

**UNIVERSITE DE NANCY II- LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE  
ECOLE DOCTORALE LANGAGE TEMPS ET SOCIETE**

**Groupe de recherche en Psychologie Clinique et Pathologique de la Santé  
Laboratoire de Psychologie de l'interaction  
et des relations intersubjectives (EA N° 4165)**

**THESE**

**Pour obtenir le grade de  
DOCTEUR DE L'UNIVERSITE DE NANCY II  
Discipline : PSYCHOLOGIE  
Mention : Psychologie clinique et pathologique**

**Présentée et soutenue publiquement le 18 septembre 2009 par  
XARDEL-HADDAB Hamida**

**NEVROSE, PSYCHOSOMATIQUE et FONCTIONNEMENT LIMITE**

**Approche clinique projective :  
Du destin des pulsions agressives**

**Sous la direction  
Du Professeur Claude de TYCHEY**

**Membres du jury :**

**Pr. Pascal ROMAN, Université de Lausanne**

**Pr. Marie Frédérique BACQUÉ, Université Louis Pasteur Strasbourg**

**Pr. Joëlle LIGHEZZOLO-ALNOT, Université de Nancy 2**

**Pr. Claude de TYCHEY, Université de Nancy 2**

## REMERCIEMENTS

Je remercie en tout premier lieu M. le Professeur Claude de TYCHEY qui a su avec doigté, mesure et finesse me guider dans l'élaboration de ce travail. Je souhaite ici lui témoigner ma profonde gratitude.

Je remercie MME Joëlle LIGHEZZOLO-ALNOT de me faire la joie et l'honneur d'être membre de mon jury.

Je remercie M. Pascal ROMAN et MME Frédérique BACQUÉ d'avoir accepté d'être mes pré-rapporteurs et membres de mon jury. Je tiens à dire ici tout l'honneur que j'en reçois.

Je souhaite aussi remercier vivement l'hôpital où j'exerce, en la personne du directeur, pour m'avoir permis de réaliser ce travail dans les meilleures conditions.

Je tiens ici à remercier vivement Mme Le DR PRINCET, chef de service du pôle psychiatrique du sud meusien, pour m'avoir ouvert si spontanément ses portes.

Je souhaite aussi dire merci:

*A Bruno pour son infaillible patience et son immense soutien*

*A Anaïs pour sa joyeuse compagnie durant les nombreuses heures de travail*

*A Louis qui a su rafraîchir mon regard sur le monde*

*A mes parents, enfin, un grand merci pour cette belle traversée du destin*

Et puis à tous ceux qui d'une manière ou d'une autre ont porté avec moi ce travail et ont permis son achèvement (particulièrement Linda, Souk, Jacqueline, Sylvie).

Enfin une pensée sincère pour toutes ces personnes, ces sujets en souffrance qui m'ont permis d'alimenter ma réflexion et sans qui ce travail n'aurait pas été possible. En particulier à *Annie, Axelle et Liliane pour m'avoir prêté, pour ce travail, une part d'elle-même, et non la moindre.*

## SOMMAIRE

REMERCIEMENTS .....	2
PRESENTATION DE LA THÉMATIQUE DE RECHERCHE ET DE SA	
PROBLEMATIQUE .....	8
I Les déterminants du choix de ma thématique de recherche ou comment j'en suis arrivée à ce questionnement croisé .....	9
1- <i>En lien avec mon histoire personnelle</i> .....	9
2- <i>En lien avec ma pratique professionnelle</i> .....	9
II Quelques données de base .....	13
1- <i>Les troubles digestifs</i> .....	13
2- <i>Les troubles borderline et le fonctionnement limite</i> .....	14
PARTIE I: PERSPECTIVE THEORIQUE	
LE FONCTIONNEMENT LIMITE.....	17
Introduction .....	18
1- <i>Quelques éléments de l'histoire des États-limites</i> .....	18
2- <i>Choix terminologique</i> .....	20
3- <i>Selon le courant psychiatrique classique</i> .....	21
4- <i>Selon le courant psychodynamique d'orientation psychanalytique</i> .....	22
Chapitre I :	
Du point de vue du destin de la pulsionnalité agressive .....	27
1- <i>La désintrication pulsionnelle</i> .....	27
2- <i>Le conflit dépendance–indépendance vis-à-vis de l'objet</i> .....	31
3- <i>La tendance destructrice</i> .....	33
3.1- <i>Les manifestations comportementales</i> .....	33
3.2- <i>Le masochisme moral</i> .....	34
Chapitre II :	
Du point de vue de l'angoisse chez les états-limites .....	38

### Chapitre III :

Du point de vue des mécanismes de défense chez les états-limites .....	40
1- <i>Le clivage</i> .....	40
2- <i>L'idéalisation primitive</i> .....	41
3- <i>L'identification projective</i> .....	42
4- <i>L'omnipotence et la dévalorisation de soi et de l'objet</i> .....	43
5- <i>La projection</i> .....	43
6- <i>La mise en acte</i> .....	44
7- <i>Le recours à la réalité externe</i> .....	45
<i>En guise de synthèse :</i> .....	45
LE FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE .....	50
1- <i>Le champ psychosomatique</i> .....	51
1.1 <i>La maladie et le malade</i> .....	51
1.2 <i>Le champ de la médecine psycho-somatique</i> .....	51
1.3 <i>Référence épistémologique choisie</i> .....	52
2- <i>Choix de la maladie ulcéreuse</i> .....	54
3- <i>Quelques définitions délimitant le cadre conceptuel de notre travail :</i> .....	56

### Chapitre I :

Du destin de la pulsionnalité agressive dans le fonctionnement psychosomatique .....	61
1- <i>La désintrication pulsionnelle</i> .....	61
2- <i>Le versant du masochisme</i> .....	73
3- <i>Le versant de la répression</i> .....	76

### Chapitre II :

Du point de vue de l'angoisse.....	83
------------------------------------	----

### Chapitre III :

Du point de vue des défenses psychiques .....	85
1- <i>L'intellectualisation</i> .....	86
2- <i>Le clivage, le déni, l'inhibition</i> .....	86
3- <i>La répression</i> .....	87
4- <i>La satisfaction par la perception</i> .....	88
5- <i>La description compulsive de la réalité perçue</i> .....	89
6- <i>L'activisme</i> .....	90
7- <i>La vie opératoire</i> .....	90

TRONC COMMUN FONCTIONNEMENT LIMITE ET FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE .....	93
1- Le destin des pulsions agressives au sein du fonctionnement limite et du fonctionnement psychosomatique .....	94
1.1 <i>La désintrication pulsionnelle</i> .....	94
1.2 <i>Le masochisme moral</i> .....	95
1.3 <i>L'alexithymie</i> : .....	95
1.4 <i>La dépression essentielle</i> .....	97
2- La nature de l'angoisse .....	97
3- Les mécanismes défensifs .....	98
3.1 <i>Le clivage</i> .....	98
3.2 <i>Le recours à la réalité externe</i> .....	98
LE FONCTIONNEMENT NORMALO-NEVROTIQUE .....	100
Cadre conceptuel de notre développement .....	101

#### Chapitre I :

Du point de vue du destin de la pulsionnalité agressive .....	103
1- <i>L'intrication pulsionnelle et l'accès à l'Oedipe</i> .....	103
2- <i>Le Surmoi et la réparation</i> .....	105
3- <i>Le masochisme</i> .....	110

#### Chapitre II :

Du point de vue de l'angoisse .....	113
-------------------------------------	-----

#### Chapitre III :

Du point de vue des mécanismes de défense .....	116
1 <i>Éléments introductifs</i> .....	116
2 <i>La nature du conflit</i> .....	117
3 <i>Les mécanismes défensifs</i> .....	119
3.1 <i>Le refoulement</i> .....	119
3.2 <i>La formation réactionnelle contre l'agressivité</i> .....	120
3.3 <i>L'inhibition</i> .....	120
3.4 <i>L'intellectualisation- l'isolation- la rationalisation</i> .....	121

TABLEAU RÉCAPITULATIF .....	123
-----------------------------	-----

## PARTIE II: METHODOLOGIE DE RECHERCHE

I METHODOLOGIE ET OUTILS DE RECHERCHE .....	125
1- Population ciblée .....	125
1.1 Le sujet malade ulcéreux .....	125
1.2 Le sujet limite .....	125
1.3 Le sujet témoin .....	126
2- Qu'il est justifié d'utiliser la méthode du cas unique .....	126
3- Techniques et outils de recherche .....	128
3.1 L'entretien clinique de recherche enregistré .....	128
3.2 Le rorschach en mode de passation psychanalytique (De TYCHEY & LIGHEZZOLO, 1983). .....	129
3.3 Utilisation de l'inventaire de personnalité 16PF5 de Cattell dans l'adaptation française de Mogenet & Rolland (1995).....	131
II Les hypothèses de recherche et leur opérationnalisation : .....	132
1- Chez le sujet au fonctionnement limite .....	133
2- Chez le malade somatique .....	138
3- Chez le sujet témoin .....	143

## PARTIE III: ANALYSE CLINIQUE

ANALYSE DES DONNEES CLINIQUES DU SUJET LIMITE .....	148
1- Données anamnestiques.....	148
2- Analyse préliminaire .....	149
3- Analyse des données .....	153
Conclusion : .....	177
ANALYSE DES DONNEES CLINIQUES DU SUJET ULCEREUX CHRONIQUE.....	181
1- Données anamnestiques.....	181
2- Analyse préliminaire .....	182
3- Analyse des données .....	185
Conclusion.....	209
ANALYSE DES DONNEES CLINIQUES DU SUJET NORMALO- NEVROTIQUE.....	212
1- Données anamnestiques.....	213
2- Analyse préliminaire .....	214
3- Analyse des données .....	218
Conclusion.....	237

CONCLUSION .....	240
1- Résultats de la recherche .....	241
2- Discussion .....	245
3- Perspectives de recherches et thérapeutiques.....	258
4- Critiques.....	267
5 Conclusion finale .....	268
BIBLIOGRAPHIE .....	271
RESUME.....	283

**PRESENTATION DE LA  
THÉMATIQUE DE  
RECHERCHE  
ET DE SA  
PROBLÉMATIQUE**



# **I Les déterminants du choix de ma thématique de recherche ou comment j'en suis arrivée à ce questionnement croisé**

## *1- En lien avec mon histoire personnelle*

La question des somatisations est une question fortement inscrite dans mon histoire personnelle au travers notamment du diabète de mon père survenu lors de son passage à la retraite, ou bien encore des migraines de ma mère se produisant en période de difficultés relationnelles intra-familiales.

Et en ce qui concerne le choix de l'ulcère, il ressort, après introspection, qu'il renvoie à une crainte personnelle figurant dans mon expression favorite face à une situation conflictuelle : « je vais quand même pas m'en faire un ulcère ». Cette crainte s'appuie sur une prédisposition aux troubles digestifs, bien souvent corrélés à des temps de défaillance par débordement de mes capacités de mentalisation !

Un autre élément déterminant aussi dans le choix de travailler sur les questions psychosomatiques se trouve être la lecture du livre MARS de Fritz ZORN (1996). Ce livre a suscité chez moi une vive émotion et compassion pour ce jeune homme. Mais passée cette émotion, c'est le questionnement qui a succédé avec des interrogations telles que : comment la maladie pouvait-elle tenir une fonction si positive pour lui ? Y avait-il à ce point un pouvoir du corps sur l'esprit ? S'était-il provoqué sa maladie ? Quelle part psychique était en jeu dans le processus somatique ? Tout autant de questions naïves, mais fortement stimulantes pour la réflexion.

## *2- En lien avec ma pratique professionnelle*

Pour ce qui est du lien avec ma pratique professionnelle, il réside dans le fait que je travaille depuis une dizaine d'années en milieu hospitalier général et que mes consultations se trouvent être principalement auprès de malades somatiques. La rencontre quotidienne avec ces sujets, jeunes et moins jeunes, m'a amenée à me poser un certain nombre de questions notamment sur le moment d'apparition de la maladie, sur la place qu'elle prenait dans la vie

du sujet, sa fonction pour son économie psychique, la façon dont il inscrivait sa maladie dans son histoire personnelle, interpersonnelle, transgénérationnelle... Tout autant de questions qu'il me paraissait cliniquement et intellectuellement nécessaire de structurer dans le cadre d'une recherche.

C'est pourquoi, déjà en 2005, j'ai réalisé un travail de DEA<sup>1</sup> autour de quelques questions psychosomatiques, au travers de l'étude du fonctionnement psychique d'un malade ulcéreux chronique. De cette étude, il était ressorti une forte problématique autour d'un conflit entre le besoin de dépendance et le désir d'indépendance ainsi qu'un fort niveau d'anxiété chez ce sujet ulcéreux. Mais en plus de ces deux grandes lignes, une autre voie de réflexion s'est ouverte : celle de la répression des pulsions agressives chez ce malade ulcéreux.

Ce point a fait aussitôt écho au constat clinique fréquent de l'absence d'expression de l'agressivité dans le discours des malades somatiques que j'ai rencontrés ou bien de l'expression consciente et claire de tenter de contenir leur agressivité par crainte de la réaction de l'autre, mais sans pouvoir véritablement la contrôler. Au point que ces malades paraissent comme le dit DEJOURS (2003) « pacifiste[s], calme[s], voire franchement gentil[s] » mais ils se trahissent par de l'impulsivité avec notamment de brusques colères. SMADJA (2001) aborde aussi cet aspect caractéristique lorsqu'il avance qu'il se présente un « écart [...] entre la surface lisse présentée à l'autre-semblable par le patient opératoire et déprimé essentiel et la violence supposée cachée de son monde pulsionnel » p.73. Ainsi, d'emblée, cette caractéristique pointe le clivage entre le monde interne et le monde externe chez les sujets somatisant, donnant une apparence de calme derrière une vie pulsionnelle bouillonnante mais tenue en chaîne par des procédés ambivalents comme les procédés auto-calmants, et réprimée à sa source pulsionnelle. BACQUE (2008) relie, quant à elle, l'adaptation et « le conformisme, la normopathie et la vie opératoire » p.16. Pour elle, comme pour SMADJA et DEJOURS cités ci-dessus, cette adaptation « entraîne souvent un rétrécissement de la vie psychique, un rattachement au factuel, un désintérêt des relations intersubjectives. » Elle est, ajoute-telle, « répression plus que renoncement, écrasement de la vie fantasmatique plus que refoulement » p. 16 .

Voilà qui nous fait entrer en plein cœur de notre sujet au travers de ces concepts de fonctionnement opératoire, dépression essentielle, monde pulsionnel, répression... Nous allons les développer.

---

<sup>1</sup> Xardel-Haddab H., Etude du fonctionnement mental d'un sujet ulcéreux chronique, approche psychodynamique à travers le rorschach, Mémoire de DEA sous la dir. de de Tychev, 2005, 69 p.

Parallèlement à ces malades somatiques, il est une autre population (avec un fonctionnement psychique de type limite) largement accueillie en milieu hospitalier général, chez qui la symptomatologie est bruyante (avec de nombreux et répétés raptus suicidaires, des conduites d'auto-mutilations, des conduites addictives diverses, des comportements hétéro-agressifs, une oscillation entre le besoin d'avoir la présence perceptive de l'objet et le désir de le voir s'éloigner de peur d'en être envahi ; mode relationnel relevant d'une relation anaclitique...) laissant là libre cours à l'expression visible, externe, de leurs pulsions agressives, destructrices.

De ce contraste apparent est ainsi née l'idée de croiser le questionnement autour du destin des pulsions agressives chez ces deux populations.

Mais avant d'exposer la problématique de ce croisement, nous souhaitons préciser que l'objet de notre propos ne sera pas de chercher l'origine de l'agressivité, de la violence. Nous nous appuyons d'ailleurs, pour éviter ce chemin, sur l'assertion de L. SHENGOLD (2004) p.12 « Aucun auteur [...] ne doute de l'existence de l'agressivité en tant que force essentielle pour la compréhension des conflits psychiques, des défenses et des motivations ni de celle de la violence en tant que caractéristique humaine incontrôlable et indéracinable. »

Pour WINNICOTT (1994), l'agressivité est même une tendance humaine fondamentale. Et elle est « celle qui se trouve le plus cachée, déguisée, déviée, attribuée à des instances extérieures » p. 14.

Mais de quelle manière s'exprime-t-elle ? Par quelle voie ? Et quand est-ce que l'agressivité surgit ? Comment est-elle traitée par le sujet ? Comment peut-elle se repérer au sein du fonctionnement psychique ?

Une des notes de MARTY (1980) précise que lorsqu'il y a « absence ou insuffisance d'expression des mouvements instinctuels (sexuels et agressifs en particulier), la symptomatologie porte souvent sur le plan somatique » p.18. Qu'en est-il alors quand ce n'est pas le cas ? Par où s'expriment ces mouvements instinctuels notamment agressifs ? Sous quelle voie se manifestent-ils ? Sous quelle forme se dévoilent-ils ?

Beaucoup de travaux comme ceux de MARTY (1991), BERGERET (1991), DE TYCHEY (2000, 2001, 2004), FONAGY (2004) portant sur la mentalisation, s'accordent à dire qu'elle est l'une des trois voies possibles de traitement des excitations pulsionnelles, les autres étant la somatisation et les agirs comportementaux. La mise en parallèle de ces deux

fonctionnements paraît donc d'autant plus intéressante que leur mode de canalisation des tensions pulsionnelles, dont les pulsions agressives, semble opposé et pourrait résulter, entre autres, d'une défaillance de la mentalisation. A quel niveau serait-elle défaillante pour l'un et l'autre des fonctionnements ? Sur quoi porterait cette défaillance ? De quelle manière va-t-elle se mettre à jour ?

C'est ainsi que ce travail s'est orienté dans la comparaison de ces deux fonctionnements et celui d'un sujet témoin, pour lequel nous postulons qu'il dispose d'un fonctionnement névrotique, avec, au centre, le questionnement suivant :

*Qu'est-ce qui fait qu'un sujet va basculer vers un agir somatique ou bien vers un agir plutôt comportemental ? Quel chemin les pulsions, particulièrement agressives, parcourent-elles pour s'exprimer soit sur le versant somatique soit sur le versant comportemental ? Qu'est-ce qui caractérise alors spécifiquement le fonctionnement limite et le fonctionnement psychosomatique ? Et qu'ont-ils de commun ? Quels types de défense sont utilisés pour endiguer ces pulsions agressives ? Contre quel type d'angoisse ?*

De fait, pour tenter d'apporter des éléments de discussion autour de ces questions, nous allons nous attacher ici à relever ce qui est spécifique aux fonctionnements somatiques et limites avec pathologie de l'agir, ainsi que ce qui leur est commun, d'un triple point de vue :

- Du destin des pulsions agressives
- Des mécanismes de défense
- De l'angoisse

Nous partirons pour cela de l'hypothèse suivante selon laquelle l'agir comportemental ou somatique dépend du type de fonctionnement psychique défensif et de la nature de l'angoisse :

*Ainsi pensons-nous que plus le fonctionnement défensif est dominé par l'inhibition et l'intériorisation des pulsions agressives avec une absence de manifestation de l'angoisse, plus l'agir risque de se situer sur le versant somatique. A contrario plus le fonctionnement défensif est dominé par la projection – externalisation des pulsions agressives avec une angoisse massive et bruyante, plus l'agir risque de se situer sur le versant comportemental.*

## **II Quelques données de base**

### *1- Les troubles digestifs*

D'un point de vue statistique, ils concernent environ 8 millions de personnes en France qui consultent leur médecin traitant.

Les maux d'estomac toucheraient environ 40% des français de plus de 18 ans.

Parmi ces troubles, nous avons choisi de traiter de l'ulcère duodéal car il affecte 10% des sujets au cours de leur vie dans les pays occidentaux<sup>2</sup>.

L'ulcère duodéal se révèle par un syndrome ulcéreux plus rarement par une brûlure épigastrique, un syndrome dyspeptique, une hémorragie, une perforation, des vomissements, ballonnements, crampes dans la partie haute de l'abdomen calmées par l'alimentation. Il peut aussi être latent cliniquement. Le diagnostic va donc reposer sur la mise en évidence d'une lésion ulcéreuse à l'endoscopie digestive haute. L'ulcère duodéal se situe au niveau du bulbe duodéal la plupart du temps ; il est favorisé par une augmentation de l'acidité.

Lorsque l'ulcère est dû à la bactérie *Helicobacter Pylori* (H.P) (90% des cas), le traitement vise à éradiquer l'infection qui se définit par la disparition de la bactérie HP de l'estomac au moins 4 semaines après la fin de tout traitement (qui dure 7 jours). L'éradication est obtenue dans 70 à 80% des cas. Les échecs peuvent être alors dus à une mauvaise observance du traitement, à une résistance organique au traitement, à la poursuite du tabagisme, ou au stress. L'objectif du traitement médical est de calmer la douleur, d'accélérer la cicatrisation de l'ulcère et prévenir les récurrences.

L'ulcère duodéal peut cicatriser (60% à un an) et se compliquer en perforation, sténose, sans jamais toutefois se transformer en cancer. 30 à 40% des ulcères duodéaux se compliquent en hémorragie digestive qui est responsable d'une mortalité de 5 à 10% de la population atteinte.

L'intérêt de travailler sur cette maladie repose donc sur son incidence épidémiologique, comme nous l'avons vu ci-dessus, mais aussi sur les risques de chronicisation voire de complication et ainsi de mortalité, malgré des traitements adaptés et la découverte récente de la bactérie en cause<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Société française de gastro-entérologie, 2002: [www.snfge.asso.fr](http://www.snfge.asso.fr)

<sup>3</sup> La bactérie *helicobacter pylori* a été découverte en 1982 par deux chercheurs australiens : Barry J.

## 2- Les troubles borderline et le fonctionnement limite

En terme de prévalence, selon le DSM-IV -TR (2003), 2% de la population générale souffriraient de trouble de la personnalité borderline contre 10% chez les sujets consultant en psychiatrie et près de 20% chez les sujets hospitalisés en psychiatrie.

Firouzeh MEHRAN (2006) citant LINEHAN et sa revue de littérature (2000) indique à peu près la même prévalence des états limites : 11% de l'ensemble des patients suivis en ambulatoire et 19% des patients hospitalisés. Plus largement, 33% des personnes suivies en ambulatoire et 63% des hospitalisés présentent des critères de diagnostic de ce trouble.

Le taux dans la population générale est aussi de 2%, avec un taux deux à trois fois plus élevé chez la femme que l'homme ; la raison étant alors peut-être que le diagnostic de psychopathie est plus souvent posé pour les hommes que pour les femmes, lesquelles consulteraient peut-être aussi davantage.

Il nous paraît important ici, comme le souligne notre sous-titre, de bien distinguer cette présentation statistique qui correspond uniquement au trouble borderline et le mode d'organisation limite de la personnalité. Pour de nombreux auteurs, comme BERGERET, JEAMMET, DE TYCHEY, cette dernière concerne environ les deux tiers de la population générale. Et comme le disent ANZIEU-PREMMEREUR et LOUPPE (2003), « les « états-limites » semblent devenus l'ordinaire de la pratique analytique » p.1133. De même, pour BRUSSET, (2008), « l'évolution de l'expérience clinique, venue notamment de la pratique des psychanalystes, a conduit à faire des états-limites une référence centrale en psychopathologie. » p. 283.

Malheureusement pour nous, même si nous le comprenons aisément puisque les démarches sont différentes, comme nous le développerons plus loin, entre le courant psychiatrique et le courant psychanalytique, des données statistiques de ce mode d'organisation de la personnalité sont introuvables, pour appuyer ces constats cliniques. BRUSSET (2008) nous en offre quelques grandes lignes d'évolution du point de vue des demandes, des plaintes, des symptômes en référence au modèle névrotique : « la clinique courante n'est plus celle des symptômes névrotiques, de l'inhibition, de la force du refoulement, des contraintes internes étayées sur la répression sociale de la sexualité et sur les dépendances familiales et idéologiques, mais plus souvent celle des difficultés dans les

rapports aux autres et à soi-même, de la dépression, des comportements plus ou moins destructeurs, des somatisations. » p. 283.

Voilà une citation qui nous plonge là dans le cœur de la problématique de notre recherche, en balayant les trois versants que nous proposons d'étudier : névrose, psychosomatique, et états-limites avec pathologie de l'agir.

Pour cela, nous allons, dans un premier temps, nous attacher à traiter de la question du fonctionnement limite, puis du fonctionnement psychosomatique, pour finir par le fonctionnement normalo-névrotique. Nous nous arrêterons, avant ce dernier champ, sur l'élaboration des signes cliniques communs aux deux premiers fonctionnements, que nous mettrons aussi en parallèle avec le dernier sous forme de tableau récapitulatif et synthétique.

Ensuite, nous étayerons notre approche théorique et les hypothèses afférentes par l'analyse clinique des cas uniques que nous avons choisis pour chaque champ, de façon à les mettre à l'épreuve.

**PARTIE I**

**PERSPECTIVE**

**THÉORIQUE**



# LE FONCTIONNEMENT LIMITE

*« Un seul être vous manque et tout est dépeuplé »*

*L'isolement Alphonse De LAMARTINE, 1818*

## Introduction

Traiter de la question des états-limites est une vaste entreprise tant les points de vue sont larges et les approches nombreuses. Nous tenterons donc ici seulement de dégager les grandes lignes de ce qui nous servira à la lecture des protocoles recueillis et à l'analyse que nous en ferons. Nous nous centrerons alors sur deux versants.

En premier lieu, nous nous appuyerons sur le versant diagnostic en nous aidant, pour cela, de la version consensuelle livrée par le DSM IV ( GUELFY, 2003).

En deuxième lieu, nous traiterons plus largement le versant psychodynamique d'orientation psychanalytique livré, entre autres, par les recherches :

- de BERGERET ( 1990, 1991, 1993, 1994, 1995, 1999, 2003)
- de KERNBERG (1980, 1995, 1997, 1999, 2004)
- de SCHARBACH (1983, 1993)
- de MARCELLI (1981)
- de BRUSSET (2006, 2008)
- de De TYCHEY (1990, 1991, 1992, 1994, 2000, 2004)
- de CHABERT (1986, 1988, 1997, 2005, 2006, 2008)

Étant entendu que les théorisations des deux derniers auteurs nous serviront plus particulièrement pour l'analyse des épreuves projectives.

Nous aborderons donc la question des états-limites et narcissiques et de leur fonctionnement en nous axant sur le destin des pulsions agressives, les mécanismes de défense déployés et la nature de l'angoisse

### *1- Quelques éléments de l'histoire des États-limites*

Dès 1884, HUGUES, cité par PALEM (1993) introduit le terme d'état-limite pour désigner « un état frontière de la folie [qui] comprend de nombreuses personnes qui passent leur vie entière auprès de cette ligne, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre », p.17.

Cette notion de frontière, d'oscillation, d'un entre-deux, est une notion que nous retrouvons plus tard à partir des années 70 chez BERGERET.

Avant 1970, l'essentiel des travaux psychiatriques tournent autour de la référence centrale à la schizophrénie. Et même lorsque, selon MARCELLI (1981), les psychiatres, soucieux de trouver des signes de diagnostic précoces, ont eu une orientation anamnétique, ils en sont arrivés à « décrire des personnalités appartenant encore au registre du normal mais porteuses de traits psychologiques les rapprochant de malades avérés, puis de personnalités légèrement pathologiques sans toutefois présenter le tableau [schizophrénique] complet » p. 8, donc toujours en référence à cette pathologie.

Pour ce qui est des analystes cliniciens, leur démarche est tout autre. Elle se fonde sur l'analyse de la relation se mettant en place entre le thérapeute et le sujet à partir du constat clinique de ce qui est appelé « psychose de transfert ».

Ainsi STERN (1938) mettra l'accent sur la non inscription des sujets limites ni dans le registre névrotique ni dans le registre psychotique, avec une prédominance des traits comme le sentiment d'insécurité lors d'une désapprobation et l'anxiété massive suscitée par une interprétation. Et en 1942, Hélène DEUTSCH élabora-t-elle le concept de « personnalité as if » dont la caractéristique est le mimétisme, la recherche d'une identité.

WOLBERG en 1952 affirme que les sujets limites ne sont pas des sujets psychotiques car il garde un rapport à la réalité préservé. Enfin, en 1968, GRINKER et coll. réalisent une étude statistique des états-limites auprès de sujets préalablement diagnostiqués comme non schizophrènes et en tirent un syndrome borderline. Ce syndrome repose sur quatre axes fondamentaux que voici : l'agressivité comme principal affect, des relations affectives anaclitiques et dépendantes, un trouble de l'identité et une dépression liée à un sentiment de vide.

Enfin, KERNBERG (à partir de 1969) et BERGERET (depuis 1970) ont établi des avancées considérables concernant la compréhension et le repérage clinique et psychopathologique des états limites, même si les lignées de leurs travaux respectifs ne se rejoignent pas sur tous les points et n'ont pas les mêmes fondements épistémologiques.

Nous développerons tout au long de ce travail, leurs conceptualisations.

Nous le voyons donc les états-limites sont tantôt définis par ce qu'ils ne sont pas, tantôt par ce qu'ils donnent à voir comme symptômes extérieurs, par ce qui les distinguent des

autres entités nosographiques. Mais aussi, et ce sera dans cette lignée que s'inscrira notre réflexion, par les modalités d'organisation de leur personnalité, leur fonctionnement, la nature de leur relation à l'autre, et ceci dans le cadre de l'analyse de cette relation intersubjective au sein de laquelle se déploie ce fonctionnement. En effet, comme le souligne MARCELLI (1980), « c'est par l'évolution de la dynamique relationnelle que se trouvera révélé le sens du symptôme. Dans cette perspective, le symptôme s'articule directement au fonctionnement mental, lequel ignore les discontinuités inhérentes à toute nosographie », p.69.

## 2- Choix terminologique

Pour BERGERET (1999a), le terme de « border-lines » initialement utilisés par les anglo-saxons est traduit en français par « états-limites ». Selon lui, les deux termes ne recouvrent pour autant pas la même chose. En effet, il dit que le concept de border-lines renverrait plutôt à « des économies déjà engagées pour une certaine part en direction d'organisation de type pré-psychotique » alors que « les états-limites apparaissent comme demeurant encore dans une indécision structurelle et pulsionnelle de nature dépressive, donc essentiellement narcissiques sans se voir déjà engagés dans d'autres complications structurelles », p.216.

Pour ce qui nous concerne ici dans cette recherche, nous utiliserons principalement le terme d'état-limite pour désigner la catégorie structurelle, le terme de fonctionnement limite pour désigner le fonctionnement psychique de cette catégorie. Enfin, nous avons choisi le terme de sujet limite pour désigner le sujet lui-même car pour nous, et nous rejoignons là totalement l'acception donnée par OLINDO-WEBER et MAZERAN (1993) « employer le terme de sujet, c'est d'emblée mettre l'accent sur le fait qu'un individu est porteur d'une parole qui le détermine comme sujet », p.106. Cette acception corrobore parfaitement la forme méthodologique que va prendre cette recherche en s'appuyant sur la comparaison de cas uniques contrastés, et dont notre visée sera de mettre en valeur la singularité de leur fonctionnement et de leur histoire. Et PALEM (1993) le rappelle très bien lorsqu'il dit de l'état limite que « c'est selon... un *état*, une *étape*, une *organisation*, une *configuration*, une *lignée organisationnelle*, un *syndrome*, une *structure* ou une *pseudo-structure*, une *astructuration*, une *condition*, un *fonctionnement*, un *aménagement*...un *sujet* enfin », p.21.

### 3- Selon le courant psychiatrique classique

Le DSM-IV-TR (GUELFY, 2003), p.813-818, définit l'état limite comme un trouble de la personnalité appelée personnalité borderline se rapportant « à un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers », comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

« 1 : efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés

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

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

4 : impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)

5 : répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations

6 : instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)

7 : sentiments chroniques de vide

8 : colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)

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

Par troubles de la personnalité, il faut entendre dans le contexte de cette classification psychiatrique « un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est durable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement » p. 789.

Nous nous référons ici à cette sémiologie psychiatrique pour la base descriptive

qu'elle constitue et pour sa fonction de compromis consensuel des troubles les plus répandus, les plus retrouvés. Cependant, comme le souligne BRUSSET (2008), « la difficulté de définir un syndrome ou un type de personnalité sur des critères sémiologiques opérationnels d'inclusion et d'exclusion qui, à défaut de faire l'unanimité, puissent entraîner un large accord entre les psychiatres, montre bien les limites d'un abord seulement nosographique en tentant de faire l'économie d'une théorie, c'est-à-dire de la psychopathologie. [...]. En revanche, fondée sur une méthode et sur une théorie du psychisme, la psychanalyse tient là une place fondamentale », p.288. C'est pourquoi, pour le principal de notre travail, la référence sera plutôt psychodynamique d'orientation psychanalytique car nous nous intéressons davantage aux processus sous-tendant les conduites dans une perspective inter et intra-subjective et de diagnostic différentiel.

#### 4- Selon le courant psychodynamique d'orientation psychanalytique

Ici, pour ce champ de référence, contrairement à la conception du DSMIV-R, le concept de personnalité borderline est à mettre en relation avec un mode d'organisation de la personnalité (et non un trouble pathologique) dans les classifications nosographiques psychanalytiques comme celles de BERGERET depuis 1970.

Nous nous appuyerons pour cela sur certains auteurs comme STONE (1999) pour qui « les états-limites relèvent plus de la clinique psychanalytique que de la clinique psychiatrique car ils représentent un type d'organisation du MOI (et) ils ne sont pas facilement repérables par les symptômes », p.92. MARCELLI, en 1981, développait déjà cet argument en soulignant que le propre des sujets limites relève du polymorphisme de leurs symptômes pouvant appartenir à n'importe quelle organisation de personnalité. Pour lui, « il n'y a pas un seul symptôme, une seule conduite qui ne pourrait se rencontrer chez un patient limite », p.11, et c'est seulement dans « le cadre de [la] relation que le diagnostic pourra être posé » car la reconnaissance d'un sujet limite ne « saurait se résumer au simple repérage d'un symptôme », p.21. En effet, le champ psychopathologique se base plutôt sur la dynamique de la relation, sur l'analyse de l'axe interrelationnel et intra-psychique. C'est donc davantage une clinique de la relation. Et BRUSSET (2008) d'ajouter que « du point de vue psychanalytique, le mode de relation établi avec le clinicien fait partie de la clinique des états limites. [...]. Il (le diagnostic) requiert une clinique qui inclut une dimension dynamique, faisant la part du

transfert et de ce que le transfert, ou l'absence de transfert, indique quant aux relations d'objet du sujet », p. 300.

BERGERET, (2004), par son approche psychodynamique, d'orientation psychanalytique, considère les états-limites comme une organisation intermédiaire entre la structure névrotique et la structure psychotique, lui octroyant l'appellation d'« a-structuration ». En effet, le sujet est resté dans un entre-deux structurel ayant dépassé « le danger de la psychogenèse de type psychotique » mais « le Moi n'a pu cependant parvenir à une psychogenèse de type névrotique », p.142. Et d'ajouter, que pour les états limites, « on ne pourrait donc [...] ni parler de « structure » au sens plénier et solide du terme, ni même envisager de ce fait une catégorie normale » ( 2003, p. 387).

Il met au centre du fonctionnement limite la relation à l'objet de type anaclitique et la lutte contre la dépression qui caractérise selon lui « toutes les variétés d'états limites » ( 2004, p.142.). Ce risque de sombrer dans la dépression contre laquelle le sujet limite lutte renvoie justement, pour BERGERET (2003), au fait qu'il a dépassé « l'économie bi-polaire sans pouvoir parvenir à une relation triangulaire ; d'où la constante instabilité structurelle qui devant toute menace de perte d'objet risque de (le) faire basculer dans une dépression », p.388.

L'approche de KERNBERG, quant à elle, propose, ainsi que le souligne WIDLOCHER (1997), « une description [des sujets limites] comme un système, une forme d'organisation d'activité mentale ayant valeur de syndrome » p. 7. Cette lecture propre à KERNBERG se situe à mi-chemin entre la classification psychiatrique livrée par le DSMIV et une « approche individuelle qui, soucieuse de faire justice à ce qu'a de particulier l'histoire de chacun, réduit la psychopathologie à une approche purement existentielle », selon WIDLOCHER (1997), p.7. Cette perspective est intéressante pour nous car elle donne une place prépondérante à la relation interpersonnelle au sein de laquelle, dit-il, les « attitudes mentales observées [ne] peuvent prendre leur sens diagnostic et pronostic », (*op.cit.*, p.7).

Ainsi donc, en dépit de son inscription à une clinique psychiatrique fondée sur l'observation de signes extérieurs auxquels elle accorde une valeur nosologique, cet aspect interrelationnel de sa théorisation et son expérience confirmée et reconnue des états-limites nous autorisent à nous appuyer sur sa conception ici. D'autant plus qu'il donne une large place dans sa conceptualisation à l'agressivité chez les sujets limites en posant l'hypothèse d'une « origine génétique où se trouve impliquée l'intensité excessive, constitutionnelle ou

acquise, de la pulsion agressive » (MARCELLI 1981, p.42.)

Ainsi en 1995, KERNBERG, dans psychothérapie psychodynamique des états limites, établit son approche de l'organisation borderline en fonction de trois critères :

- la diffusion de l'identité : elle correspond à un vécu de vide chronique, des perceptions contradictoires de soi et de ses propres comportements ainsi que des autres.
- le niveau des mécanismes de défense : ils sont caractérisés par des défenses primaires centrées notamment autour du clivage qui permet la division de soi et des autres en tout bons ou tout mauvais ; de l'identification projective ; du déni qui se reconnaît par le fait que les personnalités borderline ont conscience de leurs pensées, perceptions et émotions mais cette connaissance n'a aucune incidence sur leur capacité de changement ; l'idéalisation que nous retrouvons au travers de l'exagération pathologique de la qualité de « bon » chez les autres avec une absence de tolérance à leur imperfection au risque de dévaluer totalement l'autre ou de le voir comme persécuteur et dangereux ; la dévalorisation de soi et des autres.
- la capacité à maintenir l'épreuve de réalité : chez les états-limites l'épreuve de réalité est conservée.

Nous le voyons donc, pour lui, les états-limites sont à la frontière des organisations névrotiques de la personnalité concernant leur aptitude maintenue à discerner la réalité et proche de l'organisation psychotique concernant les modalités défensives.

WOLBERG en 1952 décrivait par ailleurs déjà les traits typiques de ce qu'il appelle « the borderline patient » au niveau du maintien et de l'adaptation à la réalité qui différencient le sujet du psychotique.

Pour SCHARBACH (1993), au niveau sémiologique, ce sont l'anxiété et la dépression-dépressivité qui sont centrales. Pour lui, la dépression peut être d'intensité variable mais s'exprime avec souffrance et détresse sans pour autant être associée à un ralentissement psychomoteur. Elle se repère, selon PAINCHAUD et MONTGRAIN (1999), « sous des formes primitives de rage impuissante, de sentiments de défaite sous la pression des forces extérieures », p.32. Ceci est dû aux mécanismes de défenses utilisés comme le clivage, l'idéalisation primitive, l'identification projective... (dont nous parlerons plus loin) et qui



« empêchent le sujet de faire l'expérience d'une véritable dépression c'est-à-dire liée à des sentiments de culpabilité » p.32. En effet, ces défenses vont bloquer « l'émergence des pulsions amoureuses et agressives non fusionnées », p.32.

SCHARBACH (1993) retient aussi que le sujet limite a « peu ou pas de culpabilité, de remords, de sollicitude envers l'objet » endommagé ou détruit fantasmatiquement puisqu'il est alors le support des projections de la colère, p.283. Cette colère est, d'ailleurs, souvent à relier à des événements externes et peut être suivie d'une agressivité mal contenue.

OLINDO-WEBER et MAZERAN (1993) nuancent cette absence de culpabilité en spécifiant qu'elle ne porte pas comme chez le névrosé sur les « modalités de réalisation du désir » mais sur « l'expression même du désir » lequel « met en danger leur droit à l'existence », p.111. Le sujet limite éprouverait alors une culpabilité prégénitale liée à l'angoisse d'avoir détruit l'objet avec sa haine et non une angoisse œdipienne, de castration sous la thématique de l'Avoir, alors que c'est la question de l'Etre qui se pose chez le sujet limite.

Pour terminer, SCHARBACH (1993) relève l'extrême dépendance des sujets limites qui, du coup, par « défaillance de l'objet interne colle à l'objet externe et tente de maintenir une continuité narcissique en investissant la figurabilité trouvée dans l'environnement », p.283.

Et pour BERGERET (1995), ce collage servirait alors à « éviter l'affrontement avec l'objet potentiel », p.23. La dépendance n'ayant d'autre fonction que de « tempérer les prises de conscience agressives », (*op.cit.*, p.23). Ceci serait à mettre en lien, toujours selon BERGERET, avec son incapacité à faire face à une situation conflictuelle correspondant à « un univers pulsionnel encore mal intériorisé et des instances idéales demeurant très extériorisées et non intégrées au sein d'un authentique Surmoi », (*op.cit.*, p.26), c'est-à-dire en tant qu'instance intériorisée des « interdits paternels liés à la menace de castration et au sentiment de culpabilité vis-à-vis de l'inceste » (BERGERET 2003, p.388). Aussi les instances canalisatrices et de censure « se trouvent centrées autour d'un Idéal du Moi dont l'essence demeure à la fois extérieure, maternelle et narcissique », (*op. cit.*, p.388).

Pour SZTULMAN et col. (1993), cette dépendance est traitée par les sujets limites au travers de gestes suicidaires entre autres comme « s'il n'existait d'autre alternative pour le sujet que de dépendre ou de ne plus exister », p.248.

Cette dépendance de l'état-limite, qui lui est caractéristique, marque une autre

incapacité : celle de ne pouvoir vivre sans l'appui des autres dans un mouvement d'idéalisation d'abord puis de déception. BERGERET (1995) va même plus loin en soulignant que l'un des avatars de cette dépendance réside dans la répétition de l'échec relationnel : « on détecte même un désir inconscient de cet échec, désir corrélatif à la fois à une surestimation des pouvoirs de l'autre et à un besoin de répéter les déceptions et les doléances antérieures », p.24.

Nous serions tentés là de rapprocher ce comportement et la répétition de ce comportement à du masochisme mais BERGERET semble l'en distinguer. Et pour lui, cette recherche de répétition de l'échec dont la fonction est protectrice maintient alors cette dépendance de l'autre et n'est « pas un véritable sentiment d'être livré à un partenaire sadique qu'il s'agit de fuir », (*op. cit.*, p.25).

Enfin, pour BERGERET, cité par VERMOREL (1999), le tronc commun des états limites c'est l'entrée précoce et brutale dans une situation oedipienne à laquelle le Moi n'est pas préparé et aurait alors une fonction traumatique pour le sujet.

Aussi, le sujet reste-t-il sur des positions régressives narcissiques faute de pouvoir instaurer une relation aux objets de nature triangulaire et oedipienne. Et même si des éléments surmoïques et oedipiens peuvent être présents dans le fonctionnement psychique, ils n'en sont simplement pas organisateurs, du fait de l'absence de formation d'un authentique Surmoi.

Quant à la spécificité du Moi des sujets limites, elle porte sur le fait qu'il est scindé en deux parties : l'une est « adaptée à la réalité extérieure et l'autre fixé aux besoins narcissiques internes » VERMOREL (1999). C'est le clivage. Cela laisse alors le sujet en proie aux aléas de la réalité externe et de la distance de l'objet, p.80.

Après ces quelques lignes introductives, laissant entrevoir la problématique du fonctionnement limite dont les modalités de traitement des pulsions agressives semblent orientées vers leur extériorisation, nous allons maintenant nous pencher plus finement sur leur destin.

# Chapitre I :

## Du point de vue du destin de la pulsionnalité agressive

Le destin de la pulsionnalité agressive chez les sujets limites est triple : la désintrinsication pulsionnelle, les conduites destructrices, la dépendance.

### 1- La désintrinsication pulsionnelle

BERGERET, (1995), établit clairement une distinction fondamentale entre l'agressivité et la violence. Cette distinction repose sur le niveau économique de leur expression. En effet, l'instinct violent fondamental fait partie, pour lui, de l'équation génétique au même titre que les pulsions sexuelles. Quant à l'agressivité, elle « ne saurait constituer ici une quelconque pulsion élémentaire mais elle représente déjà un compromis « pulsionnel » dans les cas les plus banaux, et le signe d'un échec dans les cas où l'imaginaire libidinal ne parvient pas à assurer le primat de l'organisation de l'ensemble de la personnalité », p.126.

Pour lui (1999 b), il existe deux grands groupes pulsionnels : les pulsions sexuelles et les pulsions de vie. Et l'agressivité résulte de l'échec, de l'insuffisance voire de la carence de l'union libidinale avec la violence fondamentale. En effet, il parle « d'une violence archaïque, foncière, instinctuelle, et non encore objectalement définie de façon précise », (*op.cit.*, p.164) Le sujet limite est incapable de lier cette violence « à des fins objectales externalisées, que ce soit dans un sens amoureux (fonctionnement névrotique) ou bien dans un sens vraiment agressif (oedipien), ou vraiment sadique (fonctionnement psychotique) », (*op.cit.*, p.166).

Cette violence fondamentale est donc « inutilisable sur le plan de l'imaginaire tout autant que dans un comportement ouvertement agressif », (*op. cit.*,p.166). Ceci entraîne une inefficience des fonctions du Moi, le sujet ne sachant alors quoi faire de cette violence foncière, à l'intérieur comme à l'extérieur de lui-même, provoquant une « carence de l'évolution structurelle », dans le sens où l'organisation limite se met en place sur l'échec de la vectorisation libidinale de la violence fondamentale.

Ce ratage, dû à l'environnement de l'enfant au cours de son développement, maintient

cette violence au niveau « latent, flottant, inutilisé ». C'est ce que BERGERET (1999b) appelle « la carence de la conjonction imaginaire » au sens où l'environnement n'opère aucune « induction imaginaire valable sur le registre des modèles libidinaux sans pour autant valoriser les modèles violents », p.169.

C'est comme si le sujet ne savait alors que faire lui-même de ces excitations libidinales et de sa violence fondamentale, comme si son environnement échouait dans le frayage d'un chemin liant ces deux dimensions, ou en des termes que BERGERET (1999b) utilise, comme si le sujet, réprimant cette violence, se trouvait incapable « d'utiliser dans la relation cette violence ». Elle est alors dérivée par l'Idéal du Moi trop grandiose, p. 175. Elle provoque aussi une relation de dépendance à l'autre considérée par BERGERET (1999b) comme « une défense contre l'angoisse d'abandon », p. 175. Mais cette angoisse d'abandon cache aussi une autre peur, celle que «(sa) propre violence n'entraîne la perte la plus radicale c'est-à-dire la mort, de l'objet (et du sujet) », (*op. cit.*, p.176).

BERGERET (1999c) précise que la destructivité, l'agressivité, bien distinguée de la violence primaire innée, instinctuelle, sans autre intentionnalité que défensive, viennent du retour de la violence une fois que celle-ci a été érotisée, p.145. Et c'est lorsque cet alliage, lorsque cette union entre « dynamismes narcissiques et violents et les dynamismes sexuels » est instable (BERGERET 1999d, p.57), que survient la dépressivité propre aux personnalités limites et narcissiques. Aussi, précisait-il en 1994, que des passages à l'acte variés, tant auto-agressifs qu'hétéro-agressifs, surviennent lorsque « la perversisation (du) courant libidinal par la violence non liée (imprime) dans le fonctionnement imaginaire du sujet une trop importante proportion de vécus agressifs, destructeurs et autodestructeurs », p. 60.

C'est ainsi que de cette désunion, absence ou carence d'union libidinale avec cette violence primaire, naîtraient des passages à l'acte violents dont le rôle serait « de maîtriser voire de contenir d'une certaine façon l'angoisse automatique décrite par FREUD », p.127, selon BOKANOWSKI (1999).

Pour résumer, le schéma idéal d'organisation de la personnalité correspondrait à une intrication des pulsions sexuelles et de l'instinct violent, au cours de laquelle ce dernier se mettrait au service des pulsions sexuelles.

Or, dans l'organisation limite, une faille précoce se produit et les pulsions sexuelles, dans un mouvement inverse se mettent au service de l'instinct violent. En effet, le potentiel inné d'érotisation demeuré flottant serait attiré par l'instinct violent. Et cet attrait provoque

alors de l'agressivité, des « poussées agressives » liées à un effort de réintrinsication. Ceci a fait alors dire à BERGERET (1994) que l'agressivité était un compromis, une érotisation de la violence innée. Aussi, c'est lorsque l'ambivalence, au sens d'un équilibre d'expression et d'intrinsication entre ces deux groupes pulsionnels et accepté par l'individu, est ratée, qu'apparaît l'agressivité. BRUSSET (2008) soutient lui aussi cette thèse : il affirme que « la destructivité est à distinguer de l'agressivité telle qu'elle se trouve dans le sadisme ou la relation sadomasochique qui témoigne d'une intégration des pulsions libidinales et destructrices dans une relative union des pulsions », p. 341. En effet, pour lui, la « non intrinsication pulsionnelle se traduit alors chez les états-limites par « une prédominance de la destructivité (états de rage) soit sur le mode projeté avec l'angoisse de persécution », p.341.

Au final, l'agressivité et ses dérivés, la haine, le sadisme, ou le masochisme, résultent d'une « alliance pulsionnelle perversifiée » (BERGERET, 1994, p.106). Et au niveau clinique, ce qui distinguera finement les deux expressions et de l'agressivité et de l'instinct se trouve dans leur fonction. L'agressivité est connotée et indissociable de notion de plaisir, avec une satisfaction liée à l'action d'attaquer l'autre, (*op.cit.*, p.103). Alors que l'instinct violent est, nous l'avons vu, purement défensif et narcissique, il agit pour la survie du sujet face à un danger ou une menace de danger narcissique.

Mais alors dans quel registre se situe le sujet limite ? Violence ? Agressivité ?

En 1995, BERGERET spécifie clairement la nature des conduites agressives chez le sujet limite. Pour lui, le sujet limite lorsqu'il décompense dans la dépression, « dans ses attaques du monde extérieur demeure purement violent dans une fixation l'instinct primitif de survie », p.26.

CHABERT, (2006), relie ce déchaînement des pulsions agressives, faisant référence aux théories kleinienne de développement du Moi, au non dépassement ou non accès à la position dépressive, par les sujets limites. Du coup, l'absence d'inhibition de l'agressivité destructrice s'exprime à l'égard de l'objet vécu comme mauvais, signant l'absence d'unification des pulsions agressives. Elle souligne que « le dépassement de la position paranoïde dépend notamment de la force relative des pulsions libidinales par rapport aux pulsions agressives », p.114. La non unification des pulsions libidinales et agressives, lors de la phase dépressive, va empêcher « l'écart entre l'objet fantasmatique interne et l'objet externe de se réduire », selon

CHABERT (2006), p.114. Or, c'est cet écart qui va permettre l'accès à l'ambivalence et du coup une plus grande proximité entre la bonne et la mauvaise mère devenue objet total. Accès auquel le sujet limite échoue.

Mais pour mieux comprendre, revenons un instant sur le déroulement de cette phase dépressive à la lumière des théorisations kleiniennes, citées par CHABERT (2006). Durant cette phase, « le sadisme infantile risque fantasmatiquement de détruire l'objet, de lui nuire ou de susciter son abandon. C'est à cette fantasmatique que se lie l'angoisse et son mode de traitement par les défenses maniaques », p.114. Pour que cette phase soit dépassée, il est nécessaire que deux mouvements s'opèrent : « l'inhibition de cette agressivité destructrice et la réparation de l'objet », p.114. Ce dernier mouvement est crucial car « en rendant à l'objet d'amour son intégrité, en annulant fantasmatiquement le mal qu'il croit lui avoir fait, l'enfant s'assure la possession d'un bon objet suffisamment stable pour être introjecté et renforcer le Moi », p.115.

Or, c'est là que le sujet limite échoue et que son fonctionnement défaille dans la capacité de réparation fantasmatique. Il reste au contraire fixé à la phase précédente, c'est-à-dire la phase schizo-paranoïde où dominant les pulsions destructrices et les angoisses persécutrices. A ce stade, l'objet est clivé en deux : le bon objet idéalisé, introjecté et le mauvais objet projeté au-dehors car son introjection représente « une menace de destruction interne » pour le sujet, « le moi [étant] très peu solide et faiblement tolérant à l'angoisse », p.115 [...]. Il faudrait alors pour que le sujet dépasse ce stade que les pulsions libidinales prennent le pas sur les pulsions agressives, à l'origine unies et présentes d'emblée dans le fonctionnement du sujet.

Or, il se produit alors, selon BRUSSET (2006), « une désintrication des pulsions avec une prédominance de la destructivité, soit directe (états de rage destructrice) soit sur le mode projeté avec une angoisse de persécution qui entraîne une crainte massive de tout mouvement d'investissement », p.57. PALEM (1993) rapporte la métaphore de « porc épïc » pour symboliser « cette relation anaclitique coexistant avec une angoisse du rapproché », p.4.

Cette métaphore nous permet maintenant de glisser vers le deuxième destin des pulsions agressives, à savoir la nature de la relation à l'objet marqué par un conflit dépendance-indépendance vis-à-vis de l'objet.

## 2- Le conflit dépendance–indépendance vis-à-vis de l'objet

Pour CHABERT (2006), le destin des pulsions agressives réside chez l'état limite dans l'ambivalence de l'attachement à l'objet.

En effet, cette absence de liaison des pulsions libidinales et agressives avec une prédominance des mouvements agressifs débordants va entraîner un attachement ambivalent à l'objet et du coup ce conflit dépendance-indépendance. « Ces mouvements pulsionnels agressifs sont dangereux par leurs potentialités destructrices » p. 118. Ils entraînent alors une conduite de réassurance permanente pour soulager l'angoisse d'avoir détruit l'autre, et qui se traduit par un accrochage forcené à l'objet, par « un surinvestissement de sa présence » p.118. Mais le corollaire de ce surinvestissement en est alors la tentative de se dégager de cette présence, notamment par l' « émergence de la haine ».

Car, et CHABERT (2006) le résume ainsi, « l'absence de l'autre est équivalent de sa disparition. L'extrême dépendance à sa présence effective et tangible est déterminée par l'angoisse de l'avoir détruit donc de l'avoir fait disparaître » p. 118.

La mobilisation de ces pulsions agressives sert donc à lutter contre la menace d'invasion par l'objet en même temps que le sujet ressent la dépendance à l'objet. Précisons en passant que la fonction de ces pulsions agressives est alors de maintenir l'objet existant et vivant malgré ces mouvements mortifères car « la haine implique d'abord, nécessite ensuite la présence de l'objet, elle s'alimente de son existence » p.120.

De fait, lorsque cette mobilisation est trop difficile à extérioriser sur l'objet ou lorsque ce même objet a disparu, s'opère alors un retournement contre soi sous forme de troubles du comportement autodestructeurs allant jusqu'à la tentative de suicide. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

Nous comprenons alors d'autant mieux les résistances psychiques face aux comportements destructeurs chez le sujet limite puisque cette activité destructrice et autodestructrice sert autant à lutter contre l'angoisse de perte réelle ou imaginaire qu'à permettre à cet objet d'exister et de le rester.

L'expression des pulsions agressives permet donc de lutter contre la défaillance du fonctionnement en intériorité, propre aux états-limites, en matérialisant alors la présence de l'objet.

En effet, si ce manque de l'objet, sa perte réelle ou imaginaire entraînent sa disparition totale pour le sujet limite, c'est parce qu'il n'existe pas dans son espace psychique car le sujet limite est incapable de donner du sens à la perte, de l'élaborer fantasmatiquement, d'en faire une « construction fantasmatique pour associer la douleur de la perte à une représentation », p.114.

C'est pourquoi le sujet limite surinvestit la présence de l'objet dans le réel. Ce surinvestissement serait à rattacher aux premiers temps de la vie psychique où le bébé confond « la perte de la perception de l'objet avec la perte réelle de l'objet » (CHABERT, 2006, p.114) du fait de son immaturité psychique. Il est alors incapable de faire face à cette situation et à la détresse qui en découle, c'est-à-dire qu'il ne peut lui donner du sens, il ne peut se représenter mentalement l'absence de l'objet, il ne peut lier cet affect à une représentation puisqu'il est encore à ce stade dépendant des liaisons opérées par celui qui le maternel.

Pour CHABERT (2006), ce mode d'attachement à l'objet se caractérise par une « circularité répétitive », c'est-à-dire que les manifestations d'agressivité et de haine majeure sont tellement dangereuses par leurs potentialités destructrices qu'elles nécessitent aussitôt une conduite de réassurance par le surinvestissement permanent de la présence de l'autre pour lutter contre l'angoisse de l'avoir détruit. Le sujet entre alors dans un fonctionnement qui le maintient dans une dépendance à la perception de l'autre tout en ayant le besoin de s'en dégager grâce à la haine, laquelle entraîne à nouveau la nécessité de percevoir l'objet pour s'assurer de son existence et ainsi de suite dans une spirale circulaire qui fragilise le sujet.

Nous le voyons donc, la haine a tant une fonction destructrice que constructive dans le sens où c'est dans un « mouvement de séparation et de différenciation qu'[elle] œuvre comme indice de la prise de distance effective (et affective) de l'existence de l'objet », p.120. Mais comme ces fantasmes destructeurs ne sont pas suffisamment contenus par un système de pare excitations et ne sont pas liés à des mécanismes d'intériorisation stables, alors les mouvements agressifs restent d'ordre destructeurs. Du coup, comme le dit CHABERT (2006), p.121, c'est l'objet qui est ambivalent et non le rapport à l'objet. Ainsi l'amour de l'objet ne peut se détacher de sa destruction.

Au final, le sujet n'a d'autres alternatives pour gérer cette dépendance à l'objet que de persister dans sa dépendance à la présence réelle et à la perception de cet objet ou alors c'est l'inflation narcissique pour nier ses besoins des autres.



### *3- La tendance destructrice*

#### *3.1- Les manifestations comportementales*

C'est avec KERNBERG (1999) que nous retrouvons précisément ce versant du destin des pulsions agressives:

✚ Le premier réside dans l'impulsivité chronique, comme mode de décharge pulsionnelle, qui caractérise les sujets limites tant sur le plan comportemental relationnel, que social, professionnel, amical, sentimental.

✚ Le deuxième s'exprime au travers des dépressions qui rassemblent « une composante biologique avec des symptômes s'exprimant sur le mode alimentaire, du poids, du tonus musculaire du sommeil, d'une modification quotidienne des affects dépressifs), avec des symptômes psychiques (problème de concentration, une humeur vide et figée associée à un sentiment de dépersonnalisation) ». Et le risque suicidaire est alors d'autant plus élevé que l'expression dépressive recouvre ces signes physiques et psychiques.

✚ Le troisième se trouve au niveau des comportements d'automutilation chronique et de l'usage de tentatives de suicide comme mode de vie. Il précise que ces passages à l'acte s'inscrivent dans un contexte de « crise de colère intense ou de colère mêlée de flambées soudaines d'humeurs dépressives », p. 151. Sur ce point KERNBERG rejoint les critères du DSMIV. Concernant plus précisément les tentatives de suicide, il ajoute que leur « fonction est de re-établir un contrôle sur l'entourage, en soulevant des sentiments de culpabilité ». Nous voyons poindre là la dimension sado-masochiste des pulsions agressives.

✚ Enfin, les pulsions agressives semblent pouvoir infiltrer le « soi grandiose » chez les patients limites avec un « narcissisme malin », dans le but de leur faire éprouver « un sentiment d'estime de soi accru et une confirmation de leur grandiosité quand ils peuvent exprimer de l'agressivité envers eux-mêmes ou autrui ».

Au terme de ce développement théorique, nous proposons une première hypothèse :

**H1 : au sein du fonctionnement limite, la qualité de la mentalisation serait le plus souvent pauvre avec une symbolisation des pulsions agressives problématique, marquée par une projection de l'agressivité ou bien par un traitement factuel. L'espace imaginaire serait quant à lui riche mais inefficace parce que débordant et débridé et marqué par une destructivité non contenue.**

### *3.2- Le masochisme moral*

Pour BERGERET (1999b), l'une des voies possibles de la non unification des pulsions libidinales et de la violence pour le sujet de type limite est alors un « éventuel masochisme moral » qui constitue « une voie très redoutable d'attaque de soi-même, au bout de laquelle on voit toujours poindre le risque suicidaire », p.166.

Pour CHABERT (2006), le retournement des pulsions agressives s'apparente au masochisme moral. Il se traduit soit par ces mouvements d'autodestruction, pour fuir cette souffrance intraitable par la voie mentale, soit c'est la douleur pour elle-même qui est recherchée « dans un emballement parfois addictif » et compulsif comme dans les tentatives de suicide répétées, et se posant comme un mode de vie, les automutilations...L'ancrage relationnel de ces conduites masochistes relève d'une exhibition de sa souffrance, où l'autre est « utilisé, manipulé, apparemment méprisé ou fétichisé mais son investissement demeure », p.112.

Elle ajoute, que sur un plan thérapeutique, plus les fixations masochistes sont fortes, plus elles sont difficiles à traiter car « aller mieux est non seulement inimaginable mais intolérable » (2006).

Sur un plan psychodynamique, selon CHABERT (2006), le retournement contre soi des mouvements de haine verbale, fantasmatique et comportementale, massifs et débordants, serait lié à « des mouvements psychiques mélancoliques » p. 120. Elle précisera que ces mouvements sont seulement d'allure mélancolique car « la dimension délirante de l'auto-accusation » est absente du discours du sujet limite. Cette tendance mélancolique s'explique par le fait que l'investissement objectal chez le sujet limite est peu résistant et est alors

ramené vers le Moi, lors de la perte de l'objet, avec une identification du Moi à l'objet perdu, si bien que c'est le Moi qui est alors jugé à la place de l'objet, sa perte se transformant en celle du Moi.

C'est pourquoi, il peut se retrouver « des attaques narcissiques » sous forme d'abaissement de soi, de dépréciation de soi et d'auto-reproche. « La haine contre l'autre s'exerce contre son substitut c'est-à-dire le sujet lui-même, en le rabaissant, en l'injuriant, en le faisant souffrir et en tirant paradoxalement de cette souffrance le bénéfice d'une satisfaction sadique » (*op. cit.* p.122), laquelle maintient l'investissement objectal en question.

Ceci rejoint le développement de BERGERET (2004). Cet auteur dit, en effet aussi, dans la personnalité normale et pathologique, que le « masochisme est une agression contre soi mais aussi une habile provocation de l'objet », p.259.

Cela pourrait nous renvoyer à une réflexion que nous pourrions faire concernant la conceptualisation de DEJOURS (1995).

Cet auteur développe, en effet, largement le concept d'agir expressif de la colère, (nous le verrons plus loin), comme central et structurant pour une bonne santé mentale. Ici nous pouvons donc peut-être faire le lien avec cet agir des pulsions agressives des états-limites qui dans un sens masochiste ou sadique adressent à l'autre cette charge pulsionnelle, en font état, contrairement aux somatisants qui souffrent d'une inhibition massive de cet agir expressif.

Nous le voyons donc chez les états-limites l'expression masochiste ou sadique des manifestations pulsionnelles n'est que la même face du déchaînement des pulsions agressives face à la perte réelle ou imaginaire de l'objet.

Nous faisons ici notre deuxième hypothèse :

**H2 : au sein du fonctionnement limite, le masochisme moral et mortifère tiendrait une place prépondérante. Le sujet l'exprimerait au travers de ces différentes conduites pathogènes (tentatives de suicide, auto-mutilation, conduites d'échec répétées..)**

Mais alors qu'est-ce qui donne à cette agressivité, sa direction vers l'autre ou contre soi-même ?

R. J. PERELBERG (2004) soutient l'hypothèse développée par CAMPBELL (2004) en disant que l'agir suicidaire, par une attaque réelle contre son propre corps pris comme objet, ou la violence exercée contre le corps de l'autre sont une seule et même tentative : résoudre le conflit insoluble, celui de l'expérience de se sentir écrasé par l'objet. Cette

hypothèse est affinée par FONAGY et TARGET (2004) qui précisent que « [...] le comportement autodestructeur et (à l'extrême) suicidaire est perçu comme la seule solution possible à un dilemme insoluble, celui de libérer le self de l'autre par la destruction de l'autre à l'intérieur du self », p.31.

Serait-ce la conséquence de l'identification projective ? De la projection ? Serait-ce lié à la grande difficulté du sujet limite à trouver la juste distance relationnelle avec l'autre ?

SCHACHTER (2004) constate aussi une fluctuation, une alternance de ces mouvements destructeurs sur l'autre et sur soi chez le sujet limite. Il existe dans son fonctionnement une confusion entre le corps et la représentation interne réel de l'objet due chez certains sujets violents ou suicidaires à une déficience de la mentalisation, au sens de capacité de penser. En effet, lors de son développement du fait d'un maternage insuffisant, « l'enfant échoue à développer une représentation cohérente de ses états mentaux ou ceux des autres. Il en résulte une confusion entre la réalité interne et la réalité externe », selon FONAGY et TARGET (2004) cités par PERELBERG (2004), p.34.

L'attaque de son propre corps et l'attaque du corps de l'autre seraient-elles équivalentes dans leur visée de traitement de la juste distance avec l'autre ?

En tout état de cause sur un plan défensif cette fois, nous posons ici notre troisième hypothèse :

**H3 : lorsque les mécanismes sont d'ordre projectif marqués par une prédominance de l'identification projective et de la projection, alors le risque de passage à l'acte sera tourné vers l'extériorité sur le versant comportemental.**

Nous avons parlé ci-dessus du défaut de maternage, mais qu'en est-il de la place du père dans le fonctionnement limite. Il paraît, en effet, difficile de faire l'impasse de cette question tant elle est cruciale dans ce fonctionnement.

Dans le fonctionnement limite, les parents «tendent à être investis autour de la polarité bon ou mauvais » selon CHABERT (2006). Les images parentales sont donc représentées, distinguées en fonction de leur valeur bonne ou mauvaise.

Le père, dans ce contexte, se place comme le double égal ou inversé de la mère, au risque « tantôt d'être confondue avec la mère idéalisée tantôt avec la mère mauvaise » p.104. Il n'est pas intégré dans son rôle interdictif, séparateur, limitateur, castrateur. C'est ce que DONNET J.L et GREEN A. (1973) cités par CHABERT (2006), nomment chez les états-

limites, à l'instar des névrosés, une « tri-bi-angulation » dans le sens où les parents se trouvent reconnus, identifiés en fonction de leur qualité bonne ou mauvaise et non de leur identité sexuelle. Et ce fonctionnement en miroir, cette « tripartition sujet-objet, bon et mauvais, aboutit en fait à une relation duelle, car l'objet tiers n'est jamais que le double de l'objet » p.105.

Le sujet limite reconnaîtrait donc la tiercéité mais elle ne serait pas fonctionnelle.

D'un point de vue kleinien, il y a une certaine logique. En effet, dans les théories kleiniennes, l'œdipe est corrélatif de la phase dépressive à laquelle les sujets limites n'accèdent pas. L'œdipe dans sa fonction de structuration de l'ambivalence amour et haine ne peut s'établir, et la triangulation de ce fait ne peut se réaliser.

Tout ceci nous amène donc à aborder la question de l'angoisse chez les états-limites.

## Chapitre II :

### Du point de vue de l'angoisse chez les états-limites

Selon BERGERET (1996), elle correspond à une angoisse de perte d'objet (d'abandon) que le sujet ne peut pas lier efficacement malgré des tentatives, ni contrôler par des opérations défensives stables et efficaces ou par des compromis symptomatiques.

Ce qui va donc caractériser le fonctionnement limite, c'est le libre écoulement pulsionnel sur fond de principe de plaisir avec une irruption brutale de fantasmes destructeurs de la pensée. En effet, pour BERGERET (1996), dans le fonctionnement limite se retrouve une carence de l'Imaginaire comme interface entre le Réel et le Symbolique. Cette angoisse est caractérisée, selon BERGERET (1996) et KERNBERG (1999), comme étant une angoisse diffuse, flottante, envahissante, labile pouvant entraîner des expériences de déréalisation, d'incohérence interne et une lutte contre des fantasmes d'abandon.

C'est ainsi que VERMOREL (1999) considère l'angoisse typique du sujet limite comme « une angoisse de dépression [...] qui survient dès que le sujet imagine que son objet narcissique risque de lui faire défaut » p.81. La relation à l'objet sous-jacente relève alors « du registre du besoin d'apport narcissique, d'aide, de soutien, de dépendance anaclitique », p.85.

Et lorsque l'intensité de l'angoisse liée à la valence agressive non mentalisable est trop importante, alors il se produit, selon de TYCHEY (1992), une décharge dans l'agir comportemental (auto ou hétéro-agressif). De même, pour DEBRAY (2001), la fuite dans l'agir est un moyen privilégié des sujets pour évacuer l'angoisse intrapsychique intraitable et inélaborable.

MARCELLI (1981) décrit l'angoisse du sujet limite comme extrême, violente. Elle est traitée par le sujet par le biais du clivage, « en particulier lorsque l'envie agressive et pathologique a rendu les mauvaises qualités de l'objet trop dangereuses », p.29.

Pour lui, cette angoisse va entraîner une multiplicité de symptômes qui se traduisent selon « leur échec économique, c'est-à-dire leur incapacité à lier efficacement l'angoisse dans une conduite pathologique particulière », p.13. C'est pourquoi, elle subit un destin actif marqué par une lutte contre son envahissement à travers une hyperactivité, de l'impulsivité, au travers d'une prédominance du passage à l'acte. Mais le risque de « réenvahissement par

cette angoisse est une menace potentielle permanente »,p.13.

OLINDO-WEBER et MAZERAN (1993) précisent les causes de cette menace. Pour eux, l'axe dynamique essentiel chez le sujet limite, et qui va se retrouver par le besoin de « vérifier la réalité » en permanence, est un fonctionnement en extériorité. Ce phénomène va se traduire par le type d'angoisse. Elle ressemblera à « une angoisse proche du qui-vive devant un danger extérieur imminent » car c'est « de l'extérieur, de l'autre que va venir le danger », p.108. C'est comme si, selon leur expression, il s'agissait d'« une phobie généralisée à tout l'extérieur plutôt que centrée sur un objet ou une situation phobogènes », p.113. Le sujet limite est, pour eux, « à l'affût des réactions de l'autre » qu'il vit alors soit « comme rejetantes, soit comme intrusives ». Et pour lui, tout vient de l'autre du fait de son extrême dépendance à l'autre. L'angoisse va alors se manifester « par la peur d'être détruit par un danger vague de type intrusif et anéantissant », p.113.

Enfin, ajoutons que d'un point de vue des contre-attitudes de l'interlocuteur, cette angoisse se traduit, selon CHABERT (2006), par le fait que « le malaise et l'angoisse sont ressentis par l'interlocuteur, par l'autre », p.89. Cet aspect clinique de l'angoisse pourra constituer pour nous un appui pour le repérage de cette angoisse.

## Chapitre III :

### Du point de vue des mécanismes de défense chez les états-limites

Toutes les émergences pulsionnelles agressives et cette angoisse feront l'objet de mise en place de mécanismes défensifs qualifiés de primaires et par lesquels le sujet limite va tenter de les maîtriser pour sauvegarder une certaine stabilité. Nous allons voir comment tous ces mécanismes favorisent l'orientation externe de l'expression des pulsions agressives.

#### *1- Le clivage*

Selon PAINCHAUD et MONTGRAIN (1999), le sujet limite agit le conflit comme s'il y avait « un refus de l'appareil psychique de le prendre en charge » et que la solution devait être extérieure. Ils s'accordent à dire que l'origine de ce fonctionnement se trouve dans une atteinte narcissique, p.29.

Pour eux, le sujet borderline se constitue sur un échec de la formation du Moi, faisant référence aux théories kleinniennes du développement. C'est ainsi que jusqu'à la position dépressive, les pulsions libidinales et agressives coexistent et sont traitées par des mécanismes comme le clivage du MOI notamment, qui va permettre d'empêcher l'angoisse intense et persécutive de se généraliser. Mais, c'est au moment de cette position dépressive que le Moi est incapable d'unifier le bon et le mauvais objet par le biais des introjections et des identifications positives et négatives. Se maintient alors le clivage qui continuera d'opérer en empêchant cette intégration des mauvais et des bons objets. C'est ainsi que chez le sujet limite, il coexiste des brusques revirements d'amour et de haine pour l'objet ou pour le moi. Pour MARCELLI (1981), le clivage est responsable de l'inadaptation du sujet dans certains secteurs comme « l'estompement entre l'amour et la haine ou entre le bien et le mal », p.29.

Il est donc à rattacher, comme le souligne BERGERET, repris par SCHARBACH (1983), à « un défaut de maturation du Moi, incapable de métaboliser les différentes introjections de valences contraires, d'intégrer et de développer des systèmes identificatoires, ce qui permettrait une neutralisation normale élaborée de l'agressivité », p.119.

Et c'est ce même mécanisme qui est aussi « responsable de la défaillance du contrôle pulsionnel dans certains domaines » continuera de préciser SCHARBACH (1983) un peu plus



loin. DAR COURT (1999) va plus loin quand il développe l'idée que ce ne serait pas tant un mécanisme de défense contre l'angoisse que le signe d'« une faille dans le psychisme », puisqu'il est source de tension psychique en maintenant séparées les pulsions, qui lors d'« une évolution harmonieuse, seraient intriquées entre elles », p.182. Cette désintrinsication n'est pas qu'entre les pulsions, mais aussi entre les affects, qui s'expriment alors chez l'état limite à l'état brut, et les représentations. Le clivage apparaît, toujours selon cet auteur, lorsque les mécanismes de défense névrotiques sont défailants.

C'est donc l'incapacité à traiter les pulsions agressives dans un mouvement d'unification avec les pulsions libidinales qui provoque une fixation au clivage et à ses conséquences étroites comme l'identification projective et l'idéalisation. KERNBERG (1995) parle même d'unification pathologique autour du clivage.

Au final, le clivage permet de maintenir la limite dedans-dehors, si fragile chez les sujets limites, où ce qui est bon est dedans, propre au Moi, et ce qui est mauvais vient de l'extérieur. C'est ainsi que le sujet se défend contre l'extérieur pour éviter un effondrement narcissique par une confrontation à une image de soi insatisfaisante.

## *2- L'idéalisation primitive*

Elle est la conséquence de ce clivage dans le sens où c'est le clivage qui va permettre que les objets extérieurs puissent être perçus comme totalement bons pour protéger le sujet des mauvais objets, mais aussi de ses propres pulsions agressives. Du coup, lorsque le manque de perfection de l'objet apparaît, « l'angoisse destructrice et mortifère venant des mauvais objets est réactivée ». Il s'ensuit alors selon MARCELLI (1981), soit une idéalisation accrue permettant au sujet de maintenir une bonne image de lui, soit un mouvement inverse en extériorisation marqué par le rejet et le dénigrement.

SCHARBACH (1983) rapporte que l'idéalisation primitive, qualifiée de « prédépressive » en référence au développement kleinien, « n'implique ni reconnaissance consciente ou inconsciente de l'agressivité envers l'objet ni culpabilité devant cette agressivité ni préoccupation pour l'objet », p.124. En effet, cet objet idéalisé ne sert que de support, de miroir aux fantasmes de grandeur du sujet. Entre le sujet et l'objet, il s'opère une relation objectalisée, où l'autre n'a d'autres fonctions que d'être le reflet et le support de l'existence du sujet. Et toute déception, désillusion ou même une légère frustration vont entraîner un brusque

revirement de l'idéalisation à la haine et au rejet.

C'est comme si, selon STONE (1999), le but « des relations interpersonnelles était de trouver un objet « transitionnel », un partenaire qui, bien à part de sa personnalité réelle, soit aimé par le borderline comme objet idéal », p.95.

### 3- L'identification projective

Elle consiste en la nécessité pour le sujet d'externaliser les mauvaises images non intériorisées de soi ou de l'objet, et vécues comme dangereuses, sur un objet de telle sorte que le sujet croit ainsi le maîtriser et le contrôler. Leur intériorisation représente un danger pour les bonnes images de soi. Cet objet devient alors d'autant plus mauvais et dangereux qu'il s'en suit une confusion de la source de l'agressivité, un rapproché des limites dedans-dehors car, avec ce mécanisme, le sujet « en arrive à ne plus distinguer la limite de lui-même et la limite de l'objet », p.31. Cette confusion entraîne, pour MARCELLI (1981), une augmentation de « l'angoisse persécutive [dont] la seule manière pour le sujet est d'accentuer l'idéalisation protectrice du soi et de l'objet », p.32.

Toujours selon cet auteur, « cette capacité projective excessive et pathologique » serait responsable de l'impossibilité pour le sujet limite de symboliser les expériences vécues car « il n'y a aucun travail possible d'élaboration fantasmatique, ni dans le soi, ni dans l'objet, d'où également la prévalence de la mise en acte toujours possible au niveau du patient » (*op. cit.*, p.35).

Elle est, au final, « dans ce cadre pathologique, négatrice de la nature de l'objet », comme le précise BRUSSET (2006), p.69. Et il continue en la définissant comme l'opération défensive grâce à laquelle le sujet va se défendre contre « l'angoisse de perte de l'objet par abolition de la séparation entre la mère et l'enfant [...] quand l'enfant perçoit la mère dans son entier d'une manière qui met en échec le clivage antérieur du bon et du mauvais sein » p.61. Elle correspond à une externalisation « des fantasmes fondamentalement agressifs » sur l'autre dans le but de contrôler et de détruire l'autre. Elle permet ainsi d'éviter la confrontation « à la perte de l'objet idéalisé » (*op.cit.*, p.61).

Nous voyons là se dessiner le lien entre l'angoisse caractéristique du sujet limite à savoir « la perte de soi par la perte de l'objet » ou le risque de perte de l'objet et l'utilisation massive de ce mécanisme qui permet alors au sujet de lutter activement, par extériorisation,

déplacement externe de ses pulsions agressives, contre cette angoisse fondamentale.

