pas structuré sous le *primat* de l'Œdipe, avec toutes les conséquences que cela comporte sur le plan économique profond...(331)

... Le point de + grande proximité entre les états-limites et les psychoses se situe au niveau du **clivage et du déni** et il est souvent difficile de distinguer d'une part une structure stable où ces mécanismes font déjà partie d'1 véritable morcellement psychotique assez bien adapté(parapsychose, postpsychose ou prépsychose) et, d'autre part, 1 aménagement-limite sans morcellement réel, avec instabilité des mouvements défensifs et projectifs et une orientation relationnelle beaucoup moins objectale qu'anaclitique. Ce point de + grande proximité se situe donc, bien entendu, au niveau de la **position sadique-anae**. Mais la maîtrise anale omnipotente narcissique ne peut être confondue avec la castration véritable par voie anale. Il y aurait lieu de rechercher à ce niveau les variantes principales et distinctes de ce qui est ordinairement et globalement appelé « **l'homosexualité passive** »...

Le transfert de l'état-limite demeure tout coloré de cette brutalité des projections et de leur variation de signe « **tout bon ou tout mauvais** ».

La **sollicitation anaclitique** et le **jeu sado-masochique** peuvent induire des mouvements contre-transférentiels invisibles et fâcheux...

L'origine d'1 tel aménagement peut se concevoir dans la conjoncture d'1 **retard maturatif du Moi** sur le plan de la relation objectale, avec une mise trop précoce et trop brutale en présence d'une situation génitale oedipienne ressentie comme traumatique.

L'identité étant acquise, il ne pourrait y avoir, pour le moment du moins, régression à des fixations psychotiques, mais le conflit ne saurait s'organiser sur 1 mode oedipien, même refoulé, il y aurait **régression à une économie préœdipienne qui demeurerait le + possible phallique, narcissique, anaclitique, adhésive au « rationnel », adhésive à « l'agi », et contre-dépressive.**

La latence normale comprend une nouvelle utilisation du stade anal comme étape logistique de maîtrise et de progrès futur.

La « **pseudolatence** » précoce de l'état-limite constitue une régression de la libido, devant 1 Œdipe trop hâtif, mal préparé et impossible à vivre, sur des fixations narcissiques archaïques où la libido va se figer en raison d'une incomplétude primitive incombable. Les activités sexuelles seront désinvesties, de façon durable et profondes, au profit des activités agressives et idéales. Et si les bruits agressifs peuvent être couverts par des manifestations idéalisées, les défenses auront atteint leur pleine mesure.

Dans le même temps, **le Surmoi** post-œdipien, très faible et très lacunaire, ne pourra se trouver valablement intériorisé et ses éléments incomplets et imparfaits vont opérer une véritable régression sur les positions mégalomaniaques de **l'Idéal du Moi** infantile, particulièrement développé chez de tels patients...

Devant d'autres situations traumatiques se présentant par la suite, on pourrait voir ce « **tronc commun aménagé** » **éclater dans une crise d'angoisse aiguë vers une structure psychotique véritable, ou encore vers une régression psychosomatique...**

Les structures névrotiques et psychotiques seules seraient stables.

L'état-limite se présenterait comme 1 aménagement médiocre et provisoire entre ces 2 structures, et l'expérience prouve que sans imprévu trop brutal, le provisoire peut parfois durer longtemps...

Quand à la thérapeutique des « états limite-dépressifs », elle a retenu longuement mon attention dans cet ouvrage, car je pense qu'en pratique courante, on rencontre beaucoup trop de patients de cette catégorie fâcheusement maltraités par les psychistes de tous statuts et toutes écoles...(232.233)