L'identification projective constitue donc un moyen de supprimer, d'effacer « les angoisses dépressives, la culpabilité de la haine pour l'objet aimé », (*op.cit.*, p.63). Mais ceci se produit au prix d'une régression, lors de la phase dépressive, qui va justement « supprimer la phase dépressive » en permettant au sujet de ne pas vivre « l'état de détresse et de dépendance » inhérent à cette étape du développement, (*op.cit* p.63).

#### 4- L'omnipotence et la dévalorisation de soi et de l'objet

Ces mécanismes sont la conséquence de l'idéalisation et de l'identification projective. Ils jouent un rôle protecteur face aux mauvais objets. Ils sont directement en lien avec l'externalisation des pulsions agressives, d'autant qu'ils déterminent l'orientation du passage à l'acte. En effet, plus le sentiment d'omnipotence est fort, plus le risque de passage à l'acte se situe du côté de l'hétéro agressivité et plus le sentiment de dévalorisation est fort, en lien avec l'humeur dépressive, plus le risque d'agir suicidaire est important ; ce que SCHARBACH (1983) dit en ces termes : « le risque mortifère n'est pas négligeable surtout lorsque l'impulsion coïncide avec un balancement de l'humeur sur le versant dépressif-dévalorisation », p.102.

MARCELLI (1981) relie aussi ces deux mécanismes au risque suicidaire. Pour lui, le risque se situe aussi lorsqu' il y a effondrement de l'image de soi ou celle de l'objet qualifiée d' « idole ».

SEGAL (1992), quant à elle, rapporte ces deux mécanismes aux relations du sujet à l'objet dans le sens où l'omnipotence, la toute puissance du sujet face à l'objet ainsi que son mépris vont permettre de justifier ses attaques agressives, l'externalisation des pulsions agressives et ainsi d'éviter d'être confronté aux affects dépressifs face à l'objet qui manque.

#### 5- La projection

CHABERT (1997) définit la projection comme « l'externalisation, la mise au dehors des pulsions agressives dangereuses du sujet de manière compulsive sans tenir compte des limites imposées par la réalité », p.27. Elle est utilisée, selon WINNICOTT (1994), lorsque le

sujet ne peut parer à ses impulsions et à ses pensées destructrices donc à son agressivité. Il ajoute que lorsque « les forces destructrices [...] menacent de dominer les forces d'amour, l'individu est obligé de trouver une manière de se défendre : [...] mettre en scène son monde interne à l'extérieur [...] », p.22. Il s'agit donc pour le sujet de projeter, de mettre en scène au-dehors ses fantasmes lorsque leur destructivité est devenue incontrôlable et excessive et dont les possibilités de réparation sont inefficaces et contribuent même plutôt à maintenir l'idéalisation pour contrecarrer la force persécutrice du mauvais objet. Comme le dit JEAMMET (1995), « projeter le mauvais à l'extérieur ne résout pas totalement le problème : celui-ci revient de l'extérieur menacer le sujet de persécution et sollicite de fortes angoisses, rendant alors nécessaire l'introjection d'un objet idéalisé, pour faire contrepoids à l'objet terrifiant », p.26.

Pour SAMI-ALI (1970), la projection permet économiquement de réguler les affects. Et d'un point de vue dynamique, elle déplace les affects intolérables du dedans vers le dehors en transformant ces affects douloureux en perception venant du monde extérieur.

C'est ainsi que le sujet limite se trouve en difficulté pour gérer ses affects par la mentalisation et expulse au dehors ses affects intolérables et intraitables par le MOI.

## *6- La mise en acte*

Pour MARCELLI (1981), cité par SCHARBACH (1983), la mise en acte est « une opération défensive à l'égard des pensées ou des affects », p.125.

Elle permet, dit-il, « d'évacuer sur l'extérieur la réalité psychique interne avant que la relation mentalisée à l'objet ou sur soi ait pu se développer de manière satisfaisante », p.125. Elle s'oppose donc à la mentalisation. Mais elle pourrait être mise en lien avec le déni. En effet, le sujet limite a conscience du caractère opposé de ses sentiments, de ses pensées à l'égard de l'objet mais cela n'influence pas ses sentiments actuels, qu'il dénie en référence aux sentiments passés gardés en mémoire. MARCELLI (1981) précise qu'il s'agit d'une conscience « purement intellectuelle » car ce que le sujet reconnaît est aussitôt dénié « dans ses actes ou ses affects », p.32, donc hors de sa conscience, hors de lui.

Pour DE TYCHEY (1994), ce mécanisme est caractéristique de toutes les organisations limites : « le déni du sexe de la femme [entendu comme déni du sexe de la femme constituant une réalité attractive positivement investie] : j'accorderai pour ma part une place quasi

centrale à ce mécanisme car il me semble caractériser toutes les formes d'organisations limites et surtout les différencier significativement des fonctionnements névrotiques », p.80.

### 7- Le recours à la réalité externe

Il est utilisé pour éviter les ingérences pulsionnelles ou pallier le vide interne selon De TYCHEY (1994). Le sujet limite se tourne donc vers l'extérieur pour trouver appui à son fonctionnement.

Pour CHABERT (2006), ce contre-investissement massif par la réalité externe vise à lutter contre une réalité interne chargée d'une fantasmatique débordante, débridée, insuffisamment contenue par les digues psychiques ( SURMOI), parce que non intériorisées de manière stable, et censées canaliser la double valence libidinale et agressive du complexe d'œdipe. Il s'en suit alors « un vide fantasmatique, correspondant à un travail de sape de l'activité fantasmatique, celle qui produit des représentations et des affects et qui nourrit les processus de pensée », p.102.

Au final, la visée de ces défenses caractérisées de maniaques, c'est de lutter contre la réalité psychique. Elles entrent en jeu, en effet, pour contrer la culpabilité insupportable d'avoir détruit l'objet par ses attaques. Et, comme l'élaboration de cette culpabilité est impossible, inaccessible au sujet limite, il n'a d'autres choix que d'utiliser ces défenses pour éviter d'être submergé par l'angoisse, à la fois d'avoir endommagé l'objet, mais aussi de dépendre de cet objet et du coup risquer de le perdre par sa faute.

### **En guise de synthèse :**

Le monde de l'état limite est donc un monde très manichéen à l'image de son fonctionnement de base narcissique : « lui ou moi » renvoyant à cette violence fondamentale, « bon ou mauvais » renvoyant à son impasse vis-à-vis du développement psychique caractérisé par le clivage, « grands ou petits » renvoyant à la question des places et à l'échec de la triangulation œdipienne.

L'absence d'élaboration fantasmatique, de par l'échec de ses capacités de réparation symbolique de l'objet, bloque toute intériorisation des expériences. C'est ainsi que tout est extériorisé, mis en scène au dehors dans une recherche de réparation magique, pour rendre à l'objet ses qualités détruites par ses propres attaques. Et l'affect doit alors être déchargé immédiatement car il n'existe aucune possibilité de temporisation de l'expression pulsionnelle.

En effet, chez le sujet limite, selon MARCELLI (1981), « le fantasme revêt la forme d'une attaque interne où représentations du soi et de l'objet se confondent dans une expérience d'une forme menaçante destructrice interne », p.41. Le fantasme n'est alors plus le lieu d'expression des conflits, de traitement des conflits. Tout se joue à l'extérieur pour fuir le conflit, le sujet n'ayant pas accès à l'ambivalence, et allant alors jusqu'à emprunter des mécanismes archaïques pour créer et maintenir son équilibre. Mais cela n'est pas sans conséquence sur sa relation à l'autre qui vacille, passant de l'amour à la haine, de l'idéalisation à la dévaluation et face à laquelle le sujet peut se défendre par la protection par le vide, équivalant « à une mise à distance somme toute préférable à cette désintrinsication des pulsions et des affects », (*op.cit.*, p.35).

Et au final, l'absence de reconnaissance de ses sentiments de haine et d'amour, de ses pulsions agressives permet au sujet limite d'empêcher l'effondrement narcissique et dépressif s'il était confronté à son image de soi négative. Tous les mécanismes de défense déployés servent alors, écrit KERNBERG (1980), à « protéger [le sujet limite] d'une ambivalence intense et d'une redoutable contamination et détérioration de toutes les relations d'amour par la haine », p.230, c'est-à-dire lui évite le vécu douloureux et dépressif de l'expérience du conflit mental.

CHABERT (1986) développe largement le lien existant entre ces mécanismes de défenses et le fonctionnement narcissique des sujets limites.

En effet, c'est le narcissisme qui est responsable de la mise en place de cette organisation comme le retrait de l'investissement libidinal, la quête d'une image de soi idéale, la lutte contre la menace permanente sur le sentiment de continuité d'exister, p.80.

Tous ces éléments vont se retrouver au niveau du rorschach au travers de différents indicateurs, comme notamment « la centration sur l'éprouvé subjectif » renvoyant alors, comme le souligne CHABERT (1986), à la nécessité pour le sujet de s'étayer sur le regard de l'autre tout en niant ce même regard, marquant ainsi à la fois le besoin de l'autre et le refus de

cette dépendance.

Ce mouvement narcissique va se retrouver aussi au travers « de la négation des mouvements pulsionnels dans les représentations de relations », p.84. Ceci se traduira au sein des planches II et III mettant à l'épreuve les capacités de mise en scène relationnelle du sujet.

Cette négation correspond alors à « la tendance du sujet à figer le mouvement pulsionnel en en déniait la dimension sexuelle et agressive », (*op.cit.*, p.84). Ainsi l'idéalisation prendra le relais de ce refus du pulsionnel. Le devenir de ce refus du pulsionnel agressif à « composante orale » tellement virulent et tenace va alors entraîner « une paralysie apparente » car « le narcissisme tend à réduire l'excitation vers le niveau zéro (...) vidant ainsi les relations de leur charge pulsionnelle ». La conséquence en est alors le clivage du Moi et/ou des objets, qui signe, au travers des réponses qui appartiennent à l'ordre « de la coupure, de la négation du lien, de l'absence d'une dialectique », « le non accès à l'ambivalence des sentiments, qui seule autorise la libre circulation des mouvements libidinaux et agressifs dans une intrication pulsionnelle qui demeure liée », (*op.cit.*, p.85). Ce sont ainsi les défenses narcissiques qui vont offrir « une contenance » à cette vie pulsionnelle par le biais de « l'idéalisation, du clivage » puis par l'identification projective, sous tendue par une « agressivité orale très intense », (*op.cit.*, p.85), lorsque ces défenses narcissiques seront défaillantes ; le sujet n'ayant alors d'autre choix que de tenter de maîtriser l'objet.

C'est donc ce mécanisme d'identification projective, défense majeure chez les états-limites, qui va les distinguer des personnalités narcissiques qui utilisent plutôt la projection, marque d'une meilleure différenciation du sujet et de l'objet. « Lorsque l'organisation narcissique est efficace, la maîtrise poursuivie est réalisée grâce au maintien des limites Moi/non Moi et à la préservation d'une certaine qualité de pensée qui reste dégagée d'une infiltration trop importante par les processus primaires », (*op.cit.*, p.86), dont l'identification projective.

In fine, l'état limite met donc en place toute cette organisation défensive pour, d'un point de vue économique, tenter d'empêcher que « la dépressivité foncière ne devienne dépression ». Pour cela, il est alors fondamental pour le sujet de lutter contre la perte de l'objet, en instaurant ipso facto une relation de type anaclitique, pour que cet objet conserve son statut de réalité extérieure. Le sujet se construit pour cela un « univers où il existe de grands tout puissants qui ne peuvent qu'être soit gratifiants soit persécuteurs et des petits qui ne peuvent qu'être protégés ou persécutés », BERGERET (1999a), p.225.

Tous les mécanismes de défense utilisés par les sujets limites permettent ainsi

l'externalisation des pulsions agressives. Faute de pouvoir être traitées par la voie mentale défaillante, elles sont agies au dehors, mises hors de soi, sans élaboration. Et selon KERNBERG (1980), la charge agressive du mauvais soi et du mauvais objet est telle que leur unification avec le bon soi et le bon objet apparaît au sujet comme dangereuse et menaçante pour son intégrité psychique. Cette unification représente donc en elle-même une menace contre laquelle le sujet a mis en place les mécanismes que nous venons de voir.

Le passage à l'acte suicidaire, fréquent chez le sujet limite, pourrait alors être « une tentative de reliaison pulsionnelle », selon JEAMMET et coll. (1994), « une réactivation des pulsions de mort au service de la libido [...] au point extrême que seule la mort viendrait garantir au sujet sa vie psychique », p.127.

La fonction de ce passage à l'acte serait donc de permettre de sauvegarder une cohésion interne. Et « la violence agie devient alors la seule défense possible pour restaurer une identité menacée par un recours à la réalité externe perceptive afin de rétablir des frontières et des différences nécessaires au maintien d'une cohésion interne », p.130.

En conclusion, nous dirons que la défaillance propre du sujet limite, c'est son fonctionnement en intériorité. Nous citerons la formule de BRUSSET (2006) qui parle de « pathologie de l'intériorité et de fonctionnement psychique en extériorité » pour désigner ce fonctionnement mental que nous venons de relater au travers du traitement des pulsions agressives chez les sujet limite. La tendance massive à l'extériorisation par le biais de la prédominance de l'utilisation de l'identification projective ne répond qu'à un but, selon CHABERT (2006), maîtriser « des parties de soi projetées sur l'autre parce que non admissibles au sein de l'espace intérieur » justement défaillant, p.89.

En effet, nous avons vu combien l'objet interne était inexistant, le sujet ayant besoin de le percevoir à l'extérieur, de s'appuyer pour exister sur sa présence extérieure. Ce sont, comme le dit CHABERT (2006), les capacités de réparation, de transformation, d'utilisation de l'objet qui sont défaillantes au sein du fonctionnement limite. SEGAL (1992) parle de réparation maniaque lorsque le sujet utilise les défenses archaïques telles que celles qu'utilise le sujet limite pour lutter contre l'angoisse. En effet, pour elle, par la mise en place et la fixation à cette organisation défensive, le sujet vise une réparation de l'objet mais de telle manière que ni la culpabilité ni la perte de l'objet ne soient jamais vécues, ni ressenties. Cela permet au sujet de « ne pas sentir ni se savoir agressif » précise JEAMMET (1995), p.33. Il évite ainsi de reconnaître que l'objet a été abîmé par lui-même. Le sujet considère alors



l'objet comme inférieur, méprisable, à contrôler et dépendant de soi . La réparation qui s'en suit déchaîne consciemment ou non le mépris et la haine pour lutter contre les angoisses dépressives. La réparation maniaque est donc inefficace parce qu'elle cherche à réparer l'objet « sans qu'il soit lui-même pris en compte, et avant d'avoir pris conscience de la volonté haineuse de le détruire », selon JEAMMET (1995), p.32. Pour elle, d'ailleurs, les défenses maniaques vont perdurer parce que l'idéalisation et la toute puissance de la pensée liées au début de la vie psychique aux pulsions agressives, sadiques, font croire au sujet que ses tentatives de réparation échouent. Son fonctionnement se renforce, accompagné d'un « déni d'inquiétude » qui accroît « le contrôle fantasmatique omnipotent de l'objet », p.31. Le sujet fait, de la sorte, l'économie du sentiment de haine et de la dépression qui en découle. Et la culpabilité inconsciente, « alimentée par l'existence des désirs agressifs refoulés ou déniés » p.33, ajoute-t-elle, va se jouer « hors de la conscience donc d'un possible contrôle : entraînant alors aussi bien des actes destructeurs de l'autre que des besoins d'autopunition, d'échec » p.33.

La réparation existe donc chez le sujet limite ainsi que la vie fantasmatique mais elles ne seraient pas liées aux pulsions libidinales : elles seraient pures expressions des pulsions agressives.

# LE FONCTIONNEMENT PSYCHOSOMATIQUE

*« Depuis que je suis malade je vais beaucoup mieux  
qu'autrefois »*

*Fritz ZORN- MARS, 1996*

## *1- Le champ psychosomatique*

### *1.1 La maladie et le malade*

La maladie est souvent source de souffrance, de nécessité d'adaptation, d'action pour la recherche de traitement adapté, de changement, de rupture par rapport à l'état de santé ; même si pour CANGUILHEM (1950), p.66, « il n'y a entre ces deux manières d'être que des différences de degré ».

Il en existe qui touchent l'esprit, le mental, d'autres qu'on qualifie d'imaginaires parce qu'aucune lésion n'est trouvée, et d'autres qui sont bien réelles et qui motivent consultations médicales et traitements médicaux d'abord, mais aussi parfois la rencontre avec le psychologue, le psychiatre, le psychanalyste.

Ici, nous parlons des maladies du corps réel, des maladies organiques, pour ne pas entrer dans la polémique du réel et de l'imaginaire, si largement présente dans les discours et les pensées, comme nous avons pu l'entendre au cours de ces années d'exercice en milieu médical. Et nous nous intéresserons particulièrement au malade, bien plus qu'à sa maladie, à son discours, à son histoire, à la relation qu'il instaure autour de sa maladie, mais surtout autour de lui.

### *1.2 Le champ de la médecine psycho-somatique*

Elle offre une vision dualiste et hybride du point de vue épistémologique puisqu'elle se réfère, selon SMADJA (2001), à la fois à la médecine « dans son expression et à la psychologie dans son intentionnalité », p.146. Cette vision se repère dans sa façon d'appréhender l'objet psychosomatique et dans sa façon de le traduire du point de vue du signifiant même au travers de son écriture « psycho-somatique » ; le trait d'union prenant là toute sa valeur de tentative d'unification de deux domaines différents en utilisant une approche, la psychanalyse, comme outil, technique d'investigation dans le champ de la médecine, dans un souci, précise SMADJA (2001), de « conduire à une sémiologie dans le cadre médical », p.126.

Ceci a cependant ouvert la voie à la réflexion et élargi le regard médical sur le malade et les maladies, même si la visée était d'établir des nosographies de maladies

psychosomatiques, et non de se centrer sur le malade lui-même et son fonctionnement. C'est ainsi que l'ulcère gastro-duodéal, par exemple, est resté pendant longtemps une maladie considérée comme psychosomatique et a fait l'objet de théorisations diverses (ALEXANDER 1952, BONFILS et de M'UZAN en 1961, GARMA (1961)...).

En ce qui concerne cette approche psycho-somatique, GFELLER (1974) considérait qu'elle « ne remplace jamais les autres approches, elle les intègre plutôt pour parvenir d'un diagnostic de traitement par symptômes et organes à un diagnostic et traitement global de la personne », p.204. Tout l'intérêt de cette double approche a donc été de décentrer le regard médical des organes, symptômes vers la personne, le malade, tout du moins sa personnalité, pour aboutir parfois à des profils caractéristiques de certaines maladies. Mais pour SMADJA (2001), cette démarche aboutit davantage à établir des « corrélations entre des caractéristiques de personnalité et une configuration somatique pathologique », p.126.

Pour l'ulcère, GFELLER (1974) dit même que « les approches diagnostiques et thérapeutiques médicales et chirurgicales restent nécessaires, mais elles sont parfois modifiées et toujours intégrées dans une vision globale de la personnalité du malade ulcéreux », p.217.

L'intérêt pour nous, même si nous ne nous inscrivons pas dans ce courant d'investigation, ni d'un point de vue des objectifs, ni d'un point de vue méthodologique et de référence épistémologique, c'est de partir de certains constats cliniques opérés par les différents auteurs, notamment NACHT (1948) cité par SMADJA (2001), qui pointait déjà le lien entre maladie somatique et traitement de l'agressivité.

### *1.3 Référence épistémologique choisie*

« Nous sommes tous des êtres psychosomatiques » disait Rosine DEBRAY en 2001.

Cette assertion renvoie tout à fait à l'orientation que va prendre notre développement. En effet, il ne va pas s'agir pour nous ici de tenter de démêler le primat du psychique sur le somatique ou le primat du somatique sur le psychique, mais bien de nous inscrire dans une démarche qui reconnaît l'intrication étroite des deux dimensions jusqu'à les caractériser d'indissociable.

Le champ psychosomatique que nous allons aborder concerne ici le champ psychosomatique psychanalytique qui « part de l'homme malade et de son fonctionnement psychique pour comprendre les conditions dans lesquelles a pu se développer une maladie

somatique », SMADJA (2004), sans préoccupation de causalité psychique.

Nous nous appuyerons pour cela essentiellement sur les travaux de l'École de Paris de Psychosomatique fondée dans les années 40 par l'équipe de psychanalystes réunissant MARTY P., FAIN M., M'UZAN M., et DAVID C.. Cette équipe a largement ouvert la réflexion sur le fonctionnement psychosomatique en se dégageant de l'approche médicale qui part de la maladie pour connaître le malade. En effet, c'est à partir de 1955 que MARTY et FAIN ont interrogé cette vision de la médecine psycho-somatique pour aboutir à une référence axiale fondée sur « la dimension relationnelle intrasubjective et intersubjective ». Ce modèle « renoue (alors) avec le sens original et foncier de l'approche psychanalytique » nous dit SMADJA (2001), p.151. Ce point est une donnée essentielle dans notre analyse car c'est seulement pour nous, psychologues cliniciens, au travers de la relation instaurée avec le sujet que se découvre sa subjectivité, son fonctionnement, dans ce qu'il nous adresse.

D'ailleurs, DEJOURS (1995) le souligne aussi même si son corpus doctrinal de base s'éloigne de l'école de Paris. En effet, il dit que « la souffrance du sujet atteint de maladie somatique [...] n'est jamais réductible à ce qui se passe dans le corps biologique », p.65. Et pour lui, du coup, il ne s'agit pas de s'intéresser à la cause de la souffrance du sujet du fait de cette maladie mais de l'inscrire dans une « histoire et dans les rapports intersubjectifs que la maladie vient perturber et qui vont, aussitôt, dans la cure s'organiser autour de la dynamique intersubjective », p.65. Car pour DEJOURS (1995), « le symptôme somatique, -incident ou bêtise-, [est] en quête d'accomplissement de son sens par l'interprétation de l'autre », p.76.

En plus de cet axe interrelationnel de la maladie somatique, l'école de Paris avec MARTY en 67 met l'accent sur une chaîne d'événements aboutissant à une somatisation. Elle décrit un processus de somatisation contrairement à l'approche médicale qui décrit et s'intéresse uniquement aux maladies. C'est cette expérience clinique et la rencontre avec les sujets qui fondent la question du monisme en psychanalyse, mais du coup le dualisme s'est déplacé sur les pulsions, pulsion de vie - pulsion de mort. D'autres concepts développés, comme la mentalisation, la pensée opératoire, la dépression essentielle, la place du masochisme, de la répression, vont ici être largement mis à l'épreuve pour saisir le destin des pulsions agressives au sein du processus de somatisation.

Pour ce qui est de la terminologie, nous emploierons ici préférentiellement le terme de sujet somatisant qui renvoie pour nous à l'idée que le sujet évolue tant sur le versant

somatique que sur le versant psychique, les aléas de l'un influant sur l'autre et réciproquement.

## 2- Choix de la maladie ulcéreuse

Hormis les raisons personnelles développées au début de ce travail et les raisons épidémiologiques qui font de l'ulcère gastro-duodéal une maladie fréquente, le choix de cette pathologie s'appuie aussi sur son histoire dans le champ de la médecine psychosomatique.

Longtemps considérée comme presque paradigmatique des maladies psychosomatiques, l'ulcère gastro-duodéal a donné lieu à de nombreuses recherches. Nous ne reprendrons que celles d'ALEXANDER (1952) et de BONFILS et al. (1982, 1993, 1995).

ALEXANDER (1952), de façon générale, conçoit les maladies organiques avec un double regard : celui du champ psychanalytique et celui du champ physiopathologique. Il a élaboré deux théories. La première est la névrose d'organe caractérisée, selon lui, cité par SMADJA (2001), par « une répression chronique ou périodique des émotions qui ne trouvent ni à s'élaborer psychiquement ni à se décharger par des voies comportementales », p.32. Nous voyons donc déjà qu'en 1950, l'accent est mis sur la répression comme défense en lien et en cause dans les maladies organiques. ALEXANDER (1952) ajoute à cela le caractère chronique ou répété de cette absence de décharge émotionnelle aboutissant alors à une « surcharge émotionnelle entraînant des dysfonctionnements de certains organes voire de véritables maladies organiques ».

Cet auteur met donc l'accent sur le caractère chronique ou répété des émotions, sur la place des émotions comme cause des maladies, au même titre que d'autres facteurs (biologiques, immunologiques...). Il est à noter que SMADJA (2001), p. 39, même si ses références épistémologiques s'éloignent de celles d'ALEXANDER, le développe aussi à sa manière lorsqu'il décrit deux paramètres en cause « dans le mouvement de régression somatique » et qui sont le « paramètre quantitatif » et le paramètre « qualitatif », correspondant selon lui à la notion « d'irrégularité du fonctionnement mental » de MARTY (1980).

La deuxième théorie d'ALEXANDER (1952) portera elle sur la notion de spécificité

associant à chaque état physiopathologique une émotion et un conflit. Pour lui, un conflit se produisant une fois entraîne des modifications organiques, autrement dit des troubles fonctionnels, mais c'est la répétition de cette modification qui provoque une lésion organique, soit une somatisation.

Comme nous l'avons synthétisé dans notre précédent travail de DEA (2005) pour l'ulcère, il dégage un conflit relatif à un besoin de dépendance infantile important, un fort besoin de sécurité et de protection qui est pour le sujet soit en conflit avec son désir d'autonomie, soit ne peut être réalisé pour des raisons externes : « les désirs de rester dans une situation de dépendance infantile, d'être aimé et couvé se trouvaient en conflit avec le moi adulte , avec son orgueil et ses désirs d'indépendance , d'achèvement et du sentiment de pouvoir se suffire à soi-même », p.89. ALEXANDER place ce conflit comme central d'une somatisation mais la relie aussi à la chronicité de la tension liée à ce conflit qui peut d'ailleurs être, pour lui, tant entre des facteurs externes et le moi, qu'entre des facteurs internes (désir..) et le moi.

L'inconvénient de ce modèle théorique est d'avoir créé une typologie de fonctionnement psychique pour chaque maladie sans véritablement tenir compte des différences individuelles. Il a cependant ouvert la voie à une réflexion théorique basée sur la référence psychanalytique centrée non plus seulement sur le simple fonctionnement psychique des malades mais surtout sur sa relation avec sa maladie, avec les événements de sa vie, avec l'autre... Dans ce cadre, commente SMADJA (2001), « les symptômes et les maladies somatiques [...] s'inscrivent tantôt comme porteurs de sens, tantôt comme témoins d'une défaillance ou d'une interruption de sens », p.34.

Dans la lignée de ces travaux d'ALEXANDER, d'autres travaux ont approfondi la question comme notamment les travaux de BONFILS et de M'UZAN (étude et classification des aspects psychosomatiques de l'ulcère gastro-duodéal en milieu hospitalier sur 108 sujets malades dont 67 ulcéreux simples et 41 gastrectomisés, 1961) qui ont mis en évidence des traits non caractérisés de spécifiques (c'est ce qui est critiquable chez ALEXANDER) aux ulcéreux mais prédominants chez l'ulcéreux et qui reprennent le type de conflit dégagé par ALEXANDER. Il existe depuis ces travaux une classification des malades ulcéreux en 4 types. Se retrouve dans ces 4 types « un mouvement d'oscillation entre un pôle de dépendance acceptée voire souhaitée mais rapidement intolérable et un pôle où la dépendance est refusée, le sujet devenant par réaction, hyperactif, soucieux de son autonomie et trouvant alors l'occasion de nouvelles tensions auxquelles il voudra échapper en se tournant vers l'autre

pôle », p. 77. Il y a donc d'après ces auteurs une oscillation prédominante chez les ulcéreux entre « l'expression de tendances actives et de tendance passives réceptives », p.76.

Les 4 types sont donc les suivants : le type I ou « hyperactif » chez qui le « pôle d'indépendance s'affirme de façon privilégiée et les tendances hyperactives sont au premier plan ». Le type II ou « équilibré » car il a trouvé un compromis entre les deux tendances. Le type III ou « instable » est à la fois hyperactif et passif. Le type IV ou « passif » chez qui le « pôle de dépendance domine ».

Cette étude montre que « la désadaptation psycho-socio-familiale et fonctionnelle » pourrait d'après ces auteurs s'aggraver avec l'intervention chirurgicale. Il y aurait une « modification du type dans le sens d'une accentuation des tendances passives réceptives », surtout pour le type IV mais pas pour le type II équilibré, p.128. C'est alors comme si la gastrectomie, et liée à elle la guérison attendue, venait rompre l'équilibre psychosomatique existant avec la maladie. Nous pourrions donc faire là l'hypothèse d'une fonction homéostatique de l'ulcère et de son maintien par la chronicisation à travers une résistance au traitement médical, une persistance des symptômes après opération ou leurs déplacements.

Toutes ces études sur cette maladie ulcéreuse s'avèrent pour nous fructueuses, dans le sens où elles confirment l'hypothèse de l'intrication somato-psychique. Nous tiendrons compte des conclusions de ces recherches dans la nôtre, à travers particulièrement l'analyse des données du questionnaire 16PF5 pour l'axe dépendance-indépendance. Même si pour notre part, nous allons spécifiquement orienter notre questionnement sur le versant du destin des pulsions agressives.

Mais avant, nous allons faire un détour par une clarification des termes et des différents troubles mêlant la dimension somatique et psychique et en tirer une délimitation du cadre de recherche qui nous intéresse ici.

### 3- Quelques définitions délimitant le cadre conceptuel de notre travail :

- **Le symptôme de conversion** est l'expression symbolique à travers une zone corporelle d'un contenu psychologique à charge émotionnelle et dont le but est la décharge de cette tension émotionnelle d'après ALEXANDER (1952). Il s'agirait en fait, au sens freudien du terme, de la mise en scène corporelle d'un conflit intra-psychique c'est-à-dire que le corps



sert de métaphore à ce conflit. L'apparition de ce symptôme serait alors le signe d'un retour du refoulé sur la scène du corps imaginaire, sans lésion organique et « sans angoisse » aussi, selon SMADJA (2001). Ce dernier précise que l'apparition de ce type de symptôme implique « l'existence d'un surmoi post-œdipien corrélatif d'une organisation relativement achevée », p.28. Le symptôme conversionnel qualifié d'hystérique signerait donc un fonctionnement mental relativement élaboré.

- **Le trouble hypochondriaque** correspond au tableau clinique dans lequel le sujet se croit atteint d'une maladie grave, le plus souvent mortelle, et qui l'amène à solliciter de multiples médecins pour de multiples investigations. Selon Bergeret (2003), c'est l'image du corps qui est touchée, mais sans lésion organique. Et d'après CHABEE- SIMPER (2000), p.19, « l'hypochondrie se situe du côté de la psychose, avec une conviction délirante (...) ; ces patients font le plus souvent du shopping médical, harcelant médecins et chirurgiens pour un traitement ou une intervention qui ne résoudre rien » alors que dans les troubles psychosomatiques, c'est le corps lui-même qui est touché.

- **Le trouble fonctionnel** est un concept élaboré par des spécialistes de la médecine interne pour désigner les troubles au cours desquels même les investigations médicales les plus poussées ne montrent pas d'atteinte organique discernable. Seule la fonction touchée est modifiée mais de façon très aisément réversible, d'après ALEXANDER (1952). Selon SMADJA (2001), il s'accompagne souvent d'angoisse et il semble relier à « l'insuffisance du refoulement et à la mise en place substitutive d'autres mécanismes plus coûteux économiquement tel celui de la répression », p.29, de sorte que s'opère un contre-investissement excessif de la libido de certains organes les conduisant à un « hyper- ou hypofonctionnement ». De fait, une question se pose à nous : à quel moment y a-t-il bascule vers la lésion organique, autrement dit vers le trouble psychosomatique ?

- **Le trouble psychosomatique** est un trouble caractérisé par une atteinte réelle de l'organe concerné. Il y a un trouble lésionnel contrairement au trouble fonctionnel. C'est donc le corps réel qui est touché. Mais ça n'est pas seulement cela qui le différencie du trouble fonctionnel et du trouble conversionnel (parfois confondus d'ailleurs). Sur le plan psychopathologique et psychanalytique, le trouble psychosomatique renvoie à autre chose. DUMET (2002a) dit que « le trouble psychosomatique ne renvoie pas à l'infantile mais à l'actuel ». Elle ajoute, citant Del VOLGO (1997) qu'il « est précisément ce qui échoue à

s'inscrire (s'être inscrit) dans l'historicisation subjective. Il ne renvoie pas à la sexualité psychique mais traduit au contraire les ratés du processus d'érogénéisation du soma », p.25.

SCHABEE-SIMPER (2000) appuie cette réflexion en disant que le symptôme somatique, « s'il peut acquérir un sens, ce ne sera que dans un deuxième temps, lorsque le patient lui-même lui en donnera un », dans un processus d'historicisation de la souffrance.

Il se dégage donc la dimension du corps réel, du corps imaginaire, la dimension temporelle, la dimension du trauma, notamment lorsque DUMET (2002a) développe en précisant que « le symptôme psychosomatique advient parce que le sujet échoue à lier au sein de son appareil à penser, autrement dit parce que le malade échoue à subjectiver des éléments ou des événements de son histoire, notamment son histoire présente (l'actuel) », p.25.

Nous retrouvons aussi la dimension de la subjectivation de la maladie, de la mentalisation, et les interrogations concernant les mécanismes de défense utilisés ou non par les malades psychosomatiques comme la répression. Et DUMET d'aller plus loin en ajoutant que « ce sont davantage des mécanismes de répression voire de forclusion des affects et des représentations et plus largement l'absence de mentalisation qui caractérise l'économie psychique du sujet porteur de manifestations psychosomatiques », (*op .cit.*, p.25).

Nous en venons donc au concept de mentalisation auquel DUMET faisait référence ci-dessus lorsqu'elle parlait de l'échec du travail de liaison. Ce concept a, en effet, sa large place au sein de notre développement actuel dans la mesure où la mentalisation apparaît comme fortement mise en cause dans les processus psychosomatiques.

Pour aborder ce concept de mentalisation, nous reprendrons la définition de BERGERET (1990, 1991) citée par De TYCHEY et col. (1992, 2000), parce qu'elle présente le double intérêt de traiter, d'une part, de l'imaginaire et de la mentalisation que l'auteur met en lien. D'autre part, elle permet de différencier la mentalisation, le comportement et la somatisation comme étant trois voies possibles d'écoulement de l'excitation pulsionnelle. La somatisation survient, selon SMADJA (2001), p.75, lorsque les deux premières voies sont barrées. La voie somatique s'ouvrirait donc lorsque l'agir comportemental ou le traitement mental serait inapte à juguler l'excitation. Ceci donne « du grain à moudre » à notre réflexion, d'autant qu'elle suscite la question de savoir ce qui empêche ces deux premiers traitements et de quelle manière et par quel processus, alors, l'excitation pulsionnelle aboutit à une somatisation.

Ainsi, pour BERGERET (1990, 1991), l'imaginaire c'est « la capacité de rêver, et de fantasmer consciemment ou pas, composée de fantasmes préconscients, conscients, inconscients ou primitifs » et dont la fonction serait de « ne pas se sentir écrasé par une action trop intrusive ou trop impérative des facteurs extérieurs », (De TYCHEY et col., 2000, p.473).

La mentalisation serait alors « l'utilisation mentale de l'imaginaire. C'est un des modes de fonctionnement de l'imaginaire qui s'oppose à la somatisation et au comportement. La mentalisation est une attitude où l'imaginaire est traité, élaboré, utilisé en tant qu'imaginaire c'est à dire sur le plan de représentations qui restent dans le domaine mental » (*op.cit.*, p.473). Ce qui interroge dans cette définition est le mot « attitude ». Là où l'on pourrait s'attendre comme chez d'autres auteurs à lire « capacité ». Y a-t-il l'idée de volonté, de désir ? Est-ce un positionnement psychique et non une qualité du fonctionnement mental ?

Quant à DEJOURS (2003), en référence à son concept de somatisation symbolisante, qui signe la reprise de l'évolution mentale par l'intermédiaire du corps malade et fraye le chemin des représentations mentales qui manquaient pour faire advenir le conflit psychique, il avance que c'est le corps qui permet d'introduire un début de mentalisation. Il le dit d'ailleurs en ces termes « le processus de mentalisation part du corps ; il est d'abord corporel », p.32.

Enfin, pour DEBRAY (1991), la mentalisation est « la capacité qu'a le sujet de tolérer, voire de traiter ou même de négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques ».

En 1983, elle renvoie déjà la qualité de cette capacité aux caractéristiques du MOI. Si le Moi psychique est défaillant dans sa constitution au détriment d'une « fixation au Moi corporel perméable et mal délimité », p. 178, alors la capacité à traiter, gérer les conflits sera difficile, notamment au niveau de l'expression des pulsions agressives. Et « il n'existera pas de réelle prise en charge des conflits inter ou intra personnels en raison de l'intolérance du sujet à tout ce qui renvoie à l'expression de l'agressivité comme à l'angoisse et à la dépression », (*op. cit.*, p.175).

Il est donc là intéressant de voir établi le lien entre qualité de mentalisation et traitement psychique des pulsions agressives et de l'angoisse, pour ce que nous ciblons ici ; mais aussi de poser, d'emblée avec SMADJA (2001), le lien entre la qualité de la mentalisation et le risque de somatisation. Pour lui, la mentalisation « représente la meilleure protection contre les effets mortifères d'une somatisation qu'elle soit liée à une régression somatique, en permettant alors une rapide « réorganisation » ou, liée à la désintrinsication

pulsionnelle, elle sera alors ce qui va permettre ce « temps de liaison » après la maladie soit spontanément, soit grâce au soutien de l'autre », p.43.

En bref, pour synthétiser clairement la fonction indispensable de la mentalisation face à l'émergence des pulsions agressives et de l'angoisse, nous rappellerons la définition que donnent DE TYCHEY et LIGHEZZOLO (2004). Il s'agit pour eux, en référence au champ psychanalytique « de la capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables, les images et les émois ressentis, pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour soi-même et pour autrui [...] ce qui implique une opération de symbolisation. Celle-ci suppose aussi que les affects ressentis soient liés à des mots qui les spécifient en terme de liaison affect-représentation » », p.58-59.

La dimension supplémentaire, qui apparaît ici et nourrit notre réflexion, est la dimension interrelationnelle au travers de l'aspect « partageable, communicable ». La mentalisation n'est donc pas qu'une capacité intra-psychique mais s'évalue aussi dans ce qu'elle donne à entendre à l'autre.

Voyons maintenant comment s'articulent tous ces points d'un point de vue théorique en suivant les trois axes fixés au début de cette recherche.

# Chapitre I :

## Du destin de la pulsionnalité agressive dans le fonctionnement psychosomatique

Dans ce fonctionnement, le destin des pulsions agressives que nous avons dégagé est triple : la désintrinsication pulsionnelle, la reliaison pulsionnelle à travers le masochisme et la répression.

### *1- La désintrinsication pulsionnelle*

A partir de 1920, FREUD, nous rappelle SMADJA (2001), « souligne qu'au cours d'un état de désintrinsication pulsionnelle durable, sans possibilité de réintrinsication, l'une des conséquences qu'encourt le sujet est que ses fonctions somatiques subissent des altérations profondes donnant naissance à des maladies organiques », p.30.

SMADJA (2001), dans cette lignée, met aussi au centre des somatisations, la désintrinsication pulsionnelle entre les pulsions de vie et les pulsions destructrices. Pour lui, cette désunion serait liée au fait que « le capital libidinal n'est plus suffisant, ni du point de vue qualitatif ni du point de vue quantitatif, pour lier la destructivité désintrinsication », p. 42.

Cette destructivité subira alors deux destins :

- Le premier sera la poursuite du mouvement de déliaison au niveau somatique sous la forme de dérégulations physiologiques. Est-ce à dire que c'est là l'aggravation et la transformation du trouble fonctionnel en trouble psychosomatique ?

- Le deuxième destin consistera en un mouvement défensif appelé « procédés auto-calmants » où va se loger une partie de la pulsion de mort, en utilisant la motricité et des modes de pensée rationnels pour faire face à l'irruption traumatique liée à « un événement perceptif (...) porteur d'une signification de perte », (*op.cit.*, p.37).

Le processus de somatisation par déliaison psychosomatique résulte donc de la libération de la « destructivité interne », associée à une qualité moindre de la mentalisation et « à une répétition des blessures narcissiques et / ou de la précocité et de l'intensité des blessures narcissiques » allant jusqu'à une « mise hors circuit de l'appareil psychique », (*op.cit.*, p.37). Autrement dit « la réaction somatique s'est, en quelque sorte, substituée à la réaction psychique », (*op.cit.*, p.37).

SMADJA (2001) insiste donc à la fois sur le facteur temporel, répétitif et précoce des blessures qui peuvent ensuite, en fonction des possibilités de reprise psychique opérées par la mentalisation, trouver des issues somatiques, du fait d'une régression de « la libido objectale » non utilisée psychiquement vers « ses sources somatiques », (*op.cit.*, p.38).

Il précise qu'il existe deux types de désorganisation somatique.

La première résulte d'une régression somatique temporaire et réversible, avec un caractère transitoire, « transactionnel » où le « psychisme [est] mis en dérivation et le dialogue s'est opéré entre les événements de la réalité et le soma », (*op.cit.*, p.37). Ce qui est en jeu dans ce type de situation c'est « un événement perceptif dont l'expérience a montré qu'il était porteur d'une signification de perte [...] générateur d'un état traumatique », (*op.cit.*, p.37). Des blessures anciennes sont réactivées, de même que s'opère l'inhibition du fonctionnement préconscient du sujet, selon SMADJA (2001).

La deuxième est liée à la désintringation pulsionnelle et revêt un caractère grave, évolutif. Dans ce cas de figure, « la déliaison affecte d'abord les formations psychiques pour se poursuivre par les formations somatiques », (*op.cit.*, p.40), de façon silencieuse et insidieuse, laissant le sujet fragilisé défensivement puisque l'appareil psychique ne joue plus son rôle d'interface, de pare-excitation.

Notons au passage que SMADJA caractérise cette « irrégularité du préconscient » comme liée à l'inhibition. Dans ce cadre, les liaisons sont temporairement suspendues, coupées, inhibées avec en plus un gain psychique pour le sujet dans le sens où cette interruption, qui correspond à un état de vie opératoire, passager, transitoire, permet, comme il le souligne, « d'éponger périodiquement les excès d'excitations inhérents à l'économie objectale et de soulager le sentiment de culpabilité », (*op.cit.*, p.217). Alors que les déliaisons psychosomatiques semblent davantage à relier à la répression du fonctionnement mental, un effacement progressif et généralisé des productions psychiques, et de manière profonde et durable, même si « des réorganisations, plus souvent partielles, (peuvent) se développer, soit naturellement à la faveur des modifications du cadre de vie, soit au cours des traitements

psychothérapeutiques ». En tout cas, à chaque fois ces changements sont stimulés par l'extérieur : cadre de vie, environnement, travail thérapeutique.

Pour lui, le conflit au sein du fonctionnement psychosomatique se trouve être entre « les pulsions de destructions dont témoigne le fonctionnement opératoire ainsi que le génie évolutif de la maladie, et les pulsions de vie qui s'expriment dans les capacités de transformations psychiques du patient », (*op.cit.*, p.108). Il poursuit en développant que dans le cadre des somatisations ce sont les pulsions destructrices, de mort qui prévalent mais, selon le modèle évolutionniste *martyen*, pas « pour la violence exercée contre les structures psychiques et somatiques, leurs mises en pièces, mais bien plutôt leur effacement progressif et graduel », (*op.cit.*, p.109). Cet effacement aboutit alors à un état de vie opératoire ouvrant « sur un risque majeur désorganisation somatique », (*op.cit.*, p.109).

Ce concept de pensée opératoire est né d'une description faite par MARTY et de M'UZAN en 1962 consécutive à leurs observations. Cette pensée opératoire est alors définie, d'après SMADJA (2001), comme « une modalité singulière de pensée [...] qui s'apparente plus à une non-pensée qu'à une pensée au sens où les analystes la concevaient jusque-là », p.25. Les mots de cette pensée n'ont pas de représentants psychiques associés, ils décrivent une réalité non habitée par le sujet, coupée de lui et de ses affects. Elle est pure verbalisation informative, « la pensée de l'opératoire dit les mots sans les choses » résume SMADJA (2001), p.26. MARTY (1980) parlait de « disparition des qualités symboliques des mots », p.65.

Ce phénomène, qui trouve son pendant du côté des théorisations neuropsychologiques et cognitivo-comportementales, dénommé (notamment en psychologie de la santé) alexithymie, renvoie au fait que le sujet est coupé de ses états internes, de ses émotions. Il se repère au travers d'une modification du comportement par les autres et par le sujet lui-même, mais de façon insidieuse. « Sans s'en rendre compte, il n'a aucune réaction d'ordre psychique [...] lui-même ou son entourage vont observer des modifications de son caractère ou de son comportement habituel », p.36, nous dit SMADJA (2001). C'est comme si le sujet était étranger à lui-même, n'était pas au cœur du processus, en était le témoin au travers des mouvements extérieurs comme le comportement, le caractère, et non dans un vécu subjectif, interne, émotionnel, comme si le sujet était coupé de lui-même, de ce qui le constitue affectivement.

Dans cet état de vie opératoire, le sujet ne se sent pas déprimé, mais n'a plus la forme, « la pêche n'y est plus » précise SMADJA (2001), p.52. Sa pensée est concrète, son discours

se trouve déshabité par les affects et les fantasmes, dénué de capacités associatives et symboliques, sa relation à l'autre devient fonctionnelle. C'est alors comme si l'état psychique semblait être la traduction d'une disparition de toute singularisation psychique, « en lieu et place d'une dramatisation psychique », p.40. Cet auteur reliera cette absence d'expressivité affective au fait que le psychisme « subit les contraintes et souffrances du corps malade plus qu'il ne les régule par le travail des représentants pulsionnels. Engagé dans une logique de survie, il ne peut s'offrir le luxe de l'expressivité affective », p.76. Cette tendance à l'inexpressivité serait donc sous-tendue par, à la fois, la fragilité du psychisme à traiter les émergences pulsionnelles, à rétablir la liaison pulsionnelle et par une sur-utilisation de l'énergie psychique pour lutter contre les risques mortifères.

Du côté de la littérature anglaise, ce fonctionnement opératoire a aussi été largement décrit, comme une des caractéristiques des malades psychosomatiques, notamment par SIFNEOS (1976) à travers son concept d'alexithymie, signifiant littéralement : « absence de mots pour décrire les sentiments ». Selon SMADJA (2001), ce concept d'alexithymie, désignant pour lui « une absence d'expression de douleur psychique », serait variable et à nuancer et correspondrait plutôt à « une tendance plus ou moins marquée vers [...] une frigidité affective » reliée selon les auteurs et leur référence épistémologique à « des mécanismes spécifiques d'immobilisation, de gel, de désorganisation, de répression ou de suppression des représentants psychiques de la pulsion », p.74.

De façon générale, il a été montré, d'après LUMLEY et al. (2007) que l'alexithymie est un facteur parmi d'autres qui contribue notamment au risque de somatisation : «[...] alexithymia is hypothesised to be one of several factors that contribute to [...] potentially somatic disease» (*l'alexithymie est supposée être un des facteurs qui contribuent potentiellement à la maladie somatique*, p.233). Ce qui rejoint les conclusions de SMADJA ci-dessus. LUMLEY et al. (2007) citent TAYLOR (1997) qui a trouvé un lien aussi entre un niveau élevé d'alexithymie et des troubles psychosomatiques comme les troubles digestifs notamment l'ulcère peptique ou le syndrome du colon irritable, pour ce qui nous intéresse ici.

Il se dégage plusieurs facettes de l'alexithymie selon l'équipe qui l'a conçue (NEMIAH, FREYBERGER et SIFNEOS, 1976) citée par LUMLEY et al. (2007) « the alexithymie construct was originaly conceptualised [...] as encompassing a cluster of cognitive traits including difficulty identifying feelings, difficulty describing feelings to



others, externally oriented thinking and a limited imaginal capacity », p.232 (*le concept d'alexithymie a été initialement conceptualisé [...] comme englobant un ensemble de traits cognitifs comprenant des difficultés à identifier les sentiments, la difficulté à décrire les sentiments aux autres, une pensée orientée vers l'extérieur et une capacité imaginaire limitée*).

Des indicateurs au Rorschach ont même été décrits selon la méthode EXNER (2003) rapportée par LUMLEY et al. ( 2007), p.232, semblables à ceux proposés par les cliniciens appartenant à l'École de Paris (TIMSIT 1978<sup>4</sup>, CHABERT 1988<sup>5</sup>, de TYCHEY et col. 1990, 1991) tels que « low response productivity and low human movement suggesting poor fantasy ability, low numbers of blends suggesting concrete thought, and limited use of color indicating reduced affectivity » (*un faible taux de réponse et peu de mouvement humain suggérant une capacité fantasmatique pauvre, un faible nombre de liens suggérant la pensée concrète, et l'utilisation limitée de la couleur indiquant une affectivité réduite*).

Ce que PORCELLI et MEYER (2002) cités par LUMLEY et al. ( 2007) avaient déjà souligné lors de leur recherche en pointant les mêmes éléments auxquels s'en ajoutent d'autres « improvised fantasy life, poorly adapted emotional expression, poor coping resources, concrete and stereotypical thinking, and social conformity with compromised relationships » (*une vie fantasmatique appauvrie, une express émotionnelle désadaptée, des stratégies de coping pauvres, une pensée stéréotypée et concrète, et une conformité sociale avec des relations compromises*), p.232.

Sur la question de la conformité sociale, SMADJA (2001) la considère, en la spécifiant de conformité aux idéaux collectifs et à la réalité du socius, p.112, comme faisant partie du temps de guérison, au même titre que le fonctionnement opératoire, que les procédés auto-calmants. En effet, elle contribue à redonner au sujet, au Moi, de l'estime de soi par l'intermédiaire de la satisfaction qu'apporte ce conformisme social extrême, au point que le sujet somatisant peut être qualifié de « normopathe ».

Actuellement, deux courants s'opposent, non dans le constat clinique de l'alexithymie ou du fonctionnement opératoire qui semblent au contraire trouver des descriptions communes, mais dans le sens donné à ces observations. En effet un courant, celui de LANE et

---

<sup>4</sup> TIMSIT M. (1978), Test de Rorschach et pathologie psychosomatique, *Bulletin de la Société Française du Rorschach et des Méthodes Projectives*, 31, 11-31.

<sup>5</sup> CHABERT C. (1988), Les méthodes projectives en psychosomatique *Encyclopédie Médicochirurgicale Psychiatrie*, 37400 D10,6, 4p.

al. (2000), cité par LUMLEY et al. (2007), considère ce fonctionnement comme soit lié à une déficience dans le processus émotionnel, soit une incapacité à reconnaître ses émotions. L'autre courant lui accorde un sens défensif. LUMLEY et al. (2007) nous disent que « *traditionnally, clinical psychology, psychiatry, and psychosomatic medecine have viewed a lack of emotional expression as due to « neurotic » person's active defenses such as avoidance, inhibition, denial or repression* », p.237 ( *traditionnellement, la psychologie clinique, la psychiatrie et la médecine psychosomatique considèrent le manque d'expression des émotions comme étant dû à des défenses actives telles que l'évitement, l'inhibition, le déni ou la répression chez des personnes névrotiques* ) .

SIFNEOS (1995) distingue l'alexithymie primaire et secondaire. Pour lui, l'alexithymie primaire correspond au fait que l'émotion est présente mais sans le langage pour l'exprimer. Il n'y a, selon lui, pas de connexion neurologique qui permette l'association des images, des fantasmes, des pensées à ces émotions. Autrement dit « l'alexithymie primaire apparaît clairement comme un déficit de sentiments et non d'émotions<sup>6</sup> », p.30. C'est à travers son concept d'alexithymie secondaire que ses théorisations rejoignent le point de vue souligné par LUMLEY et al. (2007) dans le sens où il la considère comme l'incapacité à « exprimer des émotions par les voies du langage », p.31. Elle peut survenir suite à des expériences traumatisantes, choquantes...

Pour lui, la cause serait là défensive et non neurologique, « l'alexithymie secondaire par contre ne semble pas avoir une origine neurologique », p.30. De même, le courant de pensée de MARTY laisse entendre qu'il existe deux types de fonctionnement opératoire. SMADJA (2001) reprend ces arguments en distinguant « moment opératoire » et « état établi dans la chronicité ». Le premier correspond à un temps de désorganisation qui ne s'inscrit pas dans la durée et qui sera en lien avec un événement traumatique, et qui peut toucher tout un chacun, répondant à la notion d' « irrégularité du fonctionnement mental », chère à MARTY. Dans cet état temporaire, le sujet , précise SMADJA (2001), « se met en repos, en convalescence d'être. Il s'agit en quelque sorte de moments de ressourcement narcissique, apparentés à l'état de sommeil-rêve », p.175. Ils permettent ainsi d'éponger « périodiquement les excès d'excitation inhérents à l'économie objectale et de soulager le sentiment de culpabilité inconscient », (*op.cit.*, p.217). Le deuxième correspond à un état précoce « dans la vie du sujet et qui s'est maintenu jusqu'à l'âge adulte », (*op.cit.*, p.40). Cet état de vie opératoire peut se retrouver, selon l'Ecole de Paris, dans « des tableaux cliniques assez

---

<sup>6</sup> SIFNEOS (1995) offre une définition claire de l'affect. Pour lui « l'affect a deux composantes : une biologique, l'émotion et une psychobiologique « le sentiment » ». Le sentiment est lui-même une émotion plus les images, les fantasmes, et les pensées faisant parties des processus psychologiques qui y sont attachés. P.28.

variés » comme le rapporte SMADJA (2001), p.174 . D'un point de vue métapsychologique, dans l'état de vie opératoire c'est le narcissisme qui est touché et le moi est alors narcissiquement désinvesti en tant qu'objet. Ceci entraîne une déliaison pulsionnelle capitale pour le sujet dans le sens où comme le dit SMADJA (2001) « la perte en libido du moi aboutit nécessairement à une désunion pulsionnelle dont l'effet principal est un accroissement de la destructivité libre au sien du moi [...] conjoncture qui favorise au plus haut point le développement d'une somatose », p.216. Le sujet peut-il être alors protégé d'une entrée dans un état de vie opératoire chronique ? Par quel processus ?

Pour SMADJA (2001) entre ces deux états temporaires et chroniques<sup>7</sup>, il y a une continuité processuelle qui repose à la fois sur des facteurs quantitatifs et de temps avec le phénomène de répétition des événements, au phénomène de profondeur des blessures narcissiques des événements, associé à la répétition de ces blessures ainsi qu'à la durée de l'état de déliaison pulsionnelle, lui-même fortement lié aux capacités de mentalisation. PAPAGEORGIOU (2001), p.98, évoque une démentalisation suite à des événements survenus dans la vie du sujet très précocement (trop précocement ?) et qui du coup prédisposerait à une éventuelle somatisation dans sa vie adulte.

Dès lors la chronicisation serait-elle indissociable de la vie opératoire ? En serait-elle le reflet ? En serait-elle un processus défensif ?

Pas forcément d'après SMADJA (2001), puisque la qualité de la mentalisation semble être l'un des maillons qui permette de ne pas glisser d'un moment à un état de vie opératoire : « la qualité de la mentalisation c'est-à-dire de l'élaboration psychique soutenue par les valeurs et investissements libidinaux, représentent encore la meilleure protection contre les effets mortifères d'une somatisation », p.43.

Dès lors, c'est la qualité de la mentalisation ainsi conçue qui, dans le mouvement de régression somatique, va permettre rapidement une réorganisation. De même que dans le mouvement de déliaison psychosomatique « un temps de reliaison est toujours possible une fois la maladie installée, soit naturellement soit le plus souvent grâce au cadre psychothérapeutique et médical installé autour du malade », (*op.cit.*, p.43).

Cette différence entre état opératoire temporaire et état chronique pourrait aussi se rapporter, comme le soutient MARTY (1963, 1976, 1980, 1990, 1991), à une insuffisance de représentations de liaison affects-représentation soit par atteinte congénitale soit accidentelle

---

<sup>7</sup> La question qui se pose à nous est la distinction clinique entre « périodiquement » et état chronique notamment lors d'investigation ponctuelle comme dans le cadre de la recherche.

soit aussi par une défaillance des relations précoces mère-enfant qui n'ont pas alors permis la constitution des représentations. Pour l'aspect temporaire, il le rapporte à la qualité du préconscient en lien avec la qualité de la fonction maternelle. Cette notion développée par MARTY (1980) renvoie en fait comme le résume SMADJA(2001) à une fonction provisoire « de gérance, de régulation de l'ensemble des systèmes fonctionnels somatiques et psychiques de son bébé »p.93. Ce caractère de provisoire se rapporte au fait que la mère, ou celle qui remplit cette fonction auprès de l'enfant, permet petit à petit à l'enfant, grâce à sa vigilance, à sa bienveillance, à sa capacité à s'identifier à l'enfant et à ses besoins, de pouvoir ensuite prendre en charge seul cette régulation. Et pour SMADJA (2001), ce cadre d'investissement maternel doit être discontinu, p.95, dans le sens où la mère doit laisser petit à petit cette régulation des systèmes fonctionnels à l'enfant tout en sachant se montrer femme-amante auprès du père. C'est ainsi, dans ce cadre de présence-absence, que « pourront se déployer les aptitudes identificatoires hystériques de l'enfant au désir de la mère », (*op.cit.*, p.95), autrement dit où va pouvoir se déployer le début de la vie fantasmatique. Le cas échéant, si des distorsions se produisent dans ces relations précoces enfant-couple de parents, alors des « conséquences, dynamiquement de la plus haute importance, non seulement (vont avoir lieu) sur la qualité de l'économie narcissique mais aussi sur celle de l'organisation pulsionnelle œdipienne » (*op.cit.*, p.87).

En d'autres termes concernant cette fonction maternelle, nous pouvons dire<sup>8</sup> que, la mère, par sa mise en mots des affects possibles de l'enfant ainsi que de ses perceptions, va établir le lien entre le vécu interne de l'enfant, le monde externe et ses affects. Aussi, plus l'espace imaginaire de la mère sera riche, plus elle sera disponible mentalement pour l'enfant, plus alors elle pourra permettre à l'enfant par le biais de son langage d'accéder à un monde interne riche. Cela va donc constituer le réservoir de base des représentations de mots sur lesquels l'enfant va se développer un espace mental riche protecteur des somatisations selon MARTY.

FONAGY (1996) cité par De TYCHEY et col. (2000) évoque plutôt la notion de verbalisation parentale faisant office de miroir réfléchissant. Ainsi le parent permet, grâce à la symbolisation, de différencier le monde interne du monde externe que l'enfant emmagasine des représentations de mots liés à des vécus affectifs et développe de fait, selon FONAGY, sa capacité à réguler ses affects. La notion de miroir réfléchissant implique aussi, comme il le

---

<sup>8</sup> XARDEL-HADDAB H., Mémoire de DEA de psychologie : étude du fonctionnement mental d'un malade ulcéreux chronique, approche clinique et psychodynamique », 2005, 69p. Sous la direction du PR. Claude de TYCHEY, université Nancy 2

souligne, la capacité du parent de prendre en considération les états mentaux de son enfant et de les traduire en mots, constituant ainsi un étayage fondamental et constitutif pour l'enfant.

Ce sont donc aussi ces facteurs qui permettront de protéger le sujet d'un risque de somatisation, ou tout du moins d'une levée plus rapide du processus de désorganisation.

Revenant au concept de pensée opératoire, et aux différents courants de pensée sous-jacent aux recherches et théorisations, nous pouvons remarquer que le constat clinique est convergent vers les mêmes traits cliniques du fonctionnement opératoire dont le signe constant est, selon SMADJA (2001), le surinvestissement du perceptif. Pour autant, il apparaît à l'évidence que ce dont traite le concept d'alexithymie et de fonctionnement opératoire ne relève pas des mêmes ressorts psychiques. En effet, dans le concept d'alexithymie, il s'agit d'une incapacité à décrire ses émotions, de difficultés langagières à évoquer verbalement ses affects, ce qui sous-entend que ces émotions existent. D'ailleurs, SIFNEOS (1995) à l'instar de troubles neurologiques comme l'aphasie, qualifie l'alexithymie d'« aphasie émotionnelle ». Or, dans le champ psychosomatique psychanalytique, le fonctionnement opératoire, et le désert affectif qui peut se rencontrer dans les somatisations, correspond à une suppression de la source pulsionnelle, somatique, de la sensation, l'affect étant donc effacé, réprimé dès sa perception, voire en deçà de sa perception, de son accès à la représentation. PAPAGEORGIU (2001), reprend une hypothèse de GREEN (1994) dans ce sens qui dit « que lors d'une somatisation, pour des raisons inconnues, les excitations née à l'intérieur du corps ne parviennent pas jusqu'au psychisme, leur demande traduisant une exigence de travail interprétante par le psychisme comportant une grande part de destructivité. Pour protéger le moi, ou l'objet destinataire de cette demande, il se produit alors une surdité répressive du psychique, équivalent de la forclusion, qui laisse libre cours à la destructivité reportée alors sur la sphère somatique », p.90.

Cette hypothèse est d'autant plus intéressante pour nous qu'elle relie cette surdité à la destructivité et qu'elle montre le glissement de cette destructivité du psychique vers le champ somatique. GREEN (1994) ajoute même, pour se rapprocher encore plus du concept d'alexithymie, qui concerne rappelons-le le manque de mots pour décrire les sentiments, que « les représentations de mots » subissent un destin particulier, à savoir celui de l'abolition même de la capacité de « percevoir ces représentations » d'où naît « le surinvestissement du factuel », p.91.

Cependant les théorisations anglaises que nous avons citées nous apportent quelques

éléments éclairants sur les conséquences de l'alexithymie. En effet, LUMLEY et al.( 2007) rapportent que les personnes alexithymiques sont plus attentives aux symptômes physiques et à toutes sensations physiques. Cela les conduit, disent-ils à « somatosensory amplification, or the tendency to notice and be concerned about one's body, which can be intensified by the low-level negative mood that often accompagnies alexithymie » ( *à une amplification somato-sensorielle, ou la tendance à s'intéresser à son propre corps, qui peut être intensifiée par une humeur négative de bas niveau qui souvent accompagnie l'alexithymie*), p.235. Ils ajoutent que tous ces signes peuvent alors être pris pour des somatisations : « all these processes are sometimes considered aspects of somatisations », p.235. Ne s'agit-il pas là plutôt de fonctionnements hypochondriaques, une hypersensibilité aux sensations corporelles, une crainte de la maladie, puisque ces sujets sont décrits ensuite comme de grands « consommateurs de soins » sans forcément avoir de troubles organiques comme le pointent LUMLEY et al. (2007) : « that alexithymic patients may report symptoms but not necessarily have more somatic disease », p.235, (*les patients alexithymiques peuvent faire attention aux symptômes mais n'ont pas nécessairement de maladie somatique*).

Cette comparaison des deux courants paraît confirmer la similitude de fonctionnement entre sujet alexithymique et sujet opératoire. Cependant, il est à noter que les descriptions dans le champ de la psychologie de la santé s'attache à décrire un fonctionnement observé de l'extérieur alors que les données dans le champ psychosomatique partent de cette relation transféro-contre-transférentielle qui amène à nuancer : fonctionnement opératoire, pensée opératoire, vie opératoire, et donc à déterminer le caractère passager ou chronique de ce qui se donne à voir, à entendre ou ne pas entendre. En effet, comme le dit SMADJA (2001), ce qui caractérise ce fonctionnement est le travail de négativation, où tout se donne à entendre par son absence d'expression, où « la sémiologie (se découvre) par défaut ou en négatif », p.46. Dans ce tableau opératoire où domine la dépression de type essentielle, il manque la symptomatologie habituelle, positive, c'est-à-dire qu'il y manque les manifestations obsessionnelles ou phobiques, d'angoisse, de culpabilité, d'expression de caractère et toutes les activités semblent se produire machinalement. Pour MARTY (1980), « l'appareil mental est coupé en deux et réduit à un certain aspect secondaire convenable », p.70.

Enfin, pour clore sur ce mouvement d'aller-retour entre ces deux champs, nous dirons que c'est peut-être aussi dans une perspective thérapeutique que ces considérations peuvent nous intéresser. Nous y reviendrons dans notre conclusion.

Pour DEJOURS (1995), le symptôme somatique advient lorsqu'il existe un échec dans la réalisation de l'agir expressif. Celui-ci fait alors surgir la violence, qu'il pose comme fondamentale dans la naissance du symptôme somatique.

Par « agir expressif », il faut entendre un concept clé dans sa théorisation et qui donne à voir l'intrication du corps et de la psyché dans le même mouvement, à savoir « l'ensemble constitué par l'énoncé et l'énonciation, avec tout ce que l'énonciation implique de l'engagement du corps (mimiques, gestique, motricité, prosodie, voix, timbre, rythme, modifications viscérales et neurovégétatives etc...) », p.74. Ce terme englobe l'idée que « l'agir expressif mobilise dans le corps érotique, dans le corps engagé par la relation à l'autre, hic et nunc, certaines fonctions biologiques », (*op.cit.*, p.74).

Pour lui, l'intersubjectivité prime sur l'intrasubjectivité dans le sens où le symptôme somatique « est adressé à autrui » au sein de cette relation intersubjective. La violence qui advient de cet agir va alors s'exprimer :

- soit « sous forme de passage à l'acte compulsif » comme pour tenter de donner le sens manquant « à cet incident somatique », p.74, non trouvé au sein de cette même relation.
  
- Soit par la répression qui va se mettre à opérer pour produire « une paralysie de la pensée » pouvant entraîner la mise en place d' « une crise somatique » p. 75.

Mais pour DEJOURS (1995) la répression n'est alors pas la seule en cause et ne génère pas systématiquement de symptôme de cet ordre. La qualité de la réaction de l'autre face à cet agir expressif va être d'une importance capitale pour laisser advenir ou non le symptôme somatique. DEJOURS (1995) nous offre donc là des pistes singulières de réflexion concernant le symptôme somatique en le resituant dans une interaction, en le dénarcissant d'une certaine manière, dans la mesure où le symptôme somatique peut naître de cette rencontre non contenant du sujet et de l'autre, voire, pour reprendre une expression de MARTY (1980), de la défaillance de la « fonction maternelle » de cet autre, et non seulement liée au sujet lui-même.

L'on voit aussi ici la place centrale faite à la violence comme étant au fondement du symptôme somatique dans l'échec de la reprise intersubjective, dans ce qu'il appelle « l'interprétation de l'autre ». SMADJA (2001), p. 97-98, citant MARTY (1980), au sujet de

l'écllosion d'une maladie somatique et du paradoxe psychosomatique propose ce développement : « la dépression essentielle (...) pouvait disparaître spontanément à la faveur d'une maladie somatique (...) et devient alors le point de départ d'une réorganisation régressive : « Néanmoins, de manière spontanée, à la faveur d'une systématisation régressive traduite cette fois par l'écllosion d'une symptomatologie d'ordre mental ou somatique, à la faveur aussi d'éventuels bénéfices secondaires) ou du fait de modifications relationnelles extérieures, la dépression essentielle est susceptible de disparaître laissant la place à la restructuration de l'individu ».

C'est alors comme si le destin de la désintringation pulsionnelle dépendait fortement de la réponse externe qui pouvait lui être offerte :

- Soit elle est reprise dans un frayage relationnel qui permet « à la maladie somatique (de) servir à la conservation de l'individu et à sa reconstruction », (*op.cit.*, p.98).

- Soit elle continue sur sa voie mortifère car dans « ce mouvement de décharge des tensions, l'agressivité, la colère voire la haine éprouvées envers l'objet d'amour, décevant et frustrant, se retournent contre le sujet lui-même et son propre corps, et ce, à défaut d'avoir pu être métabolisées autrement », selon DUMET (2002b), p.131. Elle fait référence là à l'agir expressif de DEJOURS (1995) et aux conséquences de son échec. Si le sujet ne peut exprimer à l'autre cette agressivité et lui donner corps, se met alors en place un « agir compulsif » dans une tentative absolue de se faire entendre et de faire sens.

Pour CURNUT (1995), dans le domaine psychosomatique, le destin des pulsions agressives réside dans la compulsion de répétition dont la visée est la recherche de la tension zéro, par le biais de ce que SMADJA appelle les conduites auto-calmanes, définies comme « représentantes de la pulsion de mort, dans leur fonction de neutralisation, voire de mortification de l'excitation » (2001, p.210). Ce sont donc « des défenses qui assurent la protection du moi contre un danger qui menace son intégrité. ». Le qualificatif d'auto-calmant indique que le moi est à la fois sujet et objet de ces techniques qui visent à faire revenir le calme, « à neutraliser, mobiliser la destructivité interne du Moi », (*op.cit.*, p.251).

Mais le calme trouvé n'est jamais définitif. « L'excitation pulsionnelle déferle, mais ne se qualifie qu'en affects bruts et violents », selon CURNUT (1995), p.54. Le système « affect-représentation-refoulement-symbolisation » n'arrivant pas à les travailler, le sujet recourt alors à la motricité, à la perception, par le biais d'une réalité sans fantasmes.

Cette compulsion de répétition en jeu ici et au cœur de laquelle se trouve la pulsion de mort, pointe l'échec de la symbolisation (ou en est la cause ?). Elle pointe tout autant une



tentative de relancer cette symbolisation c'est-à-dire de permettre la réunification pulsionnelle, la liaison affects-représentation.

Cette ambivalence se retrouve au cœur du fonctionnement des procédés auto-calmands : ils tentent de relancer cette liaison tout en figeant la pensée, tout en instaurant le calme psychique. « Ils conduisent le sujet à une errance psychique, un désert mental par le biais de l'utilisation de la décharge pulsionnelle pour trouver le calme », (*op.cit.*, p.54). Pour SMADJA (2001), cela correspond au premier temps de la somatisation marqué par la déliaison, « tant au sein du fonctionnement mental que dans les fonctionnements somatiques », p.101.

Tout travaille en silence vers le dérèglement somatique, du fait de « l' action de la pulsion de mort désintriquée de la libido ».

Nous posons donc à ce stade de notre développement notre quatrième hypothèse :

**H4 : l'extinction de cette vie pulsionnelle se traduirait par une défaillance de la mentalisation que nous nous attendons à trouver mauvaise notamment du point de vue de la symbolisation des pulsions agressives avec un traitement factuel ou un évitement du rouge. Et L'espace imaginaire serait aussi réduit notamment sur le plan des liaisons associatives.**

## 2- Le versant du masochisme

Vient ensuite le temps du « pathomasochisme » qui correspond pour SMADJA (2001) à un processus qui aurait pour fonction une reliaison psychosomatique d'où une restructuration du sujet est possible car « la resexualisation de la fonction somatique altérée par la maladie [...] a pour conséquence d'accroître les capacités du sujet de lier la destructivité interne à l'œuvre sur le terrain de l'organe ou de la fonction malade », p.103.

Nous voyons donc là la fonction positive, reconstructrice puisque liante, du masochisme pour protéger de la poursuite de la désorganisation somatique. ROSENBERG (2001) va même plus loin en affirmant que « c'est lorsque le masochisme échoue qu'il y a une maladie psychique ou psychosomatique », p.13. Le masochisme n'aura donc pas qu'une fonction de liaison secondaire mais agirait dès la racine en empêchant la maladie de

s'instaurer pour peu qu'il réussisse à « lier et intriquer [la pulsion de mort] », ( *op.cit.*, p.13). Remarquons que sur cette question du masochisme ROSENBERG met sur le même plan et la maladie psychique et la maladie psychosomatique ; ceci parce qu'il a choisi de faire le lien entre masochisme et maladie sans distinction. Cela souligne donc que le masochisme, quelque soit le niveau d'expression de la maladie (somatique ou psychique), tient la même fonction ou tout du moins, si maladie il y a, achoppe au même point du fonctionnement ? Ce ne serait donc pas le masochisme et son allure selon le contexte psychique ou somatique de la maladie qui en ferait la distinction processuelle ?

A cela ROSENBERG (2001) répond en expliquant que le masochisme « représente la première défense contre la pulsion de mort, la première liaison, intrication de celle-ci par la libido », p.15, et que du même coup cela signifie que « toute intrication pulsionnelle est fondamentalement de l'ordre du masochisme », p.15. Or, c'est la pulsion de mort qui est impliquée dans la maladie et le masochisme qui en est la défense et actionne le processus de réorganisation. Pour ROSENBERG, c'est de ce double mouvement (action de la pulsion de mort et liaison masochiste de la pulsion de mort avec la pulsion de vie) qu'apparaît « toute pathologie », ( *op.cit.*, p.15). Et pour lui, lorsque le masochisme ne tient plus sa fonction de « cadre commun en ce qui concerne l'existence de l'opposition pulsionnelle, et avec elle, de la conflictualité », ( *op.cit.*, p.22), alors il se produit une pathologie psychosomatique. En effet, pour lui, les « psychosomatiques [...] fuient la prise de conscience de la conflictualité psychique par la vie opératoire et surtout par la somatisation », ( *op.cit.*, p.22).

D'ailleurs, les procédés auto-calmants que décrit avec finesse SMADJA (2001) pointent aussi l'échec de cette liaison masochique : « le sujet somatisant est incapable de lier sa destructivité interne pour constituer un vécu masochique », p.254. Et ce sont alors les procédés auto-calmants qui vont en assurer la fonction.

Pour le versant de la chronicisation, MAIDI (2003), pense que le maintien du « trouble organique peut tout à fait être favorisé ou accentué par les inclinations d'ordre masochique du sujet », p.89. Le sujet, ainsi, « se trouve, à son insu, victime de ses propres pulsions sadiques qui sont réfléchies et dirigées contre soi », p.89. De sorte que la chronicisation revêt pour lui le critère de « besoin itératif de victimité » de certains malades refusant inconsciemment la guérison, justifiant de la sorte leur « place d'objet sacrificiel », p.90.

Ainsi, précise-t-il, seule l'élaboration mentale peut permettre au sujet de sortir de son destin, « en partie auto-institué », de masochisme mortifère. Là aussi, nous retrouvons la question de l'activité-passivité liée à la position masochiste du sujet face à la maladie et à sa

part de responsabilité psychique dans le maintien de sa souffrance. Est-ce qu'alors le mécanisme de chronicisation ne s'installerait que lorsque le sujet a le sentiment de subir sa maladie du fait de sa position de victime de la maladie ?

Serait-ce alors ce concept freudien de masochisme féminin et que FINE (2001) décrit comme « la capacité d'une tolérance à une « passivité réceptive » de la souffrance », p. 42 ?

Ou bien encore est-ce l'expression du masochisme moral au sens où la maladie est alors vécue par le sujet comme une sanction, une punition ? AISENSTEIN (2001) évoque l'idée que « la victimisation ou les sanctions sont recherchées pour elles-mêmes parce que vécues dans une excitation qui implique une dérive narcissique », p.32.

Alain FINE (2001) quant à lui, associe clairement cette question à la « présence de masochisme moral, véritable narcissisation de la souffrance pour certains, [qui] se constate aussi comme une résistance qu'il faut essayer de lever avec prudence », p.43. AISENSTEIN (2001) le rejoint sur ce point lorsqu'elle avance en conclusion de son article qu'il est « des douleurs physiques qu'il est parfois dangereux de guérir », p.32. Ceci parce que finalement le masochisme « peut par érotisation de la souffrance, ou pour expier une culpabilité, permettre la récupération de la maladie somatique comme source de jouissance et en bloquer le développement vers la guérison », selon GUTTIERES-GREEN L. (2001), p.59.

Au travers de ces auteurs, et de ces réflexions, nous pouvons d'ores et déjà dégager l'hypothèse de la place du masochisme (mortifère, moral) dans l'apparition et la chronicisation de la maladie en suivant la réflexion d'Alain FINE (2001). Selon lui, « le masochisme (...) serait ce qui permet à certains patients de continuer à supporter la vie, rejoignant ainsi l'acceptation supposée d'une dimension masochiste de l'existence humaine, révélatrice, malgré les apparences, de qualité vitale », p.39. Le masochisme aurait alors là pleine fonction de « gardien de la vie » comme le souligne ROSENBERG (2000).

Et AISENSTEIN (2001) d'aller plus loin encore en soulevant une autre question, celle du lien entre maladie et masochisme moral : « ne peut-on pas penser que la maladie lui [masochisme moral] succède ou bien en tient lieu ? », p.32.

Elle appuie ainsi les propos de Marty (1980) qui pointent que les mouvements sadomasochiques peuvent être le signe d'une réorganisation mentale qui peut avoir lieu suite à une maladie somatique : « la réorganisation mentale se perçoit souvent à son début [...] dans le témoignage des affects sadomasochiques », p.19. Comme si ces résurgences marquaient le début de la réintrinsication pulsionnelle sexuelle et agressive, le masochisme jouant là son rôle de réintrinsication, de mobilisation des pulsions libidinales et agressives.

Concernant sa forme clinique, pour SMADJA (2001), le masochisme moral se repère « dans sa forme manifeste par des comportements. Le sentiment de culpabilité est cliniquement absent », p.102, car ajoute-t-il plus loin, « il est inconscient ». Il s'affirme par l'état de maladie et non par celui de culpabilité », (*op.cit.*, p.200). Cette absence d'expression de la culpabilité s'inscrit dans un ensemble plus vaste d'absence d'expression de la souffrance psychique, à savoir, précise SMADJA (2001), que « ce qui est supprimé ou abrasé [...] c'est principalement la fonction de signal de l'affect qu'il s'agisse de l'angoisse ou de la douleur. La souffrance psychique est rendue absente dans son expression, sinon dans sa représentation. Du coup c'est tout le travail mental qui est aussi abrasé. », p.56.

MARTY aussi, déjà en 1980, signalait « la disparition des sentiments inconscients de culpabilité- ou tout du moins l'absence de perception par l'observateur de tels sentiments », p.63. Il ajoute, précision clinique non des moindres pour notre analyse, que ce sentiment ne doit pas être confondu avec la « culpabilité consciemment dévoilée [...] qui signale plutôt un sentiment d'infériorité en relation avec un Moi Idéal peu élaboré », p.63.

En tout état de cause, l'absence de sentiment inconscient de culpabilité, qui serait « attaché au surmoi », p.63, constitue pour lui, comme pour SMADJA (2001), l'un des signes principaux de la dépression essentielle, en lien direct avec une somatisation, dans une sorte de mouvement circulaire : la dépression essentielle précède la somatisation puis à partir de cette somatisation revient à elle mais « avec un gain psychique », p.49, réalisé par l'investissement masochique de l'organe malade précise ce dernier.

Nous posons donc ici notre cinquième hypothèse :

**H5 : le fonctionnement psychosomatique serait marqué par l'existence d'une grande composante masochiste.**

### *3- Le versant de la répression*

PARAT (1991) dans son article concernant la répression, reprend toute la théorisation freudienne de la répression en comparaison de celle du refoulement.

Elle souligne comme PRESS plus tard (2001), que la répression est un travail du moi conscient qui vise « l'effacement de l'affect tout en maintenant la représentation neutralisée au niveau du préconscient », p.93. Ce serait alors un mécanisme volontaire, délibéré, ayant pour effet de traiter avec indifférence la représentation qui peut alors à nouveau venir à la conscience. Elle serait issue de la morale, de la religion, de l'éducation..., p.94.

Reprenant les écrits freudiens sur la répression des pulsions sexuelles, PARAT les applique aux pulsions agressives. En effet, elle décrit le cheminement de la déliaison des pulsions sexuelles et des pulsions agressives et du coup d'« une libération des pulsions agressives subissant à leur tour une répression si aucune voie sublimatoire ne suffit à les utiliser », (*op.cit.*, p.94). Mais elle précise aussi que les pulsions agressives peuvent subir une répression indépendamment de la répression des pulsions sexuelles : « le même mécanisme s'applique, nous semble-t-il aux pulsions agressives, qu'elles soient spontanées, ou conséquence de la frustration entraînée par la répression sexuelle. », (*op.cit.*, p.94).

La répression produirait alors une angoisse diffuse, non liée à un conflit objectal (c'est pourquoi alors au rorschach il est difficile d'avoir des éléments sur le type d'angoisse, la nature du conflit). Elle résulterait plutôt de la « tentative de suppression des désirs », (*op.cit.*, p.95), de la désarticulation de l'affect et de la représentation car c'est ce lien qui est source de l'angoisse : « l'effort qu'effectue la répression porte spécialement sur la désarticulation entre représentation et affect, car ce qui est redouté, parce que douloureux, c'est l'affect lié à certaines représentations », (*op.cit.*, p. 96).

Ainsi, la représentation déplacée, isolée de l'affect au niveau du préconscient, puis conscient, pourra être évoquée sans souffrance. L'affect, quant à lui, est soit transformé en un autre affect soit inhibé. « Cette stase de l'affect (complexe somato-psychique) entraîne une augmentation du taux de la tension d'excitation qui ne peut trouver de mode de décharge que dans l'accès d'angoisse ou dans les voies somatiques », (*op.cit.*, p.96).

PARAT (1991) p.104, renvoie aux auteurs comme SAMI-ALI (1987), GREEN (1973) qui ont parlé de refoulement réussi pour qualifier la répression « où les représentations rejoignent alors les traces du refoulement originaire et entraîne un renforcement des traits de caractères à type d'inhibition, de contention accompagnés parfois d'une symptomatologie somatique ». Ce refoulement originaire dépend des soins maternels, « du préconscient et de

l'inconscient maternel comme le seront les premières représentations de choses, puis de mots et leurs liaisons riches ou défectueuses », p.105. Car la répression est liée à l'éducation, aux limitations instaurées de l'extérieur, notamment des parents, et qui portent sur « la motilité, l'agressivité, la sexualité. L'interdiction qui passe par le geste, la parole, le regard (même si cette interdiction est aussi protectrice comme le sera le surmoi) endigue la spontanéité de l'enfant et lui apprend à stopper ses élans pulsionnels », p.104.

L'on voit donc poindre ici à la fois le rôle protecteur de la répression dans le sens où elle fait entrer l'enfant dans le monde social grâce aux utilisations de ses pulsions notamment agressives. Mais se laisse aussi palper le danger de l'utilisation massive de ce mécanisme et des éléments sur lesquels il pourrait porter. En effet, la répression devient pathologique, nous dit PARAT (1991), lorsqu'elle porte sur « les pensées et les fantasmes », s'appuyant sur DEJOURS (1989) pour qui « les parents du somatique visent la répression de la pensée de l'enfant », p.106. Aucun espace n'est alors disponible pour l'enfant pour déployer ses pulsions. SMADJA (2001) évoque, lui, « la répression de la réalisation hallucinatoire du désir » comme un des fondements ensuite de la pensée opératoire, dénuée déshabillée psychiquement, mécanique, fonctionnelle, factuelle, concrète et soumise à « un impératif de conformité » d'abord dicté par la mère, puis « intégré au fonctionnement mental du sujet sous la forme d'un Moi idéal », p.41. Ainsi plus rien n'individualise, ni ne singularise le sujet : « ni symptôme individuel, [...] ni expression affective », p.41. Il poursuit son développement, en ajoutant que la fonction de ce fonctionnement opératoire serait alors « de neutraliser une réalité primaire désobjectalisante [, ] réalité qui contient le projet de la destruction du désir propre du sujet, de sa subjectivité. Elle engage le sujet à devenir étranger à lui-même, à renoncer à son projet pulsionnel personnel », p.214.

Pour André GREEN (1998), la répression empêche la liaison somato-psychique, empêche le psychique d'opérer son travail de traduction des sensations corporelles en réalisant une « surdité répressive du psychique », c'est-à-dire qu'alors « le somatique, ayant à franchir la barrière somato-psychique, se voit refuser l'accès au psychique et [est] renvoyé à sa source », p. 44-45. De sorte que les conséquences de la répression sont d'ordre somatique car elle agit sur les « pré-formes des représentants pulsionnels, bloquant ainsi la perception et induisant un grave dysfonctionnement du préconscient qui nuit à la mentalisation » précise DEBURGE (2001), p. 21-22.

DEJOURS (1989, 1995, 1997, 2001,2003) pour évoquer les avatars de la construction somato- psychique différencie très clairement le corps biologique qui est pour lui la cible de la somatisation et le corps érotique qui serait le terreau de la subjectivité. Il décrit deux opérations pour appuyer ce propos :

-la diabolisation qui est la relation de séparation entre le physiologique et le psychologique c'est-à-dire la relation de séparation. L'ordre psychique de la sexualité ne symbolise pas le physiologique mais s'en sépare.

- la symbolisation prend le relais de ce qui a été séparé pour créer de nouveaux liens dans l'ordre psychique. La construction de ce corps érotique serait le résultat du dialogue entre le corps et ses fonctions prenant appui sur les soins corporels donnés dans l'enfance par la mère, et le père. Ce corps érotique se construit donc en lien étroit avec les fantasmes de la mère, sa sexualité, son histoire et celle du père. DEJOURS en considérant que « les somatisations symbolisantes créent de nouvelles liaisons psychiques » (1989, p.26) se distingue là de la conception de MARTY ( 1963, 1976, 1981, 1990, 1991) qui parle de « régressions réorganisatrices » lesquelles prennent appui sur de l'existant.

Le lieu du conflit est alors entre le sujet et son corps et non avec la maladie, qui elle, au contraire, signe la non toute puissance du sujet par rapport à son corps. D'où la colère du sujet contre son moi idéal et qui précipiterait le sujet dans une dépression essentielle. Sur ce point, MARTY (1963, 1976, 1980, 1990, 1991) et de DEJOURS s'opposent : la dépression essentielle semble venir secondairement à la somatisation pour DEJOURS, alors que pour MARTY (1963, 1976, 1981, 1990, 1991) elle est un état précédent la somatisation et pouvant, si elle est traitée, empêcher la somatisation.

Ceci fait donc dire à DEJOURS que la somatisation aurait un sens à décoder du côté de la motion destructrice et ne serait pas l'expression d'un désir inconscient, puisque selon lui l'organe choisi est celui qui est forclos de la subversion libidinale liée au maillage parental.

D'ailleurs, pour PRESS, (2001), la répression n'opère que face « à la part de la pulsion qui est non psychisable », p.95, car non psychisée. La Mère ne peut percevoir ni traduire toutes les expériences pulsionnelles de l'enfant. Et il ajoute concernant le lien à la somatisation que « plus importante [cette part] sera, plus proche de l'excitation somatique et loin de l'élaboration psychique, plus aussi la répression sera radicale et le risque de somatisation important », (*op. cit.*, p.95).

Concernant les pulsions destructrices, DEJOURS (1989) avance l'idée de « la violence ou le pouvoir destructif au point de départ de la somatisation », p.27.

Et si cette violence n'est pas mise en acte, elle subit un destin particulier celui de la répression. En effet, il pose « l'hypothèse de la violence réprimée comme processus central de la somatisation (qui) permettrait d'expliquer comment des somatisations peuvent survenir en dehors d'une dépression essentielle, en réponse à l'activation de cette violence archaïque qu'assurément chacun porte en soi et qui peut dans certaines conditions conduire soit à la déintrinsication pulsionnelle, soit à l'altération du clivage », (*op. cit.*, p.54).

En 2003, DEJOURS met en avant que c'est l'inhibition de l'agir expressif de la colère qui va alors et laisser le sujet vulnérable face à l'autre et être à l'origine d'une décompensation somatique. Il précise qu'il faut entendre inhibition au sens de répression : « inhibition doit ici être entendu au sens trivial du terme. Le processus en cause dans cette inhibition est lui-même à discuter. Il ressortirait spécifiquement à la répression - unterdrückung-, sans laquelle il n'y aurait pas de décompensation somatique », p.30.

C'est alors l'expression barrée des motions hostiles non adressées à l'autre, et qui du coup livre le sujet aux réactions de l'autre sans protection possible, qui sera la source d'une décharge sur le versant somatique.

En effet, la violence, liée à l'inhibition de l'agir expressif de la colère, va alors se retourner contre le sujet lui-même car le sujet ne peut pas se protéger efficacement de ce qui provoque en lui sa propre hostilité.

Il ajoute même que « le danger n'est pas dans l'hostilité elle-même, ni dans la violence, ni dans l'agressivité. Il est fondamentalement dans l'impossibilité de mettre en scène le drame intrapsychique et de le manifester dans l'intersubjectivité. Le drame existe mais sa dramaturgie est barrée », (*op. cit.*, p.36).

En effet, la décompensation somatique résulte « dans la dynamique intersubjective, de ce que l'autre sollicite, chez le sujet la fonction proscribed, non subvertie libidinalement. Cette sollicitation confronte le sujet à la perception d'une réalité jusque là déniée et entraîne l'activation d'une violence compulsive réactionnelle » contre l'autre. Cette violence sera alors orientée vers soi, vers une décharge somatique par le biais de l'inhibition.

La chronicisation serait, elle, l'effet de « la répression en deçà de la représentation et de la perception elle-même », p.70. Ainsi, « l'attaque porte directement sur la source instinctuelle, de sorte que la poussée soit immédiatement déchargée dans le corps viscéral avant même qu'il



ne puisse y avoir perception donc complètement en marge du fonctionnement mental préconscient », p.110. C'est une opposition à la sensation qui empêche la perception puis la représentation.

- La répression agirait donc sur la sensation, à sa source c'est-à-dire dans le corps.
- L'inhibition porterait sur l'expression, la mise en acte adressée à l'autre.

DEJOURS (2003) place cette dernière au carrefour directionnel de la violence. Pour lui, c'est l'inhibition qui donne aux motions hostiles une direction interne, somatique ; sans quoi, ces motions s'exprimeraient par le biais du passage à l'acte.

Sur le plan relationnel, le destin des pulsions agressives des malades somatiques se retrouve dans une sorte de continuité des pulsions infanticides parentales, de poursuite de la violence physique et psychique des parents. Mais c'est surtout la violence psychique qui tend à empêcher l'enfant de penser. Et la répression est conçue alors par DEJOURS (1989) comme une « impossibilité de penser », p.57, requise ainsi pour conjurer le passage à l'acte en venant à bout des motions violentes. Cela signifie donc que la répression vient en lieu et place d'un passage à l'acte suicidaire, en l'occurrence, contre lequel le sujet « lutte », p.57, car le sujet veut ainsi éviter de se rendre compte de son animalité, c'est-à-dire d'être confronté à sa violence fondamentale. Mais là alors, surgit la somatisation « si je m'y oppose [...] par la répression, alors je préserve l'autre –fauteur de troubles- et je me préserve d'un passage à l'acte suicidaire. Mais en neutralisant l'excitation et l'intentionnalité inconsciente, je risque de déclencher un processus de somatisation : autre modalité de destruction de mon corps propre », (*op.cit.*, p.56).

Ainsi :

- soit les motions violentes s'exprimeraient contre soi au travers d'un passage à l'acte suicidaire ou automutilation, par retournement contre soi suite à l'inhibition.
- soit elles sont réprimées à la source et retournent à la source corporelle au travers d'une somatisation.

Pour DEJOURS (1989) ce sont ces deux voies qui existent, non pas parce que le sujet cherche à protéger l'autre de sa violence, mais plutôt parce qu'il a besoin de se protéger de l'expérience de l'expression de sa violence de « son animalité » : « Il y a dans l'après-coup du passage à l'acte une conscience douloureuse de l'expérience de l'animalité, de la compulsivité », p.58.

Une autre destinée des pulsions agressives se retrouve aussi à travers l'instauration d'une relation que DEJOURS (1989) appelle une relation blanche. Cette relation blanche serait fortement reliée elle-même, à l'une des conséquences de la répression de la violence, à savoir le sadisme qui s'exprimerait alors dans les tentatives de neutraliser, minéraliser l'autre, d'avoir une emprise sur l'autre. C'est ainsi que DEJOURS (2003) le développe : « cet autre [...] qui est là précisément pour subir le joug du silence, de la neutralité et de l'anéantissement psychique et affectif. L'autre est là seulement pour endurer le sort que lui réserve le patient. Qu'il se mette seulement à réagir, à se manifester, et le patient devient violent [...]. L'objet, dans cette prison affective, est la preuve d'un pouvoir effarant exercé par le sujet, non sans une jouissance, peu visible certes, mais dont la privation lui est intolérable » du fait de sa forte dépendance à cet objet, p.135.

DEBURGE (2001), quant à elle, souligne en citant MARTY (1990), que la répression de tout le fonctionnement mental aurait pour conséquence des somatisations graves car l'action de « la répression et des représentations et du comportement conjuguée de manière durable, ferme totalement la porte aux issues du ça (et) risquent de donner lieu aux maladies les plus graves », p.61.

Au final, il y aurait équivalence psychique entre un passage à l'acte suicidaire, une somatisation, et une relation d'emprise signant l'expression sadique du sujet. Le sujet ne pourrait alors se situer face à ses pulsions destructrices que sur le versant masochiste ou sur le versant sadique ? Pour DEJOURS (1989) une autre voie s'offre au sujet : le clivage, défense à laquelle il donne une acception particulière, allant même jusqu'à la considérer comme une troisième topique, mais dont nous traiterons dans la partie mécanisme de défense.

En attendant nous posons là notre sixième hypothèse :

**H6 : L'action conjuguée de la répression sur l'appareil à penser et l'inhibition des**

**motions hostiles conduirait aux somatisations qui apparaîtraient en lieu et place des manifestations d'angoisse au travers du fonctionnement opératoire.**

## **Chapitre II :**

### **Du point de vue de l'angoisse**

DEJOURS (1986) délimite l'angoisse chez le sujet somatique en opposition à celle

s'exprimant chez le sujet névrosé.

Pour lui, l'angoisse somatique dite « angoisse actuelle », p.50, est « une angoisse décharge », dénuée de toute chaîne associative, de toute activité de représentation et de liaison : c'est une angoisse « non représentée, non identifiée par un Moi qui défaille, concomitante à un défaut de liaison intrapsychique et à une brèche dans le processus secondaire, [qui] caractérise les sujets qui ont un défaut d'organisation de l'appareil psychique, une tendance à décompenser par des somatisations », p.51.

A cette angoisse diffuse répondent les procédés auto-calmands dont la vie opératoire que SMADJA (2001) considère comme « destinée à protéger le patient du retour traumatique des états de détresse (angoisses diffuses) », p.67. Ceci serait lié, d'après lui, à « une défaillance au sein [du moi] des systèmes aptes à lier l'excitation par les voies de l'élaboration mentale », p.234.

C'est donc une angoisse sans objet, une angoisse à l'état brut, non symbolisée, non représentée et qui se décharge dans la voie corporelle. Les décompensations somatiques sont alors la voie privilégiée contrairement aux états limites qui privilégient la voie dépressive même si le tronc commun de l'angoisse structurelle est la même pour DEJOURS (1986), p.51. Et cette angoisse selon DEJOURS (1989) apparaît lorsqu' une perception dans le réel lève la barrière protectrice constituée par ce qu'il appelle les perceptions calmantes : « en cas d'effraction de la barrière mise ainsi en place pour servir de déni vis-à-vis d'autres perceptions potentiellement traumatiques, le risque est évidemment celui d'un « développement de l'angoisse », p.104.

En 2003, DEJOURS précise que cette angoisse est issue de l'activation par l'autre d'une zone du corps non subvertie libidinalement et peut alors se transformer en colère envers l'autre, en général, ajoute-t-il, p.178. Et lorsque ce n'est pas le cas, elle s'exprime contre le sujet lui-même au travers d'actes d'automutilation ou de tentative de suicide. Cette angoisse est elle-même à rattacher à l'« angoisse de perte de contact avec l'autre et avec sa propre subjectivité » et contre laquelle le sujet se débat au travers de sa transformation en colère, en une crise de colère. Angoisse et colère seraient-elles alors des équivalents psychiques dans le fonctionnement des malades somatiques ? La crise de colère, son expression au travers d'actes auto- ou hétéro-agressifs seraient-ils des indicateurs d'angoisse chez le malade somatisant et de cette angoisse particulière ? Cette angoisse-colère serait-elle protectrice des somatisations puisque comme le développe DEJOURS (2003) la crise somatique survient

lorsqu'il y a inhibition et répression de la colère ?

Concernant la fonction protectrice de l'angoisse face au risque de somatisation, nous la retrouvons aussi dans les théorisations de MARTY (1980) au sujet de l'angoisse. En effet, il décrivait déjà les mêmes types d'angoisse qualifiée de diffuse, anobjectale dans le sens où elles traduisent « la détresse profonde de l'individu, détresse provoquée par l'afflux de mouvements instinctuels non maîtrisés parce que non élaborables et semble-t-il non exprimables d'une autre manière », p.61.

Ceci serait en lien avec une faiblesse défensive du Moi. L'angoisse ne remplit plus alors sa fonction de signal d'alarme mais signe plutôt le débordement des capacités moiïques par insuffisance ou défaillance ou rigidité du recours au système défensif.

Aussi l'angoisse devient-elle automatique, toujours présente, sans possibilité d'être traitée mentalement, d'être traitée par la symbolisation, la liaison des représentations, puisque celles-ci, selon MARTY, sont absentes : « on ne voit d'ailleurs pas ce que le Moi lierait puisqu'il n'existe plus de représentations », p.63.

Et c'est seulement « lorsque l'appareil d'angoisse lui-même est épuisé » que cesse la manifestation de l'angoisse pour faire place à une stabilisation, installation de la vie opératoire c'est-à-dire quand tout le fonctionnement psychique se met en veille, en silence, quand le système fonctionne par automatisme, de façon machinale. MARTY ajoute même plus loin : « on cherche en vain des désirs, on ne trouve que des intérêts machinaux », p.63.

C'est comme si, alors, l'angoisse avait une fonction protectrice de la désorganisation somatique et constituait une tentative de maintenir un équilibre car lorsqu'elle se tait, ces mouvements, « ces comportements devenus rationnels et relativement automatiques ne se trouvent éventuellement soutenus que par un Moi Idéal narcissique et primitif » caractéristique de la dépression essentielle, tandis que le Moi remplit au plus mal, de manière évidente, ses rôles de liaison, de distribution et de défense », p.63.

Nous allons donc voir maintenant comment ce silence psychique se manifeste au travers de différents mécanismes de défense à l'œuvre pour maintenir ce gel mental, que DEJOURS (1989) qualifie de « paralysie mentale », et lutter contre cette angoisse.

### **Chapitre III :**

### **Du point de vue des défenses psychiques**

Tout l'intérêt du développement qui suit sera de montrer de quelle manière l'organisation défensive chez le sujet somatisant est centré vers une intériorisation de l'expression des pulsions agressives.

### 1- L'intellectualisation

Elle est une des variétés de l'isolation, comme le précisent De TYCHEY et LIGHEZZOLO (2004), permet de lutter contre les émergences pulsionnelles agressives par le biais de la rationalisation et de la référence au monde des idées donc à son monde interne.

### 2- Le clivage, le déni, l'inhibition

Pour MARTY (1980), avec la dépression essentielle et la pensée opératoire qui sont deux facettes du même phénomène, nous trouvons une perte de la valeur symbolique des mots, des images, des idées d'où un traitement factuel et actuel de la réalité. Tout cela se produit en rupture d'un fonctionnement antérieur et « l'appareil mental est alors coupé en deux et réduit apparemment à un certain aspect secondaire de présentation convenable », p.70.

Cela pourrait-il être assimilé au clivage ?

C'est avec DEJOURS (2003) que nous pouvons affiner ce concept de clivage chez le sujet somatisant, d'autant plus qu'il met l'accent précisément sur le destin des pulsions agressives. Mais pour aborder le clivage selon cet auteur, nous allons devoir faire le détour de points précis de sa théorisation qu'il nomme « troisième topique ». Elle présente le mérite d'être complète et de rassembler les différents mécanismes que nous allons aborder les uns après les autres.

Pour commencer, DEJOURS part de l'hypothèse centrale de l'existence d'une scission entre l'inconscient refoulé composé de représentations.(au sens psychanalytique du terme) et de l'inconscient non refoulé formé à partir de « la violence exercée par les parents contre la pensée de l'enfant », p.85. Ceci va alors empêcher la formation de l'inconscient refoulé puisqu'il ne peut se produire de transformation, de « traduction du message adulte », (*op.cit.*, p.85). Aussi, l'une des conséquences cliniques sera la somatisation, mais aussi, précise-t-il, le passage à l'acte, la violence. C'est alors l'instauration du clivage qui va permettre d'empêcher

le déchaînement de ces signes et maintiendra l'apparence d'une certaine normalité. Certainement seulement car l'on retrouve chez le malade somatique une pensée opératoire qui découle de cette absence d'interprétation associative de la réalité, de cette « absence d'interprétation fantasmatique, inventée par le sujet », (*op.cit.*, p.88). C'est ainsi que le sujet produira peu de rêves, ou tout du moins peu de rêves avec la fonction réorganisatrice et refoulante. Cette pensée opératoire se pose comme digue contre les poussées instinctuelles issues de la rencontre avec la perception affective de la réalité. Elle va maintenir le clivage pour que le sujet puisse continuer de fonctionner.

Entre ces deux inconscients, se trouve « une zone de sensibilité de l'inconscient » (*op.cit.*, p.92), expression reprise à FAIN (1981) dans laquelle l'inconscient va rencontrer « la réalité via la perception » et dont **le déni** va écarter la perception affective », (*op.cit.*, p.93).

C'est ainsi que :

- Si ce déni est levé, des réactions comportementales se déclenchent car le préconscient ne peut tenir sa fonction de liaison associative et parce qu'alors la violence instinctuelle, issue de l'inconscient non refoulé, maîtrisée jusque là par le déni s'actualise au travers de la colère et du passage à l'acte.

- Si le sujet utilise **l'inhibition** massive de la pensée pour faire face à cette levée du déni, il évitera le déchaînement de cette violence compulsive mais c'est la somatisation qui surviendra, d'autant plus qu'elle sera associée à la répression, par retournement de la charge agressive contre soi, contre son corps. C'est cette seule voie possible qui pourra maintenir le clivage et permettre au sujet de « sauver la face » face à sa violence car c'est fondamentalement contre cela que le sujet lutte pour rester dans une certaine normalité.

L'inhibition se lit donc là comme une soustraction du sujet à une réalité devenue source de danger comme les passages à l'acte, les affects douloureux, les décharges compulsives de la violence.

### 3- La répression

Sans revenir sur les fondements théoriques développés plus haut, nous allons nous attacher à faire le lien direct entre la somatisation et la répression.

Elle est utilisée par le sujet lorsqu'il refuse d'utiliser la voie de la projection externe pour décharger l'excitation liée aux pulsions agressives. Se produit alors la somatisation qui constitue par le biais de la répression une sorte d'implosion, de « projection interne », projection « somatique » dit SMADJA (2001), allant jusqu'à la neutralisation de la sensation par la destruction de son corps. En fait, l'attaque par le biais de la répression va porter sur la poussée instinctuelle qui va alors être immédiatement déchargée dans le corps (motricité automatique, viscérale ... précise DEJOURS (2003)), avant même que la perception ait lieu. L'activité du sujet devient donc opératoire c'est-à-dire machinale, répétitive jusqu'à la paralysie mentale, p.109.

#### 4- La satisfaction par la perception qu'a développé DEJOURS (1989)

DEBRAY (1983) dans son approche de la mentalisation remontait aux sources de mise en place de cette capacité. Elle pense que pour comprendre les somatisations, il faut reconsidérer la relation mère-enfant puisqu'au début de sa vie le « bébé ne saurait être distingué de ce qui constitue son nécessaire environnement (que sont) les soins maternels », p.162. En effet, « dans le cas où le visage de la mère n'est pas un miroir où le bébé peut se reconnaître, WINNICOTT dit que « la perception devient l'aperception » c'est-à-dire que la perception devient alors une défense pour le bébé et l'activité motrice sera le moyen de décharge », (*op.cit.*, p.162). Elle émet alors l'hypothèse suivante pour expliquer le fonctionnement des sujets somatiques : « en raison d'une menace de chaos liée à une relation insuffisamment sécurisante avec leur environnement s'opère très précocement une défense par la perception de la réalité extérieure qui vient en quelque sorte oblitérer et effacer tout « ressenti » interne qui ne s'étayerait pas sur des sensations corporelles réelles », (*op.cit.*, p.166). Cette défense se mettrait en place au détriment de « l'utilisation des mécanismes de projection et d'introjection ». Ceci va donc rendre ces sujets hypersensibles à leur environnement extérieur et à ses jeux de présence-absence, dans le sens d'une incapacité à tolérer les changements dans la réalité extérieure « introduisant à des désordres somatiques ». Il s'agirait donc là d'un défaut d'intériorisation de l'objet entraînant un accrochage forcené à la perception sensorielle de la réalité extérieure.

Ainsi, le défaut de constitution du Moi psychique lié à une « fixation au Moi corporel perméable et mal délimité », (*op.cit.*, p178), aura un impact sur la capacité à gérer les conflits



« il n'existera pas de réelle prise en charge des conflits inter ou intra personnels en raison de l'intolérance du sujet à tout ce qui renvoie à l'expression de l'agressivité comme à l'angoisse et à la dépression » (*op.cit.*, p.175). Et cette défaillance des mécanismes de projection de l'agressivité entraîne une sensibilité plus forte aux éléments pouvant constituer un traumatisme lequel opère un mouvement de pénétration interne et non externe par la projection. Cette pénétration va « électivement toucher le corps et dont la traduction sur le plan mental ne se ferait pas à travers une intensification de mécanismes traduisant la lutte contre l'angoisse mais plutôt par un ressenti corporel de type augmentation de la sensation de tension physiologique, prélude à un éventuel mouvement de désorganisation somatique » (*op.cit.*, p.175).

DEJOURS (1989) quant à lui développe cette défense en la reliant plus spécifiquement à la violence parentale agie dont ont été victimes les patients somatisants. Pour lui, « la violence des patients qui atteint l'analyste dès lors que le transfert est actif et qui vise à le tuer psychologiquement bien plus qu'à le rendre fou, serait l'héritière de la violence infanticide des parents », p.101.

C'est donc pour faire face à cette violence que le sujet s'accroche alors à la perception dans le réel. C'est ce que DEJOURS appelle des « perceptions protectrices » liées à un défaut de traitement de l'excitation par « des liaisons dans le pré-conscient », p.104, du fait que « les mères ( de ces sujets) instaurent le primat de la satisfaction par la perception en lieu et place de la frustration et de l'activité mentale propre de l'enfant », (*op.cit.*, p.99).

Et c'est aussi parce que le sujet use de cette défense que le conflit psychique se met peu à découvert, voire n'a pas lieu. En effet, la satisfaction par la perception permet de rester au registre de la perception sans atteindre celui de la représentation mentale « qui impliquerait sa prise en charge par le préconscient et donc le risque de faire surgir un conflit », (*op.cit.*, p.131).

Ce surinvestissement de la réalité perceptive fait partie du tableau que constitue la vie opératoire pour SMADJA (2001), en vue de « protéger le Moi d'une angoisse issue d'un manque au niveau des représentations et des fantasmes inconscients », p.41. Cela correspond à un « effacement des productions psychiques », (*op.cit.*, p.41), permettant l'individualisation du sujet, l'expression de sa singularité, au profit d'un calme psychique.

##### 5- La description compulsive de la réalité perçue

Elle est le pendant de la satisfaction par la perception. Pour DEJOURS (1989), il s'agit

alors d'une description de situations, de faits, d'événements sans aucun travail associatif. Le sujet colle alors à une réalité perçue et la rapporte sans liaison, faisant dire à DEJOURS (1989), que le discours du sujet est alors caractérisé par une « absence de dérive associative, absence de commentaire, absence de double sens des mots » et qui aurait pour effet une « absence d'activité de penser chez l'analyste », p. 77.

### 6- L'activisme

Il est, pour DEJOURS (1989), l'autre registre par lequel s'exprime la prévalence du perçu sur le représenté chez les sujets somatisants. Pour lui, le sujet au travers d'une sorte d'agitation stérile, de multiples déplacements, recherche une « perception calmante » à l'extérieur, hors de son espace psychique. Recherche qui représente son envers c'est-à-dire une fuite de sensations potentiellement traumatisantes et donc potentiellement source d'angoisse. C'est ainsi que DEJOURS pense que « pour rendre compte de l'état du corps et des mouvements instinctuels qui s'y développent, le patient recherche dans la réalité, des formes, des « Gestalten » ad hoc qui le calment », (*op.cit.*, p.79).

Ce mécanisme défensif vise donc lui aussi à atteindre un calme psychique, l'extinction des excitations internes.

### 7- La vie opératoire

Elle est pensée et rattachée par de nombreux auteurs à commencer par MARTY (1980), lorsqu'elle est associée à la dépression essentielle, comme une opération défensive de tout l'appareil psychique visant à permettre « la conservation d'acquis postérieurs à la fixation même si ces acquis trouvent leur expression sous forme mécanique, machinale sans aucune valeur symbolique », p.77. C'est alors comme si cette « paralysie mentale » permettait la survie, la conservation du sujet. Ce que MARTY dévoile en ces termes : « ainsi désuni du fond, inexprimable, de sa personnalité, le patient opératoire survit-il davantage qu'il ne vit », (*op.cit.*, p. 95). Mais ce système défensif reste très précaire, fragile car il laisse le sujet opératoire vulnérable aux aléas externes « en raison d'une sensibilité persistante de son inconscient », (*op.cit.*, p.95).

Concernant les pulsions agressives, celles-ci s'expriment lors de cette vie opératoire uniquement au travers de « manifestations agressives, surtout verbales, parfois violentes », (*op.cit.*, p.98). Il s'agit alors d'actes auto-impulsifs de type « comportement dangereux lors d'activités machinales sans qu'on puisse déceler une sous-jacence fantasmatique quelconque ». Elles ne réapparaîtront ensuite, selon MARTY (1980), qu'à la faveur des réorganisations mentales : « nous avons constaté cependant chez certains sujets des alternances à rythme lent entre des risques de mort par désorganisation progressive et des risques de mort par suicide. Lors des tentatives de suicide [...] c'est la réorganisation de l'individu au niveau d'un système mental retrouvé qui détermine ces tentatives », p.98.

Il s'agit donc, lors de la vie opératoire de mouvements agressifs de type décharge sans lien avec une activité psychique inconsciente, comme une activité fantasmatique. La décharge aggressive se produit à l'état brut, au sein de comportements machinaux, répondant à « la satisfaction des nécessités élémentaires ». Le retour à une vie mentale transforme cette décharge aggressive, violente en tentative de suicide laquelle constitue psychiquement une tentative de liaison au prix du risque de sa vie. D'un point de vue métapsychologique, MARTY (1980) relie d'un côté l'expression aggressive à la Pulsion de mort, aux gestes suicidaires, de l'autre côté, les Instincts de mort aux actes auto impulsifs. C'est donc alors une tentative de mise en lien relationnel que constitue la tentative de suicide chez les sujets somatisants. Elle figurerait ainsi un frayage vers une amélioration de la vie psychosomatique en dépit du risque vital qu'elle déchaîne paradoxalement.

Nous l'avons donc vu les mécanismes de défenses déployés par le sujet somatisant sont orientés vers une intériorisation de l'expression des pulsions agressives, comme si le sujet cherchait le silence psychique, le calme absolu pour éviter la confrontation avec ses propres excitations internes. Et lorsqu'il ne lutte pas pour leur extinction, et qu'au contraire se met en place une extériorisation des pulsions agressives, elle est mal contrôlée, inefficace, puisqu'elle apparaît par le biais de passages à l'acte. Le sujet somatisant semble donc se trouver dans une impasse : soit il exprime ses pulsions agressives par le biais de la colère, d'actes auto ou hétéro-agressifs, c'est-à-dire il les exprime au-dehors, il les expulse hors de lui, mais sans contrôle ; soit il inhibe cette expression en plus de la répression de ses affects, et alors c'est le risque de somatisation plus ou moins grave.

Pour conclure, nous nous permettrons de dire, qu'à l'instar du sujet limite qui présente

une « *pathologie de l'intériorité et (un) fonctionnement psychique en extériorité* », ( BRUSSET, 2006, p.55), le sujet somatisant présenterait lui « *une pathologie de l'extériorité et un fonctionnement psychique en intériorité* ».

**TRONC COMMUN FONCTIONNEMENT**  
**LIMITE ET FONCTIONNEMENT**  
**PSYCHOSOMATIQUE**

Pour élaborer cette partie synthétique autour du tronc commun des deux fonctionnements, à partir des différents éléments théoriques recueillis, nous allons continuer de les présenter selon les trois axes principaux de notre travail : à savoir le destin des pulsions agressives, la nature de l'angoisse et les mécanismes défensifs déployés.

## 1- Le destin des pulsions agressives au sein du fonctionnement limite et du fonctionnement psychosomatique

### *1.1 La désintrication pulsionnelle*

Elle est commune aux deux fonctionnements avec son cortège de passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs. Nous l'avons vu, la nécessité de la décharge des pulsions agressives se retrouve au sein des deux fonctionnements. Et même si les voies de décharge ne sont pas les mêmes, elles s'appuient toutes deux sur un défaut de mentalisation.

Cette mise en acte de l'agressivité survient lorsque le fantasme ne tient plus sa fonction de scène d'expression interne des pulsions agressives. Pour WINNICOTT (1994), « un nourrisson est tout à fait capable de destruction, il est tout à fait capable également de protéger ce qu'il aime de sa propre destructivité et l'essentiel de la destruction doit se produire dans ses fantasmes », p.19. En ce qui concerne les deux fonctionnements, il apparaît effectivement un échec de la fonction du fantasme :

- Chez le sujet limite il est débridé, abrasé et la réparation dans le réel consécutive au fantasme n'a pas lieu, le fantasme se joue du coup sur la scène externe.
- Chez le sujet somatisant, l'accès au fantasme est barré, empêché par l'organisation défensive, voire n'a pas pu se mettre en place du fait des répressions parentales portant sur la pensée propre de l'enfant.

## 1.2 *Le masochisme moral*

La part du masochisme dans les deux fonctionnements est de type moral comme un besoin de punition, d'autopunition. Ainsi le sujet « trouve le moyen de souffrir et du même coup exprime son agressivité, se fait punir, ce qui le décharge de sa culpabilité », WINNICOTT (1994), p.24.

Le retournement des motions agressives contre soi-même ou contre son propre corps se pose comme un mouvement pour faire face à la haine, la colère envers l'objet décevant, frustrant.

## 1.3 *L'alexithymie :*

Cette incapacité à « sentir » est retrouvée aussi chez les borderline nous dit SMADJA (2001) : « il existe même quelques cas, dit border-lines ( cas limites) de patients que la terreur paralyse tant qu'ils ne savent pas ce que c'est que de « sentir », une condition que l'on appelle aujourd'hui « alexithymie » », p.64. Il est vrai que bien souvent l'émotion est confondue avec la sensation, les affects décrits sont basiques « angoisse, peur, haine », sans possibilité d'affiner, de décrire, de raconter leur ressenti et même de se centrer dessus. Ou alors ils sont décrits en excès, avec cette incapacité à les relier avec les événements, avec les autres états internes, à associer autour de leur ressenti d'angoisse vif et sidérant, si ce n'est l'agir, le jouer sur la scène de la mise en acte et se focaliser sur l'objet extérieur, sur la réalité concrète et externe.

D'ailleurs, LUMLEY et al. (2007) le distinguent très bien lorsqu'ils décrivent deux types d'alexithymie, même si ces deux descriptions restent des hypothèses théoriques dont il faudrait affiner les indicateurs, dans d'éventuelles futures recherches. Le premier semble correspondre aux sujets somatisants : «the type 1 alexithymia refers to the prototypic or classic alexithymic person who has little experience or display of emotion, minimal emotional awareness and verbalization, and a pronounced external orientation », p.240, (*l'alexithymie de type 1 se réfère à la personne alexithymique type ou classique qui a peu d'expérience ou , une conscience et une verbalisation émotionnelle minimum et une orientée vers l'extérieur de façon prononcée*). Le deuxième nous paraît correspondre aux sujets limites dans leur description : « the type-2 alexithymic person experiences and expresses heightened levels of negative emotion but has difficulty identifying and labeling his or her own feelings and is

confused, overwhelmed, feels numb, or act out when aroused », p.240, (*la personne alexithymique de type-2 vit et exprime de hauts niveaux d'émotion négative mais a des difficultés à identifier et à nommer ses propres sentiments et est confuse, débordée, se sent paralysée et passe à l'acte quand elle est excitée* ).

Du point de vue opératoire, il s'avère aussi qu'il existerait un tronc commun entre les deux fonctionnements limite et psychosomatique. En effet, SMADJA, (2001), classe les états limites comme des névroses à mentalisation mauvaise ou incertaine<sup>9</sup> s'appuyant sur des éléments cliniques suivants : « morcellement des représentations, des affects et de la pensée, la prévalence du comportement et la tendance aux somatisations », p.114. Il les rapproche même des états de démentalisation tant pour lui la clinique les montre semblables du point de vue de l'angoisse qualifiée de « détresse », de la dépression caractérisée d'essentielle, « du morcellement des réseaux de représentations, d'affect, et de pensée, un trouble du discours et du jugement et une qualité particulière de narcissisme définie par A. GREEN comme un narcissisme d'emprunt et que, à la suite de M. FAIN, je reconnais comme un narcissisme de comportement. », p. 115.

Effectivement, nous avons bien souligné jusque là à quel point le sujet limite et le sujet somatisant étaient dépendants du regard de l'autre, et de sa présence effective, soit pour exister, soit pour consolider un narcissisme défaillant et fragilisé, en cherchant à se conformer au socius, en offrant l'estime d'eux-mêmes au regard de l'autre, extérieur et non intériorisé; entraînant alors chez l'un comme l'autre une tendance à l'agir, et la construction d'un faux-self. C'est avec l'installation de cet état opératoire que se distingue ces deux fonctionnements car à ce moment-là, le vide psychique s'impose chez le sujet somatisant contrairement au sujet limite qui continue de livrer une bataille contre ses représentations et ses affects débordants, contre une vie fantasmatique non contenue et débridée.

SMADJA (2001) souligne que pour le premier, « la pulsion de mort agirait par des mécanismes de négativation, de neutralisation et d'extinction, processus qui se rapprocherait de la répression que nous avons décrite. Alors que pour le deuxième, le clivage continue d'opérer sa fracture entre le monde des représentations et les affects comme si « la pulsion de mort agi(ssait) par des mécanismes disjonctifs de coupure, de rupture des liens entre toutes sortes de représentances », p.116.

---

<sup>9</sup> MARTYP., Essai de classification psychosomatique de quelques maladies somatiques graves, Paris : Psychiatrie française, 1985, n°5, vol.16., p.27-37.



## *1.4 La dépression essentielle*

La dépression essentielle décrite par le courant psychosomatique comme une dépression sans expression, repérable par son absence d'expression symptomatologique et constituant le début et la fin du processus de somatique dans une sorte de mouvement circulaire, peut aussi, selon SMADJA (2001), se révéler de façon bruyante.

En effet, il semble en exister deux versants. Le premier se rapporte à une disparition des affects, une chute du tonus vital sur le plan psychique amenant les manifestations psychiques à disparaître progressivement. Elle est précédée d'angoisse diffuses semblables à un état de détresse archaïque où l'appareil psychique est débordé dans ses capacités d'élaboration et de traitement. Il s'apparente à ce que nous pourrions relever chez le sujet somatisant.

L'autre versant se traduit par son contraire, c'est-à-dire par une expression affective bruyante, extériorisée, d'angoisse ou de douleur. Il s'apparente à ce que nous pourrions repérer chez le sujet limite.

Mais dans les deux cas de figure, nous retrouvons, nous dit SMADJA (2001) en référence au concept de complexe de la mère morte (GREEN 1983), une « défense par la réalité, comme si le sujet éprouvait le besoin de s'accrocher à la présence du perçu comme réel indemne de projection, c'est-à-dire qu'on assiste à la négation de la réalité psychique », p.69.

Au final, tout ceci a fait dire à SAMDJA (2001) après une comparaison pointue entre les différentes dépressions et « entités dépressives voisines » que la dépression essentielle serait probablement à relier à « des événements psychiques précoces qui (auraient) entraîné l'assimilation d'une perte objectale avec une perte narcissique », du fait de l'immaturité des moyens d'individuation du sujet avec l'objet, p.87.

## 2- La nature de l'angoisse

Elle est permanente, intraitable mentalement, envahissante, débordante et est en lien avec l'autre, avec la peur de la perte de l'autre, de son contact et du coup de sa propre perte puisque l'existence de ces deux sujets dépend étroitement de l'existence perceptive de l'autre.

C'est donc au niveau de sa nature et de son traitement que l'angoisse diffère chez nos deux sujets. Chez le sujet limite, il y a une lutte effrénée, active, et désespérée contre cette angoisse alors que chez le sujet somatique, elle ne se transforme en somatisation que lorsqu'elle cède la place à la colère réprimée.

### 3- Les mécanismes défensifs

#### *3.1 Le clivage :*

L'échec du clivage, par la levée de la barrière du déni de la perception affective de la réalité, est à l'origine au sein des deux fonctionnements de la mobilisation défensive pour traiter l'émergence pulsionnelle intense. Et c'est l'organisation défensive pour faire face à cette avalanche d'affects qui sera différente.

#### *3.2 Le recours à la réalité externe :*

Il est tout de même plus utilisé par le fonctionnement somatique qui y a recours par le biais des autres mécanismes de défense comme la vie opératoire, la satisfaction par la perception, la description compulsive de la réalité perçue. Mais au sein des deux fonctionnements, il a pour fonction de pallier le vide interne et d'écarter, supprimer les excitations pulsionnelles.

La nécessité de la perception réelle de l'objet commune aux deux fonctionnements pointe la dépendance à l'objet et l'incapacité du sujet de s'en dégager, d'exister en dehors de cette perception. Tout ceci est en lien avec la défaillance des capacités de maternage de l'environnement premier de l'enfant, source de la défaillance de l'unification des pulsions agressives et libidinales ou de la potentialité de déliaison ultérieure, la force des assises narcissiques étant insuffisante.

Nous le constatons ici, les bases du fonctionnement psychique sont communes mais c'est au niveau défensif que l'expression des pulsions agressives va prendre une orientation différente :

- **Externe pour le fonctionnement limite** avec une prédominance de l'identification projective et de la projection ; l'inhibition des pulsions agressives lui faisant défaut.
- **Interne pour le fonctionnement psychosomatique** avec une inhibition massive de la pensée associée à une répression des affects, l'extériorisation des pulsions agressives étant barrée grâce au clivage.

Mais en dépit de l'organisation défensive à orientation externe ou interne de l'excitation pulsionnelle, le but est alors, comme le dit BRUSSET (2006), de mettre en place des « stratégies défensives anti-pensée qui tendent à exclure l'espace psychique interne pour éviter des contradictions inintégrables, non dialectiques : c'est-à-dire des défenses par expulsion dans l'acte et sa répétition [...], dans le corps (somatisations), dans l'autre (identification projective) », p.56.

# LE FONCTIONNEMENT NORMALO-NEVROTIQUE

*« La « normalité » c'est surtout ne pas s'inquiéter avant tout de  
« comment font les autres ? » mais rechercher simplement tout  
au long de son existence, sans trop d'angoisse ni trop de honte  
comment s'arranger au mieux avec les conflits des autres  
comme avec ses conflits personnels sans aliéner pour autant son  
potentiel créateur et ses besoins internes » p.28.*

*BERGERET Jean*

*La personnalité normale et pathologique, 1996*

## Cadre conceptuel de notre développement

Nous aborderons ce champ de la même manière que les deux autres c'est-à-dire à travers les trois grandes lignes directrices que sont : le destin des pulsions agressives, la nature de l'angoisse et les mécanismes défensifs prédominants dans ce fonctionnement.

Nous posons ce cadre conceptuel, même succinct, car nous partons d'emblée de l'hypothèse d'un fonctionnement névrotique concernant le sujet témoin, si tant est que la névrose existe encore ! Comme le soulignent ANZIEU-PREMMEREUR et LOUPPE (2003) lorsqu'ils s'interrogent « les patients ne sont plus les mêmes dit-on. Que sont devenues les belles névroses d'antan ? Les hystéries de Freud et les névroses obsessionnelles ? Les « états-limites » semblent devenus l'ordinaire de la pratique analytique. », p.1133.

De même UTRILLA-ROBLES (2003) développe un questionnement sur l'abandon de la référence à la névrose au profit d'autres entités psychopathologiques, « d'autres notions plus modernes qui semblent s'y (à la névrose) substituer et même prétendre s'adapter mieux aux mouvements sociaux qui nous entourent », p.1209.

Ainsi, c'est sur fond de cette interrogation que nous allons entrevoir les fondements de la névrose et sa constitution, même si donc au regard de ces questionnements, ils peuvent être largement remis en cause, voire soupçonnés d'être obsolètes et moins conformes à la réalité clinique des consultations.

Pour autant nous arguons, défensivement, prématurément peut-être, que le fonctionnement névrotique est, comme l'avance RIBAS (2003), « le fonctionnement mental par excellence, critère essentiel de la qualité du fonctionnement psychique », p.1233.

De même, BERGERET (1995) situait déjà « le mode d'organisation effectué sous le primat de l'Œdipe au sommet de la hiérarchisation des différents modes de fonctionnements mentaux humains », p.40.

KOHUT (1991), quant à lui, parlant du complexe d'Oedipe et du complexe de castration, point nodal de la névrose, n'en fait pas l'apanage de la normalité : « leur apparition [...] ne connote pas la normalité encore moins la santé », p.144. Et il va jusqu'à interroger leur fréquence d'apparition : « le complexe d'Oedipe survient-il fréquemment ? est-

il omniprésent ? ». Et nous ajouterons dans quelle condition est-il opérant ? Structurant ? A partir de quoi se met-il en place ? Et quelles sont alors les conséquences développementales en terme de fonctionnement psychique, d'organisation défensive ? Comment repère-t-on ses éventuels, voire inévitables, ratés ?

Ces questionnements nous amènent à nuancer ici, ces assertions de BERGERET et de RIBAS, en rappelant qu'au sein de ce fonctionnement, il existe une grande variabilité qui confronte le clinicien à des organisations intra structure diverses, rigidement structurées, et dont le fonctionnement mental et défensif peut être tout autant déficitaire que riche.

Toutefois, pour la forme équilibrée, nous rejoignons le développement de JUIGNET (2001) pour qui « la névrose est une des organisations psychiques dans laquelle la santé est la plus fréquente, en particulier si une continuité affective s'est établie dans la vie de la personne. Il existe une forme d'organisation se caractérisant par un équilibre personnel, une adaptation sociale et des périodes asymptotiques pendant lesquelles le sujet va parfaitement bien », p.153.

De sorte que nous nous attendons à ce que, dans un fonctionnement normalo-névrotique, les événements de la vie ne produisent pas de déstabilisations durables dans le sens où « les syndromes de base, comme la dépression et l'angoisse [qui] font partie de la vie humaine », (*op.cit.*, p.155), ne soient pas trop perturbateurs de la vie psychique et que le sujet soit capable de les surmonter et d'y faire face.

Nous allons donc maintenant voir de quelle manière s'augure le fonctionnement normalo-névrotique au travers des trois dimensions directives que nous suivons depuis le début de notre travail.

# Chapitre I :

## Du point de vue du destin de la pulsionnalité agressive

### *1- L'intrication pulsionnelle et l'accès à l'Oedipe*

Pour BERGERET (1999b), le destin de la violence primitive instinctuelle lors d'une « évolution vers une structure génitale, « œdipienne », donc de mode « névrotique » repose sur l'intégration de cet instinct à la libido « au sein d'une vectorisation objectale et amoureuse », p.165, permettant alors au sujet d'entrer dans le registre du désir et d'utiliser cette force instinctive à des fins constructives et créatrices.

Et ceci se produit grâce à l'environnement du sujet qui aura alors joué son rôle pare excitant et « libidinalement inducteur » de façon progressive et adaptée. BERGERET (1995), qui qualifie cette induction environnementale d' « épigénèse interactionnelle », précise qu'elle s'appuie inévitablement à la fois sur « le double désir existant chez l'enfant (incestueux et parricide) [qui] serait induit fantasmatiquement par des fantasmes de violence (amour et haine à la fois) des parents à son égard », p.55-56. Aussi, pour que l'organisation névrotique, libidinale puisse opérer, il faut que ce conflit narcissique primaire soit dépassé, que l'induction imaginaire environnementale soit marquée elle-même du saut du génital, c'est-à-dire qu'il y ait de la place pour un tiers dans le psychisme de la mère pour transformer cette rivalité primaire, duelle en une triangulation fonctionnelle. Mais ce n'est pas tout, le père, lui aussi marqué du sceau du symbolique, doit arriver à accepter cette place de père et contenir l'ambivalence de son enfant à son égard c'est-à-dire qu'il doit aussi arriver à contenir tant les mouvements hostiles que libidinaux comme le questionne JEAMMET (1995) : « il y a aussi la façon dont le père, dans la réalité, va se situer face à son fils ; peut-il assumer la rivalité de façon stimulante, et aussi accepter les sentiments d'admiration que celui-ci lui porte ? », p.38.

Ainsi, l'accès à l'œdipe dépend étroitement de la qualité de l'environnement de l'enfant. En effet, pour JEAMMET (1995), lorsque les premières expériences du sujet ont été suffisamment bonnes, gratifiantes, apaisantes avec un « dosage adéquat de gratifications et de frustrations », p.25, et qu'elles prévalent sur les expériences mauvaises de frustration et si, aussi, la qualité de la présence de la mère « a permis de pouvoir la haïr sans la perdre »

alors l'objet pourra se différencier, le sujet pourra lier le bon et le mauvais sur un même et seul objet, la mère. De fait, « le dépassement de la phase schizo-paranoïde dépendra tout simplement de la prévalence des pulsions d'amour sur les pulsions agressives ; et ceci en lien avec la capacité de la mère à avoir reçu, reconnu et contenu la haine et la colère de l'enfant dans un investissement libidinal stable », (*op.cit.*, p.26).

Il faut donc que trois éléments soient réunis pour permettre l'unification pulsionnelle condition d'accès à l'œdipe, selon JEAMMET (1995). Et ces trois conditions sont :

1. La prédominance des pulsions libidinales sur les pulsions agressives.
2. La qualité interactionnelle de l'enfant avec son premier objet la mère ; condition qui rejoint la notion d'épigenèse interactionnelle développée par BERGERET (1995).
3. La stabilité et la continuité de cette qualité.

Le sujet accède ainsi à l'ambivalence c'est-à-dire à la capacité de reconnaître en soi la haine et l'amour et de les lier ; ce qui correspond à la phase dépressive des kleinien. Grâce à cette liaison, à cette intrication, le sujet peut alors différer la décharge pulsionnelle et traiter la frustration et l'angoisse par d'autres mécanismes de défense que le clivage ou la projection, comme le refoulement, l'inhibition, que nous aborderons plus loin....

Pour CHABERT (2005), p.30, cet accès à l'ambivalence constitue une « victoire pour le fonctionnement psychique. [car] elle autorise une liaison effective entre tendances libidinales et tendances agressives destructrices ».

In fine, la constitution du fonctionnement normalo-névrotique résulte de la réussite de la libidinalisation de la violence dominante, comme le dit BERGERET (1995), p.44, par l'environnement immédiat, chargé de prodiguer les soins au sujet, de l'amener progressivement à passer du registre du besoin ( « visant l'objet réel et s'en satisfait ») à celui de la demande (qui « est adressée à un objet réel mais non capital puisque demeure la demande d'amour à recevoir de l'objet »), c'est-à-dire au registre du désir lequel « est une relation au fantasme qui met en scène l'objet et le sujet dans tous les aléas de leur dialectique amoureuse », p.40. Désir qui, pour MENECHAL (1999), « constitue [...] une manière pour le sujet de s'identifier au manque, impliqué par la reconnaissance de l'autre », p.30. Autrement dit, c'est ainsi que le désir devient « le désir de l'autre et même le désir du désir



de l'autre » (JUIGNET-2001), p.157.

Pour M. KLEIN, reprise et soutenue par BERGERET (1995) cette intégration n'est jamais totale et parfaitement réussie. Et « le noyau violent primitif ne disparaît jamais ; ou bien il s'intègre à la libido pour lui conférer sa force, ou bien il intègre pour son propre compte la libido donnant naissance ainsi à l'agressivité et au sadisme vrai », p. 49. BERGERET (1995) ajoutera plus loin de masochisme aussi. Simplement au sein de ce fonctionnement la « violence fondamentale s'intègre majoritairement dans les courants amoureux et créatifs en se mettant au service des pulsions libidinales » comme le spécifie MORASZ (2008), p. 171.

« Majoritairement », car cette évolution du psychisme sous cette forme élaborée n'implique pas, comme nous le souligne JUIGNET (2001) que « les modes de fonctionnement archaïques aient complètement disparu, mais qu'ils sont recouverts et remaniés par un fonctionnement plus élaboré », p.157. Cette réflexion nous permet d'ajouter une précision qui va dans ce sens, en nous appuyant sur CHABERT (2005), à savoir que dans la théorie de KLEIN que nous avons largement abordée depuis le début de notre travail, ce sont des « positions », et non des « stades ». Elles sont donc « susceptibles d'être mobilisées tout au long de sa vie », p.29.

## 2- Le Surmoi et la réparation

Le Surmoi est l'instance par excellence qui spécifie le fonctionnement intégré, normalo-névrotique dans le sens où il est la figure des intériorisations des interdits fondamentaux et parentaux et où il représente cette instance de censure entendue comme « conscience morale et instance interne d'interdiction à l'origine de la culpabilité », « d'auto-observation » en lien avec l'Idéal du Moi selon MORASZ (2008), p. 135, de limite intérieure aux mouvements pulsionnels. Sa formation s'inscrit, selon PERRON et PERRON-BORELLI (2001), « dans le même mouvement de dégagement du conflit (œdipien), et en relations étroites avec les identifications postœdipiennes constitutives du Moi », p.101.

Il est, pour HOUSER (1993), l'héritier des parents, et de leur propre surmoi, en tant que « source non seulement de menaces et de punitions mais aussi de protection et d'amour rassurant », p.34. Il poursuit en disant que, du coup, « l'estime de soi – et sa recharge

permanente en apports narcissiques – ne dépend plus de l’approbation ou du rejet par des objet extérieurs mais plutôt du sentiment intérieur d’avoir fait ou de ne pas avoir ce qu’il fallait », p.34.

Nous le voyons donc déjà le Surmoi est le signe d’une intégration réussie dans le sens où il marque le passage de l’extérieur vers l’intérieur du traitement des pulsions agressives puisque c’est au niveau psychique, interne, entre instances internalisées que va se jouer ce traitement.

Pour mieux comprendre, revenons au début de la vie psychique.

En référence aux travaux kleinien, SEGAL (1992) nous dit que le Surmoi est constitué des objets idéaux et persécuteurs introjectés pendant la phase schizo-paranoïde. Ces objets obligent à la perfection et sont vécus comme étant exigeants et sévères. Puis, lors de la phase dépressive, le Surmoi s’intègre c’est-à-dire que les objets idéaux et persécuteurs sont reconnus comme un seul, comme un objet total, pour devenir « un objet interne total aimé de façon ambivalente », p.89. Le surmoi se rapproche alors davantage des parents bons et aimés. HOUSER (1993) précise que « ce n’est pas avec les parents tels qu’ils sont en réalité que s’identifie l’enfant mais avec des parents idéalisés, purs, sans défaut [...]. Si bien qu’en fin de compte ce qui est intériorisé c’est le propre Surmoi des parents », p.32. Et cette avancée donne au Surmoi une fonction d’« allié dans [la] lutte contre [les] pulsions destructrices », p.89-90. Il va constituer alors une « digue psychique », p.102 contre les sollicitations libidinales et agressives comme le caractérise CHABERT (2006).

Mais il reste aussi une source de censure et de culpabilité, liée à l’ambivalence de vouloir faire du mal à la mère aimée. C’est grâce à la réparation que le sujet peut faire face à son agressivité et gérer la culpabilité de cette agressivité. Et ce sont les fantasmes, tout comme la réalité, qui servent au sujet de lieu de réparation des attaques de l’objet. Cette capacité de réparation s’acquière durant la phase dépressive comme conséquence de la culpabilité d’avoir endommagé l’objet aimé et en lien avec la qualité de l’objet extérieur à survivre à ces attaques destructrices et à les intriquer avec les pulsions libidinales, qualité qui aidera le sujet à mieux surmonter cette culpabilité. De fait, dans le conflit amour- haine, l’amour jouera son rôle de contrôle de l’agressivité et des pulsions réparatrices. C’est ainsi que, selon SEGAL (1992), « sa propre haine devient moins effrayante à mesure qu’augmente sa croyance que son amour peut restaurer ce que sa haine a détruit », p.109.

Et pour cela, l'une des conditions d'efficience et d'efficacité de la réparation par le fantasme et par la réalité, c'est que l'autre, la mère reconnaisse à l'enfant aussi bien ses mouvements agressifs, qui ne la détruisent pas, que ses mouvements libidinaux, de réparation. De la sorte, selon JEAMMET (1995), le sujet se reconnaîtra aussi cette capacité d'avoir des gestes bons. Mais il faut aussi que le sujet lui-même se reconnaisse ces pulsions agressives, et les vivent douloureusement pour que la réparation sorte du registre imaginaire. Il faut que le sujet fasse l'expérience de sa propre agressivité, l'accepte, l'assume et s'en sente responsable pour que le processus de réparation puisse opérer de façon efficace.

Cela passe donc par l'expérience et l'élaboration de la culpabilité liée à cette reconnaissance.

Le sujet sort alors grandi de cette épreuve car il pourra, avec l'accès et l'acceptation de cette ambivalence, manier son agressivité d'une façon plus mature c'est-à-dire humanisée, relationnalisée autrement dit « vécue en lien avec des personnes aimées », selon JEAMMET, (*op.cit.* p.33).

CHABERT (2005) le résume parfaitement lorsqu'elle énonce que « la conquête de l'ambivalence pulsionnelle constitue une victoire essentielle pour le fonctionnement psychique. Elle autorise une expression pulsionnelle modulée entre l'amour et la haine, suppose une liaison effective entre tendances libidinales et tendances agressives-destructrices »,p.30.

Cette liaison s'étaie, comme nous allons le voir au travers d'un autre versant de référence théorique, sur une qualité interactionnelle perçue par le sujet entre lui-même et son environnement.

C'est ainsi que pour FONAGY, cité par de TYCHEY et coll. (2000), « la capacité de l'enfant à contrôler l'expression de ses affects dépendrait de la représentation qu'il se fait de l'attitude du parent envers les propres affects qu'il émet », p.470. Cette capacité serait la symbolisation. Elle s'acquière grâce aux échanges entre le sujet et son environnement propre à se représenter d'abord, puis à nommer, contenir les affects du sujet et à les lui réfléchir. FONAGY, toujours cité par de TYCHEY et coll. (2000), le dit en ces termes : « la symbolisation implique qu'au départ, le parent ait réussi à transmettre une image précise mais modulée de l'état affectif de l'enfant » par l'intermédiaire d'une verbalisation faisant office de miroir réfléchissant » ajoute de TYCHEY et col., p.470. Ainsi Grâce à la symbolisation, le sujet peut différencier le monde interne, le monde pulsionnel du monde externe en emmagasinant des représentations de mots liés à des vécus affectifs.

Il s'agit du concept de « fonction maternelle » qui désigne dans le champ du développement tout autant que thérapeutique, la fonction d' « accompagnement surtout mais non exclusivement verbal qui côtoie, suit ou précède à peine les états et mouvements du sujet », selon DEBRAY (1998), p.127. On voit donc l'importance du langage de la mère qui va, par sa mise en mots des affects possibles de l'enfant ainsi que de ses perceptions, établir le lien entre le vécu interne de l'enfant, le monde externe et ses affects. De sorte que plus l'espace imaginaire de la mère sera riche, plus elle sera disponible mentalement pour l'enfant, plus alors elle pourra permettre à l'enfant par le biais de son langage d'accéder à un monde interne riche. Cela va donc constituer le réservoir de base des représentations de mots sur lesquelles l'enfant va se développer un espace mental riche et protecteur de désorganisation selon MARTY.

Le sujet pouvant accéder et verbaliser ses affects, son niveau de mentalisation sera alors de qualité c'est-à-dire avec un bon niveau de symbolisation pulsionnelle. Ce que LUQUET, cité par de TYCHEY (2000), p.470, appelle « la pensée verbale qui serait l'activité la plus mentalisée à partir de l'expérience intérieure accessible ». Autrement dit le sujet est de fait capable de lier ses affects, l'émergence de ses pulsions agressives avec des mots, de les communiquer et de les rendre socialement acceptables.

Et cette capacité de mentalisation signe, pour DEJOURS, cité par de TYCHEY et coll. (1991), un fonctionnement mental névrotique. Elle traduit « la capacité de mobiliser les fantasmes et de traiter les motions pulsionnelles sollicitées en maintenant un contact avec la réalité », p.48.

Toutefois, nous ne serons pas aussi catégorique sur l'association mentalisation-fonctionnement névrotique car la mentalisation existe dans tous les modes de fonctionnement : c'est sa qualité qui varie en fonction du mode d'organisation psychologique et même à l'intérieur d'une même lignée structurale, notamment en fonction du caractère plus ou moins souple ou rigide des mécanismes de défense utilisés.

Aussi, nous nous attendons à trouver chez notre sujet témoin (pour qui nous postulons un fonctionnement normalo-névrotique), comme nous le propose de TYCHEY et coll. (2000), p. 478, « un stade achevé de la mentalisation des affects [qui] suppose que le sujet soit capable de les lier à des représentations partageables de manière consciente et continue ». Et ils ajoutent, argument dont se soutient notre hypothèse, que « le sujet qui cesse de recourir au clivage est aussi capable, dès lors, d'évoquer à la fois les bons et les mauvais aspects de

l'objet et de soi, ainsi que les affects qui leurs sont associés », p.478.

A ce stade de la théorisation, nous formulons notre septième hypothèse :

**H7 : dans le fonctionnement névrotico-normal, le sujet est capable d'évoquer tout à la fois des mouvements de haine et d'amour vis-à-vis d'un même objet sans avoir peur de le détruire, et d'être détruit par lui en retour, et ce, de façon socialement acceptable c'est-à-dire par le biais d' une symbolisation de qualité des pulsions agressives.**

Le fonctionnement normalo-névrotique se caractérise donc par un fonctionnement en processus secondaire « marqué par le fait que l'affect est lié à des représentations de façon stable et que ce sont les processus de la pensée logique qui viennent articuler les liens, les associations et les représentations et non plus l'intensité affective dont elles sont chargées » selon MORASZ (2008), p.136. Ce travail de secondarisation est assuré par le préconscient qui doit être pour MARTY (1980) fluide, riche et épais pour protéger des désorganisations notamment somatiques. Il va se traduire par la capacité à différer la décharge de l'affect c'est-à-dire par la « capacité d'attente et de symbolisation » précise MORASZ (2008), p.137. Rappelons en passant que le développement et la qualité du préconscient dépendent principalement du préconscient de la mère et donc de sa capacité à repérer, nommer et contenir les affects de son enfant.

Ainsi, nous dit MORASZ (2008), « la psychogenèse normale permet donc, entre autre, le passage d'un fonctionnement reposant sur l'extériorité, caractérisé par l'expression pulsionnelle directe dans le champ extérieur du bébé (champ de l'outsight) à un fonctionnement plus intériorisé, caractérisé par une intériorité prévalente (champ de l'insight) », p.137. Grâce au travail de liaison et d'élaboration psychique, « la pulsion peut ainsi, dans la plupart des cas, être transformée, remaniée, contenue, déplacée, représentée, symbolisée... avant de s'exprimer, éventuellement, par une action, mais tempérée, différée prise dans le sceau du surmoi et de la réalité, « témoin de l'intégration de l'ambivalence » (*op. cit.*, p.137).

### 3- Le masochisme

Pour CHABERT (2006), lorsque le masochisme est associé à une fantasmagie inconsciente, il reste structurant. De même quand la fantasmagie est associée à la sexualité, ce qu'elle qualifiait en 2005 « d'érotisation de la souffrance », p.18, car le masochisme renvoie alors à une « intégration pulsionnelle, une richesse de l'activité fantasmagie et à la force des investissements objectaux libidinaux et agressifs », p.111.

Selon ASSOUN (2003), il y aurait un lien entre le sentiment de culpabilité et le masochisme : « le sentiment de culpabilité est le facteur qui transforme le sadisme en masochisme », p.35. Le masochisme serait donc à rattacher à la conscience de la faute, d'avoir bravé l'interdit, en fantasme ou dans la réalité et à la recherche d'autopunition, d'expiation de la faute. C'est ce que nous retrouvons, dans les « organisations névrotiques plus ou moins sévères » où il est source de souffrance. Il se repère alors à travers, selon CHABERT (2006, p.111) :

- Des scénarios mettant en jeu des conflits intra-psychiques douloureux à cause d'un Surmoi tyrannique, torturant, inhibant ou structurant l'ensemble du fonctionnement psychique.
- Des auto-reproches, des doutes, des scrupules, des remords mais avec un plaisir inconscient associé à une fantasmagie dominé par des scénarios sado-masochistes.
- Des conduites d'échecs répétées sur le plan affectif, professionnel, qui « traduit la force de la culpabilité et le besoin d'en passer par la punition ».
- Et nous ajoutons aussi les symptômes qui permettent, selon JUIGNET (2001), « des bénéfices indirects par la satisfaction masochiste du besoin (inconscient) d'autopunition », p.272.

Selon ENRIQUEZ. (2001), cette« position masochiste se caractérise par l'excès de sens accordé à la souffrance. [...]. Les masochistes sont identifiés et s'identifient par la souffrance, dans la souffrance et sa libidinalisation. Dans le masochisme, la haine est inavouée, inavouable, retournée contre soi, culpabilisée ou prétendument méritée. [...] Elle est nécessaire à l'entretien de la souffrance, à son bien-fondé et surtout à son érotisation dans le cadre d'une relation sado-masochiste », p.13.

Et dans ce masochisme névrotique, il y a toujours un « substrat fantasmatique objectal » (CHABERT, 2006, p.111), contrairement aux expressions du masochisme dans le fonctionnement psychosomatique et au sein du fonctionnement limite, avec une prédominance de la position châtrée. Cette position peut d'ailleurs être élaborée mentalement, et même si elle peut aussi s'exprimer en actes, elle sera quand même toujours en lien avec l'autre. Car ce substrat est à relier au Surmoi, lequel n'est que l'intériorisation des interdits parentaux, culturels, sociaux, et duquel, selon ASSOUN (2003), le Moi « désire la punition », p.49, et auquel il se soumet.

Pour ROSENBERG (1982) cité par DIWO et coll. (2004), p.60, tant que le masochisme « n'empêche pas la satisfaction objectale comme point culminant du plaisir », il reste un « gardien de la vie ». Dans ce cadre, il est « le meilleur rempart contre la destructivité, et en premier lieu contre la destructivité interne », p.60.

Nous formulerons là notre huitième hypothèse :

**H8 : le masochisme au sein du fonctionnement névrotico-normal devrait recouvrir l'allure d'auto-punition en lien avec un sentiment de culpabilité vis-à-vis de l'agressivité exprimée envers l'objet donc en relation avec l'objet.**

Nous le voyons donc, dans le fonctionnement névrotique, tout est en lien avec l'autre dans une prise en compte de son altérité, de sa place avec une tolérance de l'ambivalence pulsionnelle, la sienne propre et celle de l'autre. Et pour cela, souligne CHABERT (2006), il a été « nécessaire d'admettre la haine en soi, et pour l'autre », p.128. Ainsi, si l'autre est absent, cela ne signifie pas pour autant qu'il est détruit, qu'il a abandonné le sujet, c'est qu'il a du désir pour un autre, marque d'une triangulation annoncée. De là, le sujet pourra se construire des représentations à partir de cette absence et des affects qui en découlent et qui laissent alors une trace de « l'autre en soi », p.128. Ce sont précisément ces capacités d'utilisation de l'objet qui vont permettre à cet objet de survivre aux attaques fantasmatiques, c'est-à-dire que le sujet ne risquera pas alors de le perdre, de le faire disparaître.

Et même dans les cas où un symptôme apparaît pour faire face au conflit, « il a une fonction de lien qui circule dans le groupe, grâce à sa mise en paroles par le névrosé lui-même ou par autrui », précise ISAREL (1994), p.162.

Aussi, l'intégration réussie, il en ressort une diminution, et non une disparition, des

conflits et de la culpabilité grâce à une répartition des investissements libidinaux sur des objets différents. La névrose met donc, nous dit CHABERT (2008) « fortement à l'épreuve le caractère structurant de l'organisation œdipienne. Il s'agit, en effet, de saisir dans quelle mesure la fantasmatique incestueuse peut affronter les interdits qui en barrent l'accès, ce qui condense à la fois la référence tierce, la prise en compte de la castration, l'ambivalence pulsionnelle et la capacité à renoncer à l'amour d'objet », p.17.

Voyons donc maintenant comment est traitée l'angoisse au sein d'un fonctionnement normalo-névrotique et quelle est sa nature, sachant que pour Houser (1993) la culpabilité est « une transformation en partie de l'angoisse », p.34.



## **Chapitre II :**

### **Du point de vue de l'angoisse**

L'angoisse caractéristique du fonctionnement névrotique est l'angoisse de castration correspondant au renoncement à l'objet œdipien et à l'angoisse de perte de l'amour de la part de l'objet en lien avec l'introjection des interdits fondamentaux (interdit de l'inceste et du meurtre) et des interdits parentaux. Elle est, pour HOUSER (1993), « angoisse d'incomplétude ou du manque [qui] détermine l'angoisse de mort », p.22. Elle a donc une fonction maturante pour le sujet car, comme le dit JEAMMET (1995), « on ne peut accepter le manque que s'il n'est pas vécu comme une perte définitive », p.48. Et faire face à la castration, traiter l'angoisse qui lui est associée, implique que l'objet (que le sujet ne pourra jamais être, ni combler) soit intériorisé de façon stable et suffisamment sécurisante.

De ce fait, l'angoisse dans le fonctionnement normalo-névrotique surgit face à la culpabilité œdipienne et à l'ambivalence pulsionnelle. C'est donc une angoisse relationnelle puisqu'elle est toujours reliée à l'autre dans le sens où elle naît du sentiment de culpabilité d'avoir fait, risqué de faire, pensé faire, désiré faire du mal à l'autre dans la réalité ou dans ses fantasmes, d'avoir transgressé l'interdit. Ce sentiment de culpabilité est étroitement en lien avec le Surmoi, dont nous avons vu ci-dessus les éléments de constitution.

Pour CHABERT (2008), cette problématique de perte d'amour de l'objet, constitutive de la psyché, quelque soit le mode de fonctionnement s'exprime dans la névrose de deux manières. Sur le plan réactionnel, elle se repère par des manifestations dépressives avec, précise-t-elle, « une inclination sombre et anxieuse du discours », p.16. Sur le plan structurel, ces réactions dépressives « restent, au-delà de l'expression de l'affect, associées à des représentations accueillant ces éprouvés et leur donnant sens », p.16. Nous le voyons donc, il subsiste de manière caractéristique de la névrose, « même dans ces mouvements régressifs, (un) travail de symbolisation [qui] peut s'effectuer dans une mise en mots qui en assure la communication », p.16.

Cette angoisse est traitée au niveau psychique, elle est donc internalisée et non externalisée, et acquiert une valeur de fonction de signal de danger réel ou imaginaire. Elle aboutit ainsi à la « formation de compromis entre le désir et la défense intériorisée » (JEAMMET 1995, p.49). Il n'y a pour cela nul besoin de modifier la réalité extérieure,

« perceptive ». Tout se joue sur la scène psychique et « le moi gère lui-même les tensions réalité - fantasme, dedans-dehors,[...], amour - haine, culpabilité - réparation etc.... », (*op.cit.*, p.49). Il trouve seul l'équilibre face aux deux « forces antagonistes, reconnues et dialectisées en soi », en usant de mécanismes de défense, souples, variés, adaptés et pouvant appartenir à tous les registres.

L'angoisse au sein de ce fonctionnement peut aussi trouver à s'exprimer pas des « sensations somatiques » comme les décrit MENECHAL (1999), « sensations somatiques diverses d'oppression ou de « resserrement » : constrictions de l'œsophage, spasmes intestinaux, tachycardie, sudation... », p.44. Le traitement psychique de l'angoisse opéré par le Moi laisse aussi des ratés et qui peuvent donc se traduire par des conversions somatiques, temporaires et réversibles.

Il n'en reste pas moins qu'au sein du fonctionnement névrotique, le conflit porte à l'intérieur du sujet, entre instances intériorisées et entre des désirs contradictoires qui se jouent dans une scène fantasmatique, lieu de réalisations des désirs.

Lorsque cette angoisse est dépassée, alors chacun peut trouver, prendre et garder sa place au sein des générations et s'apercevoir de l'espace de liberté que ce renoncement ouvre et offre en possibilités créatrices. Elle amène le sujet au monde du fantasme tout en l'astreignant à répondre au principe de réalité. En effet, avoir accepté la castration c'est avoir renoncé à posséder l'autre ou à prendre la place de l'autre, pour occuper la sienne propre et, de là, s'ouvrir à l'autre en toute sécurité et en toute confiance de quitter cette place et de la retrouver. JEAMMET (1995) ajoute que le temps de la castration est « un temps de la maturation progressive et du remaniement constant de l'action par le fantasme, du fantasme par l'action, permettant un réajustement perpétuel du désir avec la réalité », p.45. Le dépassement de la castration, de son angoisse permet donc au sujet de savoir différer la décharge pulsionnelle puisqu'elle traverse alors le filtre du fantasme avant de trouver à s'exprimer.

Cependant, même si le fonctionnement normalo-névrotique a une richesse fantasmatique opérante, il n'est pas dénué de risque de passage à l'acte, cette tendance, cette « solution » étant simplement moins prégnante et surtout transitoire. Comme le dit MORASZ (2008), « à l'acte dans son émergence est substitué un travail de mises en pensée induisant ipso facto une tendance moins forte à l'acting », p.137.

C'est donc la pensée, la parole qui permettent au sujet de faire l'économie du passage à l'acte, de l'acte. Mais pas n'importe quelle parole. C'est la parole capable de lier, de donner du sens, de trouver du sens après-coup, c'est-à-dire la parole qui procède « d'un usage médiatisant » comme nous le rappelle ISRAEL (1994), p.163, adressée à l'autre et entendue par l'autre et non pas une parole informative, qui permet cette économie.

## Chapitre III : Du point de vue des mécanismes de défense

### 1 Éléments introductifs

Nous serons brefs sur les mécanismes déployés au sein d'un fonctionnement normalo-névrotique puisque son organisation défensive peut faire appel à tous les registres défensifs des moins élaborés au plus élaborés pour traiter les émergences pulsionnelles. Comme le souligne SEGAL (1992), toute personnalité aussi mûre et aussi intégrée soit-elle a traversé les différentes étapes du développement, a utilisé et peut même encore, de façon transitoire, utiliser les mécanismes de défense primaires. Le caractère transitoire de cette utilisation est d'importance car normalement, comme nous l'avons vu, ces mécanismes de défense primaires doivent diminuer dans la mesure où la maturité du Moi permet au sujet de tolérer de mieux en mieux son angoisse et sa propre agressivité. Ainsi que le développe SEGAL (1992), « le moi, plus capable de supporter sa propre agressivité et de la ressentir comme faisant partie de lui-même n'est plus constamment poussé à la projeter dans ses objets », p.44.

Nous nous attacherons donc simplement à regarder « la souplesse, l'efficacité des mécanismes de défense à travers les dégagements qu'ils peuvent apporter » comme nous l'indique De TYCHEY (1994) car, ajoute-t-il, faisant référence à la passation des techniques projectives comme le rorschach, « il y a chez la plupart des sujets quelque soit leurs statuts psychopathologiques une grande variété des défenses utilisables de sorte qu'on ne retrouve pas dans l'intervalle temporel limité de l'investigation projective les seules défenses typiques du mode d'organisations concernées », p.218.

C'est pourquoi nous ne porterons notre attention que sur quelques mécanismes considérés comme prédominants dans le fonctionnement normalo-névrotique. Et d'ores et déjà nous formulons notre 9<sup>ème</sup> hypothèse :

**H9 : Le fonctionnement normalo-névrotique serait marqué par une prévalence de mécanismes de défenses secondaires comme le refoulement, les formations réactionnelles, l'intellectualisation.**

## 2 La nature du conflit

Avant de les présenter, nous allons voir face à quel type de conflit le sujet normalo-névrotique déploie ses mécanismes de défense.

Le conflit névrotique est caractérisé d'intra-psychique puisqu'il se joue sur la scène interne, entre instances internalisées. Pour FENICHEL (1974), ce conflit se joue entre « une tendance qui cherche la décharge ( le ça) et une autre qui cherche à empêcher la décharge ( le moi) », p.159, mais en lien avec le surmoi qui autorise ou non la décharge pulsionnelle, qui délimite ce qui est permis et ce qui est interdit. En terme œdipien dans lequel s'inscrit le fonctionnement normalo-névrotique, le conflit s'ordonne autour de la lutte entre les désirs incestueux et parricides et les interdits surmoïques c'est-à-dire qu'il se montre, selon CHABERT (1998), par l'opposition d'exigences internes contraires, p.24. Il se repère au travers de « l'alternance entre des manifestations de désirs, à travers l'expression pulsionnelle, notamment et des manifestations défensives mobilisées contre le surgissement de ces motions », p.104.

Concernant les pulsions agressives, selon JUIGNET (2001), « à la faveur de l'interdit surmoïque, les pulsions agressives et mortifères (vont se) porter sur le corps. Ce sont elles qui seront à l'origine de la frigidité, les malaises et même des douleurs du sujet. L'érotisation s'est inversée en dolorisation », p. 274, dramatisation et non somatisation.

Pour FENICHEL (1974) le conflit peut s'exprimer :

- soit face à un sentiment de culpabilité intense se rapportant à la conscience de ne pas être à la hauteur, de vouloir faire du mal.
- soit face à une angoisse intense qui fonctionne comme signal et permet au moi d'anticiper, de traiter le conflit...

En insistant sur le caractère intense des deux causes de conflit, FENICHEL (1974) nous oriente sur le fait que c'est la force des pulsions, l'excès de la force pulsionnelle qui est source du conflit au sens où le Moi, selon le moment d'apparition de ces exigences pulsionnelles, c'est-à-dire, selon son degré de maturité, peut ou non traiter ces mouvements, au risque de se voir submergé, débordé et d'aboutir à une désorganisation.

Nous retrouvons cette notion d'intensité chez Cournut (2003) qui considère que l'origine de la névrose se trouve dans « l'exagération, pathologique et onéreuse, des moyens de défense déployés contre l'excès de la force pulsionnelle », force d'origine « constitutionnelle », p.1275.

Le moi doit donc au final lutter contre ces émergences pulsionnelles, traiter avec le surmoi et tenir compte de la réalité. Il doit ainsi gérer toutes les pressions venant à la fois du dedans et du dehors, et c'est là ce qui caractérise le fonctionnement névrotique : le moi se situe bien à l'interface des mouvements internes et externes, et s'efforce d'établir un compromis satisfaisant pour toutes les instances en veillant à conserver un équilibre. Dans ce cadre, pour CHABERT (2008), « les processus de liaison sont assurés dans la dialectique décrite par FREUD en termes de réalité interne, de réalité externe et de réalité des pensées de liaison », p.13. Pour gérer ce conflit entre instances (ça et Surmoi), et « trouver un compromis entre désir et défense », comme le souligne CHABERT (2008), p.13, le moi utilise les mécanismes de défense, mais il peut aussi se réfugier dans le fantasme c'est-à-dire dans un monde imaginaire, de façon transitoire. Il peut aussi, lorsque les forces internes sont trop fortes, constituer une névrose comme protection contre la destructivité. Et comme le dit Cournut (2003) p.1275, « la névrose a contenu la destructivité potentielle [...]. Conséquence pratique-prévisionnelle : la névrose est tissée de déliaison [...] mais elle sert aussi de contention liante contre pire ».

Grâce à quoi la névrose peut-elle se constituer dans ce double mouvement, sorte d'ambivalence pulsionnelle puisqu'elle s'avère au final constructive et protectrice pour le sujet ?

Nous postulons que le maintien du lien à l'autre, de l'investissement objectal persistant dans le fonctionnement névrotique serait aussi ce qui lui permet de freiner cette destructivité, ces élans de déliaison. Le propre de la névrose est l'inscription psychique de l'altérité, de l'existence de l'autre et de la recherche de ce lien.

En résumé, la névrose est due, pour Cournut (2003), à du « trop pulsionnel, chargeant un appareil psychique constitué à des moyens de défense excessifs et maladroits ». C'est ainsi que, dit-il, il y a « schématiquement dit, trop de refoulement et de compromis symptomatiques dans l'hystérie, trop de régression sadique anale et trop d'ambivalence dans la névrose obsessionnelle », p.1269.

Plus précisément et en lien avec le destin des affects, CHABERT (2008) précise que dans la névrose hystérique, « la fragilité narcissique se noue aux relations souvent difficiles avec la mère et les affects dépressifs surviennent ici aussi dans la crainte d'abandon par une image maternelle parfois persécutante », p.17. Tandis que dans la névrose obsessionnelle, c'est « le retournement de l'agressivité contre soi du fait même de la culpabilité et des racines infantiles du Surmoi » qui se joue, p.17.

Mais cet excès pulsionnel a été psychisé et du coup, continue COURNUT (2003), « dans la névrose c'est un appareil psychique en principe mature et à peu près opérationnel », p.1269. « A peu près » car le sujet, pour reprendre une expression d'ISRAEL (1994), continue de « boîter ». Le sujet névrotique a en effet un appareil psychique développé avec un moi censé être suffisamment fort pour traverser les différentes épreuves que réserve la vie pour tout un chacun. Mais c'est donc lorsque les mouvements pulsionnels sont trop forts que le sujet, le moi peut être débordé, submergé. De là, une question nous intéresse : par quelles modalités défensives préférentielles ces mouvements pulsionnels sont-ils maniés ?

D'emblée, nous citerons CHABERT (2008) qui nous livre que, même lorsque les stratégies défensives mobilisées sont « l'inhibition, les mécanismes phobiques, les défenses narcissiques ou de lutte anti-dépressives [...] les capacités de fantasmatisation se maintiennent dans la mesure où les liaisons pulsionnelles restent assurées a minima par des mécanismes fortement ordonnés par le refoulement », p.18.

### 3 Les mécanismes défensifs

#### *3.1 Le refoulement*

Selon SEGAL (1992), il succède au clivage à mesure de la maturation de la personnalité et de l'intégration du fonctionnement par l'intrication pulsionnelle.

Il s'agit d'un mécanisme qui consiste à mettre hors de la conscience les élans pulsionnels non-conformes aux interdits surmoïques. Il est en lien, selon JUIGNET (2001), p. 270, avec « l'hypertrophie du surmoi et de sa vigilance concernant la sexualité et l'agressivité ». C'est ainsi que les pulsions agressives, les motions hostiles se voient refusées l'accès à la conscience et sont rejetées dans l'inconscient par le biais du refoulement de façon à ce que le sujet les ignore. L'affect, quant à lui, est déplacé sur d'autres représentations. Mais comme le refoulement n'est jamais totalement réussi, le retour du refoulé se profile sous formes de rêves, fantasmes (« soupape fonctionnelle et utile » précise BERGERET (1993)), de lapsus, actes manqués voire symptômes.

### *3.2 La formation réactionnelle contre l'agressivité*

Il s'agit d'un mécanisme de défense traduisant une élaboration mentale de l'agressivité sur un mode socialement adapté, selon DIWO (1997), p.133. Les pulsions agressives ressenties par le sujet vont s'exprimer par leur contraire. Le sujet, selon MENECHAL (1999), « met en œuvre une attitude opposée à son désir et développe un contre-symptôme pour combattre la motion repoussée », p.60. Ainsi le sujet passe de l'hostilité à la tendresse etc...

Utilisée systématiquement pour gérer ses pulsions agressives, elle signe alors une défaillance du maniement de l'agressivité et de l'acceptation de son ambivalence pulsionnelle.

### *3.3 L'inhibition*

Selon SEGAL (1992), elle est directement en lien avec les pulsions réparatrices. La capacité de se soucier de l'objet et des conséquences de ses actes agressifs sur lui favorise une inhibition de ses incitations pulsionnelles. Il s'en suit toujours, selon SEGAL, un déplacement de ces pulsions sur d'autres objets. C'est, selon elle, la genèse du symbole, posé comme l'« aboutissement de conflits et d'angoisses appartenant à la position dépressive », p.90, celle où le sujet se rend compte de son ambivalence pulsionnelle, qui a fait naître ses désirs de réparation et donc sa créativité. Aussi inhibition, déplacement et sublimation sont-ils étroitement liés selon SEGAL. En effet, ils sont tous trois sous-tendus par un renoncement à un but pulsionnel, remplacé par un autre. Chaque renoncement équivaut à répéter la perte du premier objet et implique donc pour être réussi une « reconstitution interne » qui a lieu sous forme de symbole, selon SEGAL, que ce soit suite à une inhibition - déplacement ou par sublimation. Pour CHABERT (2006), grâce à l'inhibition des pulsions agressives et par la réparation qui s'en suit, le sujet rend à l'objet d'amour « son intégrité, en annulant le mal qu'il croit lui avoir fait », p.115.

Lorsque le sentiment de culpabilité est très fort, l'inhibition des pulsions agressives peut donner lieu à un retournement de l'agressivité contre soi qui se retrouve sous forme d'auto-accusations, d'auto-reproches, de cauchemars... mais aussi de blocage du travail de la pensée et des fonctions intellectuelles comme le suggère EMMANUELLI (1996). Pour elle, « l'inhibition rend compte du déplacement sur l'activité de pensée des angoisses dues [à la charge libidinale sexuelle auparavant mise en latence], ainsi que de l'intensité de l'agressivité,



de la rivalité, des désirs de mort », p.274- 275. En effet, « l'activité de pensée s'appuie fortement pour fonctionner sur un substrat pulsionnel. De ce fait, les fonctions intellectuelles sont facilement culpabilisées et se trouvent freinées par l'effet du Surmoi. Le Moi craignant l'angoisse de mort, forme ultime de l'angoisse devant le Surmoi que déclenche le débordement pulsionnel, utilise l'inhibition pour s'en protéger », (*op.cit.*, p.275).

### 3.4 *L'intellectualisation- l'isolation- la rationalisation*

Ce sont des mécanismes de défense qui visent à séparer l'affect de la représentation et ainsi de maîtriser l'émergence pulsionnelle tout en évitant la confrontation à la charge affective, trop culpabilisante, douloureuse.

➤ L'intellectualisation va utiliser les mots, les pensées pour écarter les mouvements pulsionnels agressifs. En lien avec la possibilité des représentations et de liaison affects représentations, l'intellectualisation est un mécanisme par lequel le sujet va donner une justification intellectuelle des ses tendances agressives. Il est alors capable de lier affects et représentations sans se laisser dominer par sa vie fantasmatique. C'est un acte de penser qui s'oppose à ce que CHABERT (2005) appelle la « contrainte d'imaginer », p.33. Mais en excès, cette activité de penser « est alors essentiellement investie dans des opérations d'anticipations et de devinement- guettant les signes avant-coureurs de la catastrophe », p. 33. Le sujet ne pourra alors s'empêcher de penser, de réfléchir, de chercher des liens entre les événements, les sentiments pour tenter de maîtriser la tension : « la contrainte de penser, l'effervescence psychique qu'elle produit, montrent l'effort pour maîtriser la situation traumatique, fermer la brèche d'un « je ne t'aime pas » ou « je ne t'aime plus » imprévisible », p. 33.

➤ La rationalisation s'appuie sur une recherche d'explication de ses sentiments hostiles de façon à éviter la culpabilité liée à ces sentiments.

➤ L'isolation va s'exprimer sur le lien entre la représentation et l'affect douloureux impossible à traiter et contenir. L'évocation de la représentation est ainsi possible sans aucune difficulté affective, sans émotion, sans expression agressive.

En conclusion, nous dirons que la caractéristique du fonctionnement normalo-névrotique c'est de traiter et gérer les conflits de manière interne, dans la réalité psychique.

Et au travers de tous ces développements nous nous rendons compte que tout se passe sur la scène interne fantasmatique et qu'il s'agit bien de représentations. Le sujet normalo-névrotique « agit psychiquement » par le biais de son organisation défensive pour lutter contre ses pulsions qu'il reconnaît venir de lui. Il met en place des digues contre ses propres mouvements pulsionnels par des mécanismes visant sa réalité interne : refoulement, inhibition, formation réactionnelle sans passer par la réalité externe même s'il peut parfois user des mécanismes à fonction « externalisante » de façon transitoire et adaptée.

Il aura donc fallu, pour que le sujet accède à ce mode d'organisation de la personnalité, que les expériences dans la réalité aient réussi à compenser le vécu interne du sujet, son vécu sensoriel perceptif interne. Ainsi l'amour, les pulsions libidinales ont pu l'emporter sur les pulsions agressives, sur la colère du sujet pour lui donner sa voie créatrice et constructive.

Pour autant, comme le résume Cournut (2003), « la névrose idéale, celle que l'on souhaite à nos patients, à nos enfants, à nos parents, et à nous-mêmes, cette névrose idéalisée n'existe pas, et n'a jamais vraiment existé, et la patient comme on dit « finement névrosé » non plus. Mais cette névrose fût-elle asymptotique, on a besoin de son modèle [...] pour penser, et pour analyser », p.1265.

## TABLEAU RÉCAPITULATIF

	<b>Destin des pulsions agressives</b>	<b>Nature de l'angoisse</b>	<b>Mécanismes de défense dominants</b>
<b>Fonctionnement limite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masochisme moral et physique</li> <li>- Désintrinsication pulsionnelle</li> <li>- Agir</li> <li>- Vie fantasmatique déliée de la réalité externe</li> </ul>	Angoisse de perte d'objet, d'abandon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clivage</li> <li>- Identification projective</li> <li>- Projection</li> <li>- Idéalisation</li> <li>- Dévalorisation</li> </ul>
<b>Fonctionnement psychosomatique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fonctionnement opératoire</li> <li>- Désintrinsication pulsionnelle</li> <li>- Pathomasochisme</li> <li>- Absence de vie fantasmatique</li> </ul>	Angoisse-détresse, automatique, et de débordement sans symbolisation possible	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recours à la réalité concrète</li> <li>- Inhibition</li> <li>- Répression</li> <li>- Satisfaction par la perception</li> </ul>
<b>Fonctionnement normalo- névrotique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>Intrinsication pulsionnelle</li> <li>- Masochisme moral</li> <li>- Surmoi</li> <li>- Capacité de réparation</li> <li>- Pensée</li> <li>- Vie fantasmatique en lien avec la réalité externe</li> <li>- Travail de liaison d'association</li> <li>- Ambivalence pulsionnelle</li> </ul>	Angoisse de castration	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refoulement</li> <li>- Inhibition des pulsions agressives</li> <li>- Retournement contre soi</li> <li>- Formation réactionnelle contre l'agressivité</li> <li>- Intellectualisation isolation rationalisation</li> </ul>

**PARTIE II**

**METHODOLOGIE DE**

**RECHERCHE**

# **I METHODOLOGIE ET OUTILS DE RECHERCHE**

## *1- Population ciblée*

### *1.1 Le sujet malade ulcéreux*

Le sujet malade ulcéreux chronique retenu a été recruté sur des critères relatifs aux données médicales suivantes. Lorsque l'ulcère est dû à la bactérie HP<sup>10</sup> (90% des cas), le traitement vise à éradiquer l'infection qui se définit par la disparition de la bactérie HP de l'estomac au moins 4 semaines après la fin de tout traitement (qui dure 7 jours). C'est donc au bout de 4 semaines de traitement que l'on peut parler de chronicité de l'ulcère, d'autant plus s'il est dû à cette bactérie dont le traitement vise l'éradication, obtenue dans 70 à 80% des cas. Selon les données médicales, les échecs peuvent être dus à une mauvaise observance du traitement, à une résistance organique au traitement, à la poursuite du tabagisme, ou au stress.

L'objectif du traitement médical est alors de calmer la douleur, d'accélérer la cicatrisation de l'ulcère et prévenir les récurrences qui surviennent dans 60% des cas au bout d'un an. Le sujet retenu ici a un ulcère gastro-duodénal depuis 8 ans.

### *1.2 Le sujet limite*

Le sujet qualifié d'état limite retenu a été recruté dans le cadre d'une convention signée avec le service d'hospitalisation libre de la psychiatrie adulte du CHS de FAINSVÉEL sur la base des critères suivants partant de la nosographie classique du DSM-IV et de la nosographie psychopathologique psychanalytique. S'appuyer sur les critères du DSM-IV paraissait indispensable pour trouver un terrain de compréhension minimum avec la psychiatrie, pour qui bien souvent il constitue un cadre référentiel. Et s'appuyer sur les critères structuraux de psychopathologie psychanalytique permettait aussi d'élargir le repérage diagnostique à d'autres éléments cliniques cruciaux.

Voici donc les critères retenus en référence aux travaux de KAPSAMBELIS (1998): impulsivité sous forme de passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs répétés (TS, rupture, fugues, violences...), grande place de l'oralité dans le fonctionnement du sujet avec des conduites toxicomaniaques sans nécessairement de produits fixes correspondant à une

---

<sup>10</sup> <http://www.snfge.org> (2002)

problématique sévère d'abandonnisme sous forme d'angoisse massive et envahissante d'abandon et de perte, alliée à une ambivalence relationnelle portant sur le désir d'indépendance et le besoin de dépendance, d'allure anaclitique, une image de soi fortement dévalorisée correspondant à l'effondrement d'une image de soi idéalisée, des fluctuations thymiques qui sont brutales, non élaborées, imprévisibles résistant aux chimiothérapies habituelles comme si ces fluctuations thymiques permettaient d'éviter une entrée dépressive contre laquelle les sujets luttent, une pauvreté de la vie affective et sexuelle, l'existence d'une différenciation des imagos parentales mais pas d'accès à une structure névrotique tout en ayant dépassé la structure psychotique même si le fonctionnement lui emprunte des mécanismes de défenses ( identification projective, clivage de l'objet, déni) et un processus d'idéalisation renvoyant au noyau narcissique de la problématique que donnent à voir les relations anaclitiques mises en place.

Il a été défini, en lien avec la chef de service, de rencontrer le sujet en fin d'hospitalisation, de façon à ce que les effets de la crise, à l'origine de l'hospitalisation, soient atténués.

### *1.3 Le sujet témoin*

Le sujet témoin retenu a été recruté par annonce sur les critères suivants : être une femme entre 20 et 30 ans, pour rester cohérent dans la comparaison avec les autres sujets, avoir une vie de couple, ne pas avoir eu de maladies somatiques nécessitant des consultations médicales répétées, ne pas avoir de troubles comportementaux.

Tous les sujets de toutes catégories confondues avaient un âge compris entre 20 et 40 ans avec une moyenne d'âge de 21 ans et demi et étaient de sexe féminin.

### *2- Qu'il est justifié d'utiliser la méthode du cas unique*

Le choix de faire porter cette recherche sur la méthode du cas unique repose sur une double motivation.

La première est épistémologique et trouve à s'appuyer sur une réflexion de WIDLOCHER (1990) pour qui la méthode du cas unique a toute sa pertinence et « se prête à

une démarche scientifique authentique », tout autant que la méthodologie de recherche sur des groupes. Cette dernière présente aussi de nombreux biais, dans la mesure où les individus qui composent alors l'ensemble du groupe ont tous, au regard d'une référence psychanalytique d'autant plus, une singularité qui leur est spécifique et par là même, ôte au groupe sa dimension homogène, au niveau intra-psychique.

De plus, l'étude de cas individuels favorise la découverte alors que selon WIDLOCHER (1990), p.293, « les méthodes extensives se préoccupent d'apporter des preuves ». C'est ainsi que le cas unique ne cherche pas à prouver des connaissances mais « il enrichit les connaissances de ceux qui partagent le même type d'expérience » ( WIDLOCHER, 1990, p.286). Et c'est cela qui soutient notre deuxième motivation.

En effet, celle-ci porte sur le fait que cette recherche, basée sur une référence au modèle psychanalytique, a des objectifs qui ne se fondent pas sur l'intention de tirer une généralisation des données issues de ce travail mais sur la modeste prétention de mettre à jour chez chacun des sujets leur fonctionnement mental et de les confronter aux références théoriques choisies ici, pour les mettre à l'épreuve. Nous allons donc tenter ici de comprendre, de cerner la dynamique intra-psychique d'un sujet et son fonctionnement mental propre dans une perspective clinique d'autant que, comme le dit WIDLOCHER (1990), « le cas unique nous confronte à la capacité d'appréhender la réalité clinique elle-même », p.300.

Cette réalité clinique qui implique et impose au clinicien chercheur d'inclure sa propre dimension subjective dans le dispositif de recherche qu'il met en place. Ce que nous ferons ici à travers l'analyse de l'axe inter-subjectif issu de l'entretien clinique de recherche. Notre visée ici est simplement d'interroger la pertinence de ces indicateurs dans le fonctionnement d'un sujet en particulier, en l'intégrant dans son histoire de vie singulière, à la lumière des éléments théoriques récoltés dans la première partie de ce travail. En effet, la description, l'utilisation du cas unique vise, toujours selon WIDLOCHER (1990), « à montrer par un cas exemplaire l'existence d'un état mental ou d'un mécanisme jusque là inconnu ou insuffisamment pris en compte », p.288.

Mais cependant qu'une telle approche convient à nos humbles ambitions dans ce travail, nous procéderons, pour compenser les limites liées à l'utilisation d'une telle méthode, à une méthodologie d'investigation multidimensionnelle avec donc des outils variés et qui ont démontré leur validité (LIGHEZZOLO, DE TYCHEY, 2004).

Nous allons maintenant étayer notre choix de ces trois outils.

### *3- Techniques et outils de recherche*

#### *3.1 L'entretien clinique de recherche enregistré*

L'enregistrement des entretiens s'est imposé par souci de restituer le plus fidèlement possible les propos des sujets et l'articulation de leur discours qui ici est centrale dans l'analyse ainsi que mes interventions et leurs propres articulations à la narration des sujets. Ma demande d'enregistrement a toujours été acceptée.

La technique d'entretien se voulait non directive d'emblée, avec une première question ouverte pour permettre au sujet d'organiser de lui-même son historicisation. Cependant étant dans un dispositif de recherche, nous avons un guide d'entretien avec quelques questions « prêtes à l'emploi » autour de thème qui n'auraient pas été abordés spontanément comme les rêves, le plaisir, les relations familiales, amicales, sentimentales, la capacité à être et rester seule... Nous nous sommes appuyés, pour cela, sur l'expérience de MARTY et col. 2003, p. 10, à savoir que, chez les malades somatiques, « ce qui frappe cliniquement, entre autres éléments, c'est une sorte de pauvreté du dialogue qui a souvent besoin d'être ranimé [...], une inertie qui menace presque à tout moment la poursuite de l'investigation », d'où pour nous la nécessité d'avoir ce guide d'entretien de façon à pouvoir relancer le mouvement verbal.

L'orientation souhaitée de ces entretiens s'appuie sur le modèle d'investigation psychosomatique telle que l'ont formalisé MARTY, de M'UZAN et DAVID en 1963 avec trois grandes lignes d'analyse (MARTY et col. 2003), qui nous paraissent aussi utilisables pour le sujet limite et témoin :

a. le mode d'entrée en relation du sujet avec le psychologue-chercheur dont la visée est « de permettre la manifestation, le développement et l'appréciation de la relation spontanée du malade » (MARTY et col. 2003, p.8).

b. relation transféro-contre-transférentielle qui est indissociable de la démarche clinique

c. la forme d'expression verbale, gestuelle et motrice qui permettra d'évaluer le mode de traitement des excitations pulsionnelles .



L'objectif était alors de cerner la capacité spontanée du sujet à entrer en relation avec l'autre, à historiciser sa maladie, à établir des liens avec la réalité externe et interne, à plonger dans son monde intérieur, à évoquer ses affects, élaborer mentalement ses conflits.

Tous ces points seront aussi repris à travers l'épreuve projective du Rorschach.

### *3.2 Le rorschach en mode de passation psychanalytique (De TYCHEY & LIGHEZZOLO, 1983).*

Le rorschach constitue un outil essentiel tant dans la clinique que pour la recherche. Pour de TYCHEY (1994), il fait même partie des techniques projectives qui « peuvent être utilisées dans un but de recherche sans perturber la dynamique de la relation avec le sujet », p. 40. CHABERT (1993) aussi, citée par de TYCHEY (1994), p. 18, appuie cette possible utilisation du rorschach lorsqu'elle le décrit comme « un instrument d'investigation et d'évaluation dans une démarche diagnostique et un outil métapsychologique dans la recherche en psychologie clinique et en psychopathologie ».

Pour ce qui est de la passation psychanalytique, nous l'utilisons là parce qu'elle permet vraiment d'approfondir voire de montrer des facettes du fonctionnement du sujet comme la mentalisation. En effet, la consigne de libre-association peut susciter chez le sujet des capacités associatives car elle va « amener l'individu, en fonction de la richesse de son espace imaginaire préconscient et de la souplesse de ses défenses à mettre en scène des éléments vécus, des scénarios relationnels, des affects, des investissements objectaux passés et présents, à évoquer certaines conflictualités » selon de TYCHEY (1994), p.20. Par ailleurs, la référence au psychanalytique se fonde sur le fait qu'il « éclaire les mécanismes intrapsychiques et intersubjectifs. Il permet d'observer la dynamique des changements, ou au contraire, la stagnation d'un état psychique, la difficulté à mettre en conflit les pulsions sexuelles ou agressives, les difficultés de mentalisation », selon BACQUE (2008), p.10.

Ce mode de passation apporte donc vraiment un complément d'éléments du fonctionnement intra-psychique qui permettront, en convergence avec d'autres données cliniques recueillies auparavant, d'étayer la confirmation ou l'infirmité de nos hypothèses.

Nous le voyons, cet outil s'inscrit parfaitement dans une méthodologie multidimensionnelle dans la mesure où il permet « la détection de signes discrets révélant la présence cachée de processus qui auraient échappé à l'observation et à l'entretien clinique » CHABERT (1997), p.XI.

L'intérêt précis pour notre recherche et par rapport à la formalisation de notre domaine d'étude est qu'il peut approcher plusieurs versants qui constituent le champ de nos hypothèses comme la dynamique pulsionnelle par rapport à l'affect et la représentation à travers les réactions sensorielles, l'angoisse, les mécanismes de défense à travers les modes d'appréhension, les capacités de mentalisation et la qualité de l'espace imaginaire... Nous reprendrons, pour ces deux derniers points, dans l'analyse que nous ferons des protocoles, les indicateurs élaborés par de TYCHEY et ses collaborateurs depuis 1983.

De plus, en ce qui concerne précisément les sujets somatisant, force est de constater comme le dit CHABERT (1988), que « la médiation offerte par ce test, dans sa matérialité même, peut constituer un point d'appui important dans le réel, pour des sujets dont les auteurs soulignent à l'unanimité les difficultés d'accès à une pensée imaginaire », p.1.

Pour les deux autres fonctionnements, limite et névrotique, il offre aussi des points de comparaison différentiels fondamentaux fournis par les nombreuses recherches dans ce domaine comme celle de TIMSIT (1978), de CHABERT (1986, 1988, 1998), de de TYCHEY (1982, 1983, 1986, 1990, 1991, 1992, 1994, 2000).

Pour ce qui concerne particulièrement la symbolisation des pulsions agressives nous allons nous référer aux critères élaborés par CASSIERS (1968). En effet cet auteur a défini des critères de hiérarchisation de la qualité de la symbolisation avec la mise au point de 4 catégories B C D E qui correspondent à des niveaux de symbolisation de la meilleure qualité à la plus mauvaise. Sachant, comme de TYCHEY (1994) le rappelle, p. 230, que ce sont « la distance par rapport à la pulsion de départ et de surdétermination pulsionnelle » qui donnent à la réponse sa qualité de symbolisation. De TYCHEY (1994) précise que les réponses neutres sur un plan symbolique ne sont pas prises en compte dans cette cotation.

Ensuite à chaque catégorie est donnée une valeur établit comme suit :

B= +2      C=+1      D=-1      E=-2

Le calcul de la somme des réponses classées multipliées par leur valeur et divisées par le nombre de ces réponses va indiquer un indice d'élaboration symbolique (IES). « L'obtention d'un score inférieur ou égal à +0,5 » est selon CASSIERS (1968) cité par de TYCHEY (1994) « statistiquement corrélée à une pathologie de l'agir en l'occurrence psychopathique » p.231. De TYCHEY (1994) lors de sa recherche comparant des adultes dépressifs non suicidaires et suicidaires tend à confirmer cette corrélation en pointant que « trois quarts des

dépressifs non suicidaires obtiennent un IES supérieur à +0,5 alors que deux tiers des sujets suicidaires obtiennent un score égal ou inférieur à +0,5 » p. 231.

De TYCHEY et col. (1990) ont ajouté à cette cotation deux critères supplémentaires : la nécessité de tenir compte à la fois de la configuration objective de la planche et de son contenu latent.

Nous nous appuyerons donc sur la grille de CASSIERS (1968) et celle de DE TYCHEY et coll. (1990, 1991).

### *3.3 Utilisation de l'inventaire de personnalité 16PF5 de Cattell dans l'adaptation française de Mogenet & Rolland (1995)*

En tant que questionnaire de personnalité, il permet de cerner d'une manière complémentaire le fonctionnement du sujet dans la mesure où il se fonde sur une approche non pas psychodynamique comme le rorschach mais sur une théorie factorielle. De plus, l'intérêt pour la recherche et pour le sujet est qu'il permet d'établir une relation de confiance entre le sujet et le chercheur. N'étant pas projectif, il permet au sujet d'être étayé dans son introspection, dans sa réflexion, tout du moins dans sa participation. C'est pourquoi il a été proposé avant le rorschach. Il a été réalisé en auto-administration. Nous nous centrerons ici uniquement sur les scores obtenus aux dimensions anxiété (AX) et indépendance (IN).

#### **En résumé, l'ordre de passation sera d'abord**

- *L'entretien clinique de recherche enregistré*
- *L'épreuve de personnalité par questionnaire pour permettre que véritablement une relation de confiance s'installe vis-à-vis du chercheur mais aussi de l'évaluation psychologique*
- *L'épreuve du rorschach, plus impliquante, puisque par nature projective.*

## **II Les hypothèses de recherche et leur opérationnalisation :**

Reprenant nos trois axes de travail à partir desquels nous avons fondé nos hypothèses, nous allons donc maintenant décliner leur opérationnalisation respectivement chez le sujet somatisant et chez le sujet au fonctionnement limite puis chez le sujet témoin, attendu comme ayant un fonctionnement normalo-névrotique.

Il est à rappeler avant toute chose, que c'est seulement dans un souci de clarté que nous procédons de la sorte en situant les trois niveaux séparément (destin des pulsions agressives, organisation défensive mobilisée et nature et traitement de l'angoisse). Car bien entendu, ces trois niveaux sont interdépendants les uns des autres et s'inscrivent dans une dynamique qui contribue à caractériser le fonctionnement psychique des sujets.

Nos références principales seront les travaux de De TYCHEY et coll. (1994, 2000) sur les différents indicateurs de la mentalisation et de l'espace imaginaire au rorschach et ceux de CHABERT (1997) concernant les mécanismes de défense et l'angoisse.

Nous présenterons d'abord nos hypothèses :

- pour le sujet au fonctionnement limite
- puis pour le sujet au fonctionnement psychosomatique
- pour terminer avec celui du sujet témoin.

## 1- Chez le sujet au fonctionnement limite

1.1 *Le destin des pulsions agressives chez le sujet au fonctionnement limite pour lequel nous avons posé les hypothèses suivantes :*

❖ **H1 : au sein du fonctionnement limite, la qualité de la mentalisation serait le plus souvent pauvre avec une symbolisation des pulsions agressives problématique, marquée par une projection de l'agressivité ou bien par un traitement factuel. L'espace imaginaire serait, quant à lui, riche mais inefficace parce que débordant et débridé et marqué par une destructivité non contenue.**

Elle devrait se vérifier au travers :

- H11) de la qualité de la mentalisation attendue comme mauvaise et dont les indicateurs retenus sont :

• *Au rorschach :*

➤ le type de relation à l'objet serait marqué par une régression de la relation à l'objet de type prégénital avec une absence de mise en relation mais plutôt des fantasmes de fusion, union, collage.

➤ le niveau de symbolisation serait assez mauvais pour l'expression pulsionnelle agressive particulièrement aux planches 2 et 3 et correspondrait aux niveaux D et E de CASSIERS (1968) et de TYCHEY (1990, 1991).

➤ l'IES serait inférieur ou égal à +0,5 selon l'étalonnage de CASSIERS (1968) confirmés par ceux de de TYCHEY (1991).

➤ la liaison affect /représentation serait de mauvaise qualité marquée par un tendance à l'agir : pleurs, réactions somatiques, demande de changement de planche.

- H12) de l'espace imaginaire attendu comme riche mais débordant et dont les indicateurs sont :

• *Au rorschach :*

➤ TRI et FS extratensif.

➤ F% élevé.

➤ Présence de K et de k.

➤ Variété des déterminants.

- Sensibilité au contenu latent des planches.
- Capacité associative avec absence de liens entre affects et représentation, des références au monde interne.

• *Dans l'entretien*, nous pourrions repérer ces deux facettes ( mentalisation et espace imaginaire) du fonctionnement au travers de ces questions :

- le sujet organise son discours dans une succession temporelle d'événements, avec historicisation de son discours (avec association, lien...).
- le sujet tend à émettre l'idée d'une causalité psychique.
- le discours n'est pas dénué d'affects, le sujet en est au contraire submergé sans possibilité de faire face.
- il n'est pas en attente de questions du chercheur pour combler le vide psychique .
- il fait beaucoup de rêves .
- il a une grande réactivité comportementale, il est plutôt dans l'agir.
- il n'a pas de difficulté d'expression des émotions.

- H13) du mode de relation objectal que nous nous attendons à repérer comme non génital.

- *Au rorschach* :

Nous nous pencherons pour cela particulièrement sur les planches 2-3-7 qui sont les planches qui sollicitent le plus la mise en relation.

- *Au 16PF5* : un score indépendance faible.

**❖H2 : Au sein du fonctionnement limite, le masochisme moral et mortifère tiendrait une place prépondérante. Le sujet l'exprimerait au travers de ces différentes conduites pathogènes (tentatives de suicide, auto-mutilation, conduites d'échec répétées ...).**

Elle devrait se traduire :

- *Au rorschach* :
  - par une agressivité subie et agie avec des clob, une thématique sexuelle et agressive crue.
  - une fréquence des thèmes morbides.

- un imaginaire envahi par la dimension destructive et morbide.
- *Dans l'entretien :*
  - une histoire de vie et une trajectoire de vie marquée par la répétition d'événements douloureux similaires.
  - une certaine complaisance dans les situations de souffrance.
  - un vécu de la maladie comme une punition, une sanction.
  - un fatalisme, une résignation.
  - peu de source de plaisir dans le quotidien.
  - la fréquence de cauchemars.

*1.2 Le registre défensif des sujets au fonctionnement limite pour lequel nous avons formulé l'hypothèse suivante :*

**❖ H3 : lorsque les mécanismes sont d'ordre projectif marqués par une prédominance de l'identification projective et de la projection, alors le risque de passage à l'acte sera tourné vers l'extériorité sur le versant comportemental pour lutter contre une angoisse supposée de perte de l'objet.**

Elle devrait se traduire par :

- H31) de la projection qui se repèrera de la manière suivante :

- *Au rorschach :*
  - un traitement projectif cru du rouge notamment aux planches 2 et 3 qui sollicitent fortement l'axe pulsionnel agressif avec une manifestation agressive crue, détériorée, déqualifiée en alternance avec des mécanismes d'inhibition au travers d'un traitement factuel, concret . Nous trouverons donc des K, Clob, E en alternance avec des évitements.
  - absence de verbes interactifs dans les représentations de relations.
  - fréquence des contenus statufiés, gelés.
  - non intégration des taches rouges.

• *Dans le comportement général :* on trouverait une agitation motrice plus ou moins marquée, une impulsivité, une intolérance à la frustration, des comportements addictifs , des

actes auto ou hétéro-agressifs ( tentatives de suicide, automutilation, agression..).

- *Dans l'entretien*, on pourrait trouver des affects à tonalité agressive qui ressortiraient.

- H32) du clivage : qui se repèrera au travers :

- *Au rorschach* :
  - par une alternance de bon contrôle formel et de débordement pulsionnel avec des décharges explosives.
  - par la présence de contenus de réponses très contrastés dans une même planche ou entre deux planches du Rorschach.

- H33) de l'identification projective que nous pouvons retrouver

- *Au rorschach* : dans les thématiques autour
  - de l'engloutissement,
  - de l'emprisonnement,
  - de l'angoisse d'être aspiré reflétant une intrication agressive destructrice du sujet et de l'objet ( CHABERT 1997).

- H34) du déni du sexe de la femme « comme réalité génitale positivement investie »

- *Au rorschach* « les contenus latents évocateurs du maternel et du féminin », selon De TYCHEY (1994) sont soit:
  - déniés en étant non perçus
  - élaborés de manière factuelle ou crue
  - reliés à des représentations archaïques source de déplaisir .

- *Dans l'entretien* :

Le sujet a conscience de ses émotions, de ses pensées mais cela n'a pas d'incidence sur son comportement ( KERNBERG, 1995).

- H35) de l'idéalisation primitive et de la dévalorisation : ces mécanismes peuvent se retrouver au travers de la relation avec le psychologue chercheur pris dans un mouvement relationnel tantôt idéalisé tantôt dévalorisé tant à l'entretien qu'au rorschach.



- H36) de défenses narcissiques :

• *Au rorschach* on aura :

- un évitement de la relation pouvant être source de conflictualité intolérable d'où une centration sur la symétrie, l'axe médian, permettant de ne pas mettre en scène de scénario relationnel, et de nier la différence en mettant l'accent sur le même.
- Des réponses peau.
- Des réponses k à valence pulsionnelle non objectale sans interaction qui marqueraient le repli narcissique ou bien avec interaction mais avec une thématique d'opposition, de rivalité teintées de destructivité.

*1.3 Le traitement de l'angoisse se retrouvera au travers de la lutte contre les affects dépressifs liés à l'angoisse de la perte de l'objet :*

• *Au rorschach* :

- On trouvera une alternance inhibition/projection.
- une sensibilité au noir/blanc.
- une tonalité dysphorique des contenus mais sans capacité de reprise élaborative, sans association de représentation.
- des manifestations comportementales de l'angoisse (retournement des planches, rictus, refus...) et verbales avec de nombreux commentaires subjectifs.
- une alternance de prise de distance par rapport au matériel dans une approche plutôt globale, floue et une sensibilité au changement, une réaction face aux couleurs des planches.
- une réponse sans contrôle à la planche 7 qui suscite avec la lacune centrale blanche une angoisse de perte d'objet.
- un indice d'angoisse supérieur à 12%.
- des représentations en miroir, des recherches de ressemblance pour nier la différence et donc éviter l'angoisse face à ce qui fait défaut (CHABERT, 1998).

- *Dans l'entretien :*
  - le sujet se décrirait comme ayant un fort besoin d'activités motrices, mode de décharge privilégié.
  - le sujet se décrirait souvent stressé, nerveux.
  - la relation à l'autre serait tantôt idéalisée, tantôt rejetée par identification projective.
  
- *Au 16PF5 :* un score d'anxiété élevé.

## 2- Chez le malade somatique

*2.1 Le destin des pulsions agressives chez le sujet ulcéreux chronique autour duquel nous avons posé les hypothèses suivantes :*

**❖ H4 : l'extinction de cette vie pulsionnelle se traduirait par une défaillance de la mentalisation que nous nous attendons à trouver mauvaise notamment du point de vue de la symbolisation des pulsions agressives avec un traitement factuel ou un évitement du rouge. Et L'espace imaginaire serait aussi réduit notamment sur le plan des liaisons associatives.**

Elle devrait se vérifier au travers :

- H41) de la qualité de la mentalisation attendue comme mauvaise et dont les indicateurs retenus sont les suivants :

- *Au rorschach*
  - le type de relation à l'objet ne serait pas d'ordre génital.
  - le niveau de symbolisation serait assez mauvais pour l'expression pulsionnelle agressive particulièrement aux planches 2 et 3 et correspondrait au niveau D E de la grille de CASSIERS (1968) et de TYCHEY (1990, 1991).
  - l'IES est attendu supérieur à +0,5 en référence aux étalonnages de CASSIERS (1968) confirmés par ceux de DE TYCHEY (1991).
  - la liaison affect /représentation serait de mauvaise qualité voire inexistante : le sujet ne rentrerait pas dans son monde interne, ne montrerait pas de capacité à

relier ses réponses à son espace personnel, existentiel.

- H42) de l'espace imaginaire attendu comme pauvre et réduit et dont les indicateurs sont :

• *Au rorschach:*

- TRI et FS coartatif.
- F% élevé.
- Peu de K et peu de k.
- Peu de variété des déterminants.
- Qualité associative médiocre avec absence de liens entre affects et représentation, peu de référence au monde interne.
- Nombre de réponses bas.
- Absence de sensibilité au contenu latent des planches.
- A% élevé.

• *Dans l'entretien*, nous pourrions repérer ces deux facettes ( mentalisation et espace imaginaire) du fonctionnement au travers de ces éléments :

- le sujet organise son discours dans une succession temporelle d'événements, sans historicisation de son discours (avec association, lien...).
- le sujet n'émet pas l'idée d'une causalité psychique ; s'il le fait, l'idée vient de l'autre, et il n'y adhère pas ou peu.
- le discours est dénué d'affects : il fait une description factuelle de sa maladie, de son histoire.
- il est en attente de questions du chercheur pour combler le vide psychique
- il ne fait pas de rêves.
- il a une grande réactivité comportementale, il est plutôt dans l'agir.
- il y a une difficulté d'expression des émotions.

- H43) du mode de relation objectal que nous nous attendons à repérer comme non génital.

- *Au rorschach* : Nous nous pencherons pour cela particulièrement sur les planches 2-3-7 qui sont les planches qui sollicitent le plus la mise en relation.
- *Au 16PF5*, on s'attend à trouver un score indépendance bas.

❖ **H5 : le fonctionnement psychosomatique serait marqué par l'existence d'une grande composante masochiste**

- H51) la place importante du masochisme dans le fonctionnement somatique devrait se traduire

- *Au rorschach :*
  - par une agressivité subie avec des clob, une thématique sexuelle et agressive crue.
  - une fréquence des thèmes morbides.
  - un imaginaire envahi par la dimension destructive et morbide.
  
- *Dans l'entretien :*
  - une histoire de vie et une trajectoire de vie marquée par la répétition d'événements douloureux similaires.
  - un maintien de la source de la source de souffrance.
  - un vécu de la maladie comme une punition, une sanction.
  - un fatalisme, une résignation.
  - peu de source de plaisir dans le quotidien.
  - la fréquence de cauchemars.

*2.1 Le registre défensif du sujet ulcéreux chronique pour lequel nous avons posé l'hypothèse suivante :*

❖ **H6 : L'action conjuguée de la répression sur l'appareil à penser et l'inhibition des motions hostiles conduirait aux somatisations qui apparaîtraient en lieu et place des manifestations d'angoisse à travers le fonctionnement opératoire.**

Cette hypothèse devrait se retrouver par un contrôle des affects au travers :

- H61) de la répression qui se repèrera de la manière suivante :

- *Au rorschach :*
  - Évitement du rouge aux planches 2 et 3 qui sollicitent fortement l'axe pulsionnel agressif.
  - Mise en scène agressive possible à d'autres planches.

- chocK, K refoulées, K réprimées, kp.
- Intellectualisation.
- TRI coarté.
- carence fantasmatique.

- *Dans le comportement général* : on trouverait une agitation motrice plus ou moins marquée.

- *Dans l'entretien*, on ne trouverait pas d'affect à tonalité agressive qui ressortirait ou alors elle serait minimisée voire déniée.

- H62) d'une inhibition massive repérable

- *Au rorschach* par :

- le nombre restreint de réponses.
- de nombreux silences.
- une verbalisation plutôt pauvre, signant la lutte contre toute implication subjective et projective et un abrasement des capacités projectives et émotionnelles comme s'il s'agissait d'une mort psychique avec des banalisations, un anonymat des réponses « on, des êtres, des personnages... ».
- un TRI et une FC qui devraient en congruence avec l'espace imaginaire être coartés avec un F% élevé et des F+% élevés aussi.
- choc C, Choc R.
- inaptitude à l'échange, non figurabilité des affects, importance des défenses narcissiques et de la dépression selon BAYLE (1987) cité par CHABERT (1987).

- H63) du clivage qui se repèrera au travers :

- *Au rorschach* :

- par une alternance de bon contrôle formel et de débordement pulsionnel avec des décharges explosives.
- par la présence de contenus de réponses très contrastés dans une même planche ou entre deux planches du Rorschach.

- H64) de la prédominance du perceptif sur l'imaginaire qui se retrouvera

• *Au rorschach* par :

- un F% élevé et un F+% bas ou réponses anatomies avec une signification spécifique décrite par CHABERT (1988).
- un traitement factuel, concret des planches.
- une tendance à l'intellectualisation évitant ainsi une implication projective en séparant les affects des représentations.
- une tendance à l'isolation affective avec un  $\Sigma C$  faible et un F% élevé
- un vide associatif total ou partiel.
- nombre de ban élevé.
- peu de réponses originales.

• *Dans l'entretien* par

- un style de discours descriptif, marqué par des pauses pour mettre l'accent sur l'absence de liens entre les représentations et les affects ou bien une négation des liens proposés par le psychologue chercheur.

### 2.3 *Le traitement de l'angoisse se retrouvera :*

• *Au rorschach :*

- un évitement de la confrontation dangereuse à des éléments pouvant réactivés des aspects angoissants de la réalité interne avec des G nombreuses ou des D nombreuses.
- des manifestations somatiques et comportementales de l'angoisse (mimiques, retournement des planches, sudation, rictus, refus...).
- une réactivité sensorielle spécifique au noir avec des Clob, des C', des E, mais aussi des K isolées.
  - un indice d'angoisse inférieur à 12% .

• *Dans l'entretien :*

- le sujet se décrirait comme ayant un fort besoin d'activités motrices, mode de décharge privilégié.
- le sujet se décrirait souvent stressé, nerveux.

• *Au 16PF5 :* un score d'anxiété élevé .

### 3- Chez le sujet témoin

3.1 *Le destin des pulsions agressives chez le sujet témoin pour lequel nous avons postulé :*

❖ **H7 : dans le fonctionnement névrotico-normal, le sujet est capable d'évoquer tout à la fois des mouvements de haine et d'amour vis-à-vis d'un même objet sans avoir peur de le détruire, et d'être détruit par lui en retour, et ce, de façon socialement acceptable c'est-à-dire par le biais d'une symbolisation de qualité des pulsions agressives.**

Cette hypothèse se vérifiera au niveau :

- H71) de la qualité de la mentalisation attendue comme bonne et dont les indicateurs retenus sont les suivants :

- *Au rorschach*
  - le type de relation à l'objet serait marqué par une mise en relation scénarisée, avec des contacts, des liens, des échanges.
  - le niveau de symbolisation serait assez bon pour l'expression pulsionnelle agressive notamment aux planches 2 et 3 et correspondrait à un indice B et C selon la grille de CASSIERS (1968) et de TYCHEY (1990, 1991).
  - l'IES serait supérieur à +0,5 selon l'étalonnage de CASSIERS 1968) confirmés par ceux de de TYCHEY (1991).
  - la liaison affect /représentation serait de bonne qualité marquée par une capacité à relier ses affects avec des mots, à les rendre communicables, et compréhensibles par lui et par l'autre.

- H72) de l'espace imaginaire attendu comme riche et dont les indicateurs sont les suivants :

- *Au rorschach*
  - TRI et FS dilaté.
  - F% bas.
  - Présence de K, de KC KC' et présence de k.
  - Variété des déterminants.

- Sensibilité au contenu latent des planches.
  - Capacité associative avec présence abondante de liens entre affects et représentation, des références au monde interne, aux souvenirs.
  - A% moyen ou bas.
- *Dans l'entretien*, nous pourrions repérer ces deux facettes ( mentalisation et espace imaginaire) du fonctionnement au travers de ces questions :
    - le sujet organise son discours dans une succession temporelle d'événements, avec historicisation de son discours (avec association, lien...).
    - le sujet tend à émettre l'idée d'une causalité psychique.
    - le discours n'est pas dénué d'affects, le sujet y accède sans difficultés.
    - il n'est pas en attente de questions du chercheur pour combler le vide psychique.
    - il fait beaucoup de rêves.
    - il est stable, posé.
    - il n'a pas de difficulté d'expression des émotions.
- H73) du mode de relation objectal que nous nous attendons à repérer comme génital.
- *Au rorschach* : Nous nous pencherons pour cela particulièrement sur les planches 2-3-7 qui sont les planches qui sollicitent le plus la mise en relation avec une conflictualité entre désir et interdit...
  - *Au 16PF5* : un score indépendance modéré.
- ❖ **H8 : le masochisme au sein du fonctionnement névrotico-normal devrait recouvrir l'allure d'auto-punition en lien avec un sentiment de culpabilité vis-à-vis de l'agressivité exprimée envers l'objet donc en relation avec l'objet.**
- H81) de la place du masochisme dans le fonctionnement qui devrait se traduire
- *Au rorschach* :
    - par une agressivité subie et agie, une thématique sexuelle et agressive bien symbolisée.
    - une rareté des thèmes morbides.
    - un imaginaire avec la possible présence de la dimension destructive et morbide



mais toujours en lien avec l'autre, inscrit dans une relation à l'autre.

- *Dans l'entretien :*

- une histoire de vie et une trajectoire de vie avec présence d'événements pénibles mais dont le sujet tire des apprentissages pour ne pas tomber dans la répétition.
- pas de complaisance dans les situations de souffrance.
- un vécu d'épisodes de maladie comme une punition, une sanction.
- une capacité d'action sur les événements et le cours des choses.
- nombreuses sources de plaisir dans le quotidien.
- la fréquence de cauchemars.

*3.2 Le registre défensif du sujet témoin autour duquel nous avons postulé :*

❖ **H9 : dans le fonctionnement névrotico-normal on s'attend à retrouver une organisation défensive marquée par une prévalence des processus secondaires et se mettrait en place face à une angoisse de castration.**

Elle se vérifiera par la présence :

- H91) du refoulement qui se repérera de la manière suivante :

- *Au rorschach :*
  - par des silences, des blancs, des formulations de type « je sais pas / je vois pas », un temps de latence plus long.
- *Dans le comportement général :* on trouverait une stabilité, un calme et une activité modérée.
- *Dans l'entretien,* on pourrait trouver des affects à tonalité agressive qui ressortiraient mais repris et rattachés à la relation à l'autre, avec une gêne.

- H92) De formations réactionnelles contre l'agressivité : qui se repèreront au travers de réponses comme les FC FC' KC KC' kanC' kanC mettant l'accent sur l'amicalité, l'innocence, le jeu, selon DIWO (1997).

### 3.3 Le traitement de l'angoisse se retrouvera au travers de :

- *Au rorschach :*
  - On trouvera une alternance inhibition/ verbalisation avec des commentaires subjectifs, verbalisation de l'affect signant la capacité du Moi à tolérer l'angoisse (DEBRAY 1991) et une mise en avant éventuellement dramatisée des affects.
  - une sensibilité au noir/blanc et à la couleur bien reprise par un contrôle formel,
  - une tonalité dysphorique des contenus mais avec une capacité de reprise élaborative, avec association de représentation.
  - des manifestations comportementales de l'angoisse (retournement des planches, rictus, refus...) et verbales avec de nombreux commentaires subjectifs.
  - une thématique d'opposition, de manque, de castration au travers de parties phalliques des planches comme la 6 où le détail phallique est exclu de la réponse par une verbalisation « sans ça », à la planche 4.
  - la planche 7 pour la lacune centrale blanche qui peut générer de l'angoisse de perte d'objet et qui doit entraîner un effort de maîtrise.
  - de la dynamique inter et intra planche pour voir comment elle est gérée.
  
- *Dans l'entretien :*
  - le sujet se décrirait comme étant calme, capable de rester sans rien faire.
  - relation à l'autre claire dans les attentes et dans les places et rôle de chacun.
  
- *Au 16PF5 :* un score d'anxiété modéré .

# PARTIE III

## ANALYSE CLINIQUE

*« La parole est moitié à celui qui parle et moitié à celui qui écoute »*

*Essais III, chap.XIII ,p.358*

*1588, MONTAIGNE*

# ANALYSE DES DONNÉES CLINIQUES

## DU SUJET LIMITE

### *1- Données anamnestiques*

Annie a 20 ans. Elle vit actuellement en alternance entre P. et B. du fait de ces deux métiers situés respectivement dans ces deux lieux. Parallèlement, elle suit une formation universitaire par correspondance.

Ses parents sont divorcés depuis son plus jeune âge et elle semble en avoir souffert. Sa mère s'est remariée et Annie vit chez elle lorsqu' elle revient sur B. pour son deuxième emploi. Avec son père, elle a une relation plutôt conflictuelle allant même jusqu'à rompre ces liens récemment. Elle a deux sœurs et un frère avec qui elle s'entend assez bien.

Annie a un petit ami avec qui elle est en cours de séparation lorsque je la rencontre, et qu'elle a connu au moyen d'Internet. Cette relation sentimentale semble fouguese et douloureuse puisqu'elle se solde répétitivement par une rupture qui cette fois paraît être définitive. Annie ne la supporte pas et cela l'a entraîné vers une tentative de suicide, assortie d'une sorte de déni de la réalité, pour laquelle elle a été hospitalisée en psychiatrie. C'est là que je la rencontre pour la première fois, le dernier jour de son hospitalisation pour lui présenter le cadre de ma recherche et recueillir son consentement éclairé. Le recueil de données se déroulera ensuite chez sa mère, deux jours après sa sortie.

Lors de ces différents temps de rencontre, Annie m'est apparue comme une jeune fille pleine de fraîcheur et d'élan vital malgré les préoccupations morbides qui l'habitaient à ce moment-là. Elle a accepté très volontiers et très facilement de participer à ma recherche. En termes d'attente concernant sa participation, elle a clairement exprimé vouloir être informée des résultats qui pourraient l'aider à avancer. Sur le plan diagnostic, elle se pense borderline ainsi que les médecins le lui ont dit à la sortie de son hospitalisation en psychiatrie suite à sa tentative de suicide.

## 2- Analyse préliminaire

### *2.1 Mode d'entrée en relation avec le psychologue –chercheur*

Annie s'est montré d'un abord chaleureux et accueillant, avec une attitude particulière marquée par des mouvements qui lui cachaient les yeux, mais laissant tout de même transparaître un regard « en biais », une attitude de soumission sans être complètement passive. Son contact semblait de qualité, joviale malgré le contexte et le lieu ( service de psychiatrie), mais avec une impression de discordance avec la souffrance qui s'en dégageait. Cela me renvoie à l'une de ses expressions, hors entretien, « *j'essaie de donner la change* », comme si à l'intérieur la souffrance était vive mais qu'elle s'efforçait de faire face, de ne rien laisser paraître. L'accueil à son domicile a tout autant été chaleureux et cordial mais sans laisser place aux formules de politesse, comme si Annie avait une urgence intérieure à régler.

### *2.2 Analyse transféro-contre-transférentielle*

#### Sur le plan contre-transférentiel

Avec Annie, j'étais, tout le temps de l'entretien, sur le qui-vive, avec une grande inquiétude qu'elle ne repasse à l'acte, c'est pourquoi à plusieurs reprises j'ai suggéré fortement l'idée qu'elle se rende au CMP après l'entretien, tout du moins avant son départ sur P. Je me suis en fait sentie investie d'une responsabilité vis-à-vis d'elle comme si je devais la porter, la soutenir, l'aider, la protéger, la conseiller ( elle-même me met à cette place dès le début de l'entretien). Il faut bien sûr relier à ce sentiment très fort que j'ai ressenti même encore après notre entretien, le fait que j'ai rencontré Annie dans le service de psychiatrie pour la première fois, la veille de sa sortie, et que sans doute, cela m'a-t-il positionné dans ma fonction d'évaluation dans le cadre des entretiens de sortie.

Ce sentiment d'inquiétude s'est poursuivi jusqu'au lendemain où j'ai pensé à l'appeler pour m'assurer, et me rassurer, qu'elle allait bien, comme s'il y avait une nécessité à ce que je maintienne le contact, seul moyen de conserver le souffle de vie. De plus, cette inquiétude se fonde aussi sur le fait qu'Annie présente un contact chaleureux, « donnant la change » expression qui lui est chère, agréable, avenant mais qui au final dégage une très grande souffrance et une instabilité. Mon inquiétude était, de fait, d'autant plus grande que je

craignais qu'un signe de sa souffrance réelle ne m'ait échappé et que je la laisse « en danger ».

Ce sentiment d'inquiétude, frôlant une angoisse de « la perdre » se rapproche grandement de l'angoisse du sujet limite, de perdre l'autre, objet d'étayage. Il s'est créé le temps de cette recherche une sorte de dépendance, à l'image de la relation qu'elle entretient avec sa mère qu'elle appelle 2 fois jours pour se rassurer et la rassurer.

De plus, deux de mes interventions, qui ont revêtu un caractère évaluatif et d'induction masochiste trop fort («(psychologue)ça interpelle : votre relation est faite de haut et de bas et puis même de moments très pénibles comme se faire rabaisser etc hein ? – (Annie) oui - (psychologue) et pour autant vous vous accrochez vous aimez ces moments pénibles ? - (Annie) non - (psychologue) comment vous expliquez ça - (Annie) y'a pas d'explication je suis amoureuse »), semblent converger dans ce sens aussi. En effet, c'est comme si j'étais prise dans une sorte d'urgence de la situation, dans la flambée de souffrance qu'Annie me donnait à entendre. J'ai tenté alors d'amorcer, trop vite certainement, des leviers des représentations dont elle me faisait part et qui me paraissaient faire barrage à son évolution. J'ai tenté de lui apporter d'autres visions possibles trop rapidement sans qu'elle ne soit prête à les entendre. C'est comme si, avec le recul de l'écriture je m'en aperçois, j'étais prise dans son tourbillon émotionnel vif et menaçant. C'est comme si j'avais pour objectif de l'apaiser. D'ailleurs, sa « recherche de recettes » comme quand elle me demande comment faire, ce que j'en pense, ce qu'elle doit faire, et qui renvoie pour SMADJA (2001), « au besoin de se débarrasser par les voies les plus courtes et les plus rapides, de ce qui est vécu comme une tension interne menaçante », p. 116, avait finalement imprégné mon écoute.

J'avais une telle angoisse que la qualité de mon écoute en a été altérée et je ne l'ai pas laissée suffisamment élaborer sa pensée. Je n'ai pas fait non plus de relances là où j'aurais pu saisir quelque chose de sa subjectivité, notamment lors de cette séquence de l'entretien où j'ai coupé son élaboration en projetant mes propres inquiétudes, en voulant préserver le lien thérapeutique là où il avait commencé et d'une certaine manière en tentant de me décharger de mon angoisse pour ne pas être la seule à porter la sienne : «(psychologue) pour vous c'est pas terminé ? – (Annie) Non- (psychologue) et en écrivant ces mails c'est quoi votre objectif - (Annie) ben l'objectif c'est de le récupérer de le voir de je sais pas j'essaie de lui écrire de lui faire comprendre ce qui s'est passé parce que ma maladie y est pour beaucoup je pense - (psychologue) oui - (Annie) et il veut pas le comprendre je pense donc voilà donc je suis pas très bien son comportement - (psychologue) et la psychologue qui vous suivait vous la revoyiez quand - (Annie) je la vois plus maintenant je suis suivie sur P. donc le psychologue

*enfin le psychiatre qui me suit il est pas au courant de tout ça - **(psychologue)** il faudra lui expliquer parce que je pense que ça peut faire partie de votre thérapie d'apprendre à se séparer ». A ce moment de l'entretien, je suis très inquiète d'un autre passage à l'acte compte tenu du déni de la réalité de la séparation qu'elle évoque et je crains qu'il ne se lève et que la réalité soit alors trop violente pour elle, qu'elle ne puisse y faire face autrement que par un passage à l'acte suicidaire. C'est pourquoi je m'accroche à ses thérapeutes et tente de la joindre à moi dans cet accrochage pour maintenir ce lien, offrant pour moi une sorte de frein au passage à l'acte possible dans le sens où dans mes représentations, savoir qu'on peut compter sur quelqu'un permet de sauvegarder un souffle de vie face au désespoir, que je craignais en l'occurrence pour Annie. Aussi, j'essaie d'amorcer une levée de ce déni rapidement en pensant que je tâcherai d'en contenir les effets mais ma tentative trouve en retour une forte résistance voire un renforcement de ses représentations : « - **(Annie)** c'est comme une drogue c'est comme si j'étais une toxicomane en manque quoi j'en tremble et tout c'est euh un comportement et je sais que c'est pas fini il y a eu trop de choses et trop de promesses pour que ce soit fini – **(psychologue)** ah oui ! en même temps les promesses sont faites dans l'instant elle sont peut-être pas faites pour la vie- **(Annie)** ben non les promesses elles sont faites pour la vie et je vois c'est pas la première fois qu'on a une rupture on en a déjà eu d'autres et à chaque fois qu'on se reparle il me dit je t'ai toujours aimé et tout mais tu m'as fait trop de mal donc euh là il est dans la période là donc après je sais pas drôle de comportement de rencontre et tout et je repense à ce qu'il avait avant et qui était très mauvaise pour lui il me l'a déjà dit et euh donc là il doit être très malheureux - **(psychologue)** oui et alors s'il est malheureux ? - **(Annie)** ben c'est de ma faute – **(psychologue)** vous pensez que c'est de votre faute ? ». Il est probable que ma tentative est teintée de maladresse dans la formulation et revêt un caractère trop évaluatif ( ma fonction clinique habituelle d'évaluation infiltre mes questions, relances, et interprétations. Par ailleurs, j'assure au lecteur que le ton de mon discours, malgré les mots choisis, est resté empathique et tolérant en dépit du caractère un peu abrupt lié à la retranscription par écrit ).*

Au final, c'est comme si j'avais fonctionné en miroir de son urgence et de son tourbillon émotionnel. J'ai alors moi-même aussi été prise dans ce tourbillon en voulant aller trop vite pour travailler ses représentations et soulager son angoisse. Et finalement en ne respectant pas le temps psychique et ses possibilités introspectives, le risque était d'aboutir à l'effet contraire : au lieu de la rassurer, et endiguer sa souffrance, cela aurait pu majorer son angoisse. Pour le coup, le ton chaleureux et empathique que je me suis attachée à avoir, même

si c'est aussi spontanément qu'il se dégage, a pu limiter cet effet. De plus, je n'ai pu me dégager de ma fonction d'évaluation jusqu'au bout puisque je termine l'entretien en la renvoyant sur le CMP : « **(Annie)** *pour l'instant j'ai pas le mental et euh j'ai pas le moral et je me trouve pas bien donc euh – **(psychologue)** et si vraiment ça va pas il faut que vous alliez au cmp avant vendredi soir il ne faut pas rester comme ça - **(Annie)** oui mais là c'est juste les histoires de rêve qui m'ont énormément perturbé sinon j'avais pas ça à l'hôpital- **(psychologue)** hum mais quand même n'hésitez pas à vous rendre au CMP avant de partir histoire de vous aider à canaliser tout ça en attendant de voir votre psychiatre sur P. la semaine prochaine -**(Annie)** d'accord ». Mais mon angoisse personnelle n'a pas été apaisée non plus par le reste de l'entretien et je la mène jusqu'au bout aussi, voire au-delà, comme je l'ai explicité plus-haut, au point où j'insiste fortement sur cette consultation auprès du CMP, considérant qu'elle tentait de minimiser sa souffrance et peut-être de me rassurer à son tour ?!. De plus, j'essaie aussi de l'inscrire dans le futur pour relancer des perspectives de réflexion et d'analyse en me basant sur le lien thérapeutique qu'elle instaure à l'hôpital et qui me semblait positif pour elle : « - **(Annie)** *sans lui tout s'effondre pour moi- **(psychologue)** et qu'est-ce qu'elle en pense la psychologue qui va a suivi en hospitalisation- **(Annie)** que Yvon ne devait pas être un pilier pour moi contrairement aux parents mais pour moi c'est pas clair encore - **(psychologue)** pour l'instant peut-être mais plus tard cette image vous parlera sûrement. Bien on peut arrêter là. Merci ».**

### Sur le plan transférentiel

Annie entre en contact de façon rapide, vive avec moi comme si elle attendait de moi des réponses, des solutions concrètes à ses problèmes. Sa manière de commencer l'entretien le révèle fortement avec le caractère compulsif de l'enchaînement de ses phrases « donc...donc...donc », comme s'il fallait aller vite, comme s'il lui était impossible insupportable d'attendre. Avec cette manière de s'exprimer, elle me signifie aussi qu'elle s'est inscrite dans cette relation avec moi, ayant réfléchi avant mon arrivée et notre rencontre réelle, et elle me fait part de ses conclusions.

Son mode d'entrée en relation avec moi est vivant, brusque, rapide, balayant ses préoccupations et cherchant à déposer son bouillonnement pulsionnel, plus qu'à le partager. Elle cherche à s'étayer sur moi, en tant que psychologue, dans une attente de réassurance sur son fonctionnement : « *donc je voulais savoir si c'est normal qu'on passait de passer par ce stade là* ». Mais pour autant, mes questions et mes relances (citées plus haut) n'ont pas trouvé



d'écho introspectif chez elle. Comme le dit BRUSSET (2008) en citant KERNER (1975), le « mode de communication avec l'analyste est indicatif du diagnostic » p.298. Du coup, « typiquement le patient cas limite n'entend pas l'interprétation comme une interprétation mais comme un jugement, un conseil [...]. Il n'y pas d'effet désorganisant, ni d'« insight », ni de développement des résistances, mais l'interprétation, non entendue comme telle, a cependant des effets repérables », p.299. Effectivement, mes relances, mes questions sans obtenir d'écho introspectif, ni d'effet désorganisateur, renforcent ses représentations, appuient ses arguments ou conduisent à des évitements et des rejets. Il n'y a pour elle pas d'autres représentations possibles. Mes questions n'amènent pas d'ouverture de la pensée, ne sont pas intégrées, ni même interrogées. Elle est dans son monde de représentations et d'affects et toute autre réalité ne peut la modifier. Le climat relationnel reste le même et aucun matériel nouveau ne vient se mêler au discours, à l'entretien. Les questions ne réactivent pas de réseau de pensées, de représentations, ne suscitent pas d'émergence de nouveaux modèles de relations, de représentations.

### *2.3 Forme gestuelle, verbale et motrice*

Annie se montre très dynamique, a beaucoup bougé sur sa chaise, se triturant les cheveux qui lui cachaient le visage. Ceci est à l'image de son discours vif, rapide, marqué de peu d'hésitations même dans les réponses à mes questions qui laissent poindre une absence d'élaboration. Sans être logorrhéique, toute l'excitation pulsionnelle traverse son discours et ses attitudes, avec une grande difficulté à se poser, à réfléchir calmement, à contenir son angoisse.

## *3- Analyse des données*

*3.1 Le destin des pulsions agressives chez le sujet au fonctionnement limite pour lequel nous avons posé les hypothèses suivantes :*

**❖ H1 : Au sein du fonctionnement limite, la qualité de la mentalisation serait le plus souvent pauvre avec une symbolisation des pulsions agressives problématique, marquée**

par une projection de l'agressivité ou bien par un traitement factuel. L'espace imaginaire serait quant à lui riche mais inefficace parce que débordant et débridé et marqué par une destructivité non contenue.

Elle devrait se vérifier au travers :

- H11) de la qualité de la mentalisation attendue comme mauvaise et dont les indicateurs sont les suivants :

- *Au rorschach*

➤ **Le type de relation à l'objet serait marqué par une régression de la relation à l'objet de type prégénital avec une absence de mise en relation mais plutôt des fantasmes de fusion, union, collage :**

Il se révèle un déni de la relation à PII comme à PIII avec une absence de mise en relation scénarisée, interactive. Annie cherche la ressemblance, le même, comme pour nier la différence avec l'autre, comme pour éviter la confrontation avec l'autre, par le biais de cette tentative forcenée d'accrochage à la réalité, au factuel pour faire écran aux fantasmes, et cela dès le début de sa rencontre avec le test : « *la chauve-souris ( ...) je l'ai plus ressenti la deuxième fois que je l'ai dit au niveau de la ressemblance je parle ça ressemblait plus que la première fois* ». Puis elle enchaîne toujours à la première planche « *papillon c'est pareil l'histoire des ailes le corps c'est tout par rapport à la ressemblance* ». Cette recherche se poursuit à P.II « *au niveau ressemblance je trouve rien* ».

Par ailleurs, les fantasmes qui surgissent ne sont pas de type fusion, collage contrairement à notre hypothèse départ, mais plutôt marqués par une valence destructrice au vu des rares kinesthésies fantasmées comme à P.IV : « *un monstre avec des gros pieds, une grosse queue, des grosses mains mais pas forcément une tête ou alors il crache quelque chose* », à P.VI : « *Et avec le tout je dirai un dragon et là ça me fait penser à du feu et il est en train de gober* », à P.IX « *Ça c'est la fumée ou le feu ça c'est la pointe du volcan, là c'est le truc qui commence à monter* ».

Et lorsqu'à l'enquête des limites, après une double suggestion, elle met en scène une relation entre deux « personnes », elle s'exprime au sein d'une conflictualité inélaborable entre désir et interdit pointant un œdipe non structurant et renvoyant à ce que OLINDO-WEBER et MAZERAN (1993), p.111, interprètent comme étant davantage un interdit sur « l'expression même du désir que sur les modalités de réalisation qui semblent tout à fait secondaires ». Il se révèle une problématique du bon et du mauvais signant un mode de relation objectal de type prégénital marqué par le clivage : « **(psychologue)-est-ce que vous**

pourriez voir autre chose ? Silence / **(psychologue)** souvent les personnes voient des réponses humaines – **(Annie)** ah oui là avec un cœur, deux cœurs et là leur voix, la voix de la raison et la voix de la déraison, leur ange et leur démon, un couple qui s'aime et les voix qui disent non il ne faut pas ».

Ceci se confirme aux planches où les fantasmes qui surgissent témoignent d'une thématique orale régressive avec des fantasmes de dévoration, de destruction : « le vampire (...) la couleur rouge et le sang avec les dents » à P.II, / « un monstre(...) ou alors il crache quelque chose » à P. IV / « et avec le tout je dirai un dragon, et là ça me fait penser à du feu et il est en train de gober » à P.VI.

➤ **Le niveau de symbolisation serait assez mauvais pour l'expression pulsionnelle agressive particulièrement aux planches 2 et 3 et correspondrait aux niveaux D-E de CASSIERS (1968) et de TYCHEY (1990, 1991):** à P.II, nous trouvons effectivement une symbolisation catastrophique de l'agressivité avec « sang/ vampire la couleur rouge et les dents avec le sang » qui reçoit une cotation de niveau E. Cette projection massive et crue retombe à P.III où apparaît un traitement factuel de l'agressivité : « un nœud papillon » et qui du coup selon les critères choisis ne reçoit pas de cotation.

➤ **L'IES serait inférieur ou égal à + 0,5 selon l'étalonnage de CASSIERS (1968) confirmés par ceux de de TYCHEY (1991)** : en totalisant l'ensemble des réponses cotées pour la symbolisation des pulsions agressives correspondant aux critères retenus ( P.II: sang: E -2, vampire les dents avec le sang : E -2, P.IV: un monstre il crache quelque chose: D-1, volcan : C +1, à P. IX, P.10: feu d'artifice C+1), nous obtenons un IES de – 0,5 qui est inférieur à +0,5. Cela confirme donc notre hypothèse d'une pathologie de l'agir.

➤ **La liaison affect /représentation serait de mauvaise qualité marquée par une tendance à l'agir : pleurs, réactions somatiques, demande de changement de planche** : Nous ne retrouvons pas ces éléments dans le rorschach. En revanche aux planches suscitant les pulsions agressives, nous repérons des défenses maniaques à travers le rire à P.II et à P.III, cherchant à dénier et réprimer ses sensations et représentations agressives. En vain, car elles sont aussitôt suivies de projection crue de l'agressivité :« (rire) alors ça me fait penser à rien (rire) le rouge ça me fait penser à du sang ». Alors qu'à P.III, elles se poursuivent par un traitement factuel : « un nœud papillon », montrant une tentative de maîtrise pulsionnelle, par un retrait régressif sur le versant narcissique que révèle la symbolique de sa réponse cotée

« vêtement » : « nœud papillon ».

Concernant la liaison affect-représentation, Annie se montre capable lors de la passation associative de relier ses affects à des événements de sa propre vie mais elle en est submergée, utilise des termes assez crus pour exprimer son agressivité (« cracher son venin » lors de la confrontation à la symbolique phallique (P.IV)) et fait preuve de peu de capacités de contrôle de ses affects d'angoisse présence de Clob et à tonalité dépressive (C C'). Elle est, au final, débordée par ses affects à tonalité morbide et destructrice. Les défenses maniaques mobilisées (avec l'insistance sur une thématique de fête : «*ah quelque chose de joyeux la couleur je dirai une personne en maillot de bain c'est bizarre (rire)*» à P.VIII et à P.X «*un feu d'artifice avec des oiseaux, des insectes et du feu voilà*») sont les seuls moments de dégageant face aux affects de déplaisir très présents dans le protocole (angoisse avec la présence du déterminant Clob, dépression avec la présence du déterminant C').

**La mentalisation est donc de mauvaise qualité avec une grande difficulté de symbolisation de la pulsionnalité agressive et l'impossibilité de symbolisation d'une identité sexuée sur le plan psychique.**

- H12) de l'espace imaginaire attendu comme riche mais débordant et dont les indicateurs au rorschach sont les suivants :

➤ **TRI et FS extratensif**: le TRI se révèle extratensif (1K/4,5C) et la FS (2k/0E) introversive, ce qui traduit la conflictualité entre la tentative d'ouverture à autrui et le repli sur soi.

➤ **F% élevé**: non, il est de 41% et tend à pointer un décrochage de la réalité au profit de l'expression pulsionnelle qui se déploie de manière brutale sous forme de décharge impulsive, intempestive.

➤ **Présence de K et de k** : La présence de 1 K et de 2 kobC soulignent l'existence d'un espace imaginaire difficilement accessible mais potentiellement envahissant et dont les thématiques sont angoissantes et destructrices. Cette prévalence de kobC signe l'incapacité à différer la décharge, l'action par la pensée, l'intériorisation des émergences pulsionnelles. Au contraire, elles se déversent sur le mode explosif, impulsif et sur le versant agressif.

➤ **Variété des déterminants** : oui, ils sont presque tous représentés à part l'estompage : Clob, K, k, C, C', ce qui tend vers l'hypothèse d'un imaginaire existant et potentiellement riche mais

difficilement accessible car menaçant et dangereux tant dans son contenu que dans son envahissement potentiel. Il est à noter que son absence de sensibilité à l'estompage confirme le caractère impulsif et de mauvais contrôle de sa pulsionnalité agressive, avec des dérapages crus, dévastateurs, sans filtration symbolique. L'absence d'estompage (E) renverrait, en référence aux travaux de TIMSIT (1978), p.14, « à l'hypothèse d'une crainte d'agir les pulsions et corrélativement à la production d'une tension permanente ». Ce point converge avec la signification de l'opposition du TRI et de la FS qui supposait déjà un conflit, une tension au sein de la personnalité.

➤ **Sensibilité au contenu latent des planches**: elle n'est pas bonne au niveau des planches bilatérales (P2, P3, P7) qui ne débouchent sur aucune thématique kinesthésique, la symbolique féminine de P7 et P9 n'est pas davantage élaborée.

➤ **Capacité associative avec présence de liens entre affects et représentation, des références au monde interne** : il y a des références personnelles et au monde interne mais qui tournent autour de thématiques morbides, destructrices et mortifères comme quand elle dit : « Pl.5 : une chauve-souris : **(Annie)** *la nuit au noir ce qui se passe dans le noir quand il y a personne-(psychologue) qu'est-ce qui se passe dans le noir quand y'a personne ? – (Annie) ben plein de choses de mal rire pas forcément par rapport à moi mais par rapport à la vie en général, à des enfants qui sont battus, à des viols, à des meurtres – (psychologue) vous pensez que ça se passe surtout la nuit ? – (Annie) hum ».* Annie se montre capable de relier ses affects aux représentations mais de manière limitée. La souffrance est vive et le caractère associatif s'en trouve appauvri et réduit à des mises en lien pas toujours suivies d'élaborations. Ceci est à l'image de ce qui s'est dégagé dans son protocole rorschach par le biais de l'alternance inhibition-répression et décharge pulsionnelle, décharge de son agressivité, de son angoisse.

• *Dans l'entretien, nous pourrions repérer ces deux facettes (mentalisation et espace imaginaire) du fonctionnement au travers de ces questions :*

➤ **Le sujet organise son discours dans une succession temporelle d'événements, avec historicisation de son discours (avec association, lien...)** : Annie fait des liens d'emblée avec la conjonction de coordination qui articule son développement : «*donc.. donc ....donc....donc..et donc ....donc* » de façon presque compulsive, difficilement gérable, qui pointe son attente forte, comme s'il fallait vite aller l'essentiel, trouver une

solution, régler son urgence intérieure qu'elle ne peut vraiment déterminer « *j'avais pas ça à l'hôpital* ».

➤ **Le sujet tend à émettre l'idée d'une causalité psychique** : Annie montre une certaine tendance à attribuer aux faits extérieurs ses difficultés à gérer son impulsivité : « *il décrochait pas donc là j'ai fait ma TS silence donc le froid avait du me rendre folle ou je sais donc quoi là j'ai péti les plombs j'ai fait une crise de nerfs en bas de chez lui* », ( même si nous pouvons l'entendre à double sens dans la séquence qui suit dans le sens où « le froid » renverrait tant à la froideur de Yvon qui ne décroche pas qu'au temps froid extérieur). Elle a conscience qu'il y a quelque chose en elle qui cause ça : « *c'est comme une drogue, un comportement* » comme quelque chose d'incontrôlable et qu'elle ne cherche pas à contrôler, à traiter, comme si c'était là et que la réalité devait être à l'image de son monde intérieur, de ses désirs et non le contraire, comme si il n'y avait pas lieu qu'elle s'adapte à la réalité, comme si aucun compromis n'était possible.

➤ **Le discours n'est pas dénué d'affects, le sujet en est au contraire submergé sans possibilité de faire face** : c'est tout à fait le cas pour Annie qui d'emblée évoque son état interne « *ça me perturbe énormément/ c'est affreux /tout se chamboule/ il est en colère* ». Ces émotions la submergent l'envahissent sans qu'elle soit capable de les traiter mentalement, elle le dit d'ailleurs clairement : « *tout se chamboule* ». Et c'est sur le mode comportemental, qu'elle traite cette émotion. Elle a besoin d'agir, de faire, notamment par les mails qu'elle adresse à son ex-petit ami, dominée par une forte instabilité, agitation qui l'habite.

➤ **Il n'est pas en attente de questions du chercheur pour combler le vide psychique et il fait beaucoup de rêves** :

Elle est toute entière plongée dans son déballement verbal. Elle déverse ses préoccupations dans un premier temps, comme si elle ne savait comment traiter les émotions qui la submergent, les excitations internes qui la submergent et qui viennent de ses « rêves », lesquels ne semblent pas tenir leur fonction refoulante mais plutôt d'excitation du fantasme à l'instar de ce que dit JEAMMET (1994), p.128 : « la richesse apparente de l'expression fantasmatique ne reflète pas nécessairement la qualité d'un travail de représentation des affects et du déplacement », au contraire elle pourrait submerger le sujet qui serait alors incapable de traiter tous ces fantasmes. Ce que JEAMMET (1994) développe ainsi « l'émergence fantasmatique au lieu de d'aider à ce travail, a au contraire un effet excitant qui

déborde les capacités d'aménagement du Moi et peut le conduire à se protéger par la décharge dans le comportement d'une excitation interne que le fantasme ne fait qu'exacerber », p.128. Effectivement, elle est débordée par ses rêves qui sont comme nous l'avons vu plutôt source de débordement pulsionnel non mentalisé et qui renforce son organisation défensive, marquée par le clivage comme quand elle dit notamment : « *mais c'est **affreux** quoi les rêves sont **tellement beaux*** ». Mais le clivage ne tient pas et l'excitation continue sa poussée : « *tout se chamboule* » au point que seul l'agir lui apporte une baisse de l'excitation temporaire et qu'elle doit répéter de façon compulsive par l'écriture de mails et par une attaque du corps : « *(Annie) je lui envoie des mails* » / « *au point où je me réveille à l'aube et après impossible de m'endormir quoi je me réveille à 6h30 et puis après j'imagine la façon comment je vais faire pour le récupérer pendant deux heures dans mon lit silence -(psychologue) et alors vous avez pensé à quoi ? -(Annie) lui laisser du temps et aller le voir le 1<sup>er</sup> janvier avec **des kilos en moins** parce que j'ai énormément grossi* ».

➤ **Elle a une grande réactivité comportementale, elle est plutôt dans l'agir** : comme nous venons de le voir, l'agir est la voie privilégiée de traitement des excitations pulsionnelles car la voie mentale ne tient plus ou ne suffit pas : « *j'ai promis à ma mère de pas l'appeler **donc** je fais des petites promesses d'une semaine de tenir une semaine chaque semaine c'est renouvelé et **donc** j'arrive à tenir au niveau de ça **mais** par contre au niveau des mails je lui envoie des mails en cachette ...* ».

➤ **Il n'y a pas de difficulté d'expression des émotions** : elle n'a pas de difficultés à exprimer ses émotions, la problématique pour elle ne se situe pas sur l'expression mais bien plutôt au niveau du traitement des excitations pulsionnelles liées à ce vécu émotionnel qui la submerge face à l'angoisse de séparation.

- H13) du mode de relation objectal que nous nous attendons à repérer comme non génital.

• *Au rorschach*

➤ **Nous nous pencherons pour cela particulièrement sur les planches 2-3-7 qui sont les planches qui sollicitent le plus la mise en relation:**

Il se dégage un déni de la relation à P.II et P.III et aucune relation non plus P.VII. Mais à P.III, lorsque dans l'enquête des limites, une mise en scène relationnelle est évoquée après une double suggestion, c'est sur un mode œdipien non structurant : « *(psychologue) est-ce*

que vous pourriez voir autre chose ? silence **(psychologue)** souvent les personnes voient des réponses humaines –**(Annie)** ah oui là avec un cœur, deux cœurs et là leur voix, la voix de la raison et la voix de la déraison ,là leur ange et démon, **un couple qui s'aime et les voix qui disent non il ne faut pas** ». Cela traduirait plutôt une relation d'objet pré-génital marqué par la dynamique du bon et du mauvais. De plus, en dehors de ces planches, il apparaît une relation d'objet sur le mode régressif oral et destructeur comme à P.VI mais dans un second temps, en réponse additionnelle : « **(Annie)** Et avec le tout je dirai un dragon et là ça me fait penser à du feu et il est en train de gober –**(psychologue)** il gobe quoi ? –**(Annie)** je sais pas je peux pas vous dire mais il gobe ». De même à P.II, c'est dans un second temps durant l'enquête qu'apparaît ce type de relation « un vampire et les dents avec le sang ». Nous voyons donc que les éléments qui peuvent nous suggérer un mode de relation objectal non génital apparaissent après la levée de la sidération psychique, de l'angoisse, et de l'inhibition qui lui est reliée.

C'est dans l'entretien que le mode de relation objectal se dessine le plus, dans le sens où nous pouvons y saisir toute la dépendance à l'objet. Elle s'exprime tant par le mode de relation à la mère que sur les modalités de relation à son ex-petit ami et à sa façon de vivre la séparation : « **(psychologue)** : il faudra lui expliquer parce que je pense que ça peut faire partie de votre thérapie d'apprendre à se séparer- **(Annie)** : c'est comme une drogue c'est comme si j'étais une toxicomane en manque quoi j'en tremble et tout c'est euh un comportement et je sais que c'est pas fini il y a eu trop de choses et trop de promesses pour que ce soit fini ». La comparaison est forte et parle d'elle-même concernant sa relation à l'objet et pointe bien tout l'impossible travail de deuil de la séparation. La lutte contre la perte de l'objet se manifeste par le besoin de perception effective de l'objet : téléphone deux fois par jour à sa mère, téléphone plusieurs fois à son petit ami surtout au début de la relation, dépendance par rapport à l'image de soi qui s'appuie sur l'image de l'autre ( veut perdre du poids pour lui, nie jusque ses idées personnelles, coupe les liens avec sa famille) . Cette dépendance extrême qu'elle qualifie elle-même de « pas contrôlable », à caractère compulsif (« ça pouvait aller jusqu'à 60-70 mails par jour plus trois heures des fois ça allait jusqu'à 6 heures de téléphones par jour ») s'est instaurée dès le début de la relation qui a eu lieu à distance dans un mouvement transférentiel paternel massif : « donc je l'ai rencontré et puis on est devenu très proche et puis y a eu des coups de fil on s'appelait trois heures par jour et ça a été une vraie dépendance il m'apportait l'amour paternel au niveau mâle que j'ai jamais eu parce que mes parents sont divorcés et donc **je me suis vraiment accrochée à lui** donc je



*l'ai rencontré début février et ça a été comme ça jusqu'en janvier de l'année prochaine donc ça a été très fusionnel pendant toute cette période* ». Cette dépendance pointe le besoin d'étayage d'Annie au regard de l'autre, pour son estime de soi : « *il n'y a **que lui** qui me donnait confiance en moi* » mais dans un mouvement d'idéalisation, jusque dans son expression défiante pour imaginer cette relation de soumission totale : « *Et je disais **amen** à tout j'étais une bonne poire silence* ». Le fait d'investir une position de « bonne poire » traduit bien l'angoisse de perdre l'autre dont elle accepte tout par peur de le perdre, la négation de soi-même, de ses idées : « *par exemple il disait un truc je disais oui alors que c'est pas forcément ce que j'aurai dit avant* ». Annie instaure de toute évidence une relation anaclitique à l'objet dans le sens où il constitue pour elle un étayage narcissique vital et que son absence suscite chez elle de telles angoisses que seul l'agir comportemental hétéro et auto-agressif apaise pour un temps sa souffrance. Un temps seulement, car elle entre alors dans le circuit de la répétition et de l'aggravation de ses conduites destructrices (mensonge, chirurgie esthétique, crise de nerfs, harcèlement téléphonique, tentatives de suicide répétées consécutives aux ruptures «donc là j'ai fait ma première TS parce que j'ai pas supporté l'éloignement donc là c'était une deuxième grosse rupture » ). Nous percevons bien que chez elle l'angoisse est une angoisse de perte d'objet investi sur le mode anaclitique, elle le précise bien : « **(psychologue)** : *quelle est votre plus grande difficulté par rapport à cette situation ?* – **(Annie)** : *de me dire que c'est fini à mon avis encore de me dire que c'est fini non parce que je le sais mais de m'imaginer par la suite sans lui c'est dur* ».

Nous le constatons clairement, Annie investit, comme le disent CHARRIER HIRSCHMANN-AMBROSI (2008), p. 34, « l'autre dans une relation dite anaclitique (où l'autre) joue le rôle de béquille et quand la béquille saute c'est l'ensemble de l'aménagement qui s'effondre et la dépression qui submerge », avec tout une artillerie de mécanismes défensifs chargés de lutter ardemment contre cette dépression, insupportable pour l'économie psychique du sujet. Cet investissement de l'objet n'est là au final que pour endiguer la violence, son expression, son déchaînement.

- *Au 16PF5 : **un score indépendance faible*** : il est de 2, ce qui tend à signifier une grande dépendance à l'égard de l'autre et du groupe ; donnée qui converge dans le sens des autres données du rorschach et de l'entretien.

*L'imaginaire existe mais son accès paraît entravé . Le sujet semble être possession*

*d'un espace imaginaire difficilement accessible et potentiellement désorganisateur.*

**En conclusion, l'espace imaginaire et la mentalisation s'avèrent déficitaires.**

**❖ H2 : Au sein du fonctionnement limite, le masochisme moral et mortifère tiendrait une place prépondérante. Le sujet l'exprimerait au travers de ces différentes conduites pathogènes (tentatives de suicide, auto-mutilation, conduites d'échec répétées..).**

Elle devrait se traduire :

- *Au rorschach :*

- **par une agressivité subie et agie avec des clob, une thématique sexuelle et agressive crue**

- **une fréquence des thèmes morbides**

- **un imaginaire envahi par la dimension destructive et morbide**

Nous retrouvons au rorschach une prédominance de projections de manifestations agressives subies et potentielles (« *ténèbre /sang / un vampire et les dents avec le sang* » à P.II, à P.VI « *ça me fait penser à du feu* », « *un monstre* » à P.VII, à P.IX « *la pointe du volcan là c'est le truc qui commence à monter* », ) plus qu'agies ( à P.IV « *ça je dirai un monstre avec des gros pieds, une grosse queue, des grosses mains mais pas forcément une tête ou alors il crache quelque chose* » et à P.X avec le « *feu d'artifice avec des oiseaux, des insectes et du feu voilà* » où l'agressivité est explosive). Ceci irait dans le sens d'un risque d'agir comportemental de type suicidaire, dans un contexte d'angoisse diffuse et de thématiques morbides et crues comme nous le révèlent les exemples ci-dessus. L'imaginaire d'Annie en est envahi avec des tentatives d'actions mais qui restent moindres par rapport à l'aspect subi de l'agressivité et à sa projection massive et sans reprise élaborative.

Cela pointe la tentative de lutte du sujet contre ses mouvements dépressifs latents. JEAMMET (1994) le souligne en précisant que « l'agir, que représenterait le passage à l'acte suicidaire aurait valeur de lutte « anti-dépressive », le sujet étant dans l'impossibilité de différer [...] le travail psychique du deuil ou de la séparation ». Et leur apparition aux planches maternelles laissent supposer des relations précoces maternelles insécures, comme le suggère CHABERT (1997), d'autant que les contenus révèlent des images clivées menaçantes et destructrices de la figure maternelle (« *un autre type de monstre avec de grosses épaules, des petits bras et des petites jambes* » à P.VII et « *volcan* » à P.IX). Précisons en passant que les deux figures parentales sont indifférenciées chez elle et anxiogènes de manière identique.

Elle donne, en effet, le même type de réponse à P.IV, planche à symbolique paternelle « *je dirai un monstre avec des gros pieds, une grosse queue, des grosses mains mais pas forcément une tête ou alors il crache quelque chose* ».

• **Dans l'entretien :**

➤ **Une histoire de vie et une trajectoire de vie marquée par la répétition d'événements douloureux similaires :** plusieurs éléments démontrent cette répétition flagrante dans le parcours de vie d'Annie :

Une trajectoire de vie marquée par les séparations d'abord d'avec son père après le divorce de ses parents, ensuite d'avec ses petits-amis qui l'ont tous quittée dès lors qu'elle était amoureuse.

La répétition de ses agirs suicidaires qui s'inscrivent dans un double registre celui du retournement de l'agressivité contre soi comme lors de la première TS : « (**Annie**) -*Non la première rupture c'était au mois de mars la deuxième rupture c'était juste avant en fait au mois de juin et là y'a eu la première tentative ben c'était pas ça qui a provoqué enfin si c'est ça plus je voulais partir sur P. parce que c'est là qu'il habitait donc j'ai fait plusieurs demandes : université, bourse mais ça a été refusé donc c'est tout l'accumulation en fait et donc je suis monté dans ma chambre et j'ai pris les cachets* - (**psychologue**) *En pensant à quoi - (**Annie**) J'en avais marre j'avais envie que tout s'arrête tout était contre moi sans lui j'étais perdue je me vois sans avenir donc je me dis autant en finir arrêter tout) - (**psychologue**) C'était la première TS de toute votre vie pas que par rapport à cette relation - **Annie** *Oui c'était l'accumulation des choses dans mon travail j'avançais plus j'arrive jamais et puis la fac qui avait refusé mon dossier la bourse donc je me voyais restée ici et j'ai pas envie de rester ici vouloir partir* ». Face à une frustration intolérable, au risque d'un maintien de l'éloignement qui lui est insupportable et, comme elle le souligne, l'accumulation de faits porteurs de signification de perte puisqu'ils sont reliés à un vécu d'éloignement de l'objet, la tentative s'inscrira alors comme seul mode de décharge pour faire cesser la tension interne dans un mouvement de retournement de l'agressivité contre soi. La tentative s'adresse aussi à l'autre dans une sorte de « provocation de l'objet » comme le souligne BERGERET (1974) : « *Non que tout s'arrête non c'était pas vraiment de mourir mais bon aussi de faire comprendre à l'autre à quel point je suis mal* ». Toute la dimension sado-masochiste se dévoile ici au travers de la fonction de ce passage à l'acte qui est comme le souligne KERNBERG (1999) p. 151 « de re-établir un contrôle sur l'entourage, en soulevant des*

sentiments de culpabilité ».

Nous pouvons ici aussi pointer la question de la surcharge d'éléments externes ayant fait basculer le sujet au terrain psychologique fragile vers ce mode de résolution de conflits à l'instar de ce que DEBRAY (1991) et DIWO (1997) ont largement développé dans leurs travaux.

➤ **une certaine complaisance dans les situations de souffrance** : la situation avec son ex-petit ami démarre, avant la rencontre réelle par une séparation, « *c'était une première rupture* » qui sera suivie d'une deuxième rupture assortie d'un premier passage à l'acte suicidaire « *donc là j'ai fait ma première TS parce que j'ai pas supporté l'éloignement donc là c'était une deuxième grosse rupture* ». Malgré les difficultés relationnelles, d'entente, elle recherche cette relation, tente de la maintenir au prix de sa vie . Et malgré le caractère sado-masochiste de la relation qu'elle décrit avec une certaine lucidité : « (**Annie**) *peut-être je sais pas j'aimais sa façon d'être j'aimais tout chez lui il était beau trop intelligent donc il me rabaissait beaucoup par rapport à ça - (psychologue) il vous rabaissait - (Annie) ben oui chaque fois que je faisais un truc fallait pas faire comme ça ou j'avais pas assez d'expériences c'était trop trop trop trop ça faisait pas du bien à notre couple* ».

C'est comme si, dans son esprit, il n'existait pas d'autres modalités de relations : « **ben oui** » et que l'amour permettait de supporter les souffrances et que ces souffrances mêmes étaient justifiées par l'amour : « (**Annie**) *hum hum ben je sais qu'il disait ça pour m'aider pour que je fasse un peu mieux les choses- (psychologue) ça interpelle : votre relation est faite de haut et de bas et puis même de moments très pénibles comme se faire rabaisser etc. hein ? - (Annie) oui - (psychologue) et pour autant vous vous accrochez vous aimez ces moments pénibles ? - (Annie) non - (psychologue) comment vous expliquez ça- (Annie) y'a pas d'explication je suis amoureuse- (psychologue) pensez-vous que c'est que l'amour- (Annie) hum-(psychologue) hum - silence- (psychologue) vous pensez vraiment qu'on peut aimer quelqu'un qui nous fait du mal - (Annie) oui parce qu'il ne fait pas que du mal il sait me rendre heureuse donc euh* ». Ceci nous renvoie à la question de l'intrication pulsionnelle grâce au masochisme qui, là, opère son rôle de liaison, et permet de maintenir l'investissement objectal mais avec ici une prédominance des pulsions destructrices qui favorisent les passages à l'acte auto-destructeurs.

**Il se dégage donc une forte composante masochiste dans le sens où la relation est source de grande souffrance pour elle mais elle s'y accroche désespérément, en mettant en œuvre une organisation défensive précaire (clivage, déni, idéalisation, dévalorisation)**

**,pour tenter de lutter désespérément contre une angoisse de perte non métabolisable, intraitable mentalement.**

➤ **Un vécu de la maladie comme une punition, une sanction** : elle n'interroge pas sa maladie, elle ne l'intègre pas dans son histoire de vie, si ce n'est dans un désir de l'utiliser pour récupérer son petit ami : « - ( **psychologue**) *et en écrivant ces mails c'est quoi votre objectif - (Annie) ben l'objectif c'est de le récupérer de le voir de je sais pas j'essaie de lui écrire de lui faire comprendre ce qui s'est passé parce que ma maladie y est pour beaucoup je pense* ». Elle focalise toute son attention, ses explications, ses tentatives d'historicisation, d'élaboration par le filtre du comportement. Elle s'attache à ses actes et non à ce qui la conduit à l'acte. Elle n'est pas dans une dynamique introspective, sa pensée reste fixée sur le concret, le visible, sur les faits, ce qui se donne à voir de l'extérieur, sans se pencher sur ses relations et ce qui les fonde. D'ailleurs, ses attentes en terme d'aide sont des attentes de solutions toutes faites, des recettes magiques et de traitements médicamenteux. Elle ne fait pas part d'une volonté de s'inscrire dans une démarche psychothérapique. Et elle ne paraît pas au moment de l'entretien s'être appropriée le conseil de la psychiatre de l'hôpital de s'orienter vers une psychanalyse. C'est comme si les solutions devaient venir de l'extérieur : changement dans la réalité, médicaments.

➤ **Un fatalisme, une résignation** : Elle investit toute son énergie à agir sur le réel comme si ce n'était pas son comportement, son fonctionnement, son rapport à la réalité, un travail psychique sur la séparation qui pourrait lui offrir des voies d'aménagement et de dégagement de sa souffrance. Pour elle c'est le réel qui doit changer, la situation qui doit être modifiée pour lui apporter satisfaction. Ce n'est pas vraiment une résignation de sa part ni un fatalisme mais une incapacité à interroger son fonctionnement, son rapport à la réalité et à élaborer sa souffrance.

➤ **Peu de source de plaisir dans le quotidien** : rien ne transparait dans l'entretien de la question du plaisir, en dehors de cette relation sentimentale idéalisée qui semble la combler, lui apporter la « jouissance » qu'elle recherche.

➤ **La fréquence de cauchemars** : elle n'évoque pas de cauchemars mais des rêves-cauchemars source d'augmentation de sa souffrance dans le sens où ils exacerbent les fantasmes sous-jacents, et ne tiennent pas leur fonction refoulante. Et cette répétition des

rêves-cauchemars pourrait aussi se lire comme l'expression d'une culpabilité non élaborée (elle se « punit » dans le rêve...).

En conclusion, il apparaît de façon non négligeable que son comportement est dominé par une dimension masochiste de taille : que ce soit dans ses représentations de modalités de relations affectives marquées par une forte tolérance au sadisme de l'autre l'amenant à une conduite de réinterprétation en « amour », dans ses passages à l'acte suicidaires répétés, dans ses conduites auto-mutilantes ( liposuccion, chirurgie esthétique ). Ceci traduit au final l'échec de l'intrication des pulsions libidinales et de la violence archaïque dont parle BERGERET (1995) et qui conduit alors le sujet sur la voie du masochisme, de façon redoutable et mortifère. La levée de ce masochisme semble même très difficile et dangereuse pour l'économie psychique du sujet dans la mesure où mes deux interventions dans ce sens n'ont trouvé aucun écho. Certes, mes relances comportaient une induction masochiste trop forte, mais au-delà, ses réactions, ses représentations semblent révéler une forte résistance à l'introspection voire un rejet d'autres modalités possibles suggérant l'hypothèse d'une structuration relationnelle sur ce mode là.

Par ailleurs, la répétition de ses échecs relationnels, avatars de la dépendance à l'autre, pourraient aussi renvoyer, à l'instar des développements de BERGERET (1995), à un « désir inconscient de cet échec, désir corrélatif à la fois à une surestimation des pouvoirs de l'autre et à un besoin de répéter les déceptions et les doléances antérieures », p.24. Il poursuit en disant que cette répétition de l'échec, dont la visée est protectrice, soutient cette dépendance à l'autre sans lui associer le sentiment « d'être livré à un partenaire sadique qu'il s'agit de fuir », p.25, ce dont Annie, dans les propos cités, se défend sans douter. Ces assertions de BERGERET trouvent donc là une illustration clinique indéniable. D'autre part, ce fonctionnement d'Annie n'est pas sans évoquer aussi la question de la victimisation du sujet qui reste à cette place de victime, y trouvant une identité et une complaisance masochiste.

*3.2 Le registre défensif des sujets au fonctionnement limite pour lequel nous avons formulé l'hypothèse suivante :*

**H3 : Lorsque les mécanismes sont d'ordre projectif marqués par une prédominance de l'identification projective et de la projection, alors le risque de passage à l'acte sera tourné vers l'extériorité sur le versant comportemental pour lutter contre une angoisse**

### **supposée de perte de l'objet.**

Elle devrait se traduire par :

- H31) de la projection qui se repérera de la manière suivante :

- *Au rorschach :*

➤ **Un traitement projectif cru du rouge notamment aux planches 2 et 3 qui sollicitent fortement l'axe pulsionnel agressif avec une manifestation agressive crue, détériorée, déqualifiée en alternance avec des mécanismes d'inhibition au travers d'un traitement factuel, concret. Nous trouverons donc des K à valence destructive, des projections massives d'angoisse (Clob, E) en alternance avec des évitements:** nous l'avons vu déjà pour la mentalisation et l'espace imaginaire, les manifestations agressives s'expriment de façon crue, violente, détériorée au travers des contenus comme « sang, vampire, dents ». Et nous pouvons ici pointer, en sus, l'alternance de ces projections massives avec l'inhibition et la répression ( choc R et chocK). Cette alternance se retrouve dans la dynamique interplanche. En effet, à y regarder de plus près, nous constatons une répression kinesthésique à P.I, puis une projection à P.II, puis de nouveau une inhibition à P.III avec un traitement factuel du rouge, puis une projection à P.IV suivie d'une répression à P.V au niveau du mouvement (« *une chauve-souris ou alors une chose volante* ») suivie aussitôt d'une projection à P.VII (« *un monstre* ») puis à P.VIII, le mouvement projectif retombe pour réapparaître jusqu'à P.X.

De même, dans la dynamique intra-planche, nous retrouvons ce phénomène entre la première réponse et l'enquête avec des réponses additionnelles dont le contenu échappe au contrôle dont la valence projective est massive : « **(Annie)** *Et avec le tout je dirai un dragon et là ça me fait penser à du feu et il est en train de gober* – **(psychologue)** *il gobe quoi ?- (Annie) je sais pas je peux pas vous dire mais il gobe , je me rends compte que je vois beaucoup de choses en noir ça m'inquiète* ». Le sujet montre donc son incapacité à gérer et traiter psychiquement les excitations pulsionnelles notamment agressives qui sont soit inhibées, réprimées soit projetées de manière explosive et mortifère.

➤ **Absence de verbes interactifs dans les représentations de relations:** il n'y a aucune interaction qui est suggérée dans les représentations de relation qu'elle évoque. Il n'y a pas d'échanges. En revanche, des relations sur le mode de la dévoration, de l'agressivité orale apparaissent.

➤ **Fréquence des contenus statufiés, gelés :** non, les contenus ne sont pas statufiés ni gelés

mais ils sont chargés de connotation angoissante, destructrice et menaçante « vampire/ ténèbre/dragon/ volcan ».

➤ **Non intégration des taches rouges**: elles ne sont effectivement pas intégrées aux réponses mais traitées soit sur le mode projectif soit sur le mode factuel et parfois avec un évitement comme à P.III « *Tout sauf ça, le buste et les bras d'un clown ou d'un vampire puisque le nœud papillon est exclu* ».

**En conclusion, nous trouvons bien ici en présence d' un mode défensif de fonctionnement dominant marqué à la fois par la projection-externalisation des pulsions agressives et la projection des affects, sous forme de décharge de l'excitation pulsionnelle lorsque les tentatives de contrôle échouent soit par une mauvaise reprise formelle soit par levée de l'inhibition et de la répression.**

• *Dans le comportement général : **on trouverait une agitation motrice plus ou moins marquée, une impulsivité, une intolérance à la frustration, des comportements addictifs , des actes auto ou hétéro-agressifs ( tentatives de suicide, automutilation, agression..)** :* Annie fait preuve d'un impulsivité massive, d'une grande intolérance à la frustration, dit ne pas savoir attendre : ( « **Annie**- *ben je suis pas du tout patiente mais vraiment pas donc quand faut que je fasse un truc il faut que je le fasse maintenant là j'ai besoin d'aller sur internet et je peux pas faut que j'attende cet après-midi faut que j'aille à B. ou – (**psychologue**) donc si vous voulez quelque chose vous pouvez pas attendre pour l'avoir –oui- et là pour internet vous devez attendre comment c'est pour vous alors ? -(**Annie**)- et ben là je vais être stressée toute la matinée -(**psychologue**) énervée aussi -(**Annie**)- non parce que c'est pas dans mon comportement mais je vais pas être bien ah si je serai peut-être plus susceptible plus vulnérable mais je vais être tendue ») et d'actes auto-agressifs avec ses tentatives de suicides répétées et consécutives à la perte de l'objet ( éloignement ou perte réelle).*

Ceci nous renvoie à ce que dit BERGERET (1995) de la perte réelle ou imaginaire qui pousse le sujet à agir sa violence, à l'externaliser. Annie, en effet, l'externalise aussi de façon bruyante par des conduites hétéro-agressives en harcelant son ami, en déversant sa colère sur lui de façon non contrôlée. Annie ne souffre pas de conduites addictives. En revanche, elle décrit sa dépendance à l'autre dans les mêmes termes avec des manifestations physiques



semblables : « *ça me fait comme des tremblements ça me fait mal ça me donne des nausées et tout ça silence donc c'est une relation très fusionnelle et très passionnelle en même temps comment dire je peux pas imaginer ma vie sans lui* ». Ceci marque de toute évidence une relation à l'objet de type anaclitique avec une angoisse insoutenable de perte d'objet.

- Dans l'entretien, **on pourrait trouver des affects à tonalité agressive qui ressortiraient** : Annie évoque sans difficultés des affects agressifs, sait les décrire chez elle et chez l'autre mais est incapable de reconnaître en elle cette agressivité, cette ambivalence pulsionnelle, car, aussitôt, elle relie ses pulsions agressives à des causes externes comme « *pendant ma période de règles où une montée d'hormones ou je sais pas quoi mais je réagis vraiment excessivement et je lui dis des méchancetés je m'en prends à lui* ». Elle n'est pas capable de reconnaître la source de l'agressivité en elle et d'admettre cette ambivalence pulsionnelle. Elle serait une source de culpabilité intraitable, insurmontable .

- H32) du clivage : qui se repérera au travers :

- *Au rorschach* :

➤ **Par une alternance de bon contrôle formel et de débordement pulsionnel avec des décharges explosives, des réponses « lien »** : le clivage infiltre tout le Rorschach à travers cette alternance de tentative de contrôle formel, car il n'est pas toujours efficace, les affects ne sont pas toujours bien contrôlés, et de décharges explosives d'agressivité crues et morbides. De plus, nous retrouvons aussi ce clivage à la planche paternelle où l'image phallique est mise à mal : « *ça je dirai un monstre avec des **gros** pieds, une **grosse** queue, des **grosses** mains **mais** pas forcément une tête* » ainsi qu'à l'une des planches maternelles (P.VII) à travers les contrastes fantasmés relativement au même objet : « *un autre type de monstre avec de **grosses** épaules, des **petits** bras et des **petites** jambes* », établissant elle-même un lien entre les réponses comme si les deux figures étaient sur le même plan. Ce qui nous renvoie à ce que les auteurs que nous avons cités qualifient d'échec de la triangulation œdipienne chez les sujets limites à travers un monde manichéen « bon ou mauvais, petit ou grand ».

➤ **Par la présence de contenus de réponses très contrastés dans une même planche ou entre deux planches du Rorschach** : nous ne trouvons pas de contenus de réponses contrastés.

**Nous le voyons donc tous les indicateurs de ce mécanisme sont confirmés et**

convergent dans le même sens. Le clivage paraît donc être un mécanisme prédominant du fonctionnement mental d'Annie comme nous le laissait entendre le corpus théorique que nous avons rassemblé.

-H33) de l'identification projective que nous pouvons retrouver

• *Au Rorschach* : dans les thématiques autour

➤ **de l'engloutissement**: la thématique orale régressive et agressive qui transparait dans le protocole renvoie à cette notion d'engloutissement, de dévoration : « *le vampire et les dents avec le sang/ Et avec le tout je dirai un dragon et là ça me fait penser à du feu et il est en train de gober – il gobe quoi ? – je sais pas je peux pas vous dire mais il gobe /ça je dirai un monstre avec des gros pieds, une grosse queue, des grosses mains mais pas forcément une tête ou alors il crache quelque chose* » .

➤ **de l'emprisonnement** : non

➤ **de l'angoisse d'être aspiré reflétant une intrication agressive destructrice du sujet et de l'objet ( CHABERT 1997)**: sur ce point, il est vrai que le sujet de l'action, en dehors de cette réponse « dragon /monstre » n'est pas toujours clair et laisse planer une confusion entre la source d'angoisse : le sujet ou l'autre comme dans cette réponse « vampire » citée plus haut.

L'identification projective avec une tonalité persécutrice et menaçante, sorte de projection surmoïque de sa culpabilité, se retrouve aussi dans la phase associative au sujet de la grenouille vue en P.III : « *Une grenouille : (Annie) à du mal à la violence à la peur de l'aventure je suis un peu peureuse et je ne suis pas capable de prendre une grenouille dans mes mains par exemple. Et ses yeux qu'est-ce qu'ils ont de particulier ? C'est globuleux, c'est gros ça voit tout – (psychologue) tout ? – (Annie) tout ce que je fais, le mal que j'ai fait et que je lui ai fait, ça observe aussi - (psychologue) vous vous sentez observée ?- (Annie) non* ».

- H34) du déni du sexe de la femme « comme réalité génitale positivement investie »

• *Au rorschach* « les contenus latents évocateurs du maternel et du féminin », selon De TYCHEY (1994) sont soit:

- **déniés en étant non percus**

**- élaborés de manière factuelle ou crue**

**- reliés à des représentations archaïques source de déplaisir**

Les réponses d'Annie aux planches à sollicitations maternelles vont dans ce sens dans la mesure où nous trouvons une réponse « *sang* » à P.II, réponse de symbolisation féminine et agressive catastrophique (niveau E dans la grille de Cassiers). A P.VII, la réponse est reliée à une représentation archaïque et clivée, source d'angoisse, de danger « un autre type de monstre avec de grosses épaules, des petits bras et des petites jambes », notons au passage que la planche paternelle reçoit la même représentation et clivée de la même manière (« *là je dirai un monstre avec des gros pieds, une grosse queue, des grosses mains mais pas forcément une tête ou alors il crache quelque chose* »). A P. IX, le contenu de la réponse est à nouveau à connotation menaçante et dangereuse avec une dimension phallique apparaissant à l'enquête « *je sais pas (tourne et retourne la planche) un volcan/ Ça c'est la fumée ou le feu ça c'est la pointe du volcan, là c'est le truc qui commence à monter* ».

**Tous ces éléments nous permettent d'inférer qu'il existe chez Annie un déni de la réalité du sexe féminin.**

- Dans l'entretien :

➤ **Le sujet a conscience de ses émotions, de ses pensées mais cela n'a pas d'incidence sur son comportement ( KERNBERG, 1995) :** c'est tout à fait le cas et Annie évoque bien toute ses émotions, tout le débordement pulsionnel qui l'envahit mais cela n'a pas d'incidence sur son comportement du fait des mécanismes de défense qui sont déployés. Nous retrouvons notamment le clivage : « *c'est affreux quoi les rêves sont tellement beaux* » ; l'identification projective comme quand elle dit : « *-il me répond mais pas gentiment mais bon je le connais il est en colère encore il est sous le coup de la colère donc* » ; le déni de la séparation qui se repère dans cette séquence : « ( psychologue) -donc là c'est en fait pour vous une difficulté d'accepter la séparation d'admettre que c'est fini ? -**(Annie)** Oui -Pour vous il y aura encore ...-**(Annie)** oui -pour vous c'est pas terminé ? -**(Annie)** Non ». Mais à mesure que nous avançons dans l'entretien et que le déni de la réalité de la séparation se lève : « ( psychologue) -quelle est votre plus grande difficulté par rapport à cette situation ? - **(Annie)** de me dire que c'est fini à mon avis encore de me dire que c'est fini non parce que je le sais ». Nous percevons que son angoisse porte en fait sur la perte d'objet quand elle poursuit : « *mais de m'imaginer par la suite sans lui c'est dur* » /« *et je sais que c'est pas fini il y a eu trop de choses et trop de promesses pour que ce soit fini* ». Ce qui montre bien que le deuil de la séparation n'est pas fait. Avec l'annulation rétroactive : « *moi si je pouvais*

*ce serait de tout effacer depuis la première TS et tout recommencer pour ne pas le perdre avec ce que j'ai appris avec ce que je sais aujourd'hui », Annie essaie, dans une toute puissance magique, de réparer les erreurs dont elle a conscience. Mais cette tentative de réparation d'allure maniaque, puisqu'elle repose sur des mécanismes défensifs primaires, lui permet de faire l'économie de la culpabilité qui ressemble davantage à un écho de conscience de l'impact de son comportement sur la relation avec son petit ami et sur sa souffrance puisque c'est lui qui le lui a dit : «il me dit je t'ai toujours aimé et tout mais tu m'as fait trop de mal », lui permet de faire l'économie de la culpabilité avec les affects dépressifs, les auto-reproches et du coup lui permet de lutter contre l'angoisse de séparation . Ceci lui permet ainsi de faire l'économie de la prise de conscience de sa haine de l'objet et de sa volonté de le détruire.*

De plus, elle cherche une réparation dans le réel à travers des changements imposés à son corps : amaigrissement, transformation de son nez, liposuction, comme s'il y avait là externalisation de la source d'excitation.

**Nous voyons bien que malgré la reconnaissance de ses émotions, de ses états internes, le déni freine ses capacités de changement comme le soulignait KERNBERG (1995).**

H35) de l'idéalisation primitive et de la dévalorisation :

**• Ces mécanismes peuvent se retrouver au travers de la relation avec le psychologue chercheur pris dans un mouvement relationnel tantôt idéalisé tantôt dévalorisé tant à l'entretien qu'au rorschach**

*Dans l'entretien, ces mouvements d'idéalisation s'entendent très vite au niveau de la relation avec son ex-petit ami et renvoient à son besoin d'étayage massif et à sa dépendance à l'objet : «il n'y a que lui qui me donnait confiance / j'étais tellement bien avec lui / je l'ai vu au mois de mai donc ça a été le plus beau jour ça a été un magnifique jour c'était génial ( rire )». Elle rapporte aussi des mouvements contraires : « et je lui dis des méchancetés je m'en prends à lui ». La dévalorisation est en réalité davantage portée sur la représentation d'elle-même avec un manque flagrant d'assurance, de confiance en elle, au point où c'est par identification projective et idéalisation qu'elle trouve cette estime d'elle-même.*

**• Ces mécanismes peuvent se retrouver au travers de la relation avec le psychologue**

**chercheur pris dans un mouvement relationnel tantôt idéalisé tantôt dévalorisé tant à l'entretien qu'au rorschach.** Au rorschach, nous n'avons pas repéré ce mécanisme. Quant à l'entretien, les mouvements d'idéalisation et de dévalorisation ne sont pas présents, tout au plus une tendance à l'idéalisation à travers ses demandes de conseils, de « recettes » pour gérer ses difficultés présentes.

- H36) de défenses narcissiques :

• *Au rorschach on aura :*

➤ **Un évitement de la relation pouvant être source de conflictualité intolérable d'où une centration sur la symétrie, l'axe médian, permettant de ne pas mettre en scène de scénario relationnel, et de nier la différence en mettant l'accent sur le même:** Annie cherche à coller à la perception mais ça échoue car elle se perd dans un dédale presque compulsif de réponses successives « ou » sans temps de latence : « *alors une chauve-souris ou un papillon ou un insecte volant ( silence) ou une guêpe parce qu'on voit un dard là mais je dirai plus la chauve-souris* » (P.I). Ensuite, toujours à P.I, elle fait une tentative d'accrochage à la perception à travers sa recherche de ressemblance mais qui, en réalité, part d'une projection : « *je l'ai plus ressenti la deuxième fois que je l'ai dit au niveau ressemblance je parle ça ressemblait plus que la première fois/ c'est tout par rapport à la ressemblance/c'est pareil/c'est toujours pareil* ». Cette tentative de centration sur le même échoue à P.II : « *au niveau ressemblance je trouve rien* » pour laisser place au mouvement projectif cru « *le rouge ça me fait penser à du sang* ». Cette compulsivité réapparaît à P.III : « *la moitié du corps ou le cou ou les bras d'un clown ou je sais pas sans qu'on voit les jambes ou quelque chose avec un nœud papillon plutôt* ».

➤ **Des réponses peau:** plusieurs réponses correspondent à ce type de réponses « *nœud papillon/ clown* » à P.III, « *dragon* » en réponse additionnelle à P.VI, « *maillot de bain* » à P.VIII

➤ **Des réponses k à valence pulsionnelle non objectale sans interaction qui marqueraient le repli narcissique ou bien avec interaction mais avec une thématique d'opposition, de rivalité teintées de destructivité:** les réponses k qui apparaissent ne sont pas interactives mais marquent une relation agressive, destructrice : « *la fumée ou le feu ça c'est la pointe du volcan, là c'est le truc qui commence à monter* », de dévoration « *un vampire les dents avec le sang/un dragon [...] il est en train de gober/ un monstre [...] il crache quelque chose* ».

Au final, la visée de ces défenses sur le versant narcissique et maniaque c'est de lutter contre la réalité psychique. Elles entrent en jeu, en effet, pour contrer la culpabilité insupportable d'avoir détruit l'objet par ses attaques. Et, comme l'élaboration de cette culpabilité est impossible, inaccessible à Annie, elle n'a d'autres choix que d'utiliser ces défenses pour éviter d'être submergée par l'angoisse à la fois d'avoir endommagé l'objet mais aussi de dépendre de cet objet et du coup risquer de le perdre par sa faute. Mais d'autres mécanismes se retrouvent aussi comme la dénégation (« *c'était pas pour rencontrer quelqu'un je suis pas comme ça* »), le refoulement, l'inhibition, la répression.

**Nous voyons bien que chez Annie, il se dégage une forte charge des pulsions agressives dirigées contre la figure maternelle et qui s'articule avec une impossibilité de dépasser, voire d'accéder à la position dépressive avec toute l'ambivalence pulsionnelle qui lui est propre.**

*3.3 Le traitement de l'angoisse se retrouvera au travers de la lutte contre les affects dépressifs liés à l'angoisse de la perte de l'objet :*

- *Au rorschach :*

- **On trouvera une alternance inhibition/projection:** c'est le cas nous l'avons vu
- **Une sensibilité au noir/blanc:** nous trouvons de nombreuses réponses tantôt sous un mauvais contrôle formel comme à P.II : « *ténèbre* », tantôt reliées à une bonne représentation « *chauve-souris* » à P.V, mais c'est à la planche maternelle que l'angoisse est massive et débordante, reprise par une représentation de la figure maternelle menaçante et dangereuse : « **(Annie)** *je vois un monstre avec des tous petits bras, des petites jambes, de grosses épaules et une grosse tête, le tout – (psychologue) même le blanc ? – (Annie) oui mais là c'est du vide, c'est la forme et la couleur en même temps- parce que c'est noir ? (psychologue) oui si c'était d'une autre couleur ? je n'aurai peut-être pas vu le monstre* » .
- **une tonalité dysphorique des contenus** : mais sans capacité de reprise élaborative, sans association de représentation.
- **des manifestations comportementales de l'angoisse (retournement des planches,**

**rictus, refus...) et verbales avec de nombreux commentaires subjectifs**: il y a des manifestations comportementales comme le rire à P.II qui persiste à P.III et à P.VIII, les retournements de planche surtout à la planche maternelle qui a suscité un temps de latence et un temps de réponse plus longs, et puis plusieurs réponses vues à l'envers. Les commentaires subjectifs, sans être abondants, accompagnent quelques-unes de ses réponses : « *eh c'est dur quand même* » à P.III, « *je me rends compte que je vois beaucoup de choses en noir ça m'inquiète* » à P.VI.

➤ **une alternance de prise de distance par rapport au matériel dans une approche plutôt globale, floue et une sensibilité au changement, une réaction face aux couleurs des planches**: l'alternance de prise de distance par rapport au matériel se retrouve dans ses nombreuses « ou » qui rendent ses réponses floues. Elle est sensible à l'aspect chromatique des planches qui activent chez elle des défenses maniaques anti-dépressives : « *ah quelque chose de joyeux la couleur* » à P.VIII, « *un feu d'artifice avec des oiseaux, des insectes et du feu voilà* » à P.X.

➤ **une réponse sans contrôle à la planche 7 qui suscite avec la lacune centrale blanche une angoisse de perte d'objet** : elle est très sensible à la lacune blanche jusque dans le signifiant « c'est du vide », ce qui pour Roman (1997) signe « une catastrophe de la symbolisation » et la tentative de contrôle opérée sur l'angoisse dominante échoue.

➤ **un indice d'angoisse supérieur à 12%** : il atteint le seuil pathologique. L'angoisse tend donc à être massive chez Annie.

➤ **des représentations en miroir, des recherches de ressemblance pour nier la différence et donc éviter l'angoisse face à ce qui fait défaut (CHABERT, 1998)** : Il ne ressort pas de réponse en miroir. En revanche, la recherche de la ressemblance, l'absence d'interaction véritable, d'humain vu en entier pointent cette tentative d'éviter le manque et l'angoisse sous-jacente, d'autant qu'à P.IV (« *ça je dirai un monstre avec des gros pieds, une grosse queue, des grosses mains mais pas forcément une tête ou alors il crache quelque chose* »), la réactivation de l'angoisse de castration est si vive que le sujet la traite par projection massive de l'agressivité.

En conclusion, l'angoisse est massive, diffuse, permanente et inélaborable et pousse le

sujet à lutter soit par répression soit par projection de la violence. Cela n'est pas sans évoquer une angoisse de perte d'objet, une « angoisse liée aux situations d'abandon » comme le souligne CHABERT (1997). En effet, pour elle, cette sensibilité au C' a à voir avec les relations précoces et donc avec la dépression essentielle. Elle continue en soulignant que si ces réponses surviennent aux planches à symbolique maternelle, ce qui est le cas chez Annie, avec une thématique de froid « ténèbre ». Elles renvoient alors à « la dimension insuffisamment satisfaisante des relations à l'imgo maternelle », p.116, laquelle est vue à chaque fois sous l'angle destructeur et menaçant. Ce type de relation de relation renvoie pour EMMANUELLI et coll. (2001) à l'angoisse de séparation. Et ce surinvestissement du C' permettrait alors d'empêcher les émergences de représentations inconscientes. Du coup, Annie opère un retrait libidinal pour lutter contre l'insécurité et la non-fiabilité des rapports à l'environnement. Cependant, chez Annie apparaît aussi « l'angoisse rouge », prototype nous dit CHABERT (1997) de l'angoisse de castration. Mais cette angoisse dérive vite vers des fantasmes à caractère persécutifs, sur le versant oral agressif « dévoration, gober » associés à des représentations phalliques comme soutien temporaire mais rapidement mises à mal, déqualifiées : *« les bras d'un clown ou je sais pas sans qu'on voit les jambes ( P.III)/ je dirai un monstre avec des gros pieds, une grosse queue, des grosses mains mais pas forcément une tête ou alors il crache quelque chose (P.IV)/ un autre type de monstre avec de grosses épaules, des petits bras et des petites jambes ( P.VII) »*. Cette grande réactivité sensorielle aux planches rouges et noires dont les sollicitations pulsionnelles s'avèrent désorganisatrices mettant à mal la stabilité des objets ( plusieurs réponses « ou »), avec des capacités de récupération puisque Annie arrive à rassembler les objets, les unifier en dernière intention ou dans une réponse additionnelle, soit dans un mouvement projectif soit par le biais d'une répression de ses élans pulsionnels.

Nous retrouvons bien les caractéristiques du fonctionnement limite comme « a-structuration », terme de BERGERET pour qualifier ces fonctionnements qui naviguent à la frontière des deux grandes lignées névrotiques et psychotiques.

- *Dans l'entretien :*

- **le sujet se décrirait comme ayant un fort besoin d'activités motrices, mode de décharge privilégié :** on observe une incapacité à rester à ne rien faire. Annie exerce d'ailleurs deux métiers qui l'occupent sept jours sur sept et qui l'amènent à se déplacer puisqu'ils se déroulent sur des lieux géographiques différents et elle prend des cours du soir. C'est comme s'il lui était interdit de penser, de prendre le temps de penser et que seule



l'action pouvait canaliser ses excitations pulsionnelles .

➤ **Au niveau du stress**, il est difficile de dire si Annie se sent stressée souvent, sans causes décelables. L'entretien ne permet de mettre en évidence que sa réaction de stress importante face à la séparation, dépassant même le registre du simple stress pour être caractérisé d'angoisse massive. Face à l'inaction, à l'attente, elle se décrit comme stressée, tout en affinant la description de ses sentiments : « **(psychologue)** -et là pour internet vous devez attendre comment c'est pour vous alors ? – **(Annie)** et ben là je vais être stressée toute la matinée -**(psychologue)** énervée aussi- **(Annie)** non parce que c'est pas dans mon comportement mais je vais pas être bien ah si je serai peut-être plus susceptible plus vulnérable mais je vais être tendue ( rire) ».

➤ **Relation à l'autre tantôt idéalisée, tantôt rejetée par identification projective** : au moment de la rencontre avec Annie, la relation à l'autre se dévoile sur le mode idéalisé, dans une image de toute puissance de l'autre capable de la combler .

• **Au 16PF5 : un score d'anxiété élevé**: le score d'anxiété est de 7 ce qui correspond à un niveau élevé avec une très forte émotivité. Ces données convergent dans le sens des éléments révélés par le rorschach et l'entretien.

## **Conclusion :**

Nous le voyons bien la liaison pulsionnelle est défailante. Son agressivité explosive, exprimée sous mode de décharge brute, incontrôlable, n'est que la marque de cette tentative d'intrication, et pointe aussi les ratés de l'intrication des pulsions libidinales avec la violence primaire.

Pour autant, nous pouvons aussi y voir, comme nous le suggère CHABERT (1997), des potentialités de dégagement de la réalité et des pertes à travers les réponses kob qui infiltrent le protocoles, dans la mesure où elles signeraient un travail psychique du sujet sous-tendu par des signes d'existence d'un espace imaginaire. Mais cet espace imaginaire semble envahissant, débordant et destructeur et fait échouer les tentatives d'accrochage à la réalité, de recours à la réalité externe, ses tentatives de s'appuyer sur les éléments concrets de l'extérieur.

Son bouillonnement pulsionnel ne peut être contenu par des représentations suffisamment solides et sécurisantes, ce qui entraîne une mise en acte, une externalisation bruyante, et violente, sans aucune symbolisation, à l'état brut. Cette lutte du sujet contre ses émergences pulsionnelles est vive et l'organisation défensive primaire déployée pour y faire face ne tient pas.

Les données du protocole d'Annie nous laissent entrevoir que nous sommes dans ce cas de figure sur le versant extériorisation et labile du fonctionnement limite, avec une hyperréactivité et un excès de sensorialité. Cela pointe sa grande dépendance aux objets extérieurs qui sont surinvestis pour pallier la défaillance des objets internes. Mais cette dépendance est vécue sur le mode dangereux et menaçant. Annie externalise ses pulsions agressives du fait de l'échec de la réparation fantasmatique du mal causé à l'objet. Toute son organisation défensive oriente ce mouvement d'extériorisation dans la mesure où elle repose sur des mécanismes comme le clivage, « responsable des défaillances d'un contrôle pulsionnel », empêchant la liaison affect-représentation de se faire ; comme l'idéalisation qui bloque la reconnaissance de sa propre agressivité envers l'objet et du coup tout sentiment de culpabilité, de sollicitude envers l'objet ; l'identification projective et la projection qui n'autorisent pas la symbolisation des expériences et leur élaboration fantasmatique ; la dévalorisation de soi aggravant le risque suicidaire par retournement de l'agressivité sur soi ; la mise en acte comme mode de décharge privilégiée renforcée par le déni ; et le recours à la réalité externe comme contre-investissement massif de la réalité interne pour lutter contre le débordement fantasmatique non endiguées par la présence d'un authentique surmoi .

Nous ajouterons que nous nous trouvons là, avec le cas d'Annie, sur un versant du fonctionnement limite caractérisé par une alternance de décharge pulsionnelle brute, violente, sans filtrage symbolique avec une inhibition de la pensée et une répression des affects et de la source interne de la pulsion, qui infiltre tout son protocole rorschach. Elle cherche désespérément à contrôler ses affects, à ne pas les laisser la déborder et la submerger du fait de leur charge intense de souffrance. De plus, les « caractéristiques psychologiques » du sujet limite reprises par BRUSSET (2008), p.296, comme l'absence d'empathie pour l'objet, les comportements excessifs, l'incapacité d'endurer les souffrances narcissiques et l'intolérance à la frustration, à l'acceptation d'un délai pour obtenir satisfaction dont elle a conscience (« Pl.2 : vampire : (**Annie**) ça me fait penser à mes démons- (**psychologue**) c'est-à-dire ? - (**Annie**) mes tendances à tout vouloir tout de suite, à faire des pieds et des mains, à mentir pour obtenir ce que je veux »), l'importance de l'anxiété et de la dépression, sont bien illustrées dans l'ensemble du protocole (entretien et rorschach).

Enfin, nous nous permettrons ici de faire l'hypothèse d'un traumatisme désorganisateur chez Annie lors de la séparation de ses parents, survenu à une période charnière de son développement psychique, 6 ans avec le début du déclin du complexe d'oedipe, qu'elle a fait sienne : « **(Annie)** *ben mon papa est parti quand j'avais 6 ans il était proche les 2 premières années jusqu'à ce qu'il rencontre ma belle-mère qui l'a séparé de nous donc là je le vois plus de toute façon je veux plus lui parler c'est un gros con voilà rire en 2 mots – **(psychologue)** jusqu'à 6 ans vous avez des souvenirs avec votre père -ben pas plus que ça non- **(Annie)** pas plus que ça et quand vous dites il vous a quitté vos parents se sont séparés vous le vivez pour vous aussi-oui- **(psychologue)** mais ce sont vos parents qui se sont séparés -**(Annie)** ben non parce qu'il s'est séparé de ses enfants aussi donc il nous prenait plus plus rien quoi on le voyait plus qu'une fois tous les 2 ans donc j'ai pas eu l'amour paternel parce que pendant longtemps avec mon beau-père ça a été très très comment dire très mauvais on s'entendait pas du tout et voilà donc j'ai jamais ressenti l'amour d'un père ». Ce traumatisme prend l'allure ici d'une angoisse d'abandon vécue. Le deuxième traumatisme se trouve dans la façon dont elle a vécu l'arrivée de sa belle-mère, à l'égard de laquelle elle nourrit une jalousie œdipienne : « *il était proche les 2 premières années jusqu'à ce qu'il rencontre ma belle-mère qui l'a séparé de nous* ». Et c'est dans ses relations sentimentales que se révèlent ce traumatisme désorganisateur qui a réactivé ses blessures narcissiques. D'ailleurs, cette histoire vécue avec son ami Yvon qui l'a quittée au moment de notre rencontre et suite à quoi elle a fait plusieurs tentatives suicide semble s'inscrire autour d'un signifiant révélateur de la structuration de son organisation psychique ( fixation à des modalités relationnelles pré-génitales dominées par la problématique du bien et du mal, du bon et du mauvais, de la pulsion de vie et de la pulsion de mort insuffisamment intriquées) : « *il m'apportait l'amour paternel au niveau mâle que j'ai jamais eu parce que mes parents sont divorcés et donc je me suis vraiment accrochée à lui* ». Comme s'il fallait qu'elle se punisse de cette séparation paternelle « mâle/ mal », comme s'il fallait à travers cette relation sentimentale chaotique, sado-masochiste qu'elle se punisse de son ambivalence ( tendance incestueuse que nous retrouvons dans sa recherche avide d'amour paternel auprès de son petit ami et hostilité, « méchanceté » ) à l'égard de la figure paternelle et qu'elle ne pouvait aimer et être aimée que dans la souffrance. D'ailleurs, les deux figures se retrouvent sur le même plan au rorschach comme quand elle dit : « *Pl.4 : un monstre : **(Annie)** à mon père qui essaie de me faire culpabiliser par rapport aux décisions que j'ai prises l'année dernière de ne plus le voir –**(psychologue)** vous êtes soutenue par votre famille ? –**(Annie)** oui – **(psychologue)** vous êtes la seule à ne plus lui parler ? – **(Annie)** non ma sœur aussi mais**

*elle a accouché et elle lui reparle par rapport au bébé mais sinon ma petite sœur le voit, il est mis de côté un peu partout y'a que mon frère qui lui parle et encore ça le fait chier de lui parler, il le fait par politesse. –(psychologue) et le monstre crache quelque chose ? (Annie) oui son venin-(psychologue) il est dangereux votre père alors ? –(Annie) non je ne pense pas qu'il me fasse du mal mais il est dangereux pour mon bien-être .Ça me fait penser à Yvon quand il est en colère il est très méchant, lui aussi il crache son venin». Ce vécu est tellement vif qu'elle en refuse tout lien que je peux lui proposer pour réfléchir à ses modes de relations affectives, dans un mouvement de rejet :« (psychologue) et quand vous dites il vous a apporté ça il était comment - (Annie) ben il était très affectueux très tendre et tout ça quoi très amoureux je me sentais aimée -(psychologue) en quoi c'est comme l'amour du père -ben je dis pas que c'est comme l'amour d'un père mais j'étais jamais tombée amoureuse d'un garçon j'avais jamais aimé avant lui donc euh -(psychologue) au niveau mâle comme vous avez dit tout à l'heure - (Annie) oui au niveau mâle donc c'est pour ça que j'ai tant de mal à accepter la rupture -(psychologue) oui du coup c'est comme une deuxième rupture d'avec votre père alors - (Annie) ben je sais pas parce mon père je m'en fiche aujourd'hui j'ai coupé les ponts avec lui et je me sens à nouveau beaucoup mieux depuis donc euh mais euh je sais pas c'est parce que c'est Yvon et Yvon c'est je me suis fait tatouée son prénom dans mon dos donc euh donc voilà » .*

Ceci illustre la question du traumatisme affectif que BERGERET (2003) relie « à un apport extérieur (constituant) un afflux d'excitations impossible à maîtriser et à intégrer pour le sujet dans l'état de maturation et d'intégration de son système perceptif sur le moment » p.391. Le traumatisme tient donc à la fois à des éléments externes et à la qualité de l'appareil psychique au moment où a lieu l'événement. Chez le sujet limite, l'irruption traumatique le conduit à « une sidération brutale de la vie imaginaire, une inhibition pulsionnelle et une forclusion des images rappelant l'inceste et sa prohibition par la loi du père », (*op.cit.*, p. 391). Lorsqu'un événement nouveau survient, il « réactive l'ancien réseau traumatique toujours sous tension et le fameux court-circuit affectif se réalise qui non seulement déclenche une brève crise aiguë d'angoisse, mais fait durablement sauter la liaison imaginaire un instant entrevue dans une tension extrême », (*op.cit.*, p. 391). Chez Annie, nous l'avons vu, la séparation d'avec son petit ami substitut paternel dans la recherche affective, s'avère être un véritable réactivateur du traumatisme de la séparation parentale, à 6 ans juste au moment de l'entrée en période de latence.

# ANALYSE DES DONNÉES CLINIQUES

## DU SUJET ULCÉREUX CHRONIQUE

### *1- Données anamnestiques*

Axelle est une jeune femme de 24 ans. Elle vit actuellement avec son petit ami dans un appartement non loin de celui de ses parents. Elle a un frère et une sœur plus jeunes qu'elle et une sœur aînée. Elle travaille actuellement dans un hôpital après avoir entamé des études pour devenir infirmière, et essayé d'autres voies de formation, se cherchant une identité professionnelle en conformité avec l'orientation sociale de sa famille.

Sa mère exerce une fonction d'aide à domicile auprès de personnes âgées et semble avoir une relation forte avec Axelle. Son père, quant à lui, est routier, activité qui le fatigue beaucoup et le rend peu disponible pour l'échange avec ses enfants d'après Axelle.

Elle souffre d'un ulcère à l'estomac depuis l'âge de 16 ans. Au moment de notre rencontre, cet ulcère se cicatrise bien que des récurrences apparaissent en fonction des mouvements anxieux qu'elle peut vivre. Un psychiatre lui a aussi diagnostiqué une dépression, sur fond de trouble bi-polaire, dont elle dit être en train de sortir depuis l'affirmation de son choix professionnel, qui coïncide avec la période de nos entretiens .

Axelle m'a été adressée par une personne de mon entourage dont elle est l'amie. Ma recherche auprès d'elle s'est composée de deux entretiens semi-directifs qui ont eu lieu à son domicile. Son accueil était à la fois cordial et distant, marquant une certaine réserve. Elle a été présente à chacun de nos rendez-vous sauf pour celui prévoyant la passation du rorschach que je lui avais présenté comme étant un test permettant de comprendre le fonctionnement de la personnalité de façon plus pointue. Ce jour-là, m'a-t-elle expliqué ultérieurement quand j'ai réussi à la joindre, (j'ai pensé alors, après avoir imaginé que quelque chose lui soit arrivée, qu'elle ne souhaitait plus participer à la recherche car j'ai tenté de la joindre plusieurs fois le soir même et après), elle a oublié de me prévenir que la veille l'hôpital lui avait demandé de venir travailler. Elle s'est excusé de m'avoir fait attendre mais d'une manière froide et distante, sans que je ne perçoive de tonalité empathique. Pour le reste

de l'évaluation psychologique, elle n'a pas posé de questions.

## *2- Analyse préliminaire*

### *2.1 Mode d'entrée en relation du sujet avec le psychologue-chercheur*

Le premier contact que j'ai eu avec Axelle était par téléphone pour fixer le premier rendez-vous. Cette première prise de contact m'a été agréable, Axelle paraissait chaleureuse et dynamique mais avec une impression de fausse résonance, de chaleur trop hâtive et sans distance. Cette impression s'est ensuite confirmée lors des rencontres avec Axelle, dans le sens où j'ai dû la rappeler plusieurs fois pendant que je l'attendais, pour qu'elle me rejoigne sur le lieu de rendez-vous, prétextant alors un oubli.

Pour les autres rencontres, elle m'a reçu chez elle, accueillante et polie allant jusqu'à me proposer des rafraîchissements, et prévoyant même de quoi satisfaire une petite faim. Durant les entretiens, elle gardait une distance, avec une attitude plutôt défensive ( bras croisés, visage fermé) et d'attente que je mène l'entretien, et je pouvais palper une certaine gêne et inquiétude.

### *2.1 Relation transféro-contre-transférentielle*

#### Du point de vue contre-transférentiel

Face à Axelle qui est une jeune femme assez grande, mince, avec des cheveux dégagés, un visage aux traits nets et la plupart du temps impassible, sans maquillage, avec un regard limpide, direct, scrutateur, je me sentais parfois transpercée, mal à l'aise. Cherchant à sortir de cet état et à occuper ma place, sans y être figée, j'ai alors posé beaucoup de questions, de relances de son discours pour éviter qu'il ne se « désanime » et pour éviter d'augmenter mon embarras en lien avec un silence dénué d'élaboration et de pensée. Cette non-pensée se rattachait à une volonté de ma part de rester centrée sur son discours comme si, si je lâchais prise, je la lâchais aussi; comme si, si je la laissais livrée à elle-même elle allait

s'apercevoir de mon absence. C'est un peu comme si alors je craignais de la laisser seule et qu'elle serait incapable de se débrouiller seule et que mon absence psychique pouvait entraîner une souffrance chez elle.

Ce signe clinique serait-il celui qui indiquerait l'hypothèse d'une dépression essentielle chez Axelle puisque comme nous le précise SMADJA (2001), p.57, dans la relation contre-transférentielle avec le sujet somatisant, la parole du sujet, son discours « ne donne pas à penser » à l'autre. J'ai effectivement été dans une incapacité à rêver, à réfléchir, à laisser mon esprit, mes pensées vagabonder, cela m'a freiné dans mes possibilités de fantasmer, d'être ailleurs, comme si je devais d'une part être là, l'étayer, et comme si son discours n'offrait à mon psychisme aucun étayage fantasmatique.

Ces entretiens se sont, en fait, déroulés de manière mécanique et détachée avec d'abord un caractère évaluatif où je cherche à m'assurer qu'elle entre dans les critères de la recherche, à vérifier les éléments médicaux et à m'appuyer dessus : « -(Axelle) *ben c'est-à-dire qu'il est toujours là, il est fermé mais disons que ça peut... plus j'aurai du stress plus il peut plus il peut se rouvrir en fait voilà - (psychologue) ça c'est le discours médical ? - (Axelle) voilà - (psychologue) donc en fait on peut considérer que vous êtes en rémission ? - (Axelle) voilà (psychologue) c'est pas la guérison de l'ulcère mais vous êtes en rémission - (Axelle) Voilà c'est ça ».*

Ensuite, j'ai cherché à saisir l'intrication somatopsychique de la maladie, à la réinscrire dans son histoire, à faire des liens. Tout cela s'est déroulé dans un désert affectif et une pauvreté imaginaire de mon côté, où aucune association ne me venait, aucune forme de détachement mental par rapport à son discours sur lequel je suis restée collée comme pour ne pas m'échapper ou comme si je ne pouvais pas m'échapper. De plus, mon exploration s'est déroulée avec très peu d'affects si ce n'est de surprise comme quand je dis : « -(Axelle) *Ben il est venu dans ma chambre et il m'a dit enfin il a dit à ma mère...que donc j'avais- (psychologue) il a dit à votre mère ?!* ». Etonnée d'entendre que le médecin ne s'adresse pas à son patient mais à son parent, je ne retiens pas ma surprise, oubliant qu'à ce moment-là Axelle était mineure et que cela comportait une certaine logique. Je restais accrochée au présent, incapable de faire les allers-retours temporels.

Au final, je conduis un entretien froid, distant, dénué d'affects de plaisir et de déplaisir, et de production imaginaire. Et même dans cette traduction écrite de mon contre-transfert, dans sa construction après-coup, c'est le désert qui domine avec peu d'inspiration, une sorte de sécheresse de ma pensée, de ma capacité à laisser errer ma pensée et mes affects comme s'ils avaient été gelés, refoulés voire réprimés, évacués et que ma présence dans ces

entretiens avait été mécanique. J'ai le sentiment, après-coup, que je cherchais quelque chose durant ces temps de rencontre, au travers de mes questions, sans le trouver et que je tourne en rond en reprenant les mêmes thèmes, parfois maladroitement et avec insistance comme au sujet de ses relations avec sa mère, avec son père. Je l'ai fait beaucoup se répéter comme si je n'imprégnais pas ce qu'elle me disait, comme si ma confiance en elle était réduite du fait de ses oublis de rendez-vous que j'interprétais comme des résistances à se livrer, à parler d'elle. C'est aussi comme si je ne reliais pas les éléments de son discours, de son histoire entre eux, du moins pas suffisamment, comme s'il manquait quelque chose. Cela pourrait nous renvoyer à ce que SMADJA (2001) dit des sujets opératoires : « il manque au discours [...] un sentiment d'angoisse ou de douleur psychique qui attesterait ordinairement de la gravité de l'événement vécu et de la menace qu'il représente pour l'unité psychosomatique », p.46 . Il poursuit en indiquant que « ce quelque chose qui est manquant se retrouve dans l'éprouvé contre-transférentiel », p.46. Ce quelque chose serait pour moi, ici, **le sens** : le sens de sa maladie, de son histoire, de ce qui s'est passé pour elle en terme émotionnel, affectif, ce qui s'est passé en elle, pour qu'elle en arrive là et ce qu'elle en fait psychiquement, comment elle l'incorpore dans son histoire, quel sens elle lui donne.

Au niveau transférentiel, il m'est difficile de repérer des mouvements identificatoires, ni des éléments m'indiquant à quelle place elle me met. Ceci pourrait renvoyer à ce que dit TIMSIT (1978), p.13, en termes de relations entre les « carences des relations objectales avec corrélativement le caractère relativement rudimentaire du transfert, voire son absence, carence du sens au niveau des symptômes, carence de la pensée dont le mode « opératoire » traduit l'inefficacité du processus secondaire, de telle sorte que la seule issue possible aux affects réprimés reste l'expression somatique jusque dans l'intimité des organes ».

### *2.3 Forme gestuelle, verbale et motrice*

Très peu de mouvements physiques ont ponctué son discours. Axelle a toujours tenu une posture droite, presque figée, laissant peu entrevoir les affects qui la traversent comme si elle tentait de maîtriser voire de geler son affectivité. Au niveau du ton de son discours, il était plat, sans « saveur énigmatique ». D'ailleurs, même lorsqu'elle acquiesce sur mes suggestions, mes relances, elle le fait de manière abrupte « voilà/ oui » comme si elle voulait



alors écarter au plus vite les émergences pulsionnelles que cela pouvait lui susciter. D'autant que parfois mes questions semblent l'agacer et elle y réagit avec vivacité et fermeté : « **(psychologue)** y'a jamais rien eu entre votre père et vous – **(Axelle)** non **(psychologue)** - c'était pas un refus de votre part-**(Axelle)** ben non je vous dis ça tombait comme ça c'était un mauvais moment » .

### 3- Analyse des données

3.1 *Le destin des pulsions agressives chez le sujet ulcéreux chronique pour lequel nous avons posé les hypothèses suivantes :*

❖ **H4 : l'extinction de cette vie pulsionnelle se traduirait par une défaillance de la mentalisation que nous nous attendons à trouver mauvaise notamment du point de vue de la symbolisation des pulsions agressives avec un traitement factuel ou un évitement du rouge. Et L'espace imaginaire serait aussi réduit notamment sur le plan des liaisons associatives**

Elle devrait se vérifier au travers :

-H41) de la qualité de la mentalisation attendue comme mauvaise et dont les indicateurs retenus sont les suivants :

• *Au rorschach*

➤ **le type de relation à l'objet ne serait pas d'ordre génital** : il y a très peu d'éléments qui nous permettent de déterminer le type de relation d'objet au Rorschach. Les représentations de relations sont réduites à une portion congrue dans ce protocole de test de Rorschach. Il n'y a aucune grande kinesthésie et seulement 3 petites (kp, kan, kobC), ce qui va dans le sens d'une pulsionnalité pré-génitale. La kp- de P.II (« : ben je vois pas grand-chose (silence) on pourrait dire...je pourrais dire un visage, on voit les deux yeux avec les tâches rouges, le nez, la bouche... c'est plutôt un visage triste que je vois ...c'est tout ») à valence narcissique porte la marque de la souffrance dépressive. La kan de P.III (« Une grenouille... je dirais qu'elle est en train de prendre son élan pour sauter...C'est tout ce que je vois ») en lieu et place d'une interaction humaine est une kinesthésie animale. La kobC de P.X («ça me fait penser à un feu d'artifice avec les couleurs... à un bouquet final toutes les couleurs tout oui

ça me fait vraiment penser à un bouquet final ») traduit une défense maniaque antidépressive réussie alors que le test se termine. A P.VIII, planche de la sollicitation et de l'échange, apparaît une relation de type « miroir » avec une grande centration sur la symétrie : « **(Axelle)** alors c'était vraiment par les extrémités de l'image et c'est au niveau de la couleur rose on voit vraiment bien une tête d'un animal un raton laveur- (**psychologue**)une tête ? **(Axelle)** oui les 2 petites têtes et c'est vraiment exactement symétrique-(**psychologue**) donc un raton laveur ? **(Axelle)** oui deux ratons laveurs en fait, c'est un peu pour moi un miroir si on pourrait plier l'image on pourrait voir la même chose ». De plus, le H% qui est de 11% donc bien en dessous de la norme sachant que n'apparaît aucune identification et que le pourcentage correspond à une réponse Hd, interroge sur ses capacités identificatoires et relationnelles, comme si le sujet cherchait à se protéger de toute relation.

➤ **le niveau de symbolisation serait assez mauvais pour l'expression pulsionnelle agressive particulièrement aux planches 2 et 3 et correspondrait au niveau D E de la grille de CASSIERS (1968) et de TYCHEY (1990, 1991) et l'IES est attendu supérieur à+ 0,5 en référence aux étalonnages de CASSIERS (1968) confirmés par ceux de DE TYCHEY ( 1991)** : il est de +0,5 ( un scarabée à P.I : niv.B : +2, un chat écrasé à P.VI : niv. D ; -1, feu d'artifice à P.X : niv. C :+1) il est donc égal à +0,5 et ne tendrait pas à écarter l'hypothèse d'une psychopathologie de l'agir . La qualité de la symbolisation est mauvaise au vu de l'échec patent d'intégration réussie du rouge aux planches 2 et 3, et si l'on tient compte de la forte réactivité pulsionnelle qui aboutit dans un second temps à une projection crue de l'agressivité « sang » .

➤ **la liaison affect /représentation serait de mauvaise qualité voire inexistante : le sujet ne rentrerait pas dans son monde interne, ne montrerait pas de capacité à relier ses réponses à son espace personnel, existentiel** : elle est très réduite et très pauvre. Et quand elle existe, elle n'est pas efficace, dans le sens où la tentative de contrôle des affects échoue. Axelle se trouve écrasée par les affects à forte tonalité dépressive mais elle se montre capable de les relier à son espace personnel, à des événements de sa vie personnelle dans la phase associative et dans la phase de choix.

-H42) de l'espace imaginaire attendu comme pauvre et réduit et dont les indicateurs sont les suivants :

- *Au rorschach*

➤ **TRI et FS coartatif** : TRI est coartatif (OK/1C), renvoyant à une pauvreté imaginaire, avec une faible sensibilité au monde interne et externe et FS est introversive (3k/2E): ce qui pointerait un conflit au sein de la personnalité. L'absence de grande kinesthésies et la présence de trois petites va dans le sens d'une pulsionnalité de niveau prégénital.

➤ **F% élevé** : 33 % est bien en dessous de la norme et révélerait donc une faible capacité de contrôle de l'imaginaire par la pensée logique et une sorte de passivité face aux sollicitations pulsionnelles du test. Cette aspect se retrouve, avec le nombre de G simple élevé qui converge dans ce sens, si l'on accepte l'hypothèse posée par CHABERT et ANZIEU (1997) qu'il « dénote un faible investissement cognitif et [...] une certaine passivité du sujet dans l'abord du monde extérieur, un conformisme social stéréotypé et une attitude défensive pour ne pas trop s'impliquer », p.64-65.

➤ **Peu de K et Peu de k** : 0 K et 3k donc ces indicateurs sont négatifs. Ce qui signe une pauvreté de vie fantasmatique et une absence de relation d'objet fantasmé et interroge sur ses capacités créatrices et adaptatives. Cela traduit la difficulté d'investissement d'une position dynamique sthénique créatrice.

➤ **Peu de variété des déterminants** : les déterminants sont relativement variés mais avec une absence de K qui évoque l'absence de vie intérieure exprimable, peu de fantasmes évoqués, mis en scène. Il n'y a pas non plus de Clob, ce qui interroge sur la nature de son angoisse comme si celle-ci ne se manifestait plus, comme si le sujet n'était pas capable d'évoquer son angoisse même de manière non liée, ou bien comme si elle ne tenait plus sa fonction de signal d'alarme. Ceci convergerait avec l'absence de vie imaginaire reflétant un travail mental abrasé. De plus, cela nous renvoie aussi à une sorte « d'automatisation » du fonctionnement psychique eu égard aux réponses estompées qui apparaissent deux fois dans le protocole et qui renverraient, toujours selon TIMSIT (1978), à un « contrôle automatique sans efforts des mouvements émotionnels », p.14.

➤ **Qualité associative médiocre avec absence de liens entre affects et représentation, peu de référence au monde interne** : dans le protocole, il y a peu de liaison affect représentation et quand elles ont lieu, elles échouent, le contrôle formel échoue, le sujet se trouve débordé par ses affects à tonalité dépressive. La qualité associative transparait lors de la phase associative avec une capacité à lier les événements de sa vie personnelle actuelle et passée aux

réponses suscitées par la perception des planches. Cette liaison se fait sur le versant dysphorique avec une évocation de ses affects dépressifs, scandée de métaphore, de lapsus ; ce qui laisse poindre une potentialité introspective et une liaison inconscient - préconscient-conscient possible mais massivement envahie par la seule dimension dépressiogène.

➤ **Nombre de réponses bas** : il est de 9. Ce nombre est nettement inférieur à la moyenne attendue, ce qui pointe une grande faiblesse de la productivité et une inhibition massive de l'espace imaginaire. Ce mécanisme de défense pouvant être considéré comme le mécanisme défensif dominant de son organisation intrapsychique.

➤ **Absence de sensibilité au contenu latent des planches** : elle est présente aux planches où elle a donné une réponse sauf à P.II et P.III, où la dimension relationnelle est absente ni la dimension humaine de la représentation ( même si nous saisissons à l'association de P.III la dimension projective identificatoire à l'animal : « *la grenouille : ben justement comme je disais qu'elle était en train de bondir et ben peut-être qu'elle peut me faire penser au fait qu'en ce moment je suis en train de bondir sur quelque chose de nouveau de meilleur* ».

Pour le reste, il n'y a aucune sensibilité au contenu latent à P.VII et P.IX exprimée sous forme de répression et de sidération à ces planches qui renvoient à l'imgo maternelle. Rien ne lui vient ni de prime abord ni à l'enquête. En revanche, à la phase associative, elle évoque du vide, et toute la question identitaire qui la travaille avec toute la difficulté pour elle de se différencier du modèle familial en particulier du modèle maternel, et renvoie là à la question de la différenciation moi-non-moi, du processus de séparation-individuation. Ceci converge avec des données de l'entretien où elle donne à entendre des éléments faisant pencher vers l'hypothèse d'une relation anaclitique, notamment comme quand elle dit, me racontant l'histoire de sa maladie : « **(psychologue)** et comment le médecin vous a annoncé ça ? qu'est-ce qu'il vous a dit ? – **(Axelle)** Ben il est venu dans ma chambre et il m'a dit enfin il a dit à ma mère » .

➤ **A% élevé** : 55% dépasse la norme, ce qui traduirait une recherche de conformisme qui cache une difficulté d'adaptation sociale, une tendance à réprimer ses émotions et une abrasion de l'imaginaire.

**En conclusion, l'accès à l'espace imaginaire est très difficile et marqué par une**

**inhibition compte tenu du fait que certains indicateurs importants comme la sensibilité au contenu latent est mauvaise pour la moitié des planches et que la qualité associative est saturée par la dimension dépressiogène, dont elle n'arrive pas à se dégager. Cet imaginaire peut aussi se montrer envahissant et débordant avec alors des projections agressives crues.**

- *Dans l'entretien, nous pourrions repérer ces deux facettes du fonctionnement au travers de ces éléments :*

- **Le sujet organise son discours dans une succession temporelle d'événements, sans historicisation de son discours (avec association, lien...)**

- **Le sujet n'émet pas l'idée d'une causalité psychique ; s'il le fait, l'idée vient de l'autre, et il n'y adhère pas ou peu**

- **Le discours est dénué d'affects : il fait une description factuelle de sa maladie, de son histoire**

- **Il est en attente de questions du chercheur pour combler le vide psychique** : son attitude passive m'a mis dans une position d'être assez interventionniste et d'établir des liens dans son histoire pour les lui soumettre. Elle a, à partir de là, commencé à élaborer d'elle-même et associer

- **il ne fait pas de rêves**

- **il a une grande réactivité comportementale, il est plutôt dans l'agir**

- **il y a une difficulté d'expression des émotions**

Axelle organise son discours dans une temporalisation des événements ; en établissant des liens de cause à effet : « *ça s'est plutôt déclenché le facteur de déclenchement c'était le fait d'avoir passé le brevet des collèges* ». Elle développe en ajoutant un élément du discours médical à savoir le stress : « *donc ça se déclenche surtout quand il y a un facteur de stress/ c'est quand il y a vraiment vraiment un gros stress que les douleurs apparaissent quoi* ». Elle semble s'être appropriée cette explication quand elle la relie à ses traits caractère dont elle parle de façon descriptive « *je suis quelqu'un de très très anxieuse/ je suis quelqu'un de très très négatif/ j'y vais perdante* ». Cette appropriation du discours médical trouve cependant sa limite dans une formulation particulière qu'elle emploie lorsqu'elle précise : « *dès qu'il y a du stress ou une situation vraiment qui manifeste où **je dois** manifester de l'anxiété* » comme si cet état interne ne lui appartenait pas, comme s'il s'agissait d'une réaction attendue, normative, malgré elle. Enfin, elle situe l'apparition de son ulcère dans un contexte plus

général de « crise d'adolescence » avec une association à des affects de déplaisir : « *je me sentais pas à l'aise* ».

Elle réussit donc à faire des liens en s'appuyant sur les miens qui lui permettent d'élaborer et d'associer seule ensuite. Elle paraît cependant au cours des entretiens en attente de mes questions, même si elle fait preuve de capacités de liaison dans un deuxième temps. D'ailleurs, sa position lors de nos trois rencontres laissent transparaître cette attente et une certaine passivité dans son comportement, une sorte de retenue tant au niveau des mimiques que gestuelles mais aussi une sorte d'évitement et de gel de son affectivité, repérable au travers de ses nombreuses formulations : « hum/voilà » comme pour clore abruptement les questions qui la gênent, ou réactivent chez elle trop d'émotions, de représentations difficilement élaborables. Ce qui contrastait avec ce qu'elle dit de son besoin d'activisme et de sa difficulté à contrôler ses affects : « *ben disons que j'avais pas trop le choix quand la crise partait elle partait* », comme si ça la dépassait. Ceci est appuyé par le caractère brut de ses émotions « *colère / énervement* ».

Par ailleurs, ses rêves, qu'elle appelle plutôt des « *cauchemars* » reflètent cet état brut des émotions à travers leur caractère sanguinolent, et violent : « **(Axelle)** *Le dernier que j'ai fait silence bon je vais vous donner un exemple de rêves ça arrive que je puisse rêver que HULK soit venu dans la maison de mes parents et il a commencé à tuer tout le monde il a décapité ma mère et mon objectif dans mon rêve c'est de sauver mon frère je sais pas pourquoi tout le monde me dit quand je raconte mes rêves « c'est vraiment bizarre-**(psychologue)** Et c'est autour du même thème c'est ça – **(Axelle)** Oui la guerre la mort oui y'a du sang y'a des vampires je sais pas c'est vraiment je peux regarder un film à la télé et après mon rêve va avoir un rapport avec ça mais c'est jamais vraiment des rêves agréables c'est peut-être pour ça aussi que je dors pas si bien que ça mais euh apparemment je suis très active dans mes rêves ».*

Au niveau du type de relation à l'objet, même le choix de métier s'appuie sur cette relation, sur le conformisme au modèle familial notamment maternel puisqu'on le saura ensuite, la mère travaille auprès de personnes âgées : « *ben parce que je pense que plus ou moins dans la famille on est tous un petit peu social santé tout ça et c'est quelque chose qui m'attirait le côté relationnel tout ça le fait d'aider les gens c'est ce qui m'attire beaucoup et surtout auprès des personnes âgées donc...* ». Sa suspension laisse entendre la nécessité pour elle de s'inscrire aussi dans cette direction comme une fatalité, une nécessité une manière de se maintenir une identité familiale à travers son identité professionnelle ou une manière de ressembler à la mère, d'être comme elle, d'autant que nous l'apprenons plus tard la mère a

une fonction d'aide soignante à domicile et suscite dans ce cadre une admiration chez Axelle : « *et puis bon regarde ta mère elle fait un peu la même chose et puis t'es fière d'elle et puis bon j'ai dit oui je l'admire même dans ce qu'elle fait et tout* ».

-H43) du mode de relation objectal que nous nous attendons à repérer comme non génital.

- *Au rorschach, **nous nous pencherons pour cela particulièrement sur les planches 2-3-7 qui sont les planches qui sollicitent le plus la mise en relation.***

A P.II, nous trouvons une projection d'affects dépressifs « visage triste » avec un mouvement régressif, « les deux yeux avec les tâches rouges, le nez la bouche », marqué par une dimension intrusive et agressive. Le versant régressif se poursuit à P.III : « *et je dirais que ses yeux me font penser et je dirai que ses yeux me font penser que quelqu'un me surveille euh je sais pas euh que quelqu'un prend soin de moi pour... comme elle a vraiment des gros gros yeux j'ai pensé à ça* ». Les éléments issus du rorschach ne nous permettent pas d'inférer la nature de la relation objectale, d'autant qu'elle ne fournit aucune réponse à P.VII.

En revanche, c'est dans l'entretien que les données nous éclairent et peuvent nous orienter vers l'hypothèse d'un mode de relation anaclitique. En effet, il apparaît un lien très fort à la mère à la fois de la part d'Axelle. Axelle habite maintenant seule avec son petit ami mais les visites à sa mère sont quotidiennes, d'ailleurs le choix d'habitation s'est fait en fonction du domicile familial : « **(Axelle)** *c'est vrai que j'y vais tout le temps tout le temps mais c'est vrai qu'on a eu une opportunité ici ç'aurait été ailleurs c'est vrai que ça m'aurait pas dérangé de partir loin parce que je sais que de toute façon je l'aurai vu régulièrement donc - **(psychologue)** loin qu'est ce que vous appelez loin ? vous seriez aller à Aix par exemple ? - **(Axelle)** non peut-être pas non je serai restée dans le coin non - **(psychologue)** près de votre mère - **(Axelle)** oui j'ai **ma maman** qui est là ». Ce lien de dépendance est entretenu aussi par la mère comme le précise Axelle, d'autant plus que pour sa mère, son silence et son absence sont assimilés à une sorte de mort « **(psychologue)** - *Comment s'est passé le départ de la maison pour vous pour vos parents - **(Axelle)** Ben très bien parce qu'ils habitent en fait à 2 minutes d'ici (éclat de rire) donc disons que je vais quand même on va dire presque tous les jours boire un café chez ma mère et puis si je suis pas là un jour elle m'appelle en me disant « t'es morte » (rire) ».**

Ceci nous amène à nous interroger sur la question de l'intériorisation de l'objet. En effet, elle est dans une sorte de quête de l'objet transitionnel comme quand elle dit : « **(Axelle)** - *ben disons que ça fait trois jours que je suis au chômage donc je peux rester jusque trois heures de l'après-midi toute seule ça va mais après hop je vais chez ma mère il faut que je*

sois avec quelqu'un même si après elle part y'a ses chats ça me dérange pas quoi j'ai pas d'animaux j'ai rien je sais pas c'est - (psychologue) Oui - (Axelle) Ça me fait un peu bizarre je suis pas bien je sais pas je préfère avoir de la compagnie même si je parle pas c'est rien que d'être avec du monde ça me rassure- (psychologue) Ça vous rassure – (Axelle) Silence ». Sa difficulté à rester seule appuie l'hypothèse d'une relation à l'objet de type anaclitique dans le sens où l'objet extérieur lui apporte un étayage important comme celui de la rassurer : « si si je suis tout à fait indépendante financièrement mas j'ai quand même toujours besoin d'avoir quelqu'un ça me rassure je sais pas j'ai toujours besoin de parler de me confier ». L'adverbe « toujours » oriente cette modalité relationnelle vers quelque chose de structurel et non réactionnel et contextuel. La dépendance à sa mère se révèle encore dans la suite de ses propos lorsqu'elle parle de la place que sa mère tient pour elle, qu'au passage nous pouvons interroger comme s'il se jouait une négation de la différence des places et des générations : « on est euh on est liées je me confie beaucoup à elle en fait pour moi c'est comme si c'était un peu ma confidente mon amie enfin elle me comprend beaucoup et euh j'ai besoin de la voir on va dire tous les jours et elle a besoin de me voir tous les jours enfin voilà quoi pour parler de tout je peux compter sur elle ». D'autant plus que lorsqu'Axelle parle des relations entre ses parents elle utilise le signifiant « cordon ombilical » comme s'il s'agissait d'un lien filial la mettant, elle, à quelle place ?

Axelle semble présenter une personnalité fortement dépendante allant jusqu'à mettre en péril sa santé, ses propres désirs et son identité : « (Axelle) peut être que si on m'aurait dit « ben tu sais là tu nous déçois » ben là tout compte fait peut être que j'ai quand même même si j'aurai mis ma santé en l'air je pense que j'aurai continué c'est vrai j'ai peut-être un peu du mal à prendre les décisions seule j'ai besoin d'avoir quelqu'un qui me donne son avis ça c'est sûr – (psychologue) Et même plus encore l'avis des autres et vraiment très important pour vous- (Axelle) Oui oui ».

- Au 16PF5, **on s'attend à trouver un score indépendance bas** : nous trouvons dans les données d'Axelle un score faible au niveau de l'indépendance (4). Les données convergent dans le sens d'une dépendance à l'égard du groupe et de l'autre .

En conclusion, il se dégage un conflit entre besoin de dépendance et désir d'indépendance chez Axelle. Son départ du domicile parental, qu'elle qualifie de maternel : « hop je vais **chez ma mère** », n'est pas véritablement réussi dans la mesure où les visites sont



quotidiennes (à la fois pour se rassurer et pour rassurer sa mère), facilitées par la proximité choisie de son propre appartement avec le foyer parental, le besoin de voir ( qui renvoie à ce défaut d'internalisation de l'objet au profit du besoin de perception réel de l'objet dans un lien étroit avec le désir maternel), le besoin d'être « soutenue et d'avoir une présence ».

Ce type de relation traverse aussi ses relations professionnelles et ses attentes . Elle ne dit ne pas vouloir de responsabilité tout en les recherchant mais sous délégation, sous protection de l'autre : « *vous avez des responsabilités mais pas toute les responsabilités – voilà et ça va parce que je me dis qu'il y quand même quelqu'un au-dessus de moi voilà* ». Cette formule éclaire maintenant son association de P.III du rorschach avec les « yeux de la grenouille » vécus comme protecteurs par identification projective.

En conclusion, l'hypothèse d'un mode de relation non génital tend à se confirmer ici et même à prendre l'allure d'une relation anaclitique à l'objet avec cette forte dépendance, ce grand besoin d'étayage et de protection. Axelle a besoin de quelqu'un, d'une présence extérieure pour ne pas penser. De « nouer cette relation extérieure la distrait d'une fantasmagorie angoissante », (MARTY et col. (2003), p.42) et en même temps le fait de ne plus penser à sa peur, son angoisse en présence de quelqu'un serait le signe que cette « relation avec l'objet extérieur dissout la relation avec l'objet intérieur », (*op.cit.*, p.28). Cette « persistance de l'attrait pour l'objet extérieur » serait selon MARTY et col. (2003) « l'indice de larges possibilités d'investissement et de captation », p.44. Nous retrouvons cet indice chez Axelle puisque c'est ce lien cette présence extérieure l'a protégé d'un passage à l'acte suicidaire. Elle y a pensé mais ne l' a pas fait grâce au maintien de l'investissement objectal ( mère, petit ami) : « -*Vous êtes anxieuse quand vous êtes seule ? - (Axelle) Ben surtout dans le contexte actuel y a des jours où je me faisais un peu peur d'être seule peut-être de passer à l'acte donc c'est pour ça que je préférerais être en compagnie de quelqu'un - Par rapport aux idées noires, vous aviez peur de... - (Axelle) Oui j'avais peur de prendre des cachets de passer à l'acte et puis voilà quoi – (psychologue) Récemment ? Et vous l'avez pas fait parce que vous avez été chez votre mère, grâce à quoi - (Axelle) Ça oui et puis aussi parce que j'ai pensé à mon ami et puis voilà, c'est vrai que c'est mon copain qui m'a aidé à franchir le pas s'il avait pas été là c'est vrai que peut-être je l'aurai fait (psychologue) -Est-ce que vous l'avez déjà fait, déjà essayé - (Axelle) Non jamais - (psychologue) C'est la première fois que vous avez autant d'idées noires - (Axelle) Oui c'est la première fois .*

**Par ailleurs, la force des mécanismes d'inhibition ( reflétée notamment par le nombre très bas des réponses au Rorschach, le TRI coartatif... ) est un autre élément**

qui vient barrer la décharge de la pulsionnalité agressive . Ceci appuie notre hypothèse que lorsque le fonctionnement est dominé par l'inhibition-répression, l'expression somatique se trouve la voie privilégiée pour les pulsions agressives.

❖ **H5 : le fonctionnement psychosomatique serait marqué par l'existence d'une grande composante masochiste**

- H51) la place importante du masochisme dans le fonctionnement somatique devrait se traduire

• *Au rorschach :*

➤ **par une agressivité subie avec des clob, une thématique sexuelle et agressive crue.** : pas de clob, pas de thématique sexuelle et agressive crue. La répression semble ici agir en plein .

➤ **une fréquence des thèmes morbides** : Il se dégage une seule fois dans tout le protocole une mise en scène avec une thématique d'agressivité de type plutôt sadique. C'est à P.VI qu'elle apparaît : *« un chat écrasé ( rit) mais vraiment aplati parce que .../ oui donc là le chat écrasé ( petit rire) c'est surtout par la tête parce qu'on dirait vraiment déjà des moustaches vraiment avec le museau devant et puis écrasé parce que justement bon ben il est plat plat quoi . C'est vraiment par la tête que j'ai que pour moi c'est un chat (sourit) et écrasé j'ai rajouté par rapport au fait qu'il est vraiment étalé . c'est la forme et le tout ».*

➤ **un imaginaire envahi par la dimension destructive et morbide** : l'imaginaire est plutôt complètement bridé, inhibé et peu d'éléments filtrent la barrière de la répression qui est en place.

• *Dans l'entretien :*

➤ **une histoire de vie et une trajectoire de vie marquée par la répétition d'événements douloureux similaires** : La répétition de ses situations d'échec se situe surtout au niveau scolaire et professionnel avec des essais de formations différentes mais toujours dans le domaine social et médical : *« ben après le bac j'ai décidé de faire des études d'infirmière bon ça n'a pas réussi tout de suite j'ai passé trois fois le concours en première année j'ai été en fac de psychologie parce que bon c'est un peu où tout le monde va quand on n'a pas ce qu'on veut bon ça m'a apporté quand même quelque chose donc c'est déjà une bonne chose et oui après deuxième année je l'ai toujours pas eu alors là j'ai décidé de travailler pendant un an donc j'ai travaillé au supermarché et après pendant cette période j'ai retenté et c'est là que*

*j'ai eu mon concours d'infirmière. Voilà ».*

➤ **un maintien de la source de souffrance** : ce point apparaît clairement lorsqu'elle évoque l'impasse dans laquelle elle s'est trouvée au sujet de son choix professionnel. Cette impasse semble recouvrir une part masochiste de taille puisque au péril de sa santé, elle n'aurait pas fait en sorte de changer les choses, de se positionner : « *Ben parce que j'ai pas vraiment confiance en moi j'ai jamais eu vraiment confiance en moi je suis quelqu'un de très négatif et j'ai toujours besoin qu'on soit derrière moi à me dire que je fais bien les choses et que malgré les décisions que je prends ce sera des bonnes décisions et j'ai toujours eu besoin de ça c'est pour ça que de voir arrêter l'école au début je pouvais pas prendre la décision si les autres ne m'aidaient pas à prendre la décision voilà bon même si c'est moi qui ai quand même pris la décision mais c'est vrai que si tout le monde disait « tu sais c'est dommage t'es plus très loin de ta fin des études et puis infirmière c'est quand même mieux que aide-soignante » peut être que si on m'aurait dit « ben tu sais là tu nous déçois » ben là tout compte fait **peut être que j'ai quand même même si j'aurai mis ma santé en l'air je pense que j'aurai continuer c'est vrai j'ai peut-être un peu du mal à prendre les décisions seule j'ai besoin d'avoir quelqu'un qui me donne son avis ça c'est sûr** » .*

➤ **un vécu de la maladie comme une punition, une sanction** : non ça n'apparaît pas dans son discours .

➤ **un fatalisme, une résignation**

Concernant sa maladie, sur le plan médicamenteux, elle est active : « *là encore quand j'ai des douleurs ça m'arrive de reprendre le traitement* ». On peut s'interroger tout de même sur la signification du « *ça m'arrive* » dans le sens d'une éventuelle composante masochiste car c'est comme si alors elle n'utilisait pas les médicaments pour se soulager ?

Sur le plan psychologique, elle a conscience de la nécessité pour elle de faire un travail sur elle-même : « *il fallait aussi que j'essaie de gérer un peu tout ce stress parce que je suis quelqu'un de très très anxieuse donc voilà il fallait que **je fasse aussi un travail sur moi*** . » et d'apprendre à gérer son stress, en référence aux conseils médicaux « *on m'avait dit d'essayer un peu de gérer mon stress donc c'est ce que j'essaie de faire de temps en temps* ». Sa nuance discursive interroge sur la manière dont elle procède et sur l'adhésion à sa part active dans le traitement psychologique tout du moins, surtout lorsqu'elle ajoute : « *mais sinon c'est vrai que les douleurs peuvent revenir à tout moment* », se situant là comme subissant sa maladie

et comme ne pouvant avoir aucune action sur elle par la parole « (psychologue) *il y avait aussi à cette période un conseil du médecin par rapport au stress d'aller faire un travail sur vous pourquoi vous l'avez pas fait à ce moment-là* – (Axelle) *pour moi je pensais qu'il disait n'importe quoi et puis même c'est facile à dire et je me suis dit que même si j'avais fait quelque chose sur mon stress je suis pas sûre que ça aurait changé quelque chose parce que je suis quelqu'un déjà de nature je suis comme ça*–(psychologue) *et vous pensez pas que de faire un travail sur vous même ça aurait pu avoir une efficacité*–(Axelle) *non-* (psychologue) *votre mère non plus puisque c'est elle qui a tout géré à cette époque là* – (Axelle) *non non non on se dit toujours que c'est les médicaments qui vont tout faire alors* ». Nous retrouvons cet aspect passif plus loin quand elle développe « *c'est quand **il y a** vraiment un gros stress que les douleurs apparaissent* », ne soutenant pas sa position de sujet à travers la possibilité d'utiliser le « je ». Cette attitude de résignation passive vis-à-vis de cette proposition médicale est maintenue : « et qu'il fallait aussi que j'essaie de gérer **un peu** tout ce stress parce que je suis quelqu'un de très très anxieuse donc voilà **il fallait** que je fasse aussi un travail sur moi » et se confirme dans ses propos qui révèlent qu'elle ne croit pas à ce genre de traitement : « –(psychologue) *il y avait aussi à cette période un conseil du médecin par rapport au stress d'aller faire un travail sur vous pourquoi vous l'avez pas fait à ce moment-là* –(Axelle) *pour moi je pensais qu'il disait n'importe quoi et puis même c'est facile à dire et je me suis dit que même si j'avais fait quelque chose sur mon stress je suis pas sûre que ça aurait changé quelque chose parce que je suis quelqu'un déjà de nature je suis comme ça*–(psychologue) *et vous pensez pas que de faire un travail sur vous même ça aurait pu avoir une efficacité*–(Axelle) *non* ». A cette résignation s'ajoute une sorte de fatalisme comme si son comportement et son caractère étaient immuables, et que l'action ne devait porter directement que sur les symptômes physiques, rejetant toute possibilité de lier son caractère et les symptômes récidivant de sa maladie.

Ceci pourrait être relié à la part masochiste et au risque qu'entraînerait alors la guérison sur l'équilibre psychosomatique comme l'ont souligné les auteurs que nous avons cités (AISENSTEIN 2001, FINE 2001, SMADJA 2001).

➤ **peu de source de plaisir dans le quotidien** : les sources de plaisir sont peu variées et sont marquées une nouvelle fois par un étayage sur l'autre ; le plaisir ne vient pas d'elle, mais elle s'y plie : « (psychologue) *Vous avez des choses qui vous font plaisir ?*– (Axelle) *Oui-* (psychologue) *Oui-* (Axelle) *Oui ben là récemment j'ai réappris à reprendre un peu de plaisir*

mais euh - (psychologue)*Quoi par exemple-* (Axelle) *Et ben j'aime bien sortir quand il fait beau aller au cinéma au restaurant de temps en temps et puis bon ben comme mon ami aime bien le vélo ça nous arrive de faire des ballades en vélo ».*

➤ **la fréquence de cauchemars** : « (psychologue)*Deux dernières questions est-ce que vous faites des rêves ?-* (Axelle) *Oui plus des cauchemars oui ou alors vraiment oui c'est la guerre des trucs vraiment des fois on me dit je fais vraiment des rêves mais euh débiles -Racontez-moi le dernier que vous ayez fait -*(Axelle) *Le dernier que j'ai fait silence bon je vais vous donner un exemple de rêves ça arrive que je puisse rêver que HULK soit venu dans la maison de mes parents et il a commencé à tuer tout le monde il a décapité ma mère et mon objectif dans mon rêve c'est de sauver mon frère je sais pas pourquoi tout le monde me dit quand je raconte mes rêves « c'est vraiment bizarre »-* (psychologue) *Et c'est autour du même thème c'est ça -* (Axelle) *Oui la guerre la mort oui y'a du sang y'a des vampires je sais pas c'est vraiment je peux regarder un film à la télé et après mon rêve va avoir un rapport avec ça mais c'est jamais vraiment des rêves agréables c'est peut-être pour ça aussi que je dors pas si bien que ça mais euh apparemment je suis très active dans mes rêves ».* Il apparaît ici dans la répétition de la thématique morbide, sadique de ces « cauchemars » toute une dimension auto-punitive que nous souhaitons ici relier à son histoire. En effet, la profondeur des blessures associées à leur répétition (insultes du père « t'es qu'une pute » s'étant produite toute l'adolescence de façon répétée (phase critique selon DEBRAY 1991), à l'âge de la féminisation ont eu des conséquences de blessures narcissiques évidentes : peu d'estime d'elle-même, peu de croyance en ses capacités comme elle nous l'indique (elle est major de promo, réussit ses stages professionnelles, a des évaluations positives mais continue de ne pas se sentir capable ). A cela s'ajoute une agressivité massive mal assumée à l'égard de sa mère et de ses sœurs.

*3.2 Le registre défensif du sujet ulcéreux chronique pour lequel nous avons posé l'hypothèse suivante :*

❖ **H6 : L'action conjuguée de la répression sur l'appareil à penser et l'inhibition des motions hostiles conduirait aux somatisations qui apparaîtraient en lieu et place des manifestations d'angoisse à travers le fonctionnement opératoire.**

Cette hypothèse devrait se retrouver par un contrôle des pulsions au travers :

- H61) de la répression qui se repérera de la manière suivante :

• *Au rorschach :*

➤ **Évitement du rouge aux planches 2 et 3 qui sollicitent fortement l'axe pulsionnel agressif :** Nous trouvons un traitement factuel du rouge à P.II : « *je pourrais dire un visage, on voit les deux yeux avec les tâches rouges, le nez, la bouche... c'est plutôt un visage triste que je vois ...c'est tout / Pour moi les yeux les deux tâches rouges du dessus, donc le nez ce serait le milieu de la tâche noire et la bouche ce serait la grosse tâche rouge en bas* » ; et un évitement du rouge à P.III « *une grenouille* », avec une projection crue qui suit le traitement factuel à l'enquête des limites « *une grenouille en costard avec un nœud papillon rouge, on dirait une tâche de sang* ». Le destin de l'excitation pulsionnelle agressive oscille entre répression contrôle et projection crue lorsqu'on examine la dynamique de son récit à l'enquête des limites de la planche 3.

➤ **Mise en scène agressive possible à d'autres planches** : Il apparaît une mise en scène agressive à la planche 6 avec une coloration sadique : « *un chat écrasé ..mais vraiment aplati* », en lien avec la symbolique sexuelle et la position passive où le contrôle ne peut plus s'exercer sur la pulsion sadique mais qui retombe assez vite comme l'indique la suspension qui suit sa réponse initiale « *un chat écrasé mais vraiment aplati parce que ....* » ainsi que l'inhibition totale à la planche suivante.

➤ **chocK, K refoulées, K réprimées, kp** : nous retrouvons un choc K à P.III, un kan réprimé à P.V : « *pour moi ça me fait plus penser à un papillon parce que les ailes sont plus grandes plus ouvertes peut-être* », un kp à P.II « *ben je vois pas grand-chose (silence) on pourrait dire...je pourrais dire un visage, on voit les deux yeux avec les tâches rouges, le nez, la bouche... c'est plutôt un visage triste que je vois ...c'est tout* ». La répression semble bien active si l'on s'appuie sur ce que TIMSIT (1978) rapporte : « les kp sont le reflet des mécanismes répressifs impliqués dans les processus psychosomatiques », p.15.

➤ **TRI coarté** : TRI (OK/1C) est coartatif, et va, comme la productivité basse, dans le sens d'une inhibition massive de l'activité fantasmatique.

➤ **carence fantasmatique** : c'est davantage une fantasmatique bridée, réprimée que vide avec des irruptions brutales de la fantasmatique à tonalité agressive et dépressive.

En conclusion, si l'on se réfère au tableau réalisé par TIMSIT (1978) comportant une échelle allant d'un contrôle des affects très fort à trop peu contrôlé, nous nous apercevons qu'Axelle se situe majoritairement sur le versant trop contrôlé des affects associé à des éléments évoquant un caractère trop peu, ce qui va dans le sens du caractère répressif de son fonctionnement avec une alternance de mouvements pulsionnels déchargés sans contrôle, ce qui est caractéristique des fonctionnements psychosomatiques.

- *Dans le comportement général* : **on trouverait une agitation motrice plus ou moins marquée** : Le sujet était plutôt calme, passive, avec un visage et une gestuelle contenue, capable de rester concentrer tout l'entretien sans expression motrice particulière, notamment au niveau des mimiques. En revanche, elle est dans son comportement général plutôt à tendance hyperactive, ayant un grand besoin d'activités motrices, peu capable de « *rester à rien faire* », sauf dans sa période de dépression.

➤ *Dans l'entretien*, **on ne trouverait pas d'affect à tonalité agressive qui ressortirait ou alors elle serait minimisée voire déniée.** : Au cours de l'entretien, les affects à tonalité agressive apparaissent : « *j'étais très très méchante avec ma mère* » / « *et j'étais pas toujours très très gentille avec ma maman et c'est vrai que oui oui j'étais même très méchante souvent elle pleurait enfin je lui ai pas fait passer des...même au niveau de ma grande soeur de ma petite soeur j'ai pas été très très sympa c'est vrai que j'ai pas passé une bonne période* » mais ils sont suivis de minimisation avec un besoin de normaliser ses attitudes « *vers l'âge de 16-17 ans j'ai passé bon pas une très bonne adolescence on va dire bon comme tout le monde la crise d'adolescence* », comme si assumer cette ambivalence lui était trop difficile, voire impossible. En effet, les questions qui tournent autour de son agressivité vis-à-vis de sa mère sont à plusieurs reprises suivies de silence, de blocage et de refus : « **(Axelle)** *j'étais pas toujours très très gentille avec ma maman et c'est vrai que oui oui j'étais même très méchante souvent elle pleurait enfin je lui ai pas fait passé des...même au niveau de ma grande soeur de ma petite soeur j'ai pas été très très sympa c'est vrai que j'ai pas passé une bonne période et euh je pensais qu'elle m'en voudrait et en fait pas du tout parce qu'elle s'est dit que c'est une crise d'adolescence et elle s'est dit bon comme tout le monde à cette période on est un peu entre guillemets « con » quoi donc elle a passé outre ça et puis euh c'est vrai que sur ça je pensais pas – **(psychologue)** Vous regrettez ou vous culpabilisez ? – **(Axelle)** Oui un petit peu donc je me vois encore de temps en temps la voir pleurer hum- Silence-**(psychologue)** Et ça vous avez pu en reparler aussi ou vous avez vu qu'elle vous en voulait pas et – **(Axelle)***

*Non on en a jamais reparlé non non- Silence- (psychologue) et avec vos frères et sœurs non plus ? –(Axelle) Non -(psychologue) Vous souhaitez pas particulièrement en parlé peut être–(Axelle) Non peut-être pas non ( rit) voilà c'est ça » / « (Axelle)Hum et pour reprendre encore l'entretien vous disiez que vous étiez très très méchante avec votre mère est-ce que vous pouvez être un peu plus précise ?- (Axelle)Je disais des choses , déjà ma sœur à cette époque là était assez rondelette je lui disais « grosse vache » enfin voilà quoi --(psychologue) et à votre mère- (Axelle) Euh ma mère ma mère **que je me souviens silence** c'était plus dans j'étais plus méchante dans mon comportement qu'au niveau parole tout ça--(psychologue) C'est-à-dire c'est des gestes- (Axelle)Euh je sais pas comment expliquer euh silence ».*

Elle reconnaît avoir un caractère impulsif dans ses relations aux autres avec un besoin de décharge quelque soit l'autre en face d'elle, avec aucun sentiment de culpabilité mis en avant : *« je trouve pas que c'est normal de s'en prendre aux gens parce qu'on a un mal être quoi mais bon moi c'est ma façon de m'exprimer comme ça dès que y a quelque chose qui va pas c'est vrai que je m'en prends à la personne qui est devant moi même si elle est pas vraiment responsable de mon mal-être donc euh j'ai toujours été comme ça ».* Cela s'apparente à des mécanismes d'intellectualisation, de rationalisation de ses comportements agressifs pour éviter d'être submergée par la culpabilité.

Les affects à tonalité agressive apparaissent aussi dans les raisons qui motivent l'arrêt de sa formation d'infirmière comme si l'agressivité sadique qui affleure le conscient au contact des malades et qui du coup nécessite pour elle un étayage externe avec le besoin de quelqu'un au dessus d'elle pas, était déliée des forces libidinales. Elle apparaît comme incapable de gérer son ambivalence pulsionnelle : *« Ben des responsabilités dans le sens où ça me faisait peur de faire quelque chose de mal au malade, de lui faire du mal c'était une idée que j'avais dans la tête et puis je rentrai le soir en pensant à ce que j'avais fait je dormais mal et puis bon je me suis dit que si toute ma vie ça devait être comme ça il valait mieux pas que je fasse ce métier voilà ».*

- H62) d'une inhibition massive repérable

- Au rorschach par :

➤ **le nombre restreint de réponses** : oui il est de 9 , ce qui induit une inhibition de l'espace imaginaire.



➤ **de nombreux silences**, : les silences sont effectivement nombreux et ponctuent les réponses des premières planches générant nombre de ruptures intra-discours.

➤ **une verbalisation plutôt pauvre, signant la lutte contre toute implication subjective et projective et un abrasement des capacités projectives et émotionnelles comme s'il s'agit d'une mort psychique avec des banalisations, un anonymat des réponses « on, des êtres, des personnages... »**: la verbalisation n'est pas complètement pauvre et desséchée. Elle se montre parfois capable de projections ( à travers les kan, kp) tout en faisant preuve de conscience interprétative.

➤ **un TRI et une FC qui devraient en congruence avec l'espace imaginaire être coartés associés à un F% élevé et des F+% élevés aussi** : non, le F+% est effectivement élevé : 100% ce qui dénote une capacité d'adaptation à la réalité lorsque son rapport à la réalité n'est pas entravé par des mouvements d'affects bruts et soudains.

➤ **choc C, Choc R**: oui à P.II , elle manifeste un choc au rouge reflétant une forte inhibition accentuée par un temps de latence allongé ( 30'') et un refoulement de la représentation. En revanche , il n'y a pas de choc C , elle y réagit plutôt par des défenses narcissiques avec des nominations couleurs, une référence à la symétrie, une réponse miroir, des commentaires sur la couleur « *c'est coloré* » à P.VIII, des tentatives de relier les affects avec la représentation qui échouent comme à P.VIII :« *le vert ça représente un peu la forêt ...( tourne et retourne la planche puis mimique) oui c'est vraiment tout ce que je vois* ».

➤ **inaptitude à l'échange, non figurabilité des affects, importance des défenses narcissiques et de la dépression selon BAYLE (1987) cité par CHABERT (1987)** : on retrouve ces trois critères . Le premier apparaît clairement dans l'absence de mise en scène relationnelle, d'échange dans le protocole allant jusqu'à un déni de la relation à P.II et P.III. Le deuxième dans l'absence de figurabilité de l'angoisse. Le troisième se repère au travers des nombreuses défenses narcissiques déployées ( réponse miroir, commentaire subjectifs, nomination couleur, réponses peau, les rires répétés ) et de la dépression qui traverse tout le protocole. C'est le seul versant des affects qu'elle soit capable de reconnaître et de lier.

**En conclusion, il semble que les tentatives de répression –inhibition de la pulsionnalité agressive soient massives. De fait, le destin des excitations pulsionnelles agressives ne peut dans ces conditions que se retourner contre elle en empruntant la voie**

somatique ou une figurabilité mentale précaire à valence suicidaire. La problématique paraît se situer chez Axelle dans un mouvement de négation, de rejet de son ambivalence pulsionnelle, montrant une grande difficulté à soutenir et canaliser cette pulsionnalité agressive, qui échappe à son contrôle.

-H63) du clivage qui se repérera au travers :

- *Au rorschach :*

➤ **par une alternance de bon contrôle formel et de débordement pulsionnel avec des décharges explosives** : oui c'est le cas tout au long du protocole avec, à P.I, une bonne réponse formelle puis à P.II une projection émotionnelle à tonalité intrusive « *un visage on voit les deux yeux avec les tâches rouges, le nez la bouche* » qui se poursuit à P.III : « *avec les gros yeux globuleux* » de sa réponse grenouille. Cette tonalité dysphorique cèdera la place à l'enquête des limites à une projection crue de l'agressivité, comme si le clivage et les défenses narcissiques ne tenaient plus « *une grenouille en costard avec un nœud papillon rouge, on dirait une tâche de sang* ». Puis à P.IV, le clivage est à nouveau actif « *j'aurai dit un tronc d'arbre... (silence) hum avec des branches qui tombent genre style saule pleureur* (évocateur de dépressivité latente face à la symbolique phallique) *mais un grand grand tronc un gros tronc c'est tout* ». A P.V, elle se ressaisit par un bon contrôle formel « *un papillon (sourit). C'est tout* » qui retombe à P.VI avec une émergence pulsionnelle agressive de type sadique, qu'elle tente de lier mais sans succès : « *un chat écrasé ( rit) mais vraiment aplati parce que/ oui donc là le chat écrasé ( petit rire) c'est surtout par la tête parce qu'on dirait vraiment déjà des moustaches vraiment avec le museau devant et puis écrasé parce que justement bon ben il est plat plat quoi . C'est vraiment par la tête que j'ai que pour moi c'est un chat (sourit) et écrasé j'ai rajouté par rapport au fait qu'il est vraiment étalé c'est la forme et le tout* ». A P.VII, l'expression pulsionnelle est complètement bridée avec un refus, qui cède à un bon contrôle formel « *deux ratons laveurs* » à P.VIII mais elle va rapidement perdre ce contrôle « *le vert ça représente un peu la forêt ... ( tourne et retourne la planche puis mimique)*  ». Ensuite, elle opère de nouveau un refus à P.IX qui précède la décharge explosive de l'émergence pulsionnelle réprimée : « *un feu d'artifice avec les couleurs... à un bouquet final* » P.X.

➤ **par la présence de contenus de réponses très contrastés dans une même planche ou entre deux planches du Rorschach** : Oui ceci rejoint le développement ci-dessus avec des réponses contrastées entre deux planches et à P.III dans la même planche : « *une grenouille en*

*costard avec un nœud papillon rouge, on dirait une tache de sang* ». Et à P.IV « *j'aurai dit un tronc d'arbre...(silence) hum avec des branches qui tombent genre style saule pleureur mais un grand grand tronc un gros tronc c'est tout* » .

**En conclusion, le clivage joue un rôle central dans son fonctionnement psychique.**

- H64) de la prédominance du perceptif sur l'imaginaire qui se retrouvera

• *Au rorschach* par :

➤ **un F% élevé et un F+% bas ou réponses anatomies avec une signification spécifique décrite par CHABERT (1988)** : non le F% est bas et le F+% est élevé et aucune réponse anatomique ne filtre son protocole. Pour CHABERT (1988), ces réponses anatomie surviendraient en « lieu et place des productions fantasmatisques ». Or, Axelle évoque dans son protocole l'existence d'une vie fantasmatisque qu'elle tente de contenir, de brider mais sans succès.

➤ **un traitement factuel, concret des planches** : non il y a des mouvements projectifs : « *une grenouille Une grenouille... je dirais qu'elle est en train de prendre son élan pour sauter.../ le nœud papillon on dirait une tache de sang* » ( P.III), en alternance avec le traitement factuel : « *un visage on voit les yeux avec les deux tâches rouges* » comme à P.II. le traitement factuel ne tient pas longtemps, il cède la place à des mouvements projectifs et des tentatives de lier ses représentations à ses affects plutôt dysphoriques.

➤ **une tendance à l'intellectualisation évitant ainsi une implication projective en séparant les affects des représentations** : non elle ne se repère pas au rorschach .

➤ **une tendance à l'isolation affective avec une  $\Sigma C$  faible et un F% élevé** : on a une  $\Sigma C$  faible et un F% bas , ce qui pourrait pointer un échec de la tentative d'isolation mais en même temps c'est en lien avec le fait qu' il n'y a pas beaucoup d'affects dans le protocole de test de Rorschach.

➤ **un vide associatif total ou partiel** : oui, le protocole reste pauvre en nombre de réponses, ce qui va quand même dans le sens de cet indicateur même si quelques associations sont présentes mais de façon non développées. Cependant la kan de P.III, si l'on s'appuie sur la valeur que donnent ANZIEU et CHABERT (1997) à ce type de réponse, pourrait renvoyer

« à une capacité d'insight même transitoire et de reconnaissance des états affectifs », p. 157 et notamment dépressifs.

- **nombre de ban élevé** : le nombre de ban est bas ( 2), ce qui pointe une difficulté d'adaptation sociale .
- **peu de réponses originales** : aucune réponse originale, ce qui va dans le sens d'une tentative d'un conformisme social

**En conclusion, le perceptif ne semble pas prédominant sur l'imaginaire qui fait irruption de façon soudaine . La présence de couleur et d'estompage fait chuter le F% et nous éloigne un peu d'un tableau alexithymique rigidement structuré.**

• *Dans l'entretien par*

- **un style de discours descriptif, marqué par des pauses pour mettre l'accent sur l'absence de liens entre les représentations et les affects ou bien une négation des liens proposés par le psychologue chercheur**

Axelle décrit des symptômes, des situations sans évoquer d'inquiétude, de dramatisation voire d'appropriation de sa maladie, ça lui tombe dessus et elle se conforme alors à des réactions attendues face à ce genre de situations qui sont essentiellement lorsqu'elle s'expose au regard de l'autre : examen scolaire, stage professionnel, modèle familial et où elle pense devoir ressentir du stress, de l'anxiété : « *donc dès qu'il y a un stress ou une situation...vraiment qui manifeste... où je dois manifester de l'anxiété et ben les douleurs apparaissent en fait c'est des douleurs un peu en coup de poignard j'ai même des fois un petit peu du mal à respirer donc voilà quoi donc ça se déclenche surtout quand il y a un facteur de stress* ».

Concernant les liens que je lui suggère, ils sont soit rejetés, écartés par un « non » clair et catégorique, soit approuvés de manière abrupte « voilà », laissant peu de place à l'élaboration. De plus, de nombreux silences et pauses ponctuent son énonciation.

D'autres mécanismes de défenses jalonnent son discours comme la dénégation : « **(psychologue)** des résultats ? **-(Axelle)** Non non pas spécialement y'a pas de ... quoiqu'il arrive ils sont fiers de moi bon c'est vrai que y a toujours toute ma famille a eu le brevet des collègues si moi je l'aurai pas eu c'était peut-être..... Mais sinon **j'ai pas eu de pression de la**

*famille ou quoi que ce soit si je l'avais pas c'était pas quelque chose de... dramatique ».*

Nous retrouvons aussi du refoulement : « -et à votre avis pourquoi le troisième trimestre était moins bon que les autres au niveau des notes ? -**(Axelle)** alors là je pourrai pas vous dire - **(psychologue)** Est-ce que c'était plus difficile pour vous ou est-ce que vous aviez déjà autre chose en tête ? --**(Axelle)** C'est plus difficile et disons c'était la fin de l'année donc il commençait à faire beau donc euh c'est aussi pour ça- **(psychologue)** vous avez moins travaillé ? c'est pas le stress ou l'anxiété ? – **(Axelle)** non ». Ce refoulement se lèvera au troisième entretien lorsque je lui suggère d'autres pistes comme la piste sentimentale «**(psychologue)** donc quand je reprends les entretiens, vous me disiez qu'au début l'ulcère s'est déclenché quand vous avez passé votre brevet. Mais si là je vous demande de repenser à cette période au niveau du brevet, est-ce qu'il n'y aurait pas d'autres choses qui seraient passées à ce moment-là aussi sur le plan familial, sentimental amical par exemple ? - **(Axelle)** oui oui oui en fait oui c'était un tout on va dire **(psychologue)** -oui- **(Axelle)** bon ben déjà l'histoire de passer le brevet et après c'est vrai que (rire) j'ai aimé quelqu'un pendant presque 4 ans et aussi le fait de savoir que je passais en seconde et que lui restait en 3<sup>ème</sup> a fait que voilà quoi je me suis mis dans des états pas possibles parce que et j'avais même demandé à redoubler pour être avec lui et puis bon c'est clair que ça m'a bouffé aussi, c'est clair que ça m'a bouffé la santé ».

Ce refoulement se retrouvera aussi au sujet de ses conflits avec son père où elle exprime clairement son désir d'oublier : « je sais pas franchement je sais pas on en a jamais reparlé depuis j'ai préféré oublié tout ça mais je sais pas ce qui a fait que peut-être le manque d'alcool sur le coup qui fait que j'étais là au moment là ce qui fait qu'il s'est déchargé sur moi ».

L'idéalisation associée à la dévalorisation d'elle-même sont aussi des mécanismes bien représentés dans son discours en particulier lorsqu'elle évoque les liens familiaux : « j'étais **très très méchante** avec ma maman / j'étais **pas toujours très très gentille** avec ma maman et c'est vrai que oui oui j'étais **même très méchante** »/ on va dire que maintenant c'est **de très très bonnes relations** qu'on a actuellement/ sinon avec ma mère j'ai de **très très bons rapports** que ce soit dans le passé que ce soit maintenant on est euh on est liées/- **(psychologue)** quels rapports vous avez avec vos 2 sœurs ?- **(Axelle)** de très bon rapports oui de très bons rapports/ **(psychologue)** et avec vos parents ? -**(Axelle)** ah très bons rapports bon à part mon père à un moment c'était **pas trop pas très ..très très bons rapports** [...] sinon avec ma mère ça a toujours été **très bons rapports** ».

### 3.3 Le traitement de l'angoisse se retrouvera :

• *Au rorschach* :

➤ **un évitement de la confrontation dangereuse à des éléments pouvant réactiver des aspects angoissants de la réalité interne avec des G nombreuses ou des D nombreuses** : il y a une majorité de G pointant la tendance à la non implication subjective mais aussi selon CHABERT (1997), une dépendance du sujet par rapport à l'objet qui mettrait « en évidence la soumission à la compulsion de répétition dans des répétitions globales itératives » p.112. Les D qui apparaissent et sont moins fréquentes vont dans les sens d'une isolation de l'affect et de la représentation, en témoignent ses réponses aux deux planches de l'échange et du contact : « *un cafard, je dirais même un scarabée, je vois (silence)...voilà* » à P.I reflétant le côté abrupt et évitant de la relation ; et à P.VIII « *Les tâches roses à l'extrémité ça me fait penser à 2 rats laveurs on va dire, ils sont dans la nature* », figeant toute relation potentielle.

➤ **des manifestations somatiques et comportementales de l'angoisse (mimiques, retournement des planches, sudation, rictus, refus...)** : elles sont nombreuses : silence à P.I et P.II, « *main devant la bouche* » à P.III, mimiques à P.II et P.III, P.IX, deux refus aux planches à sollicitation maternelle tant de prime abord qu'à l'enquête ( P.VII, P.IX), retournement des planches à P.VI ,P.VII .

➤ **une réactivité sensorielle spécifique au noir avec des Clob, des C', des E, mais aussi des K isolées** : il n'y a qu'une réactivité sensorielle au E ( deux EF) qui renverrait à un faible contrôle émotionnel, « ce qui entraînerait par hypothèse « la crainte d'agir les pulsions » et corrélativement, la production d'une tension permanente » (TIMSIT, 1978 p.14). Nous en déduisons donc l'hypothèse d'une automatisation de l'expression émotionnelle correspondant à l'angoisse automatique, sans fonction de signal d'alarme, toujours présente, sans possibilité d'être traitée mentalement, par la symbolisation, par la liaison avec des représentations. Ceci se retrouve avec cette absence de sensibilité à l'aspect sensoriel des planches et qui se déchargent par les voies comportementales, par des décharges pulsionnelles brutes (kobC).

➤ **un indice d'angoisse inférieur à 12%** : il est de 11%, ce qui corroborerait ce que nous venons de dire. Cependant sachant que cet indicateur manque de validité, nous ne pouvons en tirer d'autres conclusions.

• Dans l'entretien :

➤ **le sujet se décrirait comme ayant un fort besoin d'activités motrices, mode de décharge privilégié** :Axelle se décrit comme peu capable de rester inactive, avec un besoin d'agir, de faire comme pour éviter de penser sur fond d'intolérance à la solitude : « (**psychologue**) *Et vous ne pouviez pas travailler avec le certificat médical-* (**Axelle**) *Non parce que j'aurai été considérée inapte au travail et je sais pas comment j'aurai tenu parce que je suis quand même quelqu'un qui aime pas trop rester à rien faire* -(**psychologue**) *Vous êtes assez active ?* -(**Axelle**) *Oui* ».

➤ **le sujet se décrirait souvent stressé, nerveux** :

D'emblée, dès le début de l'entretien Axelle se décrit comme « très très anxieuse » et stressée « *il fallait que je gère un peu tout ce stress parce que je suis quelqu'un de très très anxieuse* ». Elle définit même les deux états de la même façon pour elle, comme étant confondus « *ben disons que c'est un petit peu la même chose que le stress pour moi donc je sais pas je vais être anxieuse pour n'importe quoi tout et n'importe quoi c'est autant bien des examens qui me rendent anxieuse que des situations euh particulière qui me rendent anxieuse...pour moi anxiété et stress c'est la même chose* ».

L'anxiété paraît donc chez elle être un trait de personnalité et non pas seulement réactionnelle même si elle est en situation de stress, l'anxiété est très élevée et ingérable au point d'avoir un retentissement somatique comme elle le soutient en établissant un lien direct à plusieurs : « *dès qu'il y a un stress ou une situation...vraiment qui manifeste... où je dois manifester de l'anxiété et ben les douleurs apparaissent en fait c'est des douleurs un peu en coup de poignard j'ai même des fois un petit peu du mal à respirer donc voilà quoi donc ça se déclenche surtout quand il y a un facteur de stress / plus j'aurai du stress plus il peut plus il peut se rouvrir en fait voilà/ ben disons que je suis quelqu'un déjà qui est très très négatif donc pour moi passer un examen c'est tout de suite j'y vais perdante quoi donc déjà dans la tête ça travaille donc c'est vrai qu'après donc disons que les douleurs arrivent* ».

Ceci renverrait à la question du débordement de l'excitation pulsionnelle à laquelle le moi ne peut faire face, qui ne peut donc être traitée par la voie mentale, s'écoulant alors par la voie somatique. Chez Axelle, ce débordement émotionnel a lieu aussi à une période de crise d'adolescence, dans un contexte familial difficile avec l'alcoolisation du père, les problèmes conjugaux parentaux, la question du passage du collège au lycée. Tout autant d'éléments constituant comme l'indique Rosine DEBRAY (1991) « une conjonction explosive »,

favorisant l'émergence de somatisations associées à un appareil à penser fragile, comme chez Axelle. En effet, ce stress reste chez Axelle non mentalisé. Il s'exprime plutôt sous forme de rumination : « c'est tout de suite j'y vais perdante quoi donc déjà ça travaille dans la tête », étant incapable d'élaborer ce qu'elle se dit : **(psychologue)** « *qu'est-ce que vous vous dites quand vous dites que vous êtes toujours perdante / - (Axelle) je sais pas c'est toujours comme ça je pourrais pas vous dire ce que je me dis...bon je me dis donc je vois pas pourquoi un miracle le jour du bac je l'aurai( rire) silence* ».

Cette position d'infériorité qu'occupe Axelle pourrait renvoyer à ce que dit SMADJA (2001) « à une soumission à l'idéal du moi [...] qui occupe toute la place parce que la fonction interdictrice du surmoi s'est effacée », p.200. Du coup, l'agressivité crue exprimée sous forme de décharge pourrait révéler l'absence de maîtrise et d'élaboration de ses pulsions agressives, du fait de l'absence d'un véritable surmoi intériorisé comme s'il n'y avait qu'une facette du surmoi qui était opérante à savoir la fonction d'idéal « soit ainsi » du fait de l'inachèvement du surmoi (« dans sa structure pulsionnelle » précise SMADJA, p.200, 2001) liée au complexe d'Oedipe non surmonté, que nous retrouvons au niveau du type de relation à l'objet non génital. Axelle en a une certaine conscience puisque le motif de sa décision d'arrêter sa formation d'infirmière repose sur la peur de sa propre agressivité sadique : « *ça me faisait peur de faire quelque chose de mal au malade, de lui faire du mal c'était une idée que j'avais dans la tête[...] - c'était la peur de faire mal? - oui voilà la peur de faire mal ou de...* », la peur de perdre le contrôle de son agressivité.

De plus, « le moi s'est effacé devant le surmoi réduit à sa fonction d'idéal collectif venant du dehors », (*op.cit.*, p.214), d'où une grande dépendance du sujet au regard extérieur, aux objets extérieurs qui dictent le sentiment d'estime de soi et la valeur du sujet. Mais ainsi les normes ne venant pas d'une intériorisation du surmoi dans sa fonction limitatrice, interdictrice et canalisatrice, « le sentiment de culpabilité disparaît », (*op.cit.*, p.214) pour laisser place à un sentiment de honte. Effectivement, il ne se dégage pas dans le discours d'Axelle de culpabilité liée à la peur de faire mal dans le sens où elle aurait pu rapporter cette peur à elle-même avec dramatisation, qu'elle s'en voudrait etc.. Au contraire, elle évoque cette peur dans un discours froid, factuel avec une description de son état mais sans émotion. Elle rapporte bien cette peur à une autre peur, celle de décevoir : « *peur de pas être à la hauteur, de décevoir quelqu'un oui... j'ai tout le temps peur de...* ». C'est donc bien là la honte qui prédomine : « *j'ai toujours peur de les décevoir quoi j'ai toujours l'impression d'être inférieure à tout le monde quoi c'est ça ...et puis de décevoir parce que j'ai pas été aussi bien que mes sœurs quoi en fait* ». Son discours évoque ici une conflictualité entre un idéal et la réalité qui



occupe souvent le devant de la scène dans un fonctionnement limite... Cette défaillance du narcissisme qui s'observe au travers du manque de confiance et d'estime de soi que manifeste Axelle la rend particulièrement dépendante et sensible « aux signes de reconnaissance comme de réprobation en provenance du socius. Les variations de son sentiment d'estime de soi semblent en effet directement liées à ces signes de la réalité collective », (*op.cit.*, p.189). « Au point que son humeur varie régulièrement en fonction de ce diktat. Le socius devient l'indicateur de son sentiment d'estime de lui-même », (*op.cit.*, p.185). Mais cela ne tient pas et il faut des preuves externes permanentes, montrant un défaut d'internalisation de l'objet et une dépendance à l'autre, au regard de l'autre : « voilà c'est des petites choses qui fait que j'ai toujours peur de les décevoir quoi j'ai toujours l'impression d'être inférieure à tout le monde quoi c'est ça ... et puis de décevoir parce que j'ai pas été aussi bien que mes sœurs quoi en fait ».

- *Au 16PF5* : **un score d'anxiété élevé** : Cette anxiété perceptible à l'entretien se retrouve avec un score de 7 qui correspond à une note assez élevée.

**Axelle manifeste une forte anxiété tant réactionnelle que comme trait de personnalité ; avec une incapacité à la contrôler et à l'élaborer mentalement de façon satisfaisante, laissant alors la voie somatique comme voie privilégiée pour son expression. La mobilisation défensive massive de l'inhibition témoigne en amont d'une lutte contre une angoisse massive pas vraiment élaborable.**

## **Conclusion**

Nous voyons bien au travers de l'ensemble des données recueillies que la liaison pulsionnelle n'est pas effective. La pulsionnalité agressive est soumise à une organisation défensive tournée vers une intériorisation des émergences pulsionnelles par le biais de la répression et de l'inhibition. Mais du fait de la non réussite totale de ces mécanismes, entravée par le clivage qui est opérant chez elle, il se produit une impulsivité, une tendance à la décharge brute de cette agressivité. D'où alors les récurrences de sa maladie que nous pourrions mettre en lien entre les phases de répression-inhibition de son agressivité, qui s'exprime alors par la voie somatique, et les phases de décharges impulsives, incontrôlables et

qui pourraient correspondre à ses temps de dépression . En effet, lorsqu'Axelle m'évoque sa période de dépression qu'elle traverse encore au moment de notre rencontre, je lui demande si elle a eu des signes gastriques en même temps, elle me répond non tout en étant dans une sorte d'ambiguïté : « **(Axelle)** *alors euh donc je passe une mauvaise période je suis en fait là en dépression [...] – (psychologue) et l'ulcère est-ce que vous avez eu de nouveau des signes gastriques? –(Axelle) non pas cette fois-ci- depuis que vous êtes en dépression? – (Axelle) non plus- (psychologue) et pendant les stages pendant la première année? –(Axelle) oui pendant les stages oui à mon avis l'accumulation de stress la fatigue ont fait que je suis tombée en dépression* ». Dans cette séquence, il est difficile de savoir à quoi Axelle répond « oui » tant l'ambiguïté s'installe concernant les signes gastriques et la dépression. Ceci tend à se rapprocher du constat clinique dont nous faire part PAPAGEORGIOU (2001) en rapportant un cas similaire où « la patiente ne somatise pas alors qu'elle se sent triste et a souvent envie de pleurer », p.102. Est-ce à dire que la capacité de se déprimer, de vivre ses affects vient en lieu et place d'une somatisation, d'une crise dans les maladies à crise ? Ou est-ce là le signe qu'Axelle vit en fait une dépression essentielle qui précède la somatisation et la termine. En effet, sur l'aspect sémiologique, SMADJA (2001) précise que « les malades déprimés (somatisants) ne décrivent pas un vécu dépressif riche en culpabilité ou en auto-accusation, ils disent tout simplement qu'ils n'ont pas la forme, qu'ils n'ont plus d'énergie, ou qu'ils n'ont pas « la pêche », p.36. Axelle décrit tout à fait cette symptomatologie lorsque je lui demande de clarifier les symptômes de sa dépression à savoir qu'elle ne s'en est pas aperçue elle-même, que ce sont des décharges d'agressivité qui la soulagent quel que soit l'autre face à elle, ce n'est donc pas une agressivité adressée, qu'elle n'a plus d'énergie, plus de plaisir à faire les choses, qu'elle présente une grande mésestime de soi, une dévalorisation permanente. De plus, l'absence de capacités d'associations spontanées ou de repli méditatif sur elle-même, sa fatigue tenace, sa lassitude à vivre dans la vie, avec une tension permanente « *j'ai toujours peur de décevoir* », le stress, sans possibilités de préciser, avec une évocation d'émotions basiques, générales, non singularisées, son incapacité à se laisser aller, se détendre, son besoin d'agir, à ne rien faire comme si les pensées s'agitaient lors de ce repos, son choix de métier actif « aide soignante » laissent présager que le corps devient, pour elle, le lieu d'expression de la douleur qui reste physique et pas psychique. Pour SMADJA (2001) ceci évoque une pensée blanche, sans affects et une pensée conformiste, p.177.

Nous ajouterons aussi à cela que nous constatons tout au long du protocole Rorschach et des entretiens, la lutte antidépressive qu'Axelle déploie à travers les défenses narcissiques

qu'elle met en place (remarques subjectives, négation des mouvements pulsionnels dans les représentations de relation voire négation des relations, tentative de geler la pulsionnalité agressive émergente)). Celles-ci lui permettent, comme le souligne CHABERT (1988) « de préserver les processus cognitifs et relancer en quelque sorte l'activité fantasmatique en offrant un contenant aux représentations et aux affects », p.4. Mais, continue-t-elle, et cela nous semble caractériser le fonctionnement qu'Axelle nous donne à entendre, elles « peuvent entraîner un désinvestissement radical du sujet par lui-même, faisant triompher la pulsion de mort par l'envahissement de plus en plus massif de poussées auto-destructrices », p.4. Ces poussées se repèrent chez Axelle par des attaques narcissiques sous forme d'abaissement de soi, dépréciation, constat factuel de son agressivité, vite repris dans un mouvement de rationalisation, intellectualisation, normalisation comme pour éviter l'émergence de la culpabilité. Et c'est le clivage qui va lui permettre de consolider cet évitement en maintenant « le non accès à l'ambivalence des sentiments, qui seule autorise la libre circulation des mouvements libidinaux et agressifs dans une intrication pulsionnelle qui demeure liée » (CHABERT 1986, p. 85).

Enfin, nous souhaitons, pour conclure, contextualiser l'apparition de la maladie somatique d'Axelle en la réinscrivant dans le moment d'apparition. L'ulcère apparaît à l'adolescence, période critique de l'existence (DEBRAY, 1991) en lien avec la persistance des excitations accumulées (au niveau scolaire, les insultes répétées du père entraînant des blessures narcissiques profondes dont voici ce qu'elle en dit : « - **(psychologue)** *Donc c'est ça qui explique que vous aviez plus peur de décevoir votre mère que de décevoir votre père ? – (Axelle) Oui et puis de toute façon à cette période pour lui je le décevais quoi que je fasse bon ben il m'avait dit que j'étais pas digne d'être sa fille enfin bon voilà quoi j'étais quelqu'un de nulle voilà quoi c'est peut être lui le fait qu'il me le dise fait que je me suis peut être persuadée que oui j'étais nulle quoi et puis ça m'a tellement fait mal que dans ma tête voilà c'était ça peut être et peut être les mots que j'avais entendu qui fait que je me suis sentie aussi comme ça sachant qu'après je voyais qu'au niveau scolaire ça marchait pas donc peut-être que je me disais ben oui peut être qu'effectivement il a dit que j'étais nulle et ben je le suis peut-être voilà », la mésentente avec la mère marquée par une ambivalence pulsionnelle massive, son complexe d'infériorité vis-à-vis de ses sœurs, son échec sentimental avec une séparation mal vécue et sa peur de décevoir). Cette surcharge émotionnelle a probablement débordé ses capacités moiques d'élaboration de cette période entraînant un recours à la voie somatique. Mais ce recours ne peut être dessaisi du cadre de la relation inter-subjective qui*

entoure toute expression subjective. En effet, c'est lorsqu'elle se rend compte d'avoir fait du mal à sa mère, de l'avoir blessée au point que cette dernière a pleuré, qu'elle a arrêté de l'agresser : «-(Silence) *bon je me souviens pas trop trop mais je sais que y'avait une histoire où elle avait eu des fleurs enfin je sais plus trop trop l'histoire mais je sais que en fait elle a fini par pleurer et euh j'ai été j'avais dit des mots assez durs et en fait je pensais pas qu'elle allait arriver à pleurer et quand je l'ai vu c'est là que je me suis dit ah ben là j'ai peut être été un peu fort et j'aurai pas du voilà c'est là que je me suis rendue compte que vraiment j'ai été méchante hum c'est le point de limite en fait c'est de l'avoir vu pleurer c'est là que je me rendais compte que ça lui faisait mal quoi et je pensais pas que je pouvais la faire pleurer oui c'est ça* ». C'est donc la réaction de l'autre, dans la relation inter-subjective qui freine ses mouvements agressifs. Mais du coup, cette colère, cette violence qui demeure non liée, non adressée, non exprimée va être réprimée, pour produire, selon DEJOURS (1995), «une paralysie de la pensée» pouvant entraîner la mise en place d'« une crise somatique », p.75. D'autant que la réaction de sa mère face à cet agir expressif montre sa fragilité, sa difficulté à contenir cette colère et à ne pas être détruite par son expression. De cette « défaillance de la fonction maternelle » naîtra alors le symptôme somatique, comme l'a souligné DEJOURS (1995).

## **ANALYSE DES DONNÉES CLINIQUES**

# DU SUJET NORMALO- NEVROTIQUE

## *1- Données anamnestiques*

Liliane est une jeune femme de 21 ans qui a deux frères plus âgés, l'un deux a actuellement des soucis de santé, notamment pulmonaires. Ses parents ont divorcé à l'initiative de sa mère quand elle avait 8 ans, pour des raisons de violence conjugale. Elles ont alors vécu toutes les deux chez la grand-mère maternelle alors que ses deux frères sont restés avec son père.

Depuis, sa mère s'est remariée et son père vit avec une compagne.

Au moment de notre rencontre, elle est étudiante (année de préparation au concours de professeur des écoles). Elle vit seule dans une résidence universitaire mais est depuis un an et demi avec son petit ami avec qui elle projette de s'installer dès la fin de ses études. Elle a accepté facilement de participer à la recherche, par solidarité étudiante pour partie, en répondant à l'annonce que j'avais affiché au sein de cet institut.

Je l'ai rencontrée à trois reprises : la première pour lui expliquer le cadre de la recherche et recueillir son consentement éclairé. La première pour l'entretien enregistré que nous avons terminé à la fin de la passation du rorschach. Concernant ce test, elle a montré un vif intérêt, curieuse de le connaître, allant jusqu'à manifester une sorte de joie non contenue me paraissant exagérément défensive.

Au niveau de son contact et de son entrée en relation, elle m'a paru chaleureuse, tout en gardant une certaine réserve et discrétion. Elle a semblé rapidement à l'aise cependant et s'est exprimée en toute confiance, semblant même en tirer profit pour son introspection. En effet, au moment de notre rencontre, elle venait d'échouer à son concours et de tout juste se réinscrire pour l'année qui vient. J'ai pu percevoir une immense souffrance encore vive face à cet échec et une grande inquiétude portée sur les prochains examens. Tout cela sur fond de difficultés relationnelles avec son père et d'ambivalence évidente vis-à-vis de sa mère qui ont pu stimuler son désir d'être sujet de mon travail de recherche.... Le divorce de ses parents semble avoir constitué une grande blessure, aussi eu égard à l'âge qu'elle avait à cette période-là. Comme nous le verrons dans l'entretien, elle réussit cependant à l'aborder et commence à lui donner du sens et à trouver des dégagements notamment face à sa culpabilité,

que nous supposons fortement œdipienne.

## 2- Analyse préliminaire

### *2-1 Mode d'entrée en relation du sujet avec le psychologue-chercheur*

Au niveau du premier contact que j'ai eu avec elle, j'ai ressenti comme une certaine distance et réserve vis-à-vis de moi mais qui a vite cédé la place à un intérêt pour la recherche et le protocole. Elle a toujours été cordiale soucieuse de m'aider le mieux possible et peut-être aussi d'en tirer le maximum de bénéfice pour avancer dans son introspection qu'on perçoit aisément au fil de l'entretien où elle déploie sa pensée, capable de faire des allers-retours dans le temps, de faire appel verbalement à ses affects, d'accepter d'en être submergée tout en essayant de garder le contrôle et la maîtrise de ces émotions.

### *2.2 Relation transféro-contre-transférentielle*

#### Au niveau contre-transférentiel

Liliane se présente comme une jeune fille, grande, élancée, les cheveux clairs et les yeux d'un bleu vif, sans maquillage, sans flagornerie, vêtue d'un jean, de mocassin et de tee-shirts légèrement suggestifs.

Son contact a été chaleureux, ouvert mais marqué par une poignée de main fuyante, glissante, me laissant un sentiment désagréable de fuite, d'évitement, de fausseté et contrastant avec son premier contact. Cette poignée m'a renvoyé à mes propres critères de sympathie, de chaleur, de sincérité correspondant à une poignée de main ferme, sans être écrasante et qui véhicule fiabilité, sécurité et douceur. Mais voilà que je divague sur cette poignée de main ! Sans doute est-ce là un signe que ma pensée peut vagabonder, que mes possibilités associatives n'ont pas été bridées... ; signe qui pourrait orienter vers l'hypothèse d'un fonctionnement névrotique avec une pensée libre, circulant, revenant, s'appuyant tant sur la réalité que les fantasmes, une pensée constructive, élaborative, un brin créative mais qui

maintient une présence, malgré l'absence due au vagabondage.

J'ai eu un certain plaisir à l'écouter et à être en sa présence même si parfois le fait qu'elle se perde dans les détails et dans ses pensées pouvait m'occasionner de l'ennui et un peu d'impatience. Je me suis surtout sentie encouragée et portée par le fait qu'elle semblait, à son tour, trouver des éléments, lors de son élaboration, pour nourrir son introspection. J'ai été flattée que l'entretien puisse aussi l'aider à avancer et ce durant l'entretien même. J'ai eu ainsi l'impression de régler ma dette envers elle (de m'aider pour boucler mon travail).

Nous voyons donc que sa parole adressée à l'autre est porteuse de sens et organisatrice de sa pensée, reconstruisant après-coup les événements et les affects associés, en s'appuyant sur ma présence tant verbale que non verbale. Ce qui déjà commençait à m'évoquer un profil d'allure névrotique.

Par ailleurs, j'ai ressenti durant l'entretien beaucoup de compassion à son égard tant pour son histoire personnelle marquée par la violence et la séparation et toute la souffrance qui en découlait que pour son échec. C'est à ce niveau comme si je m'étais identifiée à elle concernant la peur de l'échec et les préoccupations inhérentes en terme d'avenir professionnel, d'insertion. Cela m'a fait remonter le temps de quelques années. J'avais le sentiment que je la comprenais, et j'imaginai aisément ce qu'elle pouvait ressentir. Et j'ai plongé dans un grand sentiment d'empathie pour sa situation et le conflit qu'elle vivait : ne pas savoir à qui appartiennent les choix qu'on fait, ne pas savoir vraiment pourquoi on se lance dans une voie, pourquoi on la poursuit et comment faire pour la quitter sans trop de souffrance et de regret...L'empathie a même pris le virage de l'identification et de la projection : que ferais-je à sa place ? Comme cela doit être dur et torturant ! comme cela doit être angoissant de se projeter dans l'avenir professionnel dans ce contexte socio-économique ! Quelle pression ! Et en même temps par rapport à sa problématique familiale (violence conjugale, séparation), je me prenais d'une certaine admiration pour elle dans le sens où je considérais que malgré ce contexte familial qui avait dû être difficile, compte tenu de ce qu'elle m'en a raconté et de ce que je continuais d'imaginer, je trouvais qu'elle s'en sortait bien, qu'elle avait dû avoir une force mentale pour ne pas en avoir été trop accablée, et que sa mère avait dû être une personne suffisamment sécurisante pour pallier ce contexte... Je partais donc dans mes propres fantasmes et projections. Je n'ai cessé de penser, d'imaginer, de vagabonder, de réfléchir. Son discours et son histoire ont eu une prise un peu introspective et philosophique sur moi dans le sens où j'ai été interpellée sur ses capacités à ne pas avoir été complètement déstructurée par son histoire familiale à laquelle elle a assisté toute jeune et à pouvoir rebondir malgré tous les conflits internes qu'elle traverse, et qu'elle semble en voie

de surmonter. Je me prenais aussi à l'imaginer institutrice face aux élèves, à imaginer ses réactions, ses capacités à enseigner, à être avec des enfants, à gérer un groupe ... Et je m'amusais aussi à chercher les liens dans son histoire qui avait pu la guider vers ce choix plutôt qu'un autre « métier intellectuel », ce que ce métier pourrait lui apporter en satisfaction, qu'est-ce qu'il allait offrir en perspective de réparation de son histoire, comme si le métier exercé avait aussi cette fonction !

Par ailleurs ses relations fraternelles m'ont aussi renvoyé aux miennes dans le lien soudé et solidaire qu'elles peuvent constituer, comme source de partage et de ressourcement possible en période difficile et de joie, comme moteur d'échanges et d'affections substitutives compensatoires et complémentaires des relations parentales, amicales.

En fait, durant l'entretien et même le rorschach, tout était prétexte pour moi à penser, imaginer, me projeter. Il en ressort pour moi des mouvements de pensées importants, de va-et-vient entre le passé, le présent et le futur, sans pour autant perdre le fil de son discours et de son élaboration. J'ai pu être là et me détacher sans que cela n'ai eu d'effet perceptible sur Liliane.

Enfin, je dirai que je pourrai écrire des pages et des pages concernant mon contre-transfert dans cette relation avec Liliane. Cependant, l'objet n'est pas de me pencher ici sur moi, mais plutôt de signifier par là que cette relation, son discours, son histoire ont fait résonance avec la mienne entraînant une productivité imaginaire, une floraison d'association, signe d'un fonctionnement névrotique qui donne à penser à l'autre et l'entraîne dans un voyage interne constructif et introspectif.

Au niveau transférentiel, son discours semble m'être adressé dans une sorte de dramatisation avec une mise en scène qui commence, déjà, dans sa façon d'aborder le test. Elle se montre très enjouée mais me semble-t-il dans un mouvement défensif. Au cours de la passation du test, cette dramatisation se poursuit quand elle m'interpelle « *vous comprenez* » à P.I, quand elle m'implique dans ses réponses « *là je vous dirai* » à P.I et notamment ses angoisses, dans ses commentaires hors réponses « *je la préfère dans ce sens là/ ça fait joli comme ça* » à P.I, dans l'expression exagérée de ses affects « *oh elle est horrible/ je l'aime pas celle-là/ ça me satisfait pas en même temps je suis pas obligée de trouver une explication à tout je laisse parler ce que je pense* » à P.III, suivie de « *je l'aime pas non plus* » à P.IV. Elle continue à P.VIII « *y'a de la couleur [...] je l'aime bien celle-ci* », pour finir à P.IX « *y'a de la couleur c'est agréable ouais* ». Liliane est dans la dramatisation avec une floraison de commentaires subjectifs : « *oh elle est horrible* » à P.III / « *malheureusement* » à P.VI, de



références personnelles, de verbalisation de ses affects « *j'aime pas/ je l'aime pas celle-là/ je l'aime pas non plus* », de mouvements corporels (fronce les sourcils, prend la planche et la tourne souvent, s'installe sur mon bureau, se sert). Il y a toute une mise en scène autour du test et des réponses, avec une implication tant affective que corporelle et qui se maintient jusqu'au bout du test avec la réponse « *un éclat de joie* » qui évoque bien toute la théâtralisation qui se joue. La dramatisation, le théâtralisme au sein du fonctionnement névrotique hystérique s'inscrit toujours au sein d'une relation objectale comme le dit CHABERT (1998, p. 105), « les manifestations d'affects comme celles de l'excitation sont toujours associées à des représentations et toujours adressées à l'autre ». Cette dramatisation apparaît au rorschach « dans l'inflation des réponses couleur qui va dans le même sens que l'enflure des commentaires : les affects sont mis en avant, apportant aux productions une épaisseur à la fois insaisissable et ambiguë, souvent lourde d'angoisse » (p.104, CHABERT 1998) comme à P.VIII « *déjà y'a de la couleur[...]je l'aime bien celle-ci* » et à P.X « *les trois dernières vignettes sont plus rassurantes quand même y'a de la couleur c'est agréable ouais* ».

Dans l'entretien, ce caractère de dramatisation est moins prégnant. En revanche, elle s'appuie sur ma présence sans pour autant montrer d'attentes à mon égard ou me mettre à une place autre que la mienne, sans pour autant le verbaliser, me le renvoyer ni l'utiliser autrement que pour avancer dans sa réflexion et son cheminement.

### *2.3 La forme d'expression verbale, gestuelle et motrice qui permettra d'évaluer le mode de traitement des excitations pulsionnelles*

Le discours est déployé dans une théâtralisation et dramatisation bien perceptible . Il est marqué par une richesse associative, avec la verbalisation d'affects, une variété des représentations et une profusion de liens entre les affects et les représentations malgré l'aspect sombre et dysphorique de son humeur, au moment où nous nous rencontrons. C'est tout entier un discours adressé à l'autre, tenant compte de l'autre qui se déploie dans une mise en scène théâtraliste avec des gestes, des mouvements physiques sur sa chaise, laissant poindre une montée d'excitation qui toujours est restée contenue par l'intrication pulsionnelle qui se maintient même dans ses tentatives de régressions narcissiques, à visée de ressourcement et non d'évitement de la conflictualité, qu'elle vit et qu'elle peut mettre en mots, en assumant à

sa façon, avec ses doutes et ses craintes, son ambivalence pulsionnelle, affective à l'égard des ses premiers objets d'amour : son père et sa mère. Liliane nous donne à entendre à travers ses différents moments de replis sur elle-même, de désir d'être, de s'isoler pour mieux se ressourcer mais toujours en lien avec des investissements objectaux puisque c'est en lien avec les autres: son entourage proche qu'elle souhaite préserver et dont elle souhaite se préserver des effets de rejet, de regard négatif. Ces épisodes de repli sont aussi , lien avec une période de crise qui met à mal ses défenses névrotiques et dont la visée est, selon CHABERT(2008), « l' apaisement des excitations violentes en leur offrant une contenance par un repli sur soi transitoire car ensuite ils contribuent à l'élaboration des conflits », p.15.

### *3- Analyse des données*

*3.1 Le destin des pulsions agressives chez le sujet témoin pour lequel nous avons postulé :*

❖ **H7 : dans le fonctionnement névrotico-normal, le sujet est capable d'évoquer tout à la fois des mouvements de haine et d'amour vis-à-vis d'un même objet sans avoir peur de le détruire, et d'être détruit par lui en retour, et ce, de façon socialement acceptable c'est-à-dire par le biais d'une symbolisation de qualité des pulsions agressives.**

Cette hypothèse se vérifiera au niveau :

- H71) de la qualité de la mentalisation attendue comme bonne et dont les indicateurs retenus au rorschach sont les suivants :

➤ **le type de relation à l'objet serait marqué par une mise en relation scénarisée, avec des contacts, des liens, des échanges** : la relation à l'objet est marqué par une mise en relation scénarisée tantôt avec une valence positive comme à P.I : « *ça me fait penser à une maison quelque chose d'accueillant et les deux mains entrez* », à P.II : « *c'est deux bonhommes qui se voient et ils ont leur main et leur pied face à face et ils se font des sourires* », et tantôt à valence agressive comme à P.III : « *deux madames avec des talons aiguilles pareil face à face* ». Tantôt aussi, elle est à valence négative marquée par une montée d'angoisse en lien avec une thématique régressive agressive orale « *ça fait un scarabée* »

*agressif, une grosse bête prête à nous manger » (toujours à P.III et à P.IV « on dirait comme dans les films de science fiction un aliène prêt à vous attaquer »). Mais même dans ces cas d'agressivité, de menace « prêt à », d'angoisse, la liaison affect-représentation est maintenue, la liaison pulsionnelle libidinale et agressive reste maintenue, ce que nous entendons dans sa formulation discursive « prêt à **vous** attaquer »/ « prête à **nous** manger ».*

Ces mises en scène relationnelles sont à relier à la phase régressive narcissique que traverse Liliane, et nous percevons bien qu'il s'agit de régression temporaire et de repli narcissique dans le sens où la mise en lien avec l'autre traverse tout son protocole. Ceci nous donne l'occasion de rappeler la nécessité de bien intégrer le contexte de vie qui entoure la passation. Celui-ci, en effet, est source de souffrance pour Liliane qui traverse une phase de castration par rapport à son échec au concours. Elle l'évoque bien lors de la phase associative : « **(Liliane)** *comme l'échec de mon concours c'est une défaite qui m'a beaucoup touché et beaucoup remise en question du coup d'autant que au niveau j'avais jamais rien raté jusque-là mais j'essaie de comprendre pourquoi j'arrive à prendre conscience que je peux quand même me remettre debout – **(psychologue)** vous avez confiance en vos capacités ?- **(Liliane)** oui »/ « je le vois dans l'arctique ou au Groeland et c'est désert et c'est la plénitude en fait c'est des endroits où y'a personne où on peut se ressourcer être en communion avec la nature et ça doit faire du bien parce que des fois je me dis que je dois bien monter la tête aux autres à me poser des questions alors que dans ces pays on se pose pas de question ». Même dans une tendance défensive de repli narcissique, il subsiste le lien objectal, libidinal, de protéger les autres de son agressivité, qui est là par ce mécanisme narcissique, gelée, isolée de la représentation ; d'autant que cela s'inscrit dans une séquence où dominant l'isolation affective et la rationalisation : « *L'ours polaire : c'est un animal très calme qui s'énerve que si on vient à l'ennuyer qui a de la belle prestance et de la force c'est vrai que j'ai pensé à l'ours polaire et pas à l'ours brun parce que j'ai l'impression que les ours polaires sont plus attendrissants moins agressifs que les ours bruns alors que je pense qu'ils le sont autant ».**

➤ **le niveau de symbolisation serait assez bon pour l'expression pulsionnelle agressive notamment aux planches 2 et 3 et correspondrait à un indice B et C selon la grille de CASSIERS (1968) et de TYCHEY (1990, 1991)** : nous trouvons effectivement une bonne symbolisation des pulsions agressives, les réponses cotées reçoivent presque toutes un indice B ( *une personne qui va voler à P.I ; un ours blanc/ deux bonhommes face à face à P.II, un scarabée agressif à P.III, un aliène prêt à vous attaquer à P.IV ; un éléphant qui me regarde/*

*une peau de bête étalée en guise de tapis à P.VI, un bonhomme affreux à P.VII, un caméléon à P.VIII, une grenouille à P.IX, un feu d'artifice à P.X). En revanche, elle est mauvaise à l'une des planches à sollicitation maternelle ( *une tête de mort* à P.IX).*

➤ **l'IES serait supérieur à +0,5 selon l'étalonnage de CASSIERS 1968) confirmés par ceux de de TYCHEY (1991)** : l'IES des pulsions agressives est égale à +1.66, il est donc bien supérieur à +0.5. l'hypothèse d'une pathologie de l'agir est écartée.

➤ **la liaison affect /représentation serait de bonne qualité marquée par une capacité à relier ses affects avec des mots, à les rendre communicables, et compréhensibles par lui et par l'autre.** Liliane manifeste tout au long du protocole une liaison affect-représentation de bonne qualité et cherche à les rendre communicables compréhensibles comme lorsqu'elle s'enquiert de savoir si je comprends à P.I : *« je sais pas si vous comprenez »*. Elle arrive à mettre des mots nuancés sur ses affects et à les mettre en lien avec les situations en finesse, à les interroger, les préciser. A P.II, les procédés de liaison foisonnent : *« si je relie/ si je m'amuse à relier/ et si je relie »* ce qui nous renvoie à la liaison pulsionnelle attendue dans le fonctionnement normalo-névrotique dans le sens où il y a une intrication entre les pulsions agressives (qui se manifestent ici au travers de formation réactionnelle : *« c'est deux bonhommes qui se voient et ils ont leur main et leur pied face à face et ils se font des sourires »*).

Concernant cette intrication pulsionnelle, nous la retrouvons dans la continuité et la mobilité du travail psychique. Selon CHABERT (1998), p.106, elle « se traduit par la liaison des mouvements associatifs, à la fois dans les contenus et dans les conduites psychiques qui en permettent l'expression ». C'est le cas de Liliane dans le sens où elle établit des liaisons en inter-planche (comme à P.II *« et du coup je m'amuse à relier tout ce que j'ai dit et c'est comme si on avait voyagé à travers le monde et qu'on voyait des civilisations avec les deux bonhommes et euh on voit un dromadaire et si je relie les poumons je repense à l'Amazonie les poumons de la terre bon je pense pas qu'à cette époque là quand ils ont fait le test ils pensaient à ça »*) mais aussi en intra-planche ( PIII *« deux madames avec des talons aiguilles pareil face à face encore des poumons au milieu »*/ puis à P.IV *« ah on dirait qu'on retrouve les talons aiguille de l'image d'avant »*) et dans la procédure associative aussi.

- H72) de l'espace imaginaire attendu comme riche

- Au Rorschach les indicateurs sont les suivants :

➤ **TRI et FS dilaté** : le TRI et la FS vont dans le même sens, introversif, ce qui tend vers un imaginaire riche d'autant que le F% est juste dans la moyenne, ce qui indique une bonne adaptation logique à la réalité sans se laisser écraser par le concret, et le formel, laissant ainsi une place pour le déploiement de l'imaginaire qui paraît très riche eu égard à la présence de 5K dont un KC' qui à lui seul constitue un indicateur d'un imaginaire riche et luxuriant et de 4k, ce qui va dans le même sens.

➤ **Variété des déterminants** : les déterminants sont variés, ce qui va dans le sens d'un imaginaire riche, ils sont tous représentés sauf l'estompage, ce qui pourrait évoquer l'idée que le contrôle émotionnel se produise par le biais de processus d'élaboration secondaire et non de façon automatique.

➤ **Sensibilité au contenu latent des planches** : oui à toutes les planches.

➤ **Capacité associative avec présence abondante de liens entre affects et représentation, des références au monde interne, aux souvenirs** : oui, elles sont d'ailleurs tellement nombreuses qu'il n'est pas possible de toutes les reprendre ici.

➤ **A% moyen ou bas** : il est dans la moyenne ce qui confirme la bonne adaptation sociale.

- *Dans l'entretien*, nous pourrions repérer ces deux facettes du fonctionnement au travers de ces questions :

➤ **le sujet organise son discours dans une succession temporelle d'événements, avec historicisation de son discours (avec association, lien...)**

➤ **le sujet tend à émettre l'idée d'une causalité psychique**

➤ **le discours n'est pas dénué d'affects, le sujet y accède sans difficultés**

➤ **il n'est pas en attente de questions du chercheur pour combler le vide psychique**

➤ **il fait beaucoup de rêves**

➤ **il est stable, posé**

➤ **il n'a pas de difficulté d'expression des émotions**

Liliane organise son discours dans une succession temporelle des événements qui ont jalonné son histoire. Toute sa narration est riche d'association, de mise en lien et de mise en sens. Elle montre de grandes capacités d'élaboration, d'introspection et livre ses réflexions à

l'autre dans un souci de partage et de compréhension : « *et que là en vous le disant je suis en train de me dire pourquoi le père* »/ « *et là je me rends compte que c'est quelque chose qui m'a vraiment fait mal* »/ « *mais ça en en parlant avec vous tout de suite je me rends compte que ça me l'a toujours fait* ». De fait, elle ne se montre pas du tout en attente de mes questions, n'a pas besoin de s'appuyer sur ma présence réelle pour construire sa pensée. Ceci évoque une relation d'objet suffisamment intériorisée pour pouvoir se lancer seule dans l'aventure de l'historicisation.

La fonction onirique semble présente et jouer son rôle refoulant tant dans les rêveries diurnes, « *euh dans la journée oui ça va du rêve au fantasme je rêve d'autres choses d'ailleurs dans le vague on me passe la main pour me dire revient à la réalité je décroche complètement du moment présent pour penser à autre chose mais ce serait difficile de vous dire à quoi je pense* », que dans les rêves nocturnes « *je rêve beaucoup de choses que j'ai faites dans la journée* ». Pour le reste, les cauchemars qu'elle évoque ont trait à sa problématique relationnelle avec son père. Mais ils semblent tenir aussi une fonction refoulante notamment de l'agressivité, puisqu'ils se produisent après un contact avec son père : « *ouais par rapport à mon père dans la semaine suivante où je l'ai vu j'ai rêvé du père qui venait nous enquiquiner mais j'essaie de les évacuer vite c'est quand même moins fréquent que les rêves* ». Notons au passage que même dans ses cauchemars le lien objectal est maintenu « *nous enquiquiner* ».

En revanche, Liliane se montre active, sachant peu restée en place comme si laisser vagabonder ses pensées lui était difficile et comme si parfois seule l'action, la décharge motrice pouvait faire baisser ses tensions internes : « *est-ce que vous arrivez à rester sans rien faire tranquillement ? -non j'y arrive pas j'ai euh j'ai déjà essayer de me poser une fois à rien faire euh en plus une fois on m'a fait la remarque David avait invité des copains pour un dîner et j'arrive pas à rester en place j'arrive pas à laisser traîner quelque chose j'arrive pas à rester en place* ».

Cette décharge motrice n'est pas chez Liliane le seul mode de traitement de l'excitation et n'a en soi rien de pathologique comme le soutient ISRAEL (1994) : « résoudre une situation, une tension par la rupture, la fuite, la destruction est un comportement qui n'a en soi rien de pathologique, que chacun de nous a pu utiliser à l'occasion. Comme pour la névrose il ne devient « anormal » que s'il ne peut pour un sujet donné exister d'autre mode de relation », p.164. Et justement, chez Liliane, la mentalisation semble être la voie privilégiée puisque en l'occurrence face au stress, elle y a recours pour gérer l'excitation, le

stress : « (psychologue) est-ce que vous diriez que vous êtes quelqu'un de stressée- (Liliane) oui rien que tout à l'heure on a fait un test de course de six minutes et j'étais stressée comme le tout quand je courais le prof m'a dit « enlève ton sac à dos » tellement j'étais raide et nouée- (psychologue) comme si vous aviez un idéal un niveau à atteindre- (Liliane) oui mais maintenant je commence à me dire je fais ce que je peux et de mon mieux et puis tant pis mais des fois je pourrai être déçue comme pour le premier concours blanc j'étais vraiment nouée et pour moi ça représentait une valeur énorme pour moi j'ai euh je vais pouvoir me donner un niveau par rapport à moi-même ou j'en suis et puis après ça va le deuxième j'étais plus cool ».

De même, concernant ses affects, Liliane y a accès sans difficultés, les évoque spontanément tant sur le versant plaisir que déplaisir. Et dans son discours transparait son accès et son acceptation de l'ambivalence pulsionnelle comme quand elle aborde la question de son rapport à son père et à sa mère : « hum pour moi d'ailleurs euh maintenant **j'ose dire que mon père est un con** hum mais ça fait pas longtemps que j'arrive à dire ça , que je me suis enfin accordé ce droit de le dire parce qu'avant je tentais de me le cacher et j'essayais d'avoir des liens avec lui mais qui n'étaient pas constructifs pour moi »/ « c'est surtout que je le pensais mais que je le disais pas j'osais pas le dire je pense enfin je le enfin je prends l'exemple de pareil pour maman je me trouvais honteuse de dire que elle avait pas été comme je voulais qu'elle soit c'est quelque chose que je pouvais pas dire ». C'est grâce à la voie de la mentalisation, par le biais de la mise en mots et de la reconstruction du lien à ses parents qu'elle est parvenue à assumer cette ambivalence « c'est quelque chose que je pouvais pas dire parce que ce sont des personnes qui sont mes parents quand même et que je leur dois le respect et en ça c'est quelque chose que je m'interdis et que je m'interdisais de dire alors que aujourd'hui j'ai le droit, je me suis accordé le droit de le dire c'est euh je le chante pas à tue-tête **c'est pas si facile quand même de le dire et de le penser** mais euh enfin maintenant ce qui se passe dans ma tête c'est que je le pense avant je le pensais et tout de suite après je me disais mais « Liliane arrête c'est pas bien » je m'en voulais maintenant je le pense et je me dis « je le pense et c'est pas cool mais bon voilà si je le pense c'est que j'ai envie de le penser » c'est en ça que j'ai évolué dans cette pensée là ». Elle décrit parfaitement le cheminement mental et progressif, dans un va et vient entre désir et interdit typique du fonctionnement surmoïque névrotique, qui l'a amené vers cette possibilité d'accepter et de surmonter la culpabilité liée à cette ambivalence, sans que celle-ci ne soit désorganisatrice pour elle, ni qu'elle ait recours à des modes défensifs primaires.

De même, elle fait preuve de sollicitude envers l'objet quand elle se rend compte de la

souffrance que vit son petit ami du fait de la non réalisation de leur projet de s'installer ensemble. Elle évoque de la culpabilité, des affects de tristesse, qui dans la reprise intersubjective, ont été contenus : *« comme cet été quand j'ai échoué et que je lui ai dit que je pourrais pas habiter avec lui il a pleuré et je me suis sentie mal mal de le faire pleurer et je peux pas faire souffrir les gens ça me faisait de la peine de lui faire du mal et il m'en a pas voulu au contraire il a bien compris en fait »*. Elle accède donc à ses affects, peut les verbaliser et fait preuve de sollicitude envers l'objet, marque de l'accès à l'ambivalence pulsionnelle.

Pour ce qui est des somatisations de son angoisse c'est aussi la voie mentale qui la tire de la situation : *« et là je me dis « et maintenant je fais quoi » alors que j'ai des tas de choses qui m'attendent et puis ben je vais attendre et puis alors après ben c'est soit c'est moi qui me bouste et je me lève et je passe à autre chose »*

**La voie mentale semble donc être la voie privilégiée du traitement des excitations même si elle peut faire usage de la voie motrice et somatique mais qui cèdent vite grâce à la mentalisation et à un dialogue interne constructif. L'ambivalence pulsionnelle est acceptée et surmontée, même s'il s'en dégage de la culpabilité et de l'angoisse, elles ne désorganisent pas Liliane.**

- H73) du mode de relation objectal que nous nous attendons à repérer comme génital.

• **Au rorschach : nous nous pencherons pour cela particulièrement sur les planches 2-3-7 qui sont les planches qui sollicitent le plus la mise en relation avec une conflictualité entre désir et interdit...**

Il se dégage comme une régression de la relation d'objet avec une sorte de désir de fusion cosmique d'abord au travers des différentes réponses géographiques signant un positionnement en termes d'intellectualisation face à la sollicitation objectale , et puis avec une formation réactionnelle immédiate face à la pulsion agressive latente (d'où la transformation en scénario amical : *« c'est deux bonhommes qui se voient et ils ont leur main et leur pied face à face et ils se font des sourires »* à P.II) dans une tentative de neutraliser ses pulsions agressives pour éviter l'affrontement mais qui ne tient pas puisque la thématique d'opposition, d'allure oedipienne, ré-émerge dans la réponse kinesthésique féminine suivante (*« deux madames face à face »* à P.III).



Ces données sont à réinscrire dans le contexte de notre rencontre : phase critique pour son devenir avec la question de l'avenir professionnel, du départ progressif du foyer maternel. Aussi les éléments régressifs sont-ils sans doute à rapporter à ce contexte et ne semblent pas figurer comme processus défensifs stables et ne paraissent pas non plus augurer d'un fonctionnement non névrotique. Au contraire, ils paraissent pointer toute la dynamique conflictuelle de la personne névrosée en désir et défense, entre réalité extérieure, et réalité intérieure avec la possibilité pour le sujet de se ressourcer en régressant à un stade narcissiquement ressourçant comme à P.IX, avec sa réponse : « *Une grenouille : prête à bondir en plus elle est presque c'est la transformation avec la queue qui reste un petit bout du encore du têtard* ». Ici toute la symbolique du grandir et de la maturation psychique s'impose avec le désir de rester sous la protection maternelle tout en commençant à prendre son élan personnel.

- *Au 16PF5* : **un score indépendance modéré** : le score d'indépendance est faible (2). Il pourrait être rattaché à ce que nous venons de dire concernant son besoin d'être encore étayée par le groupe, en l'occurrence le groupe familial ( sa mère, ses frères) ainsi qu'elle le développe et à une forte angoisse de séparation, de se retrouver seule . Ce score est bien convergent avec les données issues de l'entretien et du rorschach.

**En conclusion, nous pouvons dire que nous nous trouvons ici en présence d'éléments qui nous permettent largement d'inférer une excellente qualité de mentalisation assortie d'un espace imaginaire riche, qui peut parfois déborder le sujet mais sans entraver ses investissements objectaux et libidinaux.**

**❖ H8 : le masochisme au sein du fonctionnement névrotico-normal devrait recouvrir l'allure d'auto-punition en lien avec un sentiment de culpabilité vis-à-vis de l'agressivité exprimée envers l'objet donc en relation avec l'objet**

- H81) de la place du masochisme dans le fonctionnement qui devrait se traduire

- *Au rorschach* :

➤ **Par une agressivité subie et agie, une thématique sexuelle et agressive bien symbolisée** : on retrouve plus une agressivité agie avec une projection : « *un aliène prêt à*

vous attaquer » à P.IV /« une grosse bête prête à nous manger » à P.III. Ceci serait à mettre en parallèle avec l'intensité de l'angoisse de castration réactivée à la planche 4 : « **un bonhomme avec des grosses chaussures** : je l'avais trouvé rassurant comme les clowns mais ce que je trouve bizarre dans cette image c'est que à la fois j'aime ce côté des grandes chaussures rassurantes mais j'aime pas du tout cette image je la trouve effrayante est-ce que c'est le fait aussi que moi les clowns m'ont jamais fait peur mais y'a beaucoup de personnes qui me disent que elles ont peur des clowns ils ont un masque ils se cachent derrière leur masque et là j'aime que les pieds avec le coloris plus clair le reste n'est pas rassurant ».. Pour ce qui est de la thématique sexuelle nous la retrouvons dans le symbolisme de certaines réponses comme à P.VI : « dans ce sens là je vois un éléphant il me regarde bien il a la trompe bien droite les oreilles attentif (tourne et retourne la planche) ».

➤ **Une rareté des thèmes morbides** : Les thèmes morbides sont rares, tout au plus une réponse à tonalité angoissante qui reste le plus souvent bien symbolisée « un scarabée agressif une grosse bête prête à nous manger à P.II/ un aliène prêt à vous attaquer à P.III» et l'évocation de la mort à P.IX « y'a juste ça qui me fait penser à ET et les deux tâches là ça me fait penser à une tête de mort et du coup ça me fait penser à ma copine qui adore les têtes de mort ». L'évocation de ce thème est aussitôt relié à l'autre, dans un mouvement de rationalisation.

➤ **Un imaginaire avec la possible présence de la dimension destructive et morbide mais toujours en lien avec l'autre, inscrit dans une relation à l'autre** : oui, c'est tout à fait démontré dans les apparitions d'allure morbide et destructrice citées ci-dessus. Le lien à l'autre est maintenu dans les trois réponses, que ce soit sous mode projectif ou faisant référence à une réalité concrète. L'investissement objectal et libidinal reste intriquée avec le versant agressif des pulsions.

• Dans l'entretien :

- **une histoire de vie et une trajectoire de vie avec présence d'événements pénibles mais dont le sujet tire des apprentissages pour ne pas tomber dans la répétition**
- **pas de complaisance dans les situations de souffrance**
- **un vécu d'épisodes de maladie comme une punition, une sanction**
- **une capacité d'action sur les événements et le cours des choses**
- **nombreuses sources de plaisir dans le quotidien**

### ➤ la fréquence de cauchemars

Liliane rapporte le divorce de ses parents à des violences conjugales. Elle n'a connu, enfant, que ce mode de relation. Elle relie d'ailleurs les relations sentimentales qu'elle a eu jusque là à ce modèle familial, qu'elle a normalisé et intégré : *« avec mes ex c'était pas comme ça au contraire j'avais l'impression qu'ils me considéraient pas que je valais pas grand-chose et je trouvais ça normal j'avais pas l'habitude d'autre chose »*. Mais elle en a tiré les apprentissages pour rompre le cercle de la répétition : *« il (David) correspond à beaucoup de chose que j'attends d'un conjoint il m'écoute il fait attention et ça fait vraiment du bien d'être chouchoutée comme ça »*.

Il y a un revirement dans le fonctionnement de Liliane qui, jusqu'à l'histoire avec son petit ami et probablement aussi avec la maturité, avait une sorte de complaisance dans les situations de souffrance notamment sentimentales, au point où elle était incapable de donner une issue salvatrice à ces situations, dans un mouvement identificatoire à sa mère : *« je le sais avec le recul de l'âge que j'ai aujourd'hui, au bout de 21 ans de mariage, elle a eu le courage de dire stop alors qu'il y en a qui il y a des femmes qui disent pas stoppent et le stop arrive parce qu'elles finissent dans un cercueil sous les coups de leur mari que ce soit moral ou physique euh maman a eu le courage de dire stop ça c'est quelque chose que j'admire parce que moi aujourd'hui je suis incapable de dire non je suis pas bien avec toi dans une relation parce que mon ex je souffrais les trois derniers mois je souffrais je pleurais tous les jours et je savais très bien que je serais mieux seule mais je pouvais pas le quitter et en ça j'ai trouvé que ma mère avait été un peu lâche pendant un moment aujourd'hui j'ai changé d'avis sur ce point en disant qu'elle est courageuse qu'elle a été courageuse et euh et ça ça a été peut-être le fait qu'un jour ben peu avant que mon ex me quitte, elle me l'a dit elle a pris son courage à deux mains et elle m'a dit « il vaudrait peut-être mieux que tu sois seule » et je lui ai dit « je sais mais j'en suis pas capable »*.

L'épisode de maladie qu'elle rapporte ne trouve pas le sens d'une sanction, d'une punition. Il semble plutôt s'inscrire comme incident somatique dans un contexte de tension familiale. Le sens en est clairement pour elle une demande d'allure hystérique sans doute pour tenter de réunir ses parents en conflits à ce moment là. Cet incident somatique est restée incident du fait que, dans la relation inter-subjective, la réaction de l'autre à qui ce symptôme était adressé à été constructive, la fonction maternelle ici des deux parents (sa mère et même son père à ce moment-là se sont rendus disponibles) a été suffisamment solide et contenante pour laisser la place à une restructuration du sujet : *« (Liliane) j'ai fait un lumbago aigu et le*

*médecin n'y croyait pas j'étais trop jeune pour ça mais je dois vous avouer que j'en ai rajouté un peu à ce moment parce que c'était une période difficile dans ma famille et à l'école – (psychologue) et comment vous avez trouvé que votre entourage a réagi-( Liliane) mes parents ont été bien présents oui même mon père après le travail même si c'était pas la grande entente entre mes parents à ce moment-là » .*

Elle semble avoir une capacité d'action sur les événements et les choses en s'appuyant à la fois sur ses capacités de mentalisation pour rebondir mais aussi sur les autres ( sa mère, ses frères).

Quant aux sources de plaisir, elles sont nombreuses et très variées et racontées avec dans le ton de la voix un immense plaisir. Ce qui caractérise ces différentes sources de plaisir c'est le support objectal qui les traverse toutes. Elle trouve du plaisir dans la relation et l'échange : « ( Liliane)faire du cheval être avec mon chien je dirai les animaux en général parce que comme disait ma grand-mère les animaux nous rendent toujours ce qu'on leur donne et nous le rendent bien je prends l'exemple de ma chienne je pleure elle vient elle me regarde avec ses yeux et je suis obligée d'éclater de rire c'est tout un lien qui se noue comme ça et j'ai d'autres plaisirs parce que je suis passionnée d'histoires j'adore aller visiter je sais pas des châteaux des ruines des lieux culturels j'ai d'autres plaisirs comme faire mon arbre généalogique c'est quelque chose qui m'éclate même si ça surprend euh je prends plaisir à faire plaisir aux autres je sais pas n'importe quoi une petite attention, un peu d'humour aussi parce qu'en retour je sais qu'ils feront attention à moi aussi et euh qu'est-ce que j'aime faire du sport –(psychologue) oui-( Liliane) j'adore la natation euh j'adore passer du temps avec mes frères on va au restaurant j'ai du mal en fait mon père disait toujours y'a pas d'argent y'a pas d'argent donc j'ai jamais pris de plaisir à j'illustre beaucoup par des exemples comme je sais pas trop comment m'expliquer ».

La seule source de déplaisir est en relation avec son père et elle n'arrive pas encore à la dépasser. De même, les cauchemars sont en lien avec la problématique relationnelle à son père et sont réactionnels à son contact.

**En conclusion, la dimension masochique existe et est traversée par un substrat objectal. L'agressivité n'est jamais déliée. Cependant, le caractère masochiste des relations qu'elle développe semble en cours de disparition en lien avec le travail introspectif et de maturation qui est en train d'opérer. Elle se permet maintenant de ne pas exister uniquement sur le modèle identificatoire paternel et maternel pour trouver sa propre voie d'expression, développer sa singularité.**

3.2 *Le registre défensif du sujet témoin autour duquel nous avons postulé :*

❖ **H9 : dans le fonctionnement névrotico-normal on s'attend à retrouver une organisation défensive marquée par une prévalence des processus secondaires et se mettrait en place face à une angoisse de castration.**

Elle se vérifiera par la présence :

- H91) du refoulement qui se repérera de la manière suivante :

• *Au rorschach :*

➤ **par des silences, des blancs, des formulations de type « je sais pas / je vois pas », un temps de latence plus long** : son discours est scandé de nombreux silences comme à P.I, des formules comme « je sais pas » qui indiquent aussi un processus de refoulement en cours, qui cède spontanément, sans sollicitations de l'autre « *je sais pas une personne je sais pas ça renvoie beaucoup à des représentations* ». Il s'observe aussi au niveau des temps de latence qui sont longs comme à la première planche et à la dernière, ainsi qu'à celles sollicitant la dimension maternelle (P.VII-IX) et paternelle (P.IV). Mais le refoulement se lève et elle réussit à surmonter son angoisse avec une représentation, dans une bonne forme à P.IV « 25'' *un bonhomme avec des grosses chaussures* » et avec un contenu adapté au contenu latent tout en associant avec son vécu interne « *je l'aime pas non plus l'image là* ». Le refoulement peut aussi se lire en s'appuyant sur les critères proposés par Roy Schafer (1954) à travers la présence de réponses banales non détériorées en nombre suffisant (6). Dans le protocole de Liliane, nous en dénombrons 5, ce qui tend vers l'hypothèse d'un refoulement opérant.

Le refoulement semble prédominant dans son organisation défensive mais elle se montre capable d'en déjouer les freins par associations, seule, sans étayage, même si les contenus en apparaissent parfois inadéquats ou de mauvaise qualité formelle. Ses tentatives de levée se trouvent mises à mal par la puissance angoissante des représentations sous-jacentes et des affects associés. D'où alors, le « repli transitoire », répondant au besoin de se retrouver, s'isoler.

L'inhibition aussi se mêle au processus du refoulement au travers des nombreux chocs ou équivalents chocs face aux planches IV, VII, IX, X.

• *Dans le comportement général : **on trouverait une stabilité, un calme et une activité modérée** : Non elle a plutôt du mal à ne rien faire, à rester sans occupation. Elle fuit alors l'excitation, les pensées par l'acte.*

• *Dans l'entretien, **on pourrait trouver des affects à tonalité agressive qui ressortiraient mais repris et rattachés à la relation à l'autre, avec une gêne**. Nous retrouvons ces tonalités que nous avons développées plus haut. Elles se rattachent principalement à l'ambivalence pulsionnelle à l'égard de sa mère et de son père, qu'elle assume mais avec retenue et gêne : « **–(psychologue)** Hum vous dites que vous vous êtes accordée le droit de penser que votre père était con, est-ce vous pouvez préciser votre pensée expliquer votre cheminement qui vous a amené à ça – **(Liliane)** ben hum euh comment c'est venu ben fait c'est hum c'est surtout que je le pensais mais que je le disais pas j'osais pas le dire je pense enfin je le enfin je prends l'exemple de pareil pour maman je me trouvais honteuse de dire que elle avait pas été comme je voulais qu'elle soit c'est quelque chose que je pouvais pas dire parce que ce sont des personnes qui sont mes parents quand même et que je leur dois le respect et en ça c'est quelque chose que je m'interdis et que je m'interdisais de dire alors que aujourd'hui j'ai le droit, je me suis accordé le droit de le dire c'est euh je le chante pas à tue-tête c'est pas si facile quand même de le dire et de le penser mais euh enfin maintenant ce qui se passe dans ma tête c'est que je le pense avant je le pensais et tout de suite après je me disais mais « Liliane arrête c'est pas bien » je m'en voulais maintenant je le pense et je me dis « je le pense et c'est pas cool mais bon voilà si je le pense c'est que j'ai envie de le penser » c'est en ça que j'ai évolué dans cette pensée là ». Nous sentons poindre une culpabilité en lien avec les interdits surmoïques mais qui tiennent leur fonction canalisatrice et non seulement interdictrice.*

- H92) De formations réactionnelles contre l'agressivité: qui se repéreront au rorschach au travers de **réponses comme les FC FC' KC KC' kanC' kanC mettant l'accent sur l'amicalité, l'innocence, le jeu**, selon DIWO ( 1997).

A P.I, nous trouvons une formation réactionnelle contre l'agressivité « les deux mains-entrez » qui renvoie à ce que De TYCHEY (1994) suggère de la dynamique de l'agressivité « par la transformation de kinesthésies qui cessent d'être réellement interactives pour devenir des kp visant à exprimer une action non plus agressive mais amicale, joviale », p.164 .

A P.II qui réactive les pulsions agressives, nous trouvons d'emblée une formation

réactionnelle contre l'agressivité sous forme de sourire : elle « sourit » d'abord seule face à la planche avant toute réponse. Cette formation perdure durant la réponse et dans le contenu avec des « *bonhommes [ ...] ils se font des sourires* ». Elle persiste avec le rire puisque en inter-réponse, elle « rit ». S'ensuit une tentative d'intellectualisation à travers une réponse « géo », intellectualisation pour tenter de renforcer la maîtrise de ses affects mais qui ne tient pas longtemps puisqu'elle continuera d'élaborer son discours en s'appuyant sur cette formation réactionnelle : « *deux bonhommes on dirait qu'ils s'amusent* » mais qui cède finalement la place au refoulement : « *ils sont en train de faire une cérémonie de quelque chose ou (silence)* » comme si la représentation émergente était indicible.

Au niveau du contenu de la réponse de cette planche : « *deux bonhommes qui se voient et ils ont leurs mains et leurs pieds face à face* », nous lisons aussi toute la neutralisation de la pulsion agressive.

A P.VII, nous observons un glissement au sein de la même réponse pour diminuer l'effet pulsionnel : « *un bonhomme affreux avec un grand nez[...] en même temps qu'il inspire de la peur il inspire de la tristesse pas de la pitié [...] mais de la compassion* ». Nous voyons bien là aussi le retournement en son contraire de l'affect lié à la pulsion.

Nous pouvons repérer aussi de mécanismes d'isolation affective, notamment à P.II. Là, la tonalité dysphorique au travers du C'est niée en voyant un ours blanc dans le noir. Au travers de l'association, nous nous apercevons qu'il s'agit des pulsions agressives qui sont niées, évitées, mises à part, couper de la représentation : « *c'est un animal qui est calme[...] qui s'énerve que si on vient à l'ennuyer[...] c'est vrai que j'ai pensé à l'ours polaire et pas à l'ours brun parce que j'ai l'impression c'est vrai que j'ai pensé à l'ours polaire et pas à l'ours brun parce que j'ai l'impression que les ours polaires sont plus attendrissants moins agressifs que les ours bruns alors que je pense qu'ils le sont autant* ». Il y a une sorte de conscience de ce mouvement d'isolation, de mise à l'écart que nous percevons dans son expression « *c'est vrai que* » et dans la conjonction de coordination employée « *alors que* » renvoyant au mécanisme de rationalisation.

L'isolation et l'intellectualisation se repèrent aussi dans le protocole par le biais de la présence d'abstraction « *amplitude* » à P.VI, de référence culturelle notamment télévisuelle, géographique « *l'Australie, l'Afrique, l'Amazonie* » à P.II, artistique « *technique d'art* » à P.I

Nous trouvons aussi des défenses maniaques se traduisant par le rire, par une référence à la symétrie, de nombreux commentaires subjectifs. Mais aussi et surtout à P.X à travers la thématique de fête finale « *c'est un éclat de joie, un feu d'artifice les trois dernières vignettes*

*sont plus rassurantes quand même y'a de la couleur c'est agréable ouais ».*

### 3.3 Le traitement de l'angoisse se retrouvera au travers de :

- *Au Rorschach :*

➤ **On trouvera une alternance inhibition/ verbalisation avec des commentaires subjectifs, une verbalisation de l'affect signant la capacité du Moi à tolérer l'angoisse ( DEBRAY 1991) et une mise en avant éventuellement dramatisée des affects** : oui, elle manifeste de l'inhibition ( temps de latence long, équivalent choc, silence, ) en alternance avec des commentaires descriptifs et subjectifs : « *j'aimerais bien savoir à quoi me renvoie les deux tâches/ je suis en train de découper la planche/ ça fait joli comme ça* » à P.I ; à P.II : « *c'est con mon idée elle me faisait sourire mais en fait pas du tout / bon je pense pas qu'à cette époque là quand ils ont fait le test ils pensaient à ça* » ; à P.III : « *oh elle est horrible dans ce sens là / ça me satisfait pas en même temps je suis pas obligée de trouver une explication à tout je laisse parler ce que je pense/ je l'aime pas celle-là* » ; à P.IV : « *je l'aime pas non plus l'image là* » ; puis à P.VIII : « *je l'aime bien celle-ci* » et P.X : « *quand même y'a de la couleur c'est agréable* » et des verbalisations de ses affects tant angoissants, que dysphoriques ou agressifs dans une mise en avant dramatisée, exagérée, accentuée tantôt adressée à l'autre tantôt pour elle-même typique d'un fonctionnement hystéroïde-hystérophobique. Nous voyons bien qu'elle est tout à fait capable de se ressaisir de ses temps d'inhibition, de rebondir et d'en faire partager ses représentations à l'autre.

➤ **une sensibilité au noir/blanc et à la couleur bien reprise par un contrôle formel** : la sensibilité est là mais elle est soit déniée comme à P.II : « *et puis je dirai aussi un ours blanc sauf qu'il a pas de pattes* » soit reprise dans un mauvais contrôle formel ( loup à P.I dans le Dbl ; maison à P.I). C'est surtout aux planches à sollicitations maternelles, que la sensibilité est forte et en même temps très mal contrôlée : « *un bonhomme affreux avec un grand nez plein de comme si il avait des pustules partout sur son visage mais en même temps qu'il inspire de la peur il inspire de la tristesse pas de la pitié parce que j'aime pas ce mot-là mais de la compassion on a l'impression qu'au fond de ses yeux il souffre de ce visage là /et puis la première chose que j'aurai dite en regardant j'aurai dit une terre vide* ». Et à P.IX, où elle ne fournit aucune réponse bien vue, elle est submergée par ses affects et son angoisse.



➤ **une tonalité dysphorique des contenus mais avec une capacité de reprise élaborative, avec association de représentation.** : oui, il y a des clob, des C' et des tendances clob mais sur lesquelles sa tentative de contrôle échoue. Les représentations sont présentes mais elle est débordée par l'angoisse. Elle tente alors de geler l'émergence pulsionnelle, et de nier la source interne de la pulsion « et les deux tâches là ça me fait penser à une tête de mort et du coup ça me fait penser à ma copine qui adore les têtes de mort autrement j'ai rien vu ». Cette tentative de gel ne tient pas et l'affect se décharge de manière brute à P.X : « *c'est un éclat de joie, un feu d'artifice les trois dernières vignettes sont plus rassurantes quand même y'a de la couleur c'est agréable ouais* » dans un mouvement de lutte anti-dépressive. Au final, le dégageant opéré par la défense maniaque mise en place à P.X est particulièrement opérant .

➤ **des manifestations comportementales de l'angoisse (retournement des planches, rictus, refus...) et verbales avec de nombreux commentaires subjectifs** : ces manifestations comportementales sont nombreuses tant au début des planches avec des temps de réaction allongés qu'au cours des réponses avec des retournements de planches répétés, des rictus et des commentaires subjectifs à tonalité angoissante. Mais elle ne rejette aucune planche, elle réussit toujours à relier, verbaliser son angoisse et à la mettre en lien avec une représentation.

➤ **une thématique d'opposition, de manque, de castration au travers de parties phalliques des planches comme la 6 où le détail phallique est exclu de la réponse par une verbalisation « sans ça » à la planche 4,** : il y a une thématique d'opposition « face à face », de manque avec des contenus vus dans le blanc « *une terre vide* » à P.VII et dans le contenu « défect » marqués d'un manque comme à P.II : « *je dirai aussi un ours blanc sauf qu'il a pas de pattes* » et qui suscite une mise en association dans la procédure associative . Il y a donc une reprise élaborative en lien avec l'agressivité. L'angoisse de castration se manifeste dans sa double valence tendresse et agressivité marquée d'une tonalité anxieuse, assumée. Elle se montre capable d'évoquer sa conflictualité psychique qui est bien ici entre désir et interdit, tendresse et hostilité : « *la 4 parce que j'avais vu au début mon bonhomme aux gros pieds un bonhomme tendre et au final elle m'inspire de l'inquiétude avec ce visage pointu et on a l'impression du coup que tout est avalé et ce bonhomme il est pas agréable* » . De plus, l'évocation détaillée de ce bonhomme montre bien toute l'intensité de l'angoisse de castration.

➤ **la planche 7 pour la lacune centrale blanche qui peut générer de l'angoisse de perte d'objet et qui doit entraîner un effort de maîtrise** : elle est effectivement sensible à la lacune centrale blanche qui suscite une angoisse de perte « une terre vide » mais sur laquelle elle rebondit en offrant une représentation féminine acceptable même si elle tente de neutraliser l'affect par une intellectualisation : « *une demoiselle habillée avec un plumeau dans les cheveux du coup bien habillée du style années 30 qui tient une posture, je sais pas une agréable posture en plus elle fait floue cette personne comme si elle sortait comme si c'était comme si c'était le génie qui sortait de la lampe parce que la tâche en bas elle est moins floue que les tâches qui font la dame* » .

➤ **de la dynamique inter et intra planche pour voir comment elle est gérée**

Cette dynamique se saisit à P.IV avec une augmentation du temps de latence, des commentaires subjectifs « *c'est pas agréable* » et un contenu angoissant puis menaçant que destructeur (en lien avec la montée de l'angoisse de castration) : « *un bonhomme avec des grosses chaussures* »/ « *on dirait comme dans les films de science fiction un aliène prêt à vous attaquer* ». Il en va de même à P.III avec une thématique agressive orale régressive « *ça fait un scarabée agressif, une grosse bête prête à nous manger* », ce qui donne à la thématique une allure phobique. Et même lors de ces manifestations d'angoisse, elle garde une distance entre la perception et son vécu, dans une conscience interprétative existante, et elle ne se fige pas dans une sidération qui l'empêche d'associer, de lier les représentations et les affects, bien que cela lui soit très difficile.

Dans la phase associative, se dessine une forme de dépendance à l'autre mais qui se rapporte au lien affectif, d'échange, de ressource et non un besoin d'étayage absolu, narcissique, comme quand elle parle de ses frères : « ***Une maison accueillante avec les deux bras*** : *c'est le fait j'ai besoin de surtout de la fraternité avec mes deux frères j'ai besoin de me réfugier dans un endroit chaleureux et que la porte est ouverte pour moi et les deux mains se rapportent à « viens je te serre contre moi » à la fraternité à ma mère aussi mais j'ai encore plus besoin de la fraternité et le lien est tellement fort que j'en ai besoin* ». La construction de ce lien s'inscrit dans un manque affectif paternel probablement compensé par les attitudes paternalistes de ses frères en terme d'éducation et non de place.

Nous voyons que Liliane recherche le contact, l'échange, le lien social, dont elle peut aussi tirer des bénéfiques narcissiques et étayant sans s'inscrire dans une relation de dépendance pathologique c'est-à-dire marquée par la peur de perdre l'objet : « *mais là j'ai*

*peur de me retrouver seule dans une terre vide sans personnes pas sans rien* ». Ceci se rapporte à son angoisse d'abandon qui trouve chez Liliane « ses sources et ses effets dans la mésestime de soi (liée à la sévérité du surmoi) mettant en évidence les doutes narcissiques » (CHABERT 2008.p17). En effet, elle a besoin, de manière transitoire, de l'étagage narcissisant de l'autre pour surmonter cette épreuve qui l'a bousculé jusque dans la confiance en elle et l'estime d'elle-même.

Par ailleurs, sa réponse à P.X, planche de la séparation, reflète quelques affects dépressifs qui se retrouvent au travers de son association : « **Feu d'artifice** : par rapport au feu d'artifice par **excellence** je trouve ça **superbe** parce que les artificiers font des trucs **superbes** aujourd'hui et **j'adore** aller voir des feux d'artifice ». Il s'en dégage une exagération excessive, un mouvement d'idéalisation défensive, une lutte antidépressive suscitée par la séparation mais cette lutte est sous-tendue par la liaison pulsionnelle, l'intrication du courant libidinal avec le versant agressif. La séparation suscite donc chez elle une émergence pulsionnelle angoissante mais qu'elle se montre capable de surmonter, de dépasser, en utilisant des mécanismes défensifs variés.

- Dans l'entretien :

➤ **Le sujet se décrirait comme étant calme, capable de rester sans rien faire** : comme nous l'avons déjà vu, elle ne peut rester sans rien faire, elle ne peut s'empêcher de ranger les objets, de bouger. Cet activisme s'inscrit dans la relation à son petit à ami. Elle décrit cette situation dans le cadre d'un repas entre amis chez son petit ami : « *non j'y arrive pas j'ai euh j'ai déjà essayer de me poser une fois à rien faire euh en plus une fois on m'a fait la remarque David avait invité des copains pour un dîner et j'arrive pas à rester en place j'arrive pas à laisser traîner quelque chose j'arrive pas à rester en place* ». Il est difficile de dire contre quelle angoisse elle lutte par cette décharge motrice. Le seul élément angoissant que nous connaissions qui se rapporte à cette relation est d'ordre sexuel, d'autant que cette question est abordée en présence des amis. Ce qu'elle en dit semble relié à une demande d'allure hystérique concernant son petit ami : « *en fait avec lui y'a qu'au niveau sexuel que c'est délicat entre nous parce que je suis pas du tout portée là-dessus et je me sens très mal à l'aise quand je suis dans son groupe d'amis et qu'on les entend dire on fait ça plusieurs fois par semaine ou autre et que David est là à côté de moi et ben moi je suis mal mais mal par rapport à David et pour lui je me dis mais qu'est-ce qu'il va penser et je lui ai demandé et il m'a dit « mais moi je suis pas avec toi juste pour ça mais aussi pour d'autres choses moi je m'en fiche » et là pareil je me suis dit « ouah c'est génial que quelqu'un s'intéresse à moi*

*pour autre chose mais là je cherche d'autres solutions, pour pas tomber dans la routine du couple et puis j'essaie de construire cette relation sans m'accrocher à un modèle ».*

Nous saisissons là toute la dimension hystérique dans son discours et son rapport à son petit ami à l'instar de ce que dit ISRAEL (1994) : « l'hystérique est dans une revendication phallique agressive, elle revendique agressivement le manque de l'autre, en fait elle refuse l'adaptation sociale, le conformisme, la normalité » comme Liliane avec sa recherche ambivalente de conformité et ses interrogations sur la normalité . « Elle refuse un plaisir routinier et limité menaçant d'anéantir la richesse créatrice de l'amour » et « elle vise donc une déstabilisation de son partenaire qui le rendrait inventif », p. 100.

➤ **La relation à l'autre est claire dans les attentes et dans les places et rôle de chacun**

Liliane semble établir des relations claires avec les autres. Les places et les rôles de chacun semblent clairement posées et de façon stable, notamment sur la structuration œdipienne qui est opérante et que nous repérons dans les mouvements identificatoires qui traversent son discours, avec une représentation phallique puissante du père même si elle est déqualifiée : « *il rentrait de l'usine où il donnait des ordres aux ouvriers pour rentrer dans sa famille et continuer de donner des ordres il quittait jamais l'usine quoi voilà quoi* ». Et pour JUGNIET (2001), p.276, « si le phallus est vécu comme le représentant agressif de la toute puissance et du narcissisme c'est qu'il l'est resté, c'est que la problématique de la castration n'est pas réglée d'où la culpabilité et l'angoisse ». Elles sont effectivement vives chez Liliane, même si nous pouvons percevoir les avancées dans sa réflexion et sa construction psychique, qui interrogent le modèle familial.

Pour autant, la souffrance intra-familiale a été telle dans les relations parentales, avec un manque paternel important non structurellement mais éducativement : « *Ben disons que quand mes parents ont divorcé je suis partie avec ma mère et euh il s'est pas vraiment occupé de nous, il a jamais aidé ma mère à nous élever, il a jamais vraiment été présent pour moi on avait aucune relation comment dire d'éducation il s'est pas préoccupé de, hum pour moi d'ailleurs euh maintenant j'ose dire que mon père est un con hum* », qu'il s'est opéré un glissement substitutif sur ses frères « *parce que mes frères ce sont deux personnes qui me tiennent à cœur énormément grâce à elles j'ai pu grandir mon frère aîné m'a c'est mon frère c'est pas mon père mais il m'a fait des cadeaux il m'a fait des cadeaux que j'aurai aimé que le père fasse et qu'il a pas fait et hum j'ai beaucoup appris avec eux et on apprend encore et quand je pense à tous les bons moments que j'ai passés avec des fois c'est un peu de la*

*nostalgie parce que j'aimerais bien que ça continue surtout au moment où on a été tous les trois, on dû vivre tous les trois, grandir tous les trois ensemble et du coup implicitement tout le monde a pris sa place au cœur de ce lien fraternel qu'on avait noué tous les trois et euh tout le monde a pris sa place tout le monde savait plus ou moins le rôle qu'il avait à jouer ».*

Etant donné les éléments pointant une structuration psychique sur le mode œdipien, l'angoisse que vit Liliane est une angoisse de castration, qui donne la marque à une névrose d'abandon forte doublée d'une angoisse de la séparation, et d'être seule, rejetée, en lien avec une culpabilité de nature œdipienne. Et cette angoisse d'abandon névrotique que nous percevons chez Liliane trouve, selon CHABERT (2008), p.17, « à la fois ses sources et ses effets dans mésestime de soi ( liée à sévérité du surmoi) mettant en évidence les doutes narcissiques » qui l'assaillent et contre lesquels elle lutte en cherchant appui sur les autres tout en souhaitant éviter le regard de l'autre, en se repliant sur elle-même .

➤ *Au 16PF5 : **un score d'anxiété modéré** : son score d'anxiété est très élevé ( 9).* Nous le relierons ici au contexte dans lequel l'épreuve a été administrée. En effet, elle était dans une période d'intense doute quant à ses chances de réussite au concours, sur fond de conflit avec son père. Elle s'est montrée très inquiète concernant son avenir. Ces éléments (doute et inquiétude) se retrouvent d'ailleurs dans le questionnaire puisque le facteur O (inquiétude et doute) est très élevé : 20 . Ce score converge avec les données issues du rorschach et des entretiens qui pointent aussi une forte angoisse, tout en nous en indiquant mieux la nature.

## **Conclusion**

Nous voyons bien au travers de l'analyse des données cliniques de Liliane que « le dialogue des choix d'objet qui constitue le soubassement conflictuel crucial dans la névrose, l'oscillation entre identification masculine et féminine sert de support d'expression à l'ambivalence des sentiments d'une part et d'autre part à la conciliation des positions passives et actives, sadiques et masochistes, au sein d'organisation sexuelle qui maintiennent l'investissement objectal jusque dans les questionnements identificatoires » comme le dit

CHABERT (2008), p.14. De plus, le « dualisme pulsionnel [...] apparaît dans le soutien libidinal ou agressif des scénarios relationnels, même si parfois les émergences pulsionnelles sont débordantes et déstabilisent les processus secondaires », p.14. En effet, la castration symbolique vécue par Liliane à travers son échec au concours et les angoisses qui s'en suivent, ne font que la déstabiliser dans ses défenses névrotiques habituelles pour utiliser des défenses plus narcissiques. Selon CHABERT (2008), il arrive aussi dans la névrose, comme nous avons pu le repérer, qu'il y ait une « expression pulsionnelle violente surgisse de manière crue, directe, montrant le risque d'invasion et de débordement si la figure fantasmatique est précaire et absente » mais poursuit-elle « les représentations associées rendent toujours compte du caractère vivant de la pulsionnalité qui maintient par voie associative et langagière, le fil libidinal des investissements ». C'est tout à fait ce que nous retrouvons chez Liliane tout au long de l'entretien, du Rorschach où malgré le repli narcissique, le lien à l'autre est maintenu, se découvre en filigrane et se trouve être porteur de son questionnement, de son introspection.

Ceci renvoie bien à l'assertion de JUGNIET (2001) pour qui le sujet névrotique peut être déstabilisé par des événements forts, les aléas de l'existence, mais son fonctionnement pour autant n'est pas désorganisé. Liliane elle-même en sait quelque chose, en sent quelque chose quand elle affirme métaphoriquement lors de la phase associative de P.I : *« un papillon : **(Liliane)** à un envol et le fait que il faut prendre ses ailes il faut aller de l'avant toute seule et c'est difficile parce que j'ai peur et l'envol c'est comme un envol du nid et c'est pas facile –(psychologue) pas facile ? –(Liliane) non parce que j'ai peur de l'image là c'est exactement parce que j'ai l'impression de voir aussi une dame dans cette image qui s'appuie sur une toute petite portion de terre avec des grandes ailes et euh un moindre coup de vent peut la déséquilibrer et c'est pas facile dans le sens où j'ai peur que la moindre défaite me fasse tomber et que j'y arrive pas –(psychologue) une défaite ? –(Liliane) oui comme l'échec de mon concours c'est une défaite qui m'a beaucoup touché et beaucoup remise en question du coup d'autant que au niveau scolaire j'avais jamais rien raté jusque-là mais j'essaie de comprendre pourquoi j'arrive à prendre conscience que je peux quand même me remettre debout - (psychologue) vous avez confiance en vos capacités ? –(Liliane) oui ».*

Concernant particulièrement cet échec à ce concours et le retentissement psychique qu'il a sur Liliane, peut-être serait-il à relier l'hypothèse mettant en lien l'inhibition de la pensée et le travail intellectuel comme le reprend EMMANUELLI (1996), p.264 : « penser « c'est aussi penser la mort du père, c'est-à-dire affronter la question des fantasmes originaires[...]. Par l'inhibition, ce trouble de la pensée, le sujet tout à la fois maintient

refoulées ces pensées tout en se gardant d'y penser, mais c'est au prix du sacrifice de sa propre pensée ». Liliane est torturée par son échec, et on voit peut-être ce mécanisme d'inhibition en lien avec la conflictualité avec son père, largement associé au choix de métier « *j'ai fait un coup de blues par exemple parce que j'avais échoué à mon concours et que je me demandais si j'allais pouvoir me réinscrire quand même je dis ça mais en même temps ça me fait penser que je sais même pas vraiment si c'est ce métier que je voudrais faire j'ai choisi comme ça et puis aussi parce que pour mon père il faut un métier intellectuel, il faut être brillant comme s'il y avait des sous métiers* ». Tout se passe alors « comme si le principal dans le succès était d'aller plus loin que le père et comme s'il était interdit de le dépasser » (EMMANUELLI (1996), p.164). Et comme si, aussi, il lui était encore difficile de choisir entre continuer ou non à rester inscrite dans le désir du père. Et EMMANUELLI (1996) de continuer en disant que « l'inhibition ( du penser) est associée à la problématique œdipienne, impliquant les vœux parricides insoutenables », p.164. D'où alors, l'auto punition par l'échec et la souffrance à poursuivre cette voie, et donc à avoir continué à souscrire au désir du père.

Enfin nous terminerons en pointant que tout le protocole (Rorschach et entretien) est marqué du sceau de la conflictualité psychique entre désir et défenses et d'une mentalisation de grande qualité qui du coup permet de protéger Liliane en cette période de remise en questions et de doutes.

# CONCLUSION

*« [...] Et faire une fin, commencer*

*La fin, c'est de là que nous partons »*

T.S Eliot (cité par RYBAS D., 2000, p.105)



## 1- Résultats de la recherche

Les hypothèses que nous allons reprendre une à une se sont dégagées comme il convient de le rappeler de notre hypothèse centrale:

*Plus le fonctionnement défensif est dominé par l'inhibition et l'intériorisation des pulsions agressives avec une absence de manifestation de l'angoisse, plus l'agir risque de se situer sur le versant somatique. A contrario plus le fonctionnement défensif est dominé par la projection – externalisation des pulsions agressives avec une angoisse massive et bruyante, plus l'agir risque de se situer sur le versant comportemental.*

Elle s'est déclinée pour nos trois sujets en fonction des éléments théoriques développés comme suit :

Pour le sujet limite :

**H1:** *Au sein du fonctionnement limite, la qualité de la mentalisation serait le plus souvent pauvre avec une symbolisation des pulsions agressives problématique, marquée par une projection de l'agressivité ou bien par un traitement factuel. L'espace imaginaire serait quant à lui riche mais inefficace parce que débordant et débridé et marqué par une destructivité non contenue.*

Les éléments offerts par le protocole nous permettent de conclure à une mentalisation pauvre et déficitaire marquée par une qualité de symbolisation des pulsions agressives très médiocre. En revanche, l'espace imaginaire attendu comme riche s'avère aussi déficitaire et quand il apparaît c'est sur le versant morbide et destructeur. Selon BERGERET (2003) « chez les états limites où l'on reconnaît une défaillance des fonctions imaginaires au profit des mises en action dans le registre comportemental ou corporel, exempts tous deux de représentativité mentale, on assiste à une véritable sidération des capacités imaginaires et à un éventuel rapproché consécutif très anxiogène entre le réel et le symbolique, sans médiation » p.389.

**Seule l'hypothèse sur la mentalisation tend à être confirmée ici et celle portant sur l'espace imaginaire se trouve infirmée, puisqu' au contraire, il est bridé, réprimé.**

**H2** : *Au sein du fonctionnement limite, le masochisme moral et mortifère tiendrait une place prépondérante. Le sujet l'exprimerait au travers de ces différentes conduites pathogènes ( tentatives de suicide, auto-mutilation, conduites d'échec répétées..)*

Les données du protocole nous offrent beaucoup d'éléments en faveur de cette hypothèse tant le masochisme tient une place prépondérante dans le fonctionnement du sujet : plusieurs tentatives de suicide (lors de séparation, éloignement de l'objet et accumulation d'événements externes prenant la signification de perte de l'objet) ; conduites d'échecs répétées au niveau sentimental, complaisance dans la situation de souffrance, attaque du corps. Le masochisme semble même constituer l'un des modes relationnels privilégié et se pose comme le corollaire de la dépendances anaclitique à l'objet qui la met dans une position de tout accepter pour ne pas risquer la perte de l'objet, support de son narcissisme .

**Même si Annie ne présente pas, au vu du test de Rorschach, une organisation structurale masochiste, son comportement et sa relation affective semblent bien sur certains plans présenter des traits sadomasochistes.**

**H3** : *Lorsque les mécanismes sont d'ordre projectif marqués par une prédominance de l'identification projective et de la projection, alors le risque de passage à l'acte sera tourné vers l'extérieur sur le versant comportemental pour lutter contre une angoisse supposée de perte de l'objet.*

La prédominance des mécanismes projectifs (projection et identification projective) se révèle fortement tout au long du protocole, l'amenant à une externalisation des pulsions agressives sans aucune possibilité de symbolisation et entraînant des passages à l'acte sur le mode comportemental (tentative de suicides, comportement compulsif téléphonique, de mails, instabilité motrice). D'autres mécanismes de défense plus primitifs sont opérants dans son fonctionnement tel que le clivage, les défenses narcissiques, l'idéalisation, le déni de la réalité du sexe de la femme. Tout cela lui permet de lutter contre une angoisse de perte d'objet, qui s'avère inélaborable et intraitable mentalement, comme nous l'avons évoqué dans l'analyse.

**Cette hypothèse tend donc à être confirmée.**

Pour le sujet somatisant chronique

**H4** : *L'extinction de cette vie pulsionnelle se traduirait par une défaillance de la mentalisation que nous nous attendons à trouver mauvaise notamment du point de vue de la symbolisation des pulsions agressives avec un traitement factuel ou un évitement du rouge. Et L'espace imaginaire serait aussi réduit notamment sur le plan des liaisons associatives.*

La mentalisation s'avère effectivement défaillante sur le plan de la symbolisation des pulsions agressives (traitement factuel du rouge, évitement du rouge avec dans un second temps une projection crue). Quant à l'espace imaginaire, il se révèle pauvre, réduit, bridé marqué par une qualité associative réduite.

**Cette hypothèse tend donc à être fortement confirmée.**

**H5** : *Le fonctionnement psychosomatique serait marqué par l'existence d'une grande composante masochiste.*

Le fonctionnement psychique du sujet est bien marqué par une grande composante masochiste (conduites d'échecs répétées, un fatalisme, une résignation face à la maladie, une attitude sacrificielle face à son désir)

**Cette hypothèse tend donc à être confirmée.**

**H6** : *L'action conjuguée de la répression sur l'appareil à penser et l'inhibition des motions hostiles conduirait aux somatisations qui apparaîtraient en lieu et place des manifestations d'angoisse à travers le fonctionnement opératoire.*

Nous ne nous trouvons pas devant un fonctionnement opératoire rigidement structuré. Mais les mécanismes d'inhibition et de répression des pulsions agressives semblent prédominants dans son fonctionnement et conduisent vers un agir sur le versant somatique sans manifestation d'angoisse, dont la nature est difficile à déterminer eu égard aux données.

**Cette hypothèse tend à être confirmée.**

Pour le sujet témoin, normalo-névrotique

**H7 :** *Dans le fonctionnement névrotico-normal, le sujet est capable d'évoquer tout à la fois des mouvements de haine et d'amour vis-à-vis d'un même objet sans avoir peur de le détruire, et d'être détruit par lui en retour, et ce, de façon socialement acceptable c'est-à-dire par le biais d'une symbolisation de qualité des pulsions agressives.*

La symbolisation des pulsions agressives au sein du fonctionnement normalo-névrotique que nous avons étudié s'avère de manière indéniable de grande qualité assortie d'un espace imaginaire luxuriant même s'il peut parfois débordé le sujet mais sans jamais en désorganiser son fonctionnement. L'évocation de la haine et de l'amour se fait dans une liaison pulsionnelle effective et socialement acceptable.

**Cette hypothèse tend à être confirmée.**

**H8 :** *Le masochisme au sein du fonctionnement névrotico-normal devrait recouvrir l'allure d'autopunition en lien avec un sentiment de culpabilité vis-à-vis de l'agressivité exprimée envers l'objet donc en relation avec l'objet.*

Le masochisme traverse les données du protocole mais toujours en lien avec un substrat objectal, jusque dans la manière de traduire verbalement ses cauchemars. C'est par l'autopunition et en lien avec un sentiment de culpabilité d'allure œdipienne qu'elle le manifeste.

**Cette hypothèse tend à être confirmée.**

**H9 :** *Dans le fonctionnement névrotico-normal on s'attend à retrouver une organisation défensive marquée par une prévalence des processus secondaires et se mettrait en place face à une angoisse de castration.*

Le mécanisme défensif prédominant se révèle être le refoulement associé à des mécanismes d'intellectualisation, d'isolation affective, d'inhibition, de formation réactionnelle. Son organisation défensive s'avère souple et diversifiée pour faire face à une angoisse de castration caractéristique de son fonctionnement.

**Cette hypothèse tend à être confirmée.**

**Au final, sur 9 hypothèses 8 tendent à être confirmées et une est infirmée, celle sur l'espace imaginaire du sujet limite qui s'avère plutôt déficitaire que débordant et riche comme l'avions postulé.**

Nous nous permettons donc d'en conclure, au vu des données de nos trois sujets que notre hypothèse centrale se confirme : *plus le fonctionnement défensif était dominé par l'inhibition et l'intériorisation des pulsions agressives avec une absence de manifestations de l'angoisse plus l'agir s'est situé sur le versant somatique. A contrario, plus le fonctionnement défensif était dominé par la projection-externalisation des pulsions agressives avec une angoisse massive, plus l'agir s'est situé sur le versant comportemental. En revanche, lorsque le fonctionnement défensif s'avère souple et varié, comme c'est le cas de Liliane, avec une angoisse de castration alors le risque d'agir diminue, canalisé par la voie mentale, d'autant plus que celle-ci est de qualité associée à un espace imaginaire riche.*

## 2- Discussion

### *2.1 Quelques éléments diagnostiques*

Nous étions partis de la distinction théorique des fonctionnements limites avec externalisation des pulsions agressives versus fonctionnement psychosomatique avec inhibition et répression des pulsions agressives. Et au final, l'épreuve projective nous a permis de repérer que nous nous trouvons ici, avec ces deux sujets, face aux deux facettes de l'organisation limite (comme l'a souligné SMADJA, 2001), et non narcissique car, en référence à ce que SCHARBACH (1983, p.174) évoque des critères élaborés par MARCELLI (1981), nous ne repérons pas, dans les données cliniques, de soi grandiose avec dévalorisation de l'objet, ni d'inflation du moi. Ici, le registre de l'investissement pulsionnel agressif prédomine. De plus, en référence aux travaux de TYCHEY (1992), ce qui spécifie la nature du conflit du sujet limite porte sur « un écart insupportable entre Idéal et désirs d'un côté, et Idéal et réalité de l'autre », p.1131. Et il s'avère que c'est effectivement bien le nœud de la problématique d'Axelle qui lutte entre ses désirs et l'Idéal familial, maternel. Et ajoute-t-il, « le fossé qui sépare ces deux derniers pôles est le plus souvent le facteur principal responsable de l'intense souffrance dépressive dont l'accumulation avec le temps va structurer

l'état de crise », p.1131. Enfin, la fragilité de la mentalisation constitue une autre caractéristique à laquelle correspond le fonctionnement d'Axelle qui présente une mentalisation médiocre et l'oblige à recourir tantôt à la voie comportementale, décharge d'agressivité, activisme, tantôt à la voie somatique avec une crise récidivante de son ulcère. Le type de relation à l'objet de nature anaclitique oriente aussi vers un diagnostic de fonctionnement limite tant ses modalités relationnelles s'inscrivent sur ce registre et répondent comme l'indique de TYCHEY (1992), p. 1131, « à une angoisse de perdre la proximité des objets investis (ou de ne pas la retrouver) ».

## *2.2 Le contre-transfert*

L'analyse du contre-transfert constitue pour nous un outil utile, incontournable à l'instar de ce que soutient DENIS (2006), p.343, « si nous pouvions faire un bon usage du contre-transfert ne constaterions-nous pas que nous avons encore un autre outil extrêmement précieux, si ce n'est indispensable ? ».

Aussi allons-nous revenir ici sur les spécificités contre-transférentielles qui semblent se dégager.

En effet, concernant le sujet limite, le contre-transfert est massivement marqué par l'angoisse, par la menace d'un danger imminent comme si je pressentais Annie sur le « fil du rasoir », capable d'une récurrence suicidaire impulsive et explosive tant la charge émotionnelle de l'entretien est forte et envahissante. J'ai reçu de manière vive sa souffrance, son angoisse, sa lutte contre la réalité de la séparation, son désespoir et son activisme. Et j'en ai été touchée au point où je me suis sentie investie d'une responsabilité forte de devoir l'aider et la protéger d'elle-même. Ceci serait aussi à rattacher au fait que l'entretien a eu lieu à son domicile, ce qui a levé certaines protections professionnelles : un bureau bien identifié, cadrant à minima la distance affective, un travail en équipe pluridisciplinaire avec le partage de la responsabilité, surtout du risque suicidaire, et la diffusion des éléments transférentiels et contre-transférentiels et la possibilité de contenir sa souffrance par une hospitalisation immédiate, une aide médicamenteuse adaptée. Le domicile a fragilisé mes défenses, mes repères professionnels tant comportementaux que psychiques. Cela a parasité mon écoute et ma possibilité de me distancier de son angoisse. De même, ma position de psychologue-chercheur et non de psychologue clinicienne en position d'exercice ne m'a pas autorisé les

mêmes interventions car je n'ai pas voulu sortir de ce cadre comme quand elle m'a proposé de parler avec sa mère et que j'ai refusé, ne souhaitant pas avoir à contenir aussi la souffrance de sa mère et ses questions, je ne voulais pas multiplier les sources d'angoisse pour moi, ne pas porter aussi les questionnements de sa mère. J'ai cherché en quelque sorte à me protéger. Malgré tout, j'ai été étreinte par cette angoisse comme je l'ai souligné plus haut bien après l'entretien avec une envie de la contacter, de m'assurer de son état. Ici, se pose la question, justement soulevée par BIROT et KAMEL (2006), de savoir « en quoi et dans quelles proportions l'analyse du contre-transfert oriente-t-elle l'interprétation ? La construction ? Et protège-t-elle de l'agir ? », p.330.

Pour le sujet somatique, c'est le contraire, aucune angoisse, peu d'empathie et de compassion. C'est plutôt le désert associatif et des pensées réduites à l'instar du fonctionnement du sujet. Mon contre-transfert est marqué par le manque : le manque de sens, le manque de vie psychique avec son corolaire, le côté mécanique des questions, de ma présence et un accrochage au discours, aux éléments transmis mais qui ne s'imprègnent pas. De même ici, la question du cadre se pose car les entretiens ont eu lieu chez elle. Et sur ce point, nous rejoignons le questionnement de BIROT et KAMEL (2006) à propos des « liens (à) établir entre le contre-transfert et le choix du cadre ? », p.330. Pour ce qui me concerne, j'étais gênée, préoccupée à l'idée de la déranger, ce qui est par ailleurs une de mes caractéristiques personnelles (la peur de déranger), d'essayer de lui prendre de temps le moins de temps possible, de ne pas occuper trop de place, et de ne pas la déstabiliser avec une éventuelle question d'autant qu'elle me précise rapidement qu'elle est en dépression. De plus, j'ai eu le sentiment qu'elle ne demande rien, qu'elle attend que cela passe. Je me trouve donc coincée avec un questionnement autour des limites de mon investigation : jusqu'où le sujet ayant consenti à une recherche accepte-il que le chercheur explore son psychisme, son histoire ? Comment alors interpréter les refus, les silences ? Les attribuer au fonctionnement psychique ? Les attribuer à cette limite que le sujet donne et se donne ? Ce questionnement a été tellement vif pour moi qu'il a fait l'objet d'une élaboration écrite, un an plus tard, autour de la transposabilité de l'investigation clinique dans le domaine de la recherche dans la mesure où les visées ne sont pas les mêmes. En effet, ce qui se joue dans un entretien-investigation psychosomatique à visée diagnostique et pronostique ne se situe pas sur le même registre que pour un entretien de recherche clinique qui viserait plutôt l'objectivation des données et où la position des deux interlocuteurs n'est plus du tout la même avec un renversement des demandes. Comment alors transposer ce type d'investigation dans une

recherche dans la mesure où dans le cas de la recherche, le chercheur est demandeur. Donc, comment laisser le sujet associer de lui-même autour d'une question de départ sans être trop interventionniste, et ce d'autant que le sujet peut avoir un fonctionnement opératoire (très peu de capacités d'élaboration, d'association...) ? Il y a alors nécessité de relancer le sujet pour obtenir des éléments venant mettre à l'épreuve nos hypothèses et qu'il ne donne pas de façon spontanée. Faudrait-il considérer que dans le cas qui nous occupe ce serait plutôt l'analyse de l'entretien qui serait d'ordre psychosomatique et qui se fonderait sur ses éléments théoriques et non l'entretien lui-même qui se caractériserait alors plus par son orientation semi directive avec une double visée anamnétique et exploratrice du fonctionnement, des potentialités psychiques... ?

Cette question de la demande reflète une problématique épineuse du chercheur en psychologie clinique face à un sujet en souffrance morale et-ou physique qui accepte de collaborer à une recherche. Dans le cas d'Axelle, ce qui corse notre questionnement et notre perplexité est lié au fonctionnement opératoire du sujet c'est-à-dire avec une faible capacité d'élaborer et l'utilisation massive de l'inhibition comme mécanisme de défense. A partir de quel élément pouvons-nous nous permettre alors d'attribuer ses réponses à ce fonctionnement davantage qu'à un refus conscient ou non que l'autre entre et le fasse entrer dans cette sphère ? Dans quelle mesure alors déontologiquement et éthiquement ne doit-on pas informer au préalable les sujets des « risques » que les questions liées à la recherche éveillent des événements douloureux ou amènent à aborder des points peut-être encore douloureux de leur histoire durant l'entretien, mais aussi après ? Quelle est alors la responsabilité morale du chercheur de venir soulever des points sensibles, à caractère peut-être traumatiques, sans avoir le cadre pour les contenir ? Dans quelle mesure le sujet lorsqu'il signe le document de consentement éclairé est-il réellement éclairé sur la nature de l'exploration psychologique et sa profondeur ? Et quelle conséquence, quels effets iatrogènes cela pourrait-il avoir dans le cas où on l'informe de cette profondeur ? Et la possibilité qu'il a de pouvoir se retirer à tout moment ne serait-ce pas là ce qui garantit au chercheur l'accord tacite du sujet d'explorer sa vie psychique et de ne pas rester dans un discours descriptif, historique, factuel ? Dans ce cas alors, ce questionnement ne serait-il que le fruit contre-transférentiel de ma rencontre avec ce sujet malade d'ulcère chronique ?

Par ailleurs, une autre question se pose celle de savoir ce qui est premier : le transfert ou le contre-transfert ? En effet, ma crainte de déranger, d'occuper trop de place précède ma rencontre avec Axelle, et la dépasse. Ce sont alors des signes comme ses oublis, sa tenue distante, sa sécheresse verbale qui ont réactivé cette crainte. Ils sont entrés en résonance avec



des caractéristiques personnelles indépendantes du fonctionnement d'Axelle et qu'un travail personnel n'a pas complètement levé. Dans quelle mesure alors, mon inhibition, mes préoccupations sur ce point n'ont-elles pas interféré sur le type de discours pauvre, réduit, peu élaboré, d'Axelle ? D'autant que comme le souligne DENIS (2006), « que nous le voulions ou non, le contre-transfert est l'espace même qui s'offre à l'expression du transfert. Il le contient, en permet le développement extensif ou au contraire le limite ou en brise le mouvement » p.349.

Il subsiste enfin une autre question et non la moindre : celle de la haine dans le contre-transfert. Nous avons beaucoup parlé des pulsions agressives du sujet et de leur destin, nous ne pouvions donc ici faire l'économie de cet aspect de la relation qui est selon WINNICOTT (1949) cité par DENIS (2006) inévitable avec tout type de sujet. Il s'agit seulement pour lui p.339 « de rester objectif à l'égard de ce que tout patient provoque, en particulier par rapport à la nécessité pour l'analyste d'être en mesure de haïr son patient objectivement. La haine « objective » est pour WINNICOTT une haine justifiée par le comportement du patient [...] et non par des projections de l'analyste. »

De fait, j'ai réagi par une formation réactionnelle contre l'agressivité à travers la crainte inconsciente (à ce moment-là ) de soulever une ligne de souffrance inattendue et violente, d'autant que j'ai interprété, ses actes manqués, ses refus dans le sens d'un évitement d'un sujet douloureux ou trop vif. De même, dans ma relation avec Annie, c'est par une formation réactionnelle contre l'agressivité (mon sentiment de devoir l'aider, la protéger) que je traite l'agacement, mêlé à l'angoisse d'avoir à gérer, *même* dans ma recherche, une situation compliquée et difficile avec un risque suicidaire. En fait, j'ai accueilli ses propos, ses attentes et son débordement pulsionnel de façon violente, directe et brute. Pour moi, dans la mesure où elle était sortie de l'hôpital son état devait être stable. Or, quand je l'ai rencontrée chez elle, c'était le contraire : elle était encore impulsive, torturée, angoissée.

Enfin, pour le sujet névrotique, mes associations s'enflamment avec une abondance de pensées, d'émotions empathiques, de projection, d'identification et de production imaginaire. Je vis un vagabondage riche en élaboration, en affects tant de plaisir que de déplaisir.

Il semble donc, au vu de ces éléments, que le caractère contre-transférentiel de la relation soit fortement corrélé à l'organisation psychique du sujet :

- pour l'organisation limite sur le versant externalisation, c'est l'angoisse qui domine.

- pour l'organisation limite sur le versant inhibition-répression, c'est le désert associatif et le manque qui prennent le pas sur les pensées et la vie psychique.
- pour l'organisation névrotique, c'est l'envolée associative et idéique qui prédominent mêlée à des affects de plaisir et de déplaisir repris dans un processus de liaison constructif.

Cependant, la question qui continue de se poser à nous ici, dans le cadre de cette analyse contre-transférentielle, c'est de savoir, comme le soulignent BIROT et KAMEL (2006) « jusqu'à quel point peut-on corréler les éprouvés contre-transférentiels au fonctionnement psychique du patient ? N'encourt-on pas le risque d'établir des liens de causalité linéaires, par essence réducteurs ? » p.329. Question à laquelle HEIMANN (1949) citée par DENIS (2006) p.342, répond en disant que « [...] le contre-transfert n'est pas seulement un fragment de la relation analytique, mais il est création du patient, il est une part de la personnalité du patient ».

### *2.3 Sur la mentalisation, l'espace imaginaire en lien avec l'organisation défensive*

Selon de TYCHEY (1992), pour que la mentalisation puisse opérer son travail de dégagement des conflits, de l'angoisse, des tensions pulsionnelles, du traitement des conflits en plus de la capacité à utiliser l'imaginaire dans une visée relationnelle, elle doit être associée à « une souplesse des défenses autorisant une élaboration des affects sur le plan mental, en particulier des affects d'angoisse et de dépression, enfin une capacité à élaborer sur un plan symbolique les émergences pulsionnelles sexuelles et agressives », p.1132. C'est ici uniquement le cas de Liliane.

Lorsqu'au contraire, la mentalisation, défailante, associée à des modalités défensives rigides, primaires et pauvres, ne joue pas son rôle d'interface, de traitement et d'élaboration des pulsions pour les rendre acceptables et communicables, l'orientation vers un agir, comportemental ou somatique se produit. C'est ainsi que, selon BERGERET (1991) cité par De TYCHEY (1994), p 244, « le comportement [...] (utilise) l'imaginaire dans un modèle relationnel qui n'est pas mentalisé, qui passe par des actes au lieu d'être mentalisé alors qu'une partie du somatique, le psychosomatique, constitue une façon d'utiliser le corps dans une

traduction relationnelle de l'imaginaire qui ne passe ni par le comportement ( du moins directement) ni par la mentalisation ». Cette assertion résume pour nous tout le sens des données offertes par les protocoles d'Annie et d'Axelle.

Nous avons d'un côté le protocole d'Annie, sujet limite qui est dominé par un débordement pulsionnel et une décharge projective. Alors que de l'autre côté, nous avons, avec les données d'Axelle, sujet ulcéreux chronique, un vide psychique, un désert fantasmatique et un fonctionnement marqué par « la morosité, l'inhibition, l'angoisse, la honte et la faible estime de soi au regard des idéaux du moi extérieurs et infantiles » (BERGERET (1995) cité par BRUSSET (2008), p. 305. Nous voyons bien aussi comment le fonctionnement limite suicidaire est centré sur l'extériorisation pulsionnelle avec des décharges brutes incontrôlables sur le versant comportemental autodestructeur alors que le fonctionnement limite psychosomatique est plus dominé par une intériorisation des affects agressifs, jusqu'à leur tentative d'effacement par l'inhibition et la répression, mais qui peuvent survenir sous mode de décharge aussi brutale, incontrôlable, massive sans mouvement de culpabilité .

De plus, comme le dit SCHARBACH (1983), « la facilité avec laquelle le sujet (limite) y (au passage à l'acte) recourt témoigne de la mauvaise maîtrise de l'agressivité, non neutralisée », p.102. Et il ajoute que « ces sujets, qui ne peuvent conserver une appréciation stable de leur propre valeur, [...], renvoyés à un sentiment d'incomplétude, à leur appréciation dépressive de soi compensée jusqu'alors par une hypervalorisation laissent se décharger leur tension agressive, sans possibilité de mentalisation ou de symbolisation », p.102. Pour lui, cette « décharge est syntone au moi du sujet qui ensuite ne la critique pas au plan éthique, n'éprouve pas de culpabilité. [...]. (par contre) il redoute avec lucidité les conséquences, s'il y en a eu, sur le monde extérieur. Ces deux attitudes rendent compte des effets du clivage et de la défaillance surmoïque », p.102. Ce que démontre Annie qui a besoin en permanence d'être rassurée de l'extérieur sur sa valeur en appelant sa mère pour être rassurée. Et Axelle s'inscrit dans le même registre avec ce besoin de s'appuyer à l'extrême sur l'opinion des autres pour se constituer la sienne ou s'y substituer.

Le clivage, témoin, selon SCHARBACH (1983), p.119, « d'un défaut de maturation du Moi, incapable de métaboliser les différentes introjections de valences contraires et d'intégrer et de développer les systèmes identificatoires, ce qui permettrait une neutralisation normale élaborée de l'agressivité », court-circuite donc le travail du Moi notamment dans le traitement de l'agressivité. Tout en essayant de l'écarter, il en empêche la régulation au niveau

du Moi. Mais de la sorte, continue-t-il, il protège « le sujet contre une angoisse intense primitive (et permet) au moi (le) maintien du bon objet séparé du mauvais hors de l'attaque de celui-ci, préserve le sujet d'une confrontation directe à l'ambivalence et à la souffrance dépressive liée à la perte de l'objet », p.119. Mais cette agressivité mal traitée, voire non traitée, va s'exprimée par « des passages (abruptes) de la dévotion à la haine » (p. 120 SCHARBACH, 1983 )

Les conséquences du clivage ne sont « pas seulement entre l'externe et l'interne » selon SCHARBACH (1983), p.126 « mais aussi entre psyché et soma, et conséquemment entre sensations corporelles et affects ». Ceci renvoie de manière bien synthétique aux données des protocoles d'Annie et d'Axelle, qui usent du clivage d'une manière capitale : la première entre l'externe et l'interne ; la deuxième entre ses sensations corporelles et ses affects.

Aussi SCHARBACH (1983) continue-t-il en mettant sur le même plan les réactions somatiques et les passages à l'acte quand il dit qu'ils « ont la même fonction de décharge pour préserver la réalité psychique », p.127. C'est ce que nous avons vu chez Axelle qui tantôt use d'agressivité verbale, externe sous mode de décharge et tantôt de somatisations. Ce qui oriente vers l'une ou l'autre voie ( externalisation versus internalisation des pulsions agressives ) c'est le type de l'organisation défensive que nous avons vu chez Axelle tournée vers l'intérieur avec l'inhibition et la répression et chez Annie vers l'extérieur avec la projection en masse, associées toutes les deux à une mentalisation et un imaginaire défailant.

En revanche, chez le sujet normalo-névrotique, la mentalisation de grande qualité ainsi que l'espace imaginaire luxuriant montrent une orientation vers le traitement mental des pulsions. Même si chez elle aussi, lors de débordement pulsionnel, des mises en acte sont possibles, sans devenir systématiques et avec un traitement mental, après-coup, freinant leur répétition.

## *2.4 Le conflit psychique*

Les modalités d'expression de la conflictualité psychique différencient ces trois fonctionnements. Pour CHABERT (1998), l'« extériorité conflictuelle, sa mise au-dehors en quelque sorte singularise les organisations mal mentalisées, et parmi elles, les

fonctionnements limites », p.25. Ceci rejoint l'argumentation de BERGERET (2003), pour qui « il est possible de considérer ainsi un état limite comme un sujet qui met en avant une frustration et une quémante narcissique toutes deux secondaires, non seulement pour traduire une déficience narcissique primaire plus ou moins importante, mais pour masquer et conjurer en même temps une angoisse de castration très intense qui n'a pu être élaborée, faute d'une représentativité paternelle suffisante, en une introjection surmoïque avec laquelle il pourrait se débattre dans le cadre d'un conflit intérieur à lui-même. Sans que la projection entre systématiquement en jeu [...] l'état limite fait tout de même porter son conflit sur l'extérieur, l'autre ; grâce aux clivages objectaux , c'est la partie « mauvaise » de l'autre qui devient le pôle extérieur persécutant, tout en reconnaissant que l'autre pourrait être « meilleur » ; l'ambivalence intérieure est reportée sur l'objet externe», p.387. Annie nous a donné entendre cette incapacité et cette souffrance narcissique importante dont elle se défend par la projection et le clivage. Axelle, quant à elle, comme le nuance BERGERET, en précisant la caractère non systématique de la projection, fait aussi porter sa conflictualité à l'extérieur , entre l'idéal du moi, venant du socius, de l'autre, modèle familial, maternel et la réalité.

Alors que dans le fonctionnement névrotique, le conflit se joue entre désir et interdit, désir d'arrêter sa formation de professeur des écoles et interdit signifié par son père en l'inscrivant dans cette voie intellectuelle : *« j'ai fait un coup de blues par exemple parce que j'avais échoué à mon concours et que je me demandais si j'allais pouvoir me réinscrire quand même je dis ça mais en même temps ça me fait penser que je sais même pas vraiment si c'est ce métier que je voudrais faire j'ai choisi comme ça et puis aussi parce que pour mon père il faut un métier intellectuel, il faut être brillant comme s'il y avait des sous métiers »*, entre instances intériorisées, le ça et le surmoi : *« **(psychologue)** Il vous l'a dit clairement-**(Liliane)** Non mais il le faisait comprendre »*, et sur une scène psychique « habitée par des représentations nourries des mouvements pulsionnels qui en constituent le noyau [...] et peuplée d'objets internes, représentables, mobiles et lourds d'affects » (CHABERT 1998, p. 26). Chez Liliane les affects sont à tonalité dépressive, en lien avec l'angoisse de castration, la peur de l'échec et de perdre l'estime de son père tout en étant en conflit devant son choix de métier, devant la question de rester inscrite dans le désir du père ou d'y renoncer : *« Pl.4 : **un bonhomme avec des grosses chaussures** : je l'avais trouvé rassurant comme les clowns mais ce que je trouve bizarre dans cette image c'est que à la fois j'aime ce côté des grandes chaussures rassurantes mais j'aime pas du tout cette image je la trouve effrayante est-ce que c'est le fait aussi que moi les clowns m'ont jamais fait peur mais y'a beaucoup de personnes qui me disent que elles ont peur des clowns ils ont un masque ils se cachent derrière leur*

*masque et là j'aime que les pieds avec le coloris plus clair le reste n'est pas rassurant » / «Un aliène prêt à vous attaquer : le triangle et les bras bizarres à une série télé qui me fait peur même si je sais que c'est faux ça me fait penser aussi à quand j'étais petite j'avais peur du noir parce que je pensais comme beaucoup d'enfants qu'il y avait une bête sous mon lit et ma mère me laissait une petite lumière jusqu'à ce que je m'endorme mais mon père ne voulait pas » .*

## 2.5 La relation à l'objet

Chez le sujet normalo-névrotique, la relation à l'objet se révèle génitale, marquée du sceau œdipien. Les imagos paternelle et maternelle sont bien différenciées, comme le montre ce qu'elle dit de son père « *mon père rentrait à 17h et qu'il fallait que ça tourne à la limite je suis en train de penser il rentrait de l'usine où il donnait des ordres aux ouvriers pour rentrer dans sa famille et continuer de donner des ordres il quittait jamais l'usine quoi* », pointant une (représentation phallique puissante du père même si elle est déqualifiée par ailleurs...), et ce qu'elle dit de sa mère au rorschach, preuve d'une grande sensibilité au contenu latent des planches : « *Planche maternelle : silence j'hésite entre la 3 et la 7 je dirai celle-ci parce que on voit un corps de femme comme j'avais dit la femme avec les plumes* » et la symbolisation sexuelle est bonne : « *P.III : deux madames avec des talons aiguilles pareil face à face* ». Nous l'avons vu dans la névrose comme le souligne BRUSSET (2008), « l'organisation est suffisamment structurée pour que la triangulation œdipienne et le refoulement régulent le système des identifications, la définition de l'objet de désir et leurs rapports mutuels dans la double référence à la différence des sexes et des générations. L'angoisse typique est l'angoisse de castration. Cette structuration œdipienne et l'accès au « primat génital » assurent l'appréhension de l'objet en tant que différent de soi, le souci pour l'objet et la perception de sa totalité, sa réalité et son altérité. En dépit des pertes d'objet, le moi reste solide et stable, la pensée logique, les affects nuancés, mobiles, déplaçables », p.301.

Chez le sujet limite et le sujet somatisant, la relation à l'objet est de nature anaclitique, les deux manifestant un fort besoin d'étayage sur l'autre et une relation de dépendance à l'objet maternel, même si Axelle cherche à ressembler à sa mère, à être comme elle alors qu'Annie cherche à tout prix à s'en différencier ( chirurgie de son nez pour ne pas être comme

sa mère, pour se refaire un nouveau nez, nouveau-né ? comme s'il fallait en passer par une expérience dans le réel et dans le réel du corps pour trouver cette séparation-individuation, comme si elle devait se payer du prix de la douleur). BERGERET (1974) considère que dans ce type de relation « c'est tout autant de l'un que de l'autre des parents qu'il s'agit d'être aimé et aidé ; GRUNBERGER (1958) a montré que ces parents ne se trouvaient pas encore situés dans une économie authentiquement génitale ; c'est donc ces deux parents à part égale qu'il s'agit d'agresser et de maîtriser analement », p.144. Ceci se révèle dans le protocole rorschach d'Annie pour qui les imagos parentales se trouvent indifférenciées : les représentations sont du même ordre pour l'imago paternelle et maternelle avec même une insistance du sujet « un autre type de monstre » soulignant l'indifférenciation des imagos. BERGERET (2003) avance que chez le sujet limite, la fonction paternelle passe par la parole de la mère et avec ses « yeux[...] (qui) renvoient l'image non d'un être paternel sexué et porteur de la loi, mais l'image d'une autre « grand », peu différent de la mère et rival de celle-ci dans la lutte pour le pouvoir phallique ». Du coup, ajoute-t-il, « tout le champ de l'imaginaire que devrait traduire le symbolique œdipien se voit scotomisé et il n'y a aucune liaison, aucun écho entre le père perçu dans la réalité et l'inscription symbolique inconsciente qui est prête à lui donner un sens œdipien dans le réel par le moyen de l'imaginaire » p. 390. La liaison entre le réel et le symbolique ne se fait donc pas par le biais de l'imaginaire marqué du sceau de l'œdipe.

En revanche dans le rorschach d'Axelle, seule l'imago paternelle est figurée à travers une représentation phallique mais fondamentalement dépressive. L'imago maternelle est, elle, évacuée par un refus des deux planches maternelles. C'est l'entretien qui nous permettra de saisir ce type de relation anaclitique et à sa mère qui est idéalisée, admirée pour éviter toute émergence pulsionnelle agressive, risquant de la submerger. C'est cette idéalisation tant chez Annie pour son petit ami que chez Axelle pour sa mère qui, comme le dit BRUSSET (2008), se référant aux travaux de BERGERET (1974), « rend possible le transfert idéalisant, qui vient renforcer cet aspect anaclitique de dépendance vis-à-vis d'un objet idéalisé, devenu un support nécessaire au fonctionnement psychique », p. 303. Chez Annie, ce transfert idéalisant, teinté de projection paternelle, est criant dans l'investissement de sa relation virtuelle d'abord puis réelle avec Yvon.

Enfin, comme le souligne BERGERET (1974), « c'est avec des ambitions démesurées de bien faire, pour conserver l'amour de l'objet et la présence de l'objet, que ces sujets vont aborder leur vie relationnelle, beaucoup plus qu'avec des culpabilités d' « avoir mal fait » sur le mode génital et œdipien et d'en être puni par la castration », p.149. Chez Annie c'est tout à

fait ça, elle va se transformer physiquement, elle va essayer d'être à la hauteur de bien faire pour garder son ami, et c'est même ce qui la travaille pendant la séparation « je cherche comment le récupérer » et non la culpabilité d'avoir mal fait, qui l'assaille ; de même chez Axelle avec son envie de bien faire, d'être aussi bien que ses sœurs. Alors que chez Liliane, la l'échec à son concours, sa réaction vis-à-vis de sa mère qui a pris la décision de partir, entraînent des sentiments de culpabilité et des attitudes d'autopunition et génèrent une introspection, un travail d'élaboration de ces conflits et non une mise en acte systématique pour extérioriser les tensions.

Et si le masochisme trouve une plus grande exacerbation dans le fonctionnement limite, c'est en lien, selon CHABERT (2008), avec « l'acuité de la problématique sexuelle et de ses fondements œdipiens. », p.398. En effet, Chez Liliane, le masochisme peut se retrouver dans sa conduite d'échec qui traduiraient « la force de la culpabilité et la nécessité d'en passer par la punition » (CHABERT 2008, p.400). Alors chez les sujets limites, le masochisme de nature morale « passe par des troubles du comportement souvent déterminées par des mouvements autodestructeurs » (*op.cit.*, p.400).

## 2.6 L'angoisse

L'angoisse au sein des trois fonctionnements prend des tonalités différentes.

Chez le sujet normalo-névrotique, elle est de toute évidence une angoisse de castration qui trouve ici une belle illustration : « *Planche moins aimée : la 4 parce que j'avais vu au début mon bonhomme aux gros pieds un bonhomme tendre et au final elle m'inspire de l'inquiétude avec ce visage pointu et on a l'impression du coup que tout est avalé et ce bonhomme il est pas agréable* ». Liliane lutte entre ses désirs et les interdits : « *j'ai fait un coup de blues par exemple parce que j'avais échoué à mon concours et que je me demandais si j'allais pouvoir me réinscrire quand même je dis ça mais en même temps ça me fait penser que je sais même pas vraiment si c'est ce métier que je voudrais faire j'ai choisi comme ça et puis aussi parce que pour mon père il faut un métier intellectuel, il faut être brillant comme s'il y avait des sous métiers* » ; entre les motions hostiles et la tendresse assortie d'une culpabilité : « c'est quelque chose que **je m'interdis** et que **je m'interdisais** de dire alors que aujourd'hui j'ai le droit, **je me suis accordé le droit de le dire** c'est euh je le chante pas à tue-tête **c'est pas si facile quand même de le dire et de le penser** », faisant allusion à la



rancœur vis-à-vis de son père et de sa mère.

Alors que, selon BERGERET (2003), « l'état limite cherche à vivre en deçà de besoins pulsionnels qui lui semblent trop risqués, non pas simplement dans une optique de la castration, mais en rapport avec un sentiment de menace pour sa vie même. Il préfère vivre en état de « dé-pression » pulsionnelle plutôt que de risquer son sort dans l'expression pulsionnelle ». Le rorschach d'Annie nous le donne à entendre avec l'alternance de répression et décharge pulsionnelle incontrôlée ; celui d'Axelle avec la massivité de l'inhibition et de la répression. Et pour BERGERET toujours, « la dépression essentielle demeure réactionnelle chez l'état limite, ce n'est pas elle qui conduit au suicide ; la dépression porte avant tout sur le silence imposé aux pulsions pour essayer de conserver le droit de vivre devant les autres et avec leur aide. C'est l'échec seulement du mécanisme dépressif qui conduit l'état limite à la mort, seule façon pour lui de récupérer l'autre de force, définitivement... », p.389. C'est ce que nous saisissons du sens et de l'intention des gestes suicidaires d'Annie : récupérer l'autre. Et chez Axelle c'est bien son entrée dans la dépression qui la protège de l'acte suicidaire, qui reste à un niveau idéatif. Même si à cela nous pouvons ajouter que l'investissement objectal constitue aussi une protection contre le passage à l'acte suicidaire effectif dans la mesure où chez Axelle, cet investissement est maintenu avec sa mère, son petit ami alors que chez Annie, c'est la rupture de ce lien ou le risque de rupture qui entraîne ses raptus suicidaires.

Au final, comme le résume BRUSSET (2008), p.344, « il semble que, dans la problématique de l'organisation psychique limite, l'essentiel soit, d'une part le caractère inintégrable de l'ambivalence pulsionnelle, laquelle rend impossible l'élaboration du deuil originaire de l'objet primaire maternel, de la détresse primaire ou si l'on veut de la « castration primaire », d'autre part l'échec de la constitution de la différence des sexes et des générations. Il en résulte, de manière relativement diverse, des rapports aux objets et à soi-même qui sont une menace narcissique insupportable ». Ceci s'observe, continue-t-il, « sur le plan dynamique (avec) l'échec du refoulement au profit des mécanismes de déni et de clivage ; sur le plan économique, de la faiblesse du travail d'élaboration et de symbolisation et du risque de débordement traumatique, d'effondrement dépressif, de perte de sentiment d'identité, et plus précisément du sentiment de continuité et de valeur de l'expérience de soi ». Annie, en effet, ne se sent exister et narcissiquement valorisée que sous le regard de son petit ami. La séparation lui fait traverser un épisode aigu d'angoisse intolérable pour le moi et intraitable par la voie mentale. « L'expression agie est la seule voie de décharge de cet affect douloureux marquant là l'impossibilité du patient limite à lier l'angoisse à des contenus ou

des processus mentaux structurants » comme le souligne MORASZ (2008), p. 37. Axelle, quant à elle, ne se sent narcissiquement valorisée que si elle se conforme à l'idéal familial et maternel. Tout éloignement de cet idéal provoque une angoisse inélaborable et l'amène la dépression.

Et pour CHABERT (2008), la différence dans l'organisation psychique névrotique et limite, se trouve dans le déclin du complexe d'Oedipe qui doit s'opérer au moment de l'adolescence. Se met alors en place dans la névrose un mouvement d'intériorisation des interdits, des limites, et la mise en place d'un conflit entre instances le ça, réservoir pulsionnel et le surmoi. Alors que dans le fonctionnement limite, ce mouvement n'a pas lieu, « ce mouvement d'intériorisation se révèle défaillant », p.390. Elle ajoute même que «le relais est pris alors par d'autres moyens de résolution des pulsions, en l'occurrence le recours au corps et au comportement par la voie de l'externalisation et de la mise en actes », p. 390.

De plus, ce « défaut d'intériorité » commun à nos deux sujets aux fonctionnements limites, est responsable, selon MORASZ (2008), p.164, « de la difficulté à être seule », et nous ajouterons à rester seule, « de la dépendance, de l'impulsivité, de l'anaclitisme de la relation d'objet, du besoin d'étayage du moi sur celui de l'autre ». Nous avons pu largement le repérer chez Annie et Axelle.

C'est alors selon nous, l'organisation défensive, la qualité de la mentalisation et la nature de l'angoisse qui vont donner son orientation à ce recours (somatique, agir comportemental, mental).

### *3- Perspectives de recherches et thérapeutiques*

#### *3.1 Pour la recherche*

- La question de l'interaction du sujet avec son environnement ressortant ici comme cruciale pour l'organisation de sa personnalité, peut-être serait-il alors intéressant et judicieux de mener une recherche cette fois qui porterait sur le sujet limite, sa mère et son père de façon à essayer de saisir la place du père, dans le discours de la mère et dans la réalité psychique du sujet, comment le père tient ou non cette place, comment il s'en débrouille. La fonction paternelle, en effet, est fondamentale, pour ne pas dire fondatrice, dans l'organisation de la personnalité. Nous l'avons vu pour les trois sujets, cette question se pose mais se résout de

manière très différente et à des niveaux de désorganisation variés. Or, dans ce contexte de mouvance sociale, de mouvance du premier lieu de vie de l'enfant : la famille, il serait intéressant de voir comment cette fonction résiste ou non à cette mouvance. Et quels en sont les retentissements sur la construction psychique de l'enfant et sur un risque d'organisation limite de la personnalité ?

- Un autre sujet de recherche pourrait s'orienter autour de la place des émotions dans l'équilibre psychosomatique en approfondissant la question de l'alexithymie et du fonctionnement opératoire, en puisant cette fois davantage dans la littérature anglo-saxonne. En effet, trois questions majeures demeurent en suspens :

- Les conditions d'une structuration primaire par rapport à celles d'une structuration secondaire.
- Le caractère structurel ou défensif de ce type de fonctionnement dans le sens de la question posée par HAUWEL-FANTINI et PEDINIELLI (2008) « s'agit-il d'une variable dispositionnelle conduisant à une vulnérabilité aux troubles psychosomatiques [...], aux troubles anxieux et dépressifs ? ou encore s'agit-il d'un état défensif, réactionnel à la détresse psychologique [...]? », p. 278.
- les conditions de l'évolutivité ou de la non évolutivité de ce mode de fonctionnement avec une étude nécessairement longitudinale.
- L'impact de ce mode de fonctionnement sur la prise en charge thérapeutique.

- Une autre piste serait d'essayer de mettre en lien la question de la dépendance affective et de l'alexithymie, en s'appuyant parallèlement au recours aux épreuves projectives, sur des questionnaires validés comme la IDI (Inventaire de dépendance interpersonnelle) de HIRSCHFELD et al. (1977) sachant que ces auteurs définissent la « dépendance interpersonnelle » comme « un ensemble de sentiments, de croyances et de comportements qui se traduisent par le besoin d'interagir et d'être constamment en contact étroit avec des personnes chères ou estimées, afin d'être rassurés » (LOAS et col. 1993), p.538. Cette échelle est d'autant plus intéressante que des études, comme celle de OTMANI et col. (1999), concluent à une relation entre alexithymie et dépendance affective avec l'existence d'une dimension commune, la dépression. Cette notion de dépendance affective a été conceptualisée, selon SPERANZA, JEAMMET et col. (2003), « à partir de la théorie psychanalytique des relations d'objet, mais également des théories éthologiques telles

l'attachement et l'apprentissage social des comportements. Cette dimension de la personnalité a été investiguée, surtout par HIRSCHFELD et al., à travers l'Inventaire de Dépendance Interpersonnelle (IDI), essentiellement dans l'alcoolisme, la dépression et les maladies psychosomatiques » pour ce qui nous intéresse. Elle « peut être considérée comme un facteur de risque pour de nombreuses autres pathologies somatiques et psychiatriques », p.68. C'est ainsi que, récemment, même si c'est sur une population présentant des troubles addictifs, SPERANZA, JEAMMET et col. (2003) soutiennent « l'hypothèse qu'une dimension dépressive peut faciliter le développement d'une dépendance interpersonnelle chez des sujets alexithymiques vulnérables », p.65. De fait, élaborer des recherches autour de ce lien permettrait de nous aiguiller sur les modalités d'adaptation thérapeutique pour mieux répondre aux besoins du sujet et tenir compte de son fonctionnement psychique.

Il conviendra alors dans une éventuelle recherche qui tentera de mettre en lien ces trois dimensions d'utiliser des échelles psychométriques comme l'IDI, la TAS-20 (Echelle d'alexithymie de Toronto) de LOAS et col. (1996), la BDI-13 (inventaire de dépression de BECK (1961)) pour le versant actuel de la dépression, la DEQ (Depressive Experience Questionnaire) de BLATT et al. (1976) qui évalue, comme le résume SPERANZA et col. (2003), les rapports interpersonnels (pôle anaclitique), les préoccupations concernant l'identité (pôle autocritique) et le fonctionnement du sujet avec la confiance en soi (pôle efficacité). Ces trois échelles semblent complémentaires pour explorer cette piste du lien entre dépendance affective, alexithymie, et dépression, d'autant plus que pour SPERANZA et col. (2003), « si les sujets alexithymiques peuvent faire l'expérience des deux dimensions d'expériences dépressives, il semblerait que l'axe anaclitique/dépendant leur soit plus spécifique. La difficulté à réguler les affects de manière autonome, qui caractérise les sujets alexithymiques, peut en effet déterminer l'instauration de relations de dépendance plus ou moins symbiotiques avec des présences extérieures qui jouent le rôle de régulateurs des émotions » p.68.

En tout état de cause, nous avançons que l'utilisation conjointe de la méthode projective, telle que le rorschach avec l'entretien clinique enregistré, pourra constituer la base de la méthodologie clinique de recherche tant cette utilisation conjointe s'est avérée riche en complémentarité des données. En effet, il est des éléments cliniques, historiques que le Rorschach ne peut mettre en évidence, orientant davantage sur des éléments structurels et contextuels. Alors que l'entretien, de part sa durée, permet à la pensée de se déployer, et du coup, offre des possibilités de mises en liens, d'associations, des développements qui peuvent

étayer les hypothèses d'autant que cet outil autorise une plus grande participation du psychologue chercheur. Aussi, ces deux outils restent pour nous des outils fondamentaux pour la recherche en psychologie clinique.

L'utilisation du rorschach, en tant que méthode projective, est d'autant plus intéressante pour ces pistes de recherche dans la mesure où il semble, d'après OTMANI et col. (1999), que c'est dans l'évaluation projective de la dépendance affective que celle-ci apparaît comme corrélée positivement à l'alexithymie. C'est même cette « évaluation projective de la dépendance affective qui montrerait le lien réel entre dépendance affective et alexithymie », p.50. En effet, au cours des approches par questionnaires d'auto-évaluation, les sujets auraient, d'après ces auteurs, tendance à adopter « une pseudo-normalité défensive masquant certains aspects jugés négatifs par eux-mêmes et pour la société », p. 50. Aussi, ces échelles, pour intéressantes qu'elles soient, dans la mesure où elles permettraient de faire un travail de mise en convergence, montrent-elles l'inconvénient de n'explorer que la sphère consciente et d'être davantage déformées par des biais de désirabilité sociale. Ces biais pourraient être compensés par les épreuves projectives.

De plus, pour le versant dépressif et notamment « la dépression « à bas bruit », essentielle ou uniquement visible au niveau corporel » selon BACQUE (2008), p. 21, il s'avère, soutient-elle, que « les projectifs permettent un repérage de ces dépressions a-conflictuelles, bien plus puissant que les questionnaires », p. 21.

### *3.2 Pour le volet thérapeutique*

Sur le plan des perspectives thérapeutiques, il s'avère que les thérapies centrées sur l'introspection, LUMLEY et al. (2007), ne sont pas toujours indiquées pour tous les patients. Ils soulignent, en effet, que « it appears that alexithymia is a negative pronostic indicator for many psychological treatments , particularly those focusing on insight, emotional awareness, and a close alliance with a therapist »,p.237, (*il apparaît que l'alexithymie est un indicateur de pronostic négatif pour plusieurs traitements psychologiques, particulièrement ceux qui sont centrés sur l'introspection, la conscience émotionnelle et une alliance serrée avec le thérapeute*). Alors que les thérapies comportementales et cognitives trouvent une meilleure adhésion du fait de leur approche centrée sur le concret, les conseils, les recommandations. Elles semblent donc davantage correspondre au fonctionnement opératoire d'après ces

auteurs. Les questions que l'on peut soulever sur ce point sont : est-ce que du coup cela ne renforce pas le fonctionnement du sujet ? Et quels sont alors les visées ? Ces deux auteurs précisent plus loin que ce que le thérapeute peut renvoyer au patient concernant la place des émotions, des affects peut constituer un levier pour la régulation de ses émotions : « feedback to the patient about the role of affect regulation in prompting these behaviours may begin the process of helping patients learn more adaptative strategies for affect regulation », p.238, (*informer le patient sur rôle de la régulation des affects en jeu dans ces comportements peut commencer le processus d'aide aux patients en leur apprenant des stratégies de régulation des affects plus adaptées*).

En somme, il faudrait partir de ce que théoriquement nous savons sur la régulation des affects et des émotions comme base de travail avec le patient, de façon à avoir des éléments concrets, « scientifiques » sur lesquels le patient peut s'appuyer, constituant là, matière à parler, à élaborer, même si c'est sur un niveau concret et factuel et dans un cadre « pseudo-pédagogique » puisque le thérapeute, dans ce cadre, « apprend » au sujet d'autres stratégies. Mais, ces techniques ne favorisent-elles pas et ne renforcent-elles pas la relation anaclitique puisque le sujet non seulement s'étaie sur le thérapeute mais est en position de recevoir, d'être guidé, d'apprendre de l'autre, qui n'est alors pas « supposé-savoir » mais qui sait ?

Il convient donc tout particulièrement avec cette approche de savoir d'autant plus déjouer les nœuds transféro-contre-transférentiels qui peuvent se produire pour éviter d'enfermer le sujet dans une position passive déjà largement favorisée par le monde médical qui traite les symptômes. Etre attentif et prendre conscience de ses mouvements transféro-contre-transférentiels est aussi une donnée fondamentale pour éviter tout écueil thérapeutique dans le sens où, comme le souligne BORICEANU (2005), la conscience de « ses propres réactions émotionnelles (permet) d'éviter de reproduire devant le patient le processus de rejet qu'il attend, l'abandon (réel ou fantasmé) ou l'abus que celui-ci a subi dans son passé », p.43.

C'est pourquoi, pour notre part, nous nous rapprochons davantage de ce que propose l'école de MARTY, pour laquelle un des objectifs majeur est de *maintenir vivante la relation au sujet et la relation du sujet* pour lui permettre petit à petit de « dégeler sa vie psychique », émotionnelle.

De même, BERGERET (2003) préconise pour le traitement des sujets limites, « en voie de décompensation et non encore engagés dans des aménagements complexes », d'avoir « *une attitude non inductrice* (et non interprétative également) mais avant tout *narcissiquement rassurante* aussi bien sur le plan libidinal qu'agressif permettant au sujet de se dégager de

l'Idéal du Moi mégalomane et inquiétant », p. 393. De TYCHEY (1992) aussi suggère pour certains sujets de ne pas oublier l'importance de l'aménagement de la réalité externe parallèlement au travail difficile sur la réalité interne quand elle carencée ou difficilement accessible, avec une adaptation des visées thérapeutiques, du moins dans un premier temps, en s'attachant à travailler d'abord sur la réalité externe (concrète ?) compte tenu de la faiblesse des capacités d'élaboration dont peuvent faire preuve des sujets limites : « peut-être faut-il alors faire preuve d'humilité en acceptant de concentrer ses efforts sur l'environnement externe et en constatant les avantages que le « dépressif » peut en retirer grâce à l'étaye du thérapeute », p.1133 . Pour cela, le silence du thérapeute est à éviter ou à utiliser de manière plus réduite car dit-il, « dans bien des cas, le silence va alors exercer, quand il se prolonge, des effets dévastateurs très invalidants car il « dénarcissise » le malade en le confrontant à son propre vide intérieur et il fait perdre au thérapeute sa fonction d'étayage et de « contenant », p.1132. L'investissement du sujet risque alors de s'amoinrir allant jusqu'à rompre le lien thérapeutique, à l'instar de ce que nous en dit le sujet somatisant de notre recherche au sujet de sa propre expérience : « **(psychologue)** *Vous l'avez vu longtemps ce pédopsychiatre – (Axelle) Non j'ai même arrêté les séances de moi-même parce que pour moi il m'apportait pas grand-chose quoi parce que j'allais le voir et il attendait que je parle je parle je parle bon ben ça me faisait du bien de parler mais j'avais jamais de réponses c'était pas quelqu'un qui me pour moi il m'aidait pas plus que ça* ». Ces propositions vont tout à fait dans le sens de ce que suggère aussi BORICEANU (2005) notamment pour les sujets limites : « souvent, une thérapie de soutien à objectifs limités reste la seule mesure possible. Elle vise à renforcer le patient sur le plan narcissique en lui offrant un cadre contenant et souple à la fois. Le thérapeute adopte un rôle étayant [...] », p. 46.

Ainsi, adapter la technique thérapeutique au fonctionnement et aux capacités du sujet, de façon d'abord à éviter tout risque de « dénarcissisation » pour ensuite espérer lui permettre d'accéder à un travail thérapeutique qui puisse restructurer son psychisme, est donc primordial. Il en est ainsi de la proposition d'une psychothérapie d'inspiration psychanalytique plutôt qu'une cure psychanalytique notamment, telle que l'a construite KERNBERG (1997) et dont BORICEANU (2005) nous livre quelques grandes lignes : « entretiens en « face à face » pour éviter les dérives imaginatives déréalisantes, un rythme de séance moins soutenu, une attitude plus bienveillante que réservée de la part du thérapeute afin de soutenir l'effort de verbalisation du patient, un cadre rigoureux, limitant les « acting out » ou les empêchant de devenir destructeurs. On pourra proposer une hospitalisation en cas

de risque majeur de fusion régressive avec le thérapeute », p.45.

BERGERET (2003) lui aussi a proposé de construire le dispositif thérapeutique sur deux temps : le temps narcissique et le temps œdipien, le premier conditionnant les possibilités d'accéder au second, que BERGERET d'ailleurs considère comme plus aisé à remanier chez les sujets limites que chez les sujets névrosés. Chez les sujets limites, il y a eu peu de structuration des éléments œdipiens qui sont soit restés flottants soit n'ont pu véritablement advenir. Alors que chez les névrosés la structuration est telle que le remaniement psychique s'avère plus laborieux et plus résistant. BORICEANU (2005) retrace ces étapes en disant que la première « vise une restauration du narcissisme primaire [...] qui vise une réactivation de la détresse initiale et du sentiment d'abandon, mais cette fois, en éprouvant (et en partageant) les émotions et en produisant une élaboration mentale (qui) va se déployer dans l'espace psychique longtemps laissé vacant par la sidération initiale. », p.46 . Ceci va constituer une « abréaction du traumatisme fondateur et désorganisateur et le patient va pouvoir manifester ensuite une violence destructrice que le thérapeute devrait être en mesure d'accepter en restant imperturbable et bienveillant, de contenir, de maîtriser et d'accueillir en lui donnant du sens[...] en ( liant et reliant) expériences et émotions, histoires vécues et histoires fantasmées » , ( *op. cit.*, p. 46).

La première étape de cette méthode vise donc un effet cathartique de l'expression de la violence initiale non vectorisée par l'étayage libidinal et face à laquelle le thérapeute va jouer un rôle de pare-excitant, de contenant. Il va occuper une « fonction maternelle » qui s'est trouvée défailante dans l'histoire du sujet. Il est donc crucial pour assumer et tenir ce rôle et cette fonction d'avoir une solidité psychique et d'instaurer rapidement une « triangulation de la relation » par le biais d'une supervision, régulation.

La deuxième, qui porte sur le temps œdipien, consiste en un temps d'acceptation, d'intégration de l'interdit et de la loi pour permettre « la construction d'un surmoi et la mise en jeu d'instances enfin intégrées dans le fonctionnement de l'inconscient du sujet », ( *op. cit.*, p. 46).

Déjà en 1974, BERGERET avançait que « la façon d'écouter sur le plan relationnel [...], d'aider sur le plan thérapeutique, les sujets que nous rencontrons dans nos différents rôles ne peut être uniforme ni laissée au hasard », p.147.

C'est ainsi que la boucle est bouclée. Ce n'est pas le sujet qui doit s'adapter au clinicien mais bien l'inverse, surtout lorsque l'on mesure l'impact du regard que nous portons sur le sujet. Argument que développent LUMLEY et al. (2007), p.238 : « the belief that a



patient remains defensive can lead to frustration because the patient is viewed as holding back or not trusting the therapist. In contrast, viewing the patient as someone who has difficulty-who cannot rather than will not- introspect, disclose, and emote may increase the clinician's empathy and allow alternative interventions to be explored. » ( *la croyance que le patient reste défensif peut mener à de la frustration parce que le patient est vu comme régressant ou n'ayant pas confiance en son thérapeute. Au contraire, voir le patient comme quelqu'un qui a des difficultés- qui ne peut pas plutôt qu'il ne veut pas- s'introspecter, s'ouvrir à l'autre et à ses émotions peut augmenter l'empathie du clinicien et autoriser l'exploration d'interventions alternatives*).

Mais ces interventions alternatives ne doivent pas faire oublier ni occulter que nous restons avec les sujets psychosomatiques, opératoires, limites, comme avec d'autres sujets, dans une relation intersubjective, ni perdre de vue ce qui se joue, se déploie au sein de cette relation même. Sinon quid de la question du sens essentielle et capitale ? Car comme le souligne FINE (2004), « il faut du temps pour qu'émergent les facteurs déclenchants qui, souvent, ne sont que des constructions après-coup mais qui donnent sens, appropriation subjective et historicisation au sujet, comblant ainsi chez les deux protagonistes le besoin de causalité » ,p. 32.

Et pour DEJOURS (1995), cette question du sens est même primordiale. « Le non-sens, l'absurde, l'insensé [qui] sont redoutablement délétères, destructeurs voire mortels », p.77. Il fait même du sens le garant de la vie : « le sens est dans le monde humain [...] une presque obligation, dans la mesure où il est une condition de la réappropriation, de l'émancipation, de la liberté et au-delà de la santé mentale et somatique, et qu'en son absence, la maladie ou la mort nous guettent », p.77. Il pose, en amont, le primat de l'intersubjectivité sur l'intrasubjectivité car l'autre est bien là avant le sujet et l'inscrit alors dans le registre intersubjectif par le biais de son désir. Le sujet est donc déjà pris, même avant de naître, dans le sceau d'une chaîne intergénérationnelle de désir, ou de non désir, dont dépendra alors son développement.

Des perspectives thérapeutiques autres que la thérapie individuelle, quelle que soit son obédience, semblent tout à fait trouver leur place pour les personnalités organisées sur le mode limite : les groupes d'affirmation de soi. En effet, ils offrent cette contenance groupale, cet étayage dont a tant besoin le sujet limite pour trouver des repères externes et reconstruire une identité floue et fragile. De plus, le travail proposé par ces groupes pourraient apporter

des premiers éléments d'avancée en forgeant une affirmation d'eux-mêmes, en générant des élans d'autonomisation par l'affirmation de soi, tout en s'inscrivant dans une dynamique groupale qui éviterait tout transfert massif sur la personne du thérapeute et diluerait les possibilités d'idéalisation, de rejet et de dépendance anaclitique. Cela éviterait le risque d'instauration d'une relation « duelle » dont elle sait qu'elle peut être chaotique tant pour le sujet que pour le thérapeute dans le sens où, selon BORICEANU (2005), elle pourrait être « propice aux passages à l'acte aussi bien de la part de son thérapeute que de son patient », p.43. Enfin, les sujets s'appuieraient sur les possibilités variées des autres membres du groupe pour se construire leur propre mouvement d'affirmation, de différenciation et trouver une confiance en eux assortie d'une plus grande estime de soi. De la sorte, le sujet pourra acquérir une autonomie et avec la possibilité d'exister indépendamment de celle de l'objet.

Les approches psycho-corporelles sont aussi des approches à ne pas négliger pour les sujets limites et somatisant. En effet, ces approches permettent de restaurer, voire de créer des liens entre la sphère somatique et la sphère psychique, qui est barrée du fait d'une difficulté de liaison entre les sensations physiques. Elles seraient un cadre thérapeutique propice à leur traduction psychique par des mots, par des associations à des événements vécus, à des affects refoulés, déniés, projetés sur l'autre, réprimés. Ces approches peuvent parfaitement constituer une première étape vers un travail d'élaboration secondaire à travers une historicisation de sa souffrance, grâce au processus de « renarcissation » qu'elles opèrent selon BORICEANU (2005), p.45.

D'ailleurs, pour BOURGEOIS (2005), ce travail de narcissisation, incontournable dans une démarche soignante qui sans cela serait pour lui « vouée à l'échec », s'était « plus aisément sur une dynamique collective moins engageante qu'un travail individuel », p.33, qui peut cependant dans certains cas être opéré en parallèle du travail groupal.

Enfin, le traitement des sujets limites étant d'une grande complexité et scandé de grands risques d'agir (suicidaires, comportementaux, somatiques...) qu'il ne peut reposer uniquement sur un traitement par la parole, face à l'urgence vitale qui peut interférer et face aux crises d'angoisse parfois paroxystiques. Des stratégies thérapeutiques médicamenteuses<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> La question que nous souhaiterions soulever ici est l'utilisation fréquente des antidépresseurs qui ont souvent l'effet d'augmenter le risque suicidaire lorsque l'état dépressif se lève : ceci irait-il dans le sens que la dépressivité protège le sujet d'un agir ? BORICEANU(2005) : « les antidépresseurs tricycliques ont une efficacité incertaine sur la symptomatologie dépressive de ces sujets et ils seraient susceptibles d'augmenter leur suicidalité par désinhibition », p.44.

apparaissent dans ce cadre essentiel, ainsi que l'utilisation d'hospitalisation courte ou longue. La prise en charge, tant qu'une stabilité psychique ne s'est pas trouvée, doit donc avant tout reposer sur une prise en charge pluridisciplinaire : médicale, psychologique, sociale, familiale, professionnelle et être ouverte à la créativité thérapeutique pour offrir le maximum de chance d'endiguer la tendance à l'agir qui fait toujours courir un risque vital pour le sujet. D'autant que comme le souligne BORICEANU (2005), 75% des patients font des tentatives de suicide et environ 10% d'entre eux en meurent. »,p .42.

#### *4- Critiques*

Le faible échantillon, représenté uniquement par des femmes, que nous avons pris pour mettre à l'épreuve nos hypothèses et particulièrement notre hypothèse centrale constitue une critique majeure à notre recherche, même si nous continuons de soutenir au terme de ce travail, l'intérêt et la dynamique des études de sujets uniques dans le cadre de référence à la psychologie clinique et psychopathologique, à laquelle nous adhérons fondamentalement.

Ensuite, sans doute est-il discutable de ne pas avoir harmonisé les lieux de rencontre et de recrutement des sujets. En effet, toutes ces variables ont probablement eu une incidence sur la nature de la relation nouée, sur la qualité des échanges entre le chercheur et les sujets et par voie de conséquence sur les contenus de leurs protocoles Rorschach.

Une troisième critique concerne les outils utilisés. Peut-être aurait-il été intéressant, constructif pour notre modèle, de les enrichir d'outils provenant de champ psychologique différent comme celui de la psychologie de la santé notamment avec la TAS-20 pour mesurer l'alexithymie, le fonctionnement opératoire. D'autant que finalement, le questionnaire 16PF5 ne nous a pas apporté ici d'éléments capitaux pour la problématique des sujets, même s'il en est ressorti des données qui convergent avec les autres données issues du rorschach et de l'entretien. Le TAT aussi aurait peut-être été d'un grand intérêt pour la question de la vie imaginaire, la capacité de fantasmer des situations, des histoires. Peut-être, nous aurait-il fourni des éléments complémentaires à ceux fournis par le Rorschach.

Peut-être aurait-il été aussi fructueux de standardiser les entretiens par l'utilisation d'échelle pour mesurer par exemple la dépression, sa nature comme la BDI-13 (inventaire de dépression de BECK (1961)), la DEQ (Depressive Experience Questionnaire) de BLATT et al. (1976), ou pour le diagnostic d'état –limite comme la DIB-R ( Diagnostic Interview for

Borderline) revue par ZANARINI et coll. (1989), traduite par CHAINE et coll. (1993) intéressante pour mesurer les affects, l'impulsivité, la dépression, les relations interpersonnelles... Ce qui pourrait mieux cadrer notre subjectivité, si tant est qu'elle en ait besoin, puisqu'elle est aussi pour nous un outil de base !

Sur un plan théorique, le flou qui subsiste, malgré le balayage conceptuel, autour de la différence entre pulsion de mort, pulsion agressive, destructivité et violence archaïque mériterait sans doute une revue de littérature pointue, que nous avons ici à regret écartée de notre élaboration théorique pour ne pas en compliquer la discussion.

### 5 Conclusion finale

Enfin, et nous ne pouvons clore ce travail autour du destin des pulsions agressives, de la destructivité sans l'inscrire dans le contexte social qui est le sien. D'autant que comme le dit BOURGEOIS (2004), « ils ( les borderlines) ont, plus que tout autre, la particularité d'être sensibles au contexte social en dépit du fait qu'une partie des leurs troubles ressort de la psychodynamique. Ceci explique que la symptomatologie qu'ils présentent soit si évolutive », p.5.

En effet, nous avons abordé ce destin d'un point de vue individuel, intra-psychique et intersubjectif, il nous reste maintenant à lui offrir sa place au sein des mouvances sociales qui selon BARBIER (2004), dans la préface de BOURGEOIS (2004), génèrent des fonctionnements limites. Annie, à sa manière, nous l'adresse dans une sorte de constat résigné « *non parce que j'aurai peut-être acquis de la confiance en moi parce qu'on aura beau dire mais on est dans une société d'apparence au jour d'aujourd'hui et le physique est important et le mental aussi donc c'est bien d'avoir les deux pour l'instant j'ai pas le mental et euh j'ai pas le moral et je me trouve pas bien donc euh* » .

BARBIER (2004) émet l'hypothèse d'une cause aussi sociologique dans la genèse des états limites. Il fait le lien entre notre modèle social, certes de façon pessimiste et extrême , mais qui donne à réfléchir « notre société conçue sur un modèle psychotique et pervers est fondé sur le principe de plaisir et le clivage capitaliste de la rentabilité immédiate sans souci du lendemain et réduit l'homme à sa valeur économique. Elle le dépossède de sa dimension spirituelle et psychique. Nul doute alors que notre mode de vie produit de plus en plus d'états limites » p. VIII. BOURGEOIS (2005) interroge aussi ce modèle social dans lequel la névrose n'aurait peut-être plus sa place, ni sa raison d'être : « la névrose n'était-elle au fond qu'un

mode réactionnel, adapté au fonctionnement psychique collectif ( la société) du XXème siècle et à ses contingences mais devenues inutiles dans notre civilisation mondialisée dans laquelle crises, peurs et conflits trouvent d'autres modes d'expression, dans l'immédiateté surtout ?», p.30.

Par ailleurs, BARBIER (2004) relie aussi la prévalence des fonctionnements limites au modèle familial qui se transforme en lien avec la problématique œdipienne ou plutôt avec la fragilisation de cette structuration. En effet, dit-il, « si l'on considère l'évolution de nos sociétés en fonction de l'organisation de l'Œdipe, force est de constater que nous sommes passés en près d'un demi-siècle de la famille structurée à la famille éclatée, ce qui n'est pas sans conséquence sur la psychopathologie », p.VIII.

De fait, pour lui, les capacités maternantes, si prépondérantes pour le développement psychique, sont amoindries tant par la société qu'au sein de la famille dans laquelle l'enfant, devenu « enfant-roi » n'acquière pas les armes pour « accepter les conditions de l'existence » c'est à dire la limitation à imposer au désir (Dolto 1984). Ceci nous renvoie alors à la question du narcissisme, centrale dans les questions du fonctionnement limite. Pour BOURGEOIS (2005), « aujourd'hui ce qui manque le plus( aux) patients ( et à la société) c'est du sens à leur existence. Il s'agit de passer d'un « vivre pour / de quelque chose » qui fonde le désastreux matérialisme actuel [...] à un « vivre pour quelqu'un » et donc notamment à « vivre pour soi » qui n'est qu'une étape (individualisme subjectivant) ou à « un vivre pour soi et les autres » fondant une interrelation mobilisatrice et socialisante », p.30. Et c'est ce sens à trouver qui va permettre, selon BOURGEOIS (2005), au sujet « en grande souffrance » cherchant à « combler inlassablement un réservoir narcissique percé », d'éviter de « basculer dans la dépression anaclitique et le passage à l'acte », p.31 .

TIMSIT (1978), de son côté, soulignait déjà la disparition progressive des manifestations hystériques d'un point de vue sociologique. En effet, la société actuelle autorise-t-elle l'hystérisation des comportements, la dramatisation, l'interpellation de l'autre ? Au contraire ne renforce-t-elle pas le fonctionnement adaptatif, sur- adaptatif ? Cet auteur soutient, à juste titre, qu'« il est, à l'évidence, malséant d'exprimer ses émotions pour réussir dans le monde, leurs décharges sont culpabilisées et le recours à la rationalité et plus volontiers aux actes « opératoires « gratifiés» valorisés» p.12 Cette question de TIMSIT trouve écho dans les propos de BARBIER (2004) qui dit que « la plupart des spécialistes considèrent que la pathologie limite a un taux d' incidence particulièrement élevé. Pour certains auteurs, il atteindrait même 50% de la population générale ! parallèlement les

épidémiologistes constatent une diminution de la prévalence de la schizophrénie et de l'hystérie dans la population générale », p. VII.

Pour autant et pour ne pas rester sur ces notes épidémiologiques quelque peu réductrices, nous souhaitons rappeler encore la nécessité d'instaurer dès le début de la vie une qualité interactionnelle, relationnelle entre l'enfant et son environnement parce que celle-ci se pose alors comme protectrice des éventuelles futures désorganisations soit comportementales soit somatiques. BRUSSET (2008), p.325, le souligne fortement lorsqu'il évoque le destin des pulsions agressives, destructrices comme se laissant voir « dans le masochisme, les stades psychotiques précoces de Mélanie KLEIN. Il dépend des conditions du holding maternel et de l'environnement précoce qui rendent possible ou non l'intégration de l'ambivalence pulsionnelle ». La mentalisation qui se construit au fil des échanges avec la mère, qui s'appuie sur ses capacités imaginaires, langagières, de subversion libidinale, est un des facteurs qui permet de construire et de préserver la qualité du fonctionnement mental face aux aléas de l'existence. C'est grâce à elle que, comme le souligne MORASZ (2008), « l'agressivité ( dans sa composante psychique) peut être considérée comme un facteur de protection à l'égard de la crise suicidaire » p. 185 et ajoutons-nous, de la crise somatique, car continue-t-il « elle protège de la déliaison » si elle est prise dans le sceau de la symbolisation, marque de l'acceptation de l'ambivalence et donc de sa propre agressivité. « Elle est alors l'expression d'une pulsion de vie visant à créer du lien à l'autre », p.120.

# BIBLIOGRAPHIE

- ❖ AISENSTEIN M., Brève discussion de l'article de Benno ROSENBERG, *Revue Française de psychosomatique*, 18 / 2001, p.29-32.
- ❖ American psychiatric association - DSM-IV-R : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> édition, Texte Révisé ( Washington DC, 2000), Traduction française par GUELFY J-D. et al., Paris : Masson , 2003, 1120 p.
- ❖ ALEXANDER F., La médecine psychosomatique, ses principes et ses applications, Paris : PAYOT, 1952, 267 p.
- ❖ ANZIEU D., CHABERT C., Les méthodes projectives, Paris : PUF, 1997, 342 p.
- ❖ ASSOUN P-L., Le masochisme. Paris : Economica, 2003, 100 p.
- ❖ BACQUE M.F., Travail psychique et difficultés de mentalisation aux épreuves projectives : l'hypothèse de fragilité psychosomatique, *Communication personnelle, Société du Rorschach*, Nov. 2008, p. 1-28.
- ❖ BAYLE O., Phénomènes de Raynaud et psychosomatique, Mémoire pour le certificat d'études spécialisées de psychiatrie, Université Pierre et Marie CURIE, Faculté de médecine Broussais-Hotel-Dieu, 1987.
- ❖ BARBIER B., Préface, In : Comprendre et soigner les états-limites, Paris : DUNOD, 2004, p.VII-X.
- ❖ BERGERET J., Les toxicomanes parmi les autres, Paris : Odile Jacob, 1990, 278 p.
- ❖ BERGERET J., La dépression et les états-limites : point de vue théorique, clinique et thérapeutique , Paris : Payot, 1992, 354 p.
- ❖ BERGERET J., REID W., Narcissisme et états-limites, PARIS : DUNOD, 1999b , 246 p..
- ❖ BERGERET J. (1979), Les états limites : essai d'une nouvelle conceptualisation économique et structurelle, *Perspectives psy*, 2003, n°5, p. 385-394.
- ❖ BERGERET J. (1974) , La personnalité normale et pathologique, 9<sup>ème</sup> éd., Paris : Dunod, 2004, 333p..
- ❖ BERGERET J. , La pathologie narcissique : transfert, contre-transfert, technique de cure, Paris : Dunod, 1996, 248 p.
- ❖ BERGERET J., Freud, la violence et la dépression : l'Oedipe et le narcissisme, Paris : PUF, 1995, 257 p.
- ❖ BERGERET J., La violence et la vie : la face cachée de l'Oedipe, paris : Payot, 1994, 254 p.
- ❖ BERGERET J., Etat limite et dépressivité, In : L'œuvre de Jean BERGERET : d'une pratique à la théorie de la clinique sous la dir. VERMOREL H. et col., Delachaux et



- Niestlé, 1999(a), p.215-232.
- ❖ BERGERET J., Discussion de la présentation de Thierry BOKANOWSKI, In : L'œuvre de Jean BERGERET : d'une pratique à la théorie de la clinique sous la dir. VERMOREL H. et col., Delachaux et Niestlé, 1999(c), p.135-147.
  - ❖ BERGERET J., Discussion de la présentation d'Ary BECACHE, In : L'œuvre de Jean BERGERET : d'une pratique à la théorie de la clinique sous la dir. VERMOREL H. et col., Delachaux et Niestlé, 1999(d), p.53-73.
  - ❖ BERGERET J., Psychologie pathologique théorique et clinique, paris : Masson, 1993, 338 p.
  - ❖ BERGERET J., La violence fondamentale, Paris : Dunod, 2000, 251 p.
  - ❖ BIROT E., KAMEL F., Argument, *Revue française de Psychanalyse*, Avril 2006, Tome LXX, p.325-330.
  - ❖ BONFILS S., de M'UZAN M., Etude et classification des aspects psychosomatiques de l'ulcère gastro-duodéal en milieu hospitalier sur 108 sujets malades dont 67 ulcéreux simples et 41 gastrectomisés, 1961, In : L'abord psychosomatique en gastro-entérologie, BONFILS et col. , Paris : MASSON, 1982, 235 p.
  - ❖ BONFILS S., HACHETTE J.C., DANNE O., L'abord psychosomatique en gastro-entérologie, Paris : MASSON, 1982, 235 p.
  - ❖ BONFILS S., Impertinente psychosomatique. Médecine sciences, 1993, 337p.
  - ❖ BONFILS S., Personnalité : simple concept, noyau stable ou organe-cible. *Synapse*, 1995, n°119, p. 41-44.
  - ❖ BOKANOWSKI T., Présentation de la violence fondamentale, In L'œuvre de Jean Bergeret, d'une pratique à une théorie de la clinique, sous la dir. VERMORELH. Et col. , Delachaux et Niestlé, 1999, p.105-133.
  - ❖ BOURGEOIS D., Comprendre et soigner les états-limites, Paris : DUNOD, 2004, 306 p.
  - ❖ BOURGEOIS D., Etats-limites, états frontières..., *Santé mentale*, 2005, n°97, p.28-40.
  - ❖ BORICEANU O., Etats-limites : stratégies thérapeutiques, *Santé mentale*, 2005, n°97, p.41-49.
  - ❖ BRUSSET B., Névroses et états limites, In : Traité de psychopathologie de l'adulte : Les névroses, Paris : Dunod, 2008, p.281-356.
  - ❖ CAMPBELL D., Le rôle du père dans l'état pré-suicidaire, In : Violence et suicide, sous la dir. PERELBERG R., 2004, p.134-150.

- ❖ CANGUILHEM G., Le normal et le pathologique, Paris : PUF, 1950, 224 p.
- ❖ CASSIERS L., Le psychopathe délinquant, Bruxelles : Dessart-mardaga, 1968.
- ❖ CHABEE-SIMPER S., Consultation psychosomatique, In La dimension de la souffrance en psychosomatique sous la dir. FERRAGUT E., Issy-les-moulineaux : MASSON, 2000, p.11-30 .
- ❖ CHABERT C., Etats-limites et techniques projectives : le narcissisme au rorschach, *Psychologie française*, 1986, n°1, p 79-88.
- ❖ CHABERT C., Les méthodes projectives en psychosomatique, *Encycl. Med. Chir., Psychiatrie*, 1988, 37400 D<sup>10</sup>, 4 p.
- ❖ CHABERT C., Le Rorschach en clinique adulte et infantile, interprétation psychanalytique, Paris : DUNOD, 1997, 273 p.
- ❖ CHABERT C., La psychopathologie à l'épreuve du rorschach, Paris : DUNOD, 1998, 283 p.
- ❖ CHABERT C., KAES R., LANOUZIERE J., SCHNIEWIND A., Figures de la dépression, Paris: DUNOD, 2005, 239 p.
- ❖ CHABERT C., BRUSSET B., BRELET- FOULARD F., Névroses et fonctionnements limites, Paris : Dunod, 2006,183 p .
- ❖ CHABERT C.(dir.), Traité de psychopathologie : les névroses, Paris : Dunod, 2008, 425 p.
- ❖ CHAMOULARD P., Ulcère duodénal et ulcère gastrique, [Cours en ligne], Faculté de médecine ULP Strasbourg, 2002,[réf. du 15 mars 2009]. Disponible sur :[http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours\\_en\\_ligne/e\\_cours/pdf-tube-digestif-pancreas/Ulcere-duodenal-ulcre.pdf](http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/pdf-tube-digestif-pancreas/Ulcere-duodenal-ulcre.pdf), 8 p.
- ❖ COURNUT J., Le problème économique des sentiments, *Revue française de psychosomatique*, n°7, 1995,p.37-57.
- ❖ COURNUT J., Névrose : quid, hic et nunc ? In : *Revue française de psychanalyse*, Vol. : LXVII, n°4, oct.-déc. 2003, p. 1263-1284.
- ❖ DAR COURT G., Moments limites en cures analytiques, In: Narcissisme et états-limites, BERGERET J., REID W., et col., PARIS : DUNOD, 1999, p.178-190.
- ❖ DEBRAY R., Pierre Marty, Paris : PUF, 1998, 128 p.
- ❖ DEBRAY R., L'organisation mentale des diabétiques, Paris : Dunod, 1983, 253 p.
- ❖ DEBRAY R.,Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique, *Revue française de psychosomatique*, n°1, 1991, p. 41-57.

- ❖ DEBRAY R., *Epître à ceux qui somatisent*, Paris : PUF, 2001, 189 p.
- ❖ DEBURGE A., *La levée de la répression en psychosomatique*, *Revue française de psychanalyse*, PARIS : PUF, 2001, pp. 11-27.
- ❖ DEJOURS C., *Le corps entre biologie et psychanalyse*, Paris : Payot, 1986, 270 p.
- ❖ DEJOURS C., *Recherches psychanalytiques sur le corps. Répression et subversion libidinale en psychosomatique*, Paris : PAYOT, 1989, 182 p.
- ❖ DEJOURS C., *Doctrine et théorie en psychosomatique*, *Revue française de psychosomatique*, 1995, n°7, p.61-80.
- ❖ DEJOURS C., *Le choix de l'organe en psychosomatique*, *Psychologie clinique et projective*, 1997, vol.3, p.3-17.
- ❖ DEJOURS C., *Le corps, d'abord. Corps biologique, corps érotique, sens moral*. Paris : PAYOT, 2003, 213 p.
- ❖ DEL VOLGO M-J., *L'instant de dire, le mythe individuel du malade dans la médecine moderne*, Ramonville-Saint-Agne: ERES, 1997.
- ❖ DENIS P., *Incontournable contre-transfert*, *Revue française de psychanalyse*, Tome LXX, Avril 2006, p. 331-351.
- ❖ DEUTSCH H., *Some forms of emotional disturbances and their relationship to schizophrenia*, *Psycho-anal. Quartely*, 1942, 11, p.301-321.
- ❖ DIWO R., *Evénements de vie, mentalisation, somatisation et tentative de suicide : approche comparée à l'adolescence*, Thèse de doctorat en psychologie, Université de Nancy 2, 1997, 234 p.
- ❖ DIWO R., THOMASSIN L., KABUTH B., MESSAOUDI M. , *Pulsion de vie, pulsion de mort : une intrication à mieux évaluer dans une démarche de l'agir suicidaire à l'adolescence*, *Psychologie clinique et projective*, vol. 10, 2004, p. 57-88.
- ❖ DOLTO F., *L'image inconsciente du corps*. Paris : Editions du seuil, 1984, 376 p.
- ❖ DONNET J.-L., GREEN A. (1973), *L'enfant de ça, psychanalyse d'un entretien : la psychose blanche*, Paris: Editions de Minuit.
- ❖ DUMET N., *Clinique des troubles psychosomatiques, Approche psychanalytique*. Paris : Dunod, 2002a, 169 p.
- ❖ DUMET N. ( dir.), BROYER G. (dir.), *Cliniques du corps*, Lyon : Presses universitaires de Lyon, 2002b, 256 p.
- ❖ EMMANUELLI M. et coll. , *Contribution du Rorschach au diagnostic d'état-limite*, *Psychologie clinique et projective*, vol. 7-2001 p 101-122.
- ❖ EMMANUELLI M., *L'inhibition intellectuelle à la pré-adolescence*, *Psychologie*

*clinique et projective*, vol. 2-1996, p 261-278.

- ❖ ENRIQUEZ M., La souffrance et la haine, paranoïa, masochisme et apathie, Paris : Dunod, 2001, 270 p.
- ❖ FAIN M., Vers une conception psychosomatique de l'inconscient, *Revue française de psychosomatique*, 45, 1981, p.281-292.
- ❖ FAIN M., Mentalisation et passivité, *Revue française de psychosomatique*, 2001, n°19, p.29-37.
- ❖ FANTINI C., PEDINIELLI J.L., Alexithymie et détresse émotionnelle : vers deux pôles d'un même continuum,[en ligne], [référence du 20 mars 2009] <http://evenements.univ-lille3.fr/recherche/4emejourneepsycho/17.pdf> (2009), 2 p.
- ❖ FENICHEL O., La théorie psychanalytique des névroses, tome 2. Paris : PUF, 1974, 835 p.
- ❖ FINE A., Masochismes et maladies, une première approximation, *Revue française de psychosomatique*, 2001, n°18, p.33-45.
- ❖ FINE A., Une muqueuse pleure le sang. Etudes sur la recto-colite hémorragique, *Revue Française Psychosomatique*, n°26, 2004, p.17-34.
- ❖ FONAGY P. (2001), Théorie de l'attachement et psychanalyse, Ramonville-st-Agne: ERES, 2004 ( trad.française), 271 p.
- ❖ FONAGY P., TARGET M., Vers une compréhension de la violence : l'utilisation du corps et le rôle du père, In *Violence et suicide*, sous la dir. PERELBERG R., Paris : PUF, le fil rouge, 2004, p.100-131 ;
- ❖ FREUD S. (1926), Inhibition, symptôme et angoisse. Paris : PUF, 1995, 88 p.
- ❖ GARMA A., Les images inconscientes dans l'ulcère peptique, *Revue française de psychosomatique* , 26, 2004, p.7-16.
- ❖ GFELLER R., La maladie ulcéreuse gastro-duodénale : intérêt pratique de deux paramètres pour le pronostic et le traitement : la typologie selon de M'UZAN et la situation déclenchante des premières poussées ulcéreuses, *Revue médicale de la suisse romande* b1974 ; tome 94, N°1 : p.199-218.
- ❖ GRINKER R. et al., The borderline syndrom, a behavioural study of ego-functions, *Basic books*, Ed. New york, 1968.
- ❖ GREEN A., Le discours vivant, paris : PUF, 1973, 364 p.
- ❖ GREEN A., Narcissisme de vie, narcissisme de mort, Paris: éd. Minuit, 1983, p.222-253.
- ❖ GREEN A. (1994), Théorie, in : Interrogations psychosomatiques, *Débats de*

*psychanalyse*, sous la dir. FINE A. SCHAEFFER J, Paris : PUF, 1998, p.17-54.

- ❖ GUTTIERES-GREEN L., Maladie et masochisme : quels rapports ? *Revue française de psychosomatique*, 2001, n°18, p.47-61.
- ❖ HAWEL-FANTINI C., PEDINIELLI J.-L., De la non –expression à la surespression des émotions ou comment l’expérience émotionnelle repose la question des liens entre sexe, alexithymie et répression, *Annales-médico-psychologiques*, Mai 2008, Vol.166, n°4, p.251-334.
- ❖ HEIMANN P., On counter-transference, *Int. J. Psycho-anal.*, 31, 81-84, 1951.
- ❖ HIRSCHFELD R.M.A., KLERMAN GL, GOUGH HG, BARRETT J, KORCHIN SJ, CHODOFF P: A measure of interpersonal dependency, *Journal of Personality Assessment*, 1977; 41: 610-8.
- ❖ HOUSER M., Aspect génétique, In: Psychologie pathologique, sous la dir. BERGERET J., 1993, p.5-42.
- ❖ ISRAEL L., Initiation à la psychiatrie, Paris : MASSON, 1994, 274 p.
- ❖ JEAMMET N., La haine nécessaire, Paris : PUF, 1995, 144 p.
- ❖ JEAMMET P. (dir.), BIROT E. (dir.), Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l’enfant et le jeune adulte, Paris : PUF, 1994, 165 p.
- ❖ JUIGNET P., Manuel de psychopathologie clinique psychanalytique (enfant et adulte), Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 2001, 399 p.
- ❖ KAPSAMBELIS V., Les pathologies de type-limite chez le jeune adulte : « les organisations contra-névrotiques », *L'encéphale*, 1998 ; Sp I, 42-46
- ❖ KERNBERG O., La personnalité narcissique, Paris : Dunod, 1980, 191 p.
- ❖ KERNBERG O., SELZER M. et al. La thérapie psychodynamique des personnalités limites, Paris : PUF, 1995, 185 p.
- ❖ KERNBERG O. , Les troubles limites de la personnalité, Paris, Dunod, 1997, 288 p.
- ❖ KERNBERG O., Les tendances suicidaires chez les états-limites. Diagnostic et maniement clinique, In : Narcissisme et états-limites, sous la dir. BERGERET J. et REID W., 1999, p.147-161.
- ❖ KERNBERG O., Les troubles graves de la personnalité : stratégies thérapeutiques, Paris : PUF, 2004, 528 p .
- ❖ KERNBERG O., Les tendances suicidaires chez les états-limites. Diagnostic et maniement clinique, In : Narcissisme et états-limites, sous la dir. BERGERET J. et REID W., 1999, p.147-161.
- ❖ KLEIN M.(1947), Deuil et dépression, Paris : Petite bibliothèque Payot , 2004, 143 p.

- ❖ KLEIN M. (1957), *Envie et gratitude et autres essais*, Paris : Gallimard, 1999, 230 p.
- ❖ KLEIN M., RIVIERE J., *L'amour et la haine : le besoin de réparation*, Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2001, 149 p.
- ❖ KOHUT H., *Nouvelles considérations sur l'angoisse de castration*, In : *Monographies de la revue française de psychanalyse : angoisse et complexe de castration* (LE GUEN A.(dir.), OPPENHEIMER A. (dir.), PERRON R. (dir.), Paris : PUF, 1991, p. 129-153.
- ❖ LANE R.D, et al., *Pervasive emotion recognition deficit common to alexithymia and the repressive style*, *Psychosomatic Medicine*, 62, 2000, p. 492-501.
- ❖ LIGHEZZOLLO J., de TYCHEY C., *La résilience, se (re)construire après le traumatisme*, Editions in Press, 2004.
- ❖ LINEHAN M. M., *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité limite*, Médecine et Hygiène, Genève, 2000.
- ❖ LOAS G., BORGNE J.Y, GERARD P., DELAHOUSSE J., *Evaluation de la dépendance affective: Etude de validation de l'inventaire de dépendance interpersonnelle d'HIRSCHFELD et al. (1977)*, *Annales Médico-Psychologiques*, 1993, 151, n °7, p.538-542.
- ❖ LUMLEY M.A., NEELY C., BURGER A.J., *The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems*, In: *Journal of personality assessment*, 89 (3), 2007, p. 230-247.
- ❖ MAIDI H., *La plaie et le couteau, et si la victime était son bourreau*. Paris : Delachaux et Niestlé, 2003, 223 p.
- ❖ MARCELLI D., *Les états limites en psychiatrie*, Paris : PUF, 1981, 77 p .
- ❖ MARTY P., FAIN M., *L'importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet*, *Revue française de psychanalyse*, 1-2, 1955.
- ❖ MARTY P., *L'ordre psychosomatique, les mouvements individuels de vie et de mort*, Tome 2, Paris : PAYOT, 1980, 299 p.
- ❖ MARTY P., de M'UZAN M. (1962), *La pensée opératoire*, *Revue française de psychanalyse*, n°6, 1994.
- ❖ MARTY P., De M'UZAN M., DAVID C. (1963), *L'investigation psychosomatique*, Paris: PUF, 2003, 263 p.
- ❖ MARTY P., *La psychosomatique de l'adulte*, Paris : PUF, 1990, 127 p.
- ❖ MARTY P., *Mentalisation et psychosomatique*, Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 1991, 50 p.

- ❖ MARTY P., Les processus de somatisation, *Revue française de psychosomatique*, 2001, n°19, p.161-171.
- ❖ MAZERAN V., OLINDO-WEBER S., Le sujet limite ( approche clinique, métapsychologique et thérapeutique), In : Actes des journées nationales de l'AFPEP (22 : 1992 : La Grande Motte), Les Etas-limites, Paris : Ed. Findakly/AFPEP, 1993, p.105-129.
- ❖ MEHRAN F., Traitement du trouble de la personnalité borderline, thérapie cognitive émotionnelle, Paris : Masson, 2006, 264 p.
- ❖ MENECHAL J., Qu'est-ce que la névrose ? Paris : Dunod, 1999, 119 p.
- ❖ MORASZ L., DANET F., Comprendre et soigner la crise suicidaire, Paris : Dunod, 2008, 282 p.
- ❖ M'UZAN de M., BONFILS S., Analyse et classification des aspects psychosomatiques de l'ulcère gastro-duodéal en milieu hospitalier, *Revue Franç. Etud. Clini. Biol.*, 6, 1961, p.46-58.
- ❖ NACHT S., Les manifestations cliniques de l'agressivité et leur rôle dans le traitement psychanalytique, *Revue française de psychanalyse*, T.XII, 1948, n°3, p.311-370.
- ❖ NEMIAH J.C., FREYBERGER H., SIFNEOS P.E, Alexithymia : a view of the psychosomatic process, In : Modern trends in psychosomatic research, O.W. Hill(ed.), London: Buttersworth, Vol. 3, 1976, p. 430-439.
- ❖ OTMANI O., LOAS G., LECLERCLE C., DUFLOT M., JOUVENT R., Relations entre alexithymie et dépendance affective : Etude chez un groupe de 144 étudiants, *Annales Médico-psychologiques*, 1999, 157, n°1, p. 48-50 .
- ❖ PAINCHAUD G., MONTGRAIN N., Limites et états- limites, In : Narcissisme et états-limites sous la dir. BERGERET J. et REID W. ; Paris : DUNOD, 1999, p 29-35.
- ❖ PALEM R.M., Les états-limites ( borderline) : Historique, Dégagement ou éclatement du concept ?. In : Actes des journées nationales de l'AFPEP (22 : 1992 : La Grande Motte), Les Etas-limites, Paris : Ed. Findakly/AFPEP, 1993, p.17-36.
- ❖ PAPAGEORGIOU M., De la capacité de rêver en présence de l'autre, *Revue française de psychosomatique*, 2001, N°19, p. 88-105.
- ❖ PARAT C., A propos de la répression, *Revue française de psychosomatique*, n°1, 1991, p.93-111.
- ❖ PEDINIELLI J.L., ROUAN G., Concept d'alexithymie et son intérêt en psychosomatique, *Encycl. Méd. Chir.*, 1998, 37400 D<sup>20</sup>, 3p.

- ❖ PERELBERG R., Violence et suicide, Paris : PUF, le fil rouge, 2004, 284 p.
- ❖ PERRON R. (dir.), PERRON-BORELLI M., Le complexe d'Œdipe, Paris : Que sais-je ?, 2001, 127 p.
- ❖ PORCELLI P., MEYER G.J., Construct of validity of rorschach variables for alexithymia, *Psychosomatics*, 73, 2002, p.360-369.
- ❖ PRESS J., Mécanismes de répression, travail de contre-transfert et processus de somatisation, *Revue de psychanalyse*, 2001, Paris : PUF, p.85-100.
- ❖ REBOURG C., DE TYCHEY C., VIVOT M., Etude comparée des conceptions de l'imaginaire et de la mentalisation : réflexion sur leur opérationnalisation au test de rorschach, *La société du Rorschach et des méthodes projectives de langue française*, 1992, Bulletin n°35, p. 45-66.
- ❖ RIBAS D., Donald Woods WINNICOTT, Paris : PUF, 2000, 127 p.
- ❖ RIBAS D., Névroses et fonctionnement névrotique, In : *Revue française de psychanalyse*, Vol. : LXVII, n°4, oct.-déc. 2003, p. 1233-1237.
- ❖ ROMAN P., Troubles somatiques et catastrophes de symbolisation, *Psychologie clinique et projective*, 1997, vol.3, p.75-87.
- ❖ ROSENBERG B., Relire Marty, De la dépression essentielle à la somatisation : réflexions sur le rôle du masochisme dans ce mouvement, *Revue française de psychosomatique*, 1995, n°8, p. 91-105.
- ❖ SCHAFER R. , *Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing*., New York-Grune & Stratton, (1954).
- ❖ SAMI-ALI M., La projection, Paris: Payot, 1970, 269 p.
- ❖ SAMI-ALI M., Penser le somatique, Imaginaire et pathologie, Paris : Dunod, 1987, 148 p.
- ❖ SCHACHTER J., Le paradoxe du suicide : questions d'identité et de séparation, In : Violence et suicide, sous la dir. PERELBERG R., 2004, p. 238-256.
- ❖ SCHARBACH H., Les états limites approche compréhensive chez l'adulte et chez l'enfant, Congrès de psychiatrie et de neurologie ( 1983, Poitiers), Paris : MASSON, 1983.
- ❖ SCHARBACH H., Historique du concept d'état limite, *Annales Médico-psychologiques*, 1993, vol. 151, n°3, p. 280-284.
- ❖ SEGAL H., Introduction à l'œuvre de Mélanie KLEIN, Paris : PUF, 1992, 165 p.
- ❖ SHENGOLD L., Avant-propos, In : PERELBERG R., Violence et suicide, Paris : PUF, le fil rouge, 2004, p.9-25.



- ❖ SIFNEOS P.E., Psychosomatique, alexithymie, et neurosciences, *Revue française de psychosomatique*, 1995, n°7, p.27-35.
- ❖ SMADJA C., La vie opératoire, études psychanalytiques, Paris : PUF- Le fil rouge, 2001, 272 p.
- ❖ SMADJA C., Présentation de la psychosomatique. Société psychanalytique de Paris [en line]. [15-08-2004] disponible sur [http://www.spp.asso.fr/Main/extensions/Items/13\\_psychosomatique.htm](http://www.spp.asso.fr/Main/extensions/Items/13_psychosomatique.htm) , 7 p.
- ❖ SPERANZA M., STÉPHAN P., CORCOS M. LOAS G., TAIEB O., GUILBAUD O., PEREZ-DIAZ F., VENISSE J.L., BIZOUARD P., HALFON O., JEAMMET P., Étude des liens entre l'alexithymie, l'expérience dépressive et la dépendance interpersonnelle chez des sujets addictifs, *Annales de Médecine Interne*, Vol 154, N° HS, juin 2003, pp. 65-75 : site internet : <http://www.em-consulte.com/article/74836>.
- ❖ STERN. A., Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses, *Psycho-anal. Quartely*, 7, 1938, p.467-489.
- ❖ STONE M. Les états-limites dépressifs : l'intégration des systèmes biologiques et psychodynamiques, In : Narcissisme et états-limites, sous la dir. BERGERET J. et REID W., Paris : Dunod, 1999, p. 78-104.
- ❖ SZTULMAN H. et coll ., Limites de vie, limites de mort, In : Actes des journées nationales de l'AFPEP (22 : 1992 : La Grande Motte), Les Etas-limites, Paris : Ed. Findakly/AFPEP, 1993, p.247-261.
- ❖ TAYLOR G.J., BAGBY R.M., PARKER J.D.A, Disorders of affect regulation: alexithymia in medica and psychiatric illness, Cambridge England: Cambride university press, (1997)
- ❖ TIMSIT M., Test de rorschach et psychosomatique, *Bulletin de la société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 1978, Tome 31, p. 11-31.
- ❖ TYCHEY (de) C., Test de rorschach et mécanismes de défense dans les états-limites, *Psychologie médicale*, 1982, 14, 12, p 1865-1874.
- ❖ TYCHEY (de) C. , Test de rorschach et approche de l'agressivité à travers les contenus, *Bulletin de psychologie*, 1983, XXXVI, n°362, p.943- 949.
- ❖ TYCHEY (de) C., CAHEN T., SAGNES L., Capacités d'élaboration symbolique des pulsions et passage à l'acte suicidaire : approche comparée à l'aide du test de rorschach, *Psychologie médicale*, 1990, 22, 8, p.744-749.
- ❖ TYCHEY (de) C., REBOURG C., VIVOT M., Etude comparée des conceptions de

- l'imaginaire et de la mentalisation : réflexions sur leur opérationnalisation au test du rorschach, 1991, *Bulletin de la société du rorschach et des méthodes projectives*, n°35, p.45-66.
- ❖ TYCHEY (de) C. , Crise dépressive « limite » et agir suicidaire : quelques réflexions sur les modalités de prise en charge, 1992, *Psychologie médicale*, 24, 11, p.1131-1133.
  - ❖ TYCHEY (de) C., L'approche des dépressions à travers le test de Rorschach, point de vue théorique, diagnostique et thérapeutique, EAP, 1994, 299 p .
  - ❖ TYCHEY (de) C., DIWO R., DOLLANDER M., La mentalisation: approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach, *Bulletin de psychologie*, 2000, tome 53 (4), 448, p. 469-480.
  - ❖ Ulcère de l'estomac, ulcère du duodénum. Société nationale française de gastroentérologie [en ligne], 1999, [23-09-05] , disponible sur <http://www.snfge.org>.
  - ❖ Ulcère de l'estomac. Bibliothèque médicale AFLeমানيسier [en ligne], 2003, (28-09-05). Disponible sur : <http://www.bmlweb.org/index.html>.
  - ❖ UTRILLA-ROBLES M., Nostalgie névrose : le feu dans l'âme, In : *Revue française de psychanalyse*, Vol. : LXVII, n°4, oct.-déc. 2003, p. 1209-1231.
  - ❖ VERMOREL M., Narcissisme et états-limites, In : L'œuvre de Jean BERGERET : d'une pratique à la théorie de la clinique sous la dir. VERMOREL H. et col., Delachaux et Niestlé, 1999, p.75-92.
  - ❖ WIDLOCHER D., Le cas au singulier, *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1990, n°42, p. 285-301.
  - ❖ WIDLOCHER D. , Préface à l'édition française, In : La personnalité narcissique, KERNBERG O., Paris : Dunod, 1997, p. 7-12.
  - ❖ WINNICOTT D.W., Agressivité, culpabilité et réparation, Paris : Petite bibliothèque Payot, 1994, 144 p.
  - ❖ WINNICOTT D. W. , (1949), La haine dans le contre-transfert, In : De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris : Payot, 1989, 464 p.
  - ❖ WOLBERG A. The borderline patient, *Am. J. Psychoter.*, 6, 1952, p.694-701.
  - ❖ XARDEL-HADDAB H., Etude du fonctionnement mental d'un malade ulcéreux chronique, approche psychodynamique à travers le rorschach, Mémoire de DEA sous la dir. De de TYCHEY, 2005, 69p.
  - ❖ ZORN F., Mars., Paris : Gallimard, 1996, 315 p.

## **RESUME**

L'auteur propose de réfléchir au destin des pulsions agressives dans trois types de fonctionnement : le fonctionnement limite, le fonctionnement psychosomatique et le fonctionnement normalo-névrotique à partir d'une démarche psychodynamique s'appuyant sur le rorschach, l'analyse d'un entretien clinique de recherche et le questionnaire 16PF5. Cette étude se fonde sur une méthodologie du cas unique. Elle porte sur l'orientation de l'agir dans les deux premiers fonctionnements en lien avec l'organisation défensive et la nature de l'angoisse. De là, découle une hypothèse centrale : plus le fonctionnement psychique est marqué par une organisation défensive à dominante projective, plus les pulsions agressives sont externalisées par un agir comportemental associée à une angoisse bruyante et massive. Et a contrario, plus le fonctionnement défensif est marqué par une dominante répressive et inhibitrice, plus les pulsions agressives risquent de subir un destin les conduisant à l'agir somatique, associé à une angoisse non manifeste.

**Mots clés** : pulsions agressives- états-limites- psychosomatique- névrose- psychopathologie- Défenses- Méthode clinique projective –

---

## **ABSTRACT**

The author proposes to think about the aggressive drives final destinies into three types of intrapsychic functioning : the border-line state, the psychosomatic organization and the normalo-neurotic structure using a psychodynamique orientation centered on the Rorschach, and a clinical research interview associated with the 16PF5 questionnaire. This study was based on the "single case" methodology. Acting in or acting out are for us linked to the defensive orientation and the nature of anguish. Our main hypothesis is that a psychic functioning more projective is relation to externalization of aggressive drives on acting out behaviours related to anguish expression. On the other hand, the more defensive style is affected by a repressive and a primary tendancy, the more the aggressive drives are able to lead a somatic expression associated with a repressed anguish .

**Keys words** : aggressive drives- border-line- psychosomatic- neurosis- psychoptahology - defenses – Clinic projective method -

---