

**TRAITÉ DE PSYCHOPATHOLOGIE  
DE L'ADULTE**

# Les Psychoses



Sous la direction de  
Catherine Chabert

**TRAITÉ DE PSYCHOPATHOLOGIE  
DE L'ADULTE**

**Les Psychoses**

DUNOD

## Maquette de couverture : Le Petit Atelier

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>		<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	---	--

© Dunod, 2010, 2013 et 2019, pour la nouvelle présentation  
ISBN 978-2-10-078845-3

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

## LISTE DES AUTEURS

---

### Ouvrage réalisé sous la direction de :

Catherine CHABERT      Professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Paris-Descartes, psychanalyste, membre de l'Association psychanalytique de France.

### Avec la collaboration de :

Catherine AZOULAY      Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie à l'Université Paris-Descartes, psychothérapeute.

Louis BRUNET      Professeur de psychologie à l'Université de Québec à Montréal (Canada), directeur du département de psychologie, psychologue, psychanalyste (Société canadienne de psychanalyse) (API).

Maurice CORCOS      Professeur en pédo-psychiatrie à l'Université Paris-Descartes, chef de service de psychiatrie de l'adolescent à l'Institut Mutualiste Montsouris, psychanalyste.

- Françoise COUCHARD Professeur de psychologie clinique à l'Université Paris-Ouest-Nanterre-La Défense, psychanalyste, membre de l'Association psychanalytique de France.
- Jean GORTAIS Maître de conférences en psychopathologie à l'Université Paris-Diderot, psychanalyste.
- Philippe JEAMMET Professeur de pédopsychiatrie à l'Université Paris-Descartes, psychanalyste.
- François POMMIER Professeur de psychopathologie à l'Université Paris-Ouest-Nanterre-La Défense, psychanalyste.

# TABLE DES MATIÈRES

---

AVANT-PROPOS	XV
<b>PREMIÈRE PARTIE</b> FONCTIONNEMENTS LIMITES ET PSYCHOSES	
<b>CHAPITRE 1</b> L'EXTRÊME : UNE RÉPONSE ENTRE PSYCHOSE ET FONCTIONNEMENT LIMITE (FRANÇOIS POMMIER)	3
<b>1 Historique et caractéristiques des fonctionnements limites</b>	6
<b>2 Psychoses et fonctionnements limites</b>	17
2.1 Aspects nosographiques	17
2.1.1 <i>Les psychoses à caractère limite</i>	17
2.1.2 <i>États limites à la limite de la psychose</i>	23
2.2 Étude comparée des mécanismes de défense entre psychose et fonctionnement limite	25
2.2.1 <i>Les mécanismes de défense dans la psychose</i>	25
2.2.2 <i>Les mécanismes de défense dans les fonctionnements limites</i>	28
<b>3 L'extrême, figure de dilution entre psychose et fonctionnement limite, contre l'effondrement, la dissociation du corps et le morcellement</b>	29
3.1 Un exemple littéraire : l'histoire de Jeanne Guyon relatée par C. Millot	29

3.2	Le cas de Micheline	32
3.3	Le cas de Marc	37
3.4	Le cas de Marie	40
<b>4</b>	<b>L'extrême, figure de précipitation entre psychose et fonctionnement limite</b>	45
4.1	La tentative de suicide	46
4.1.1	<i>Georg et la condamnation par le père</i>	46
4.1.2	<i>Gérard et la captation par le père idéalisé</i>	48
4.2	Le problème transgenre	53
<b>5</b>	<b>Conclusion</b>	55
<b>CHAPITRE 2</b>	<b>LA TERREUR D'EXISTER. FONCTIONNEMENTS LIMITES ET PSYCHOSES À L'ADOLESCENCE (MAURICE CORCOS)</b>	57
<b>1</b>	<b>Un nouveau paradigme pour la psychanalyse</b>	59
<b>2</b>	<b>De la stabilité d'une structure instable : une structure ondoyante</b>	64
2.1	La terreur du sexuel : une sécurité sans intimité	74
<b>3</b>	<b>Place de l'expérience traumatique dans la genèse du trouble limite. Désemparement infantile et expériences agoniques primaires</b>	85
<b>4</b>	<b>Place des mécanismes de défense et leur impact sur les expériences psychotiques</b>	102
<b>5</b>	<b>Places et fonctions de la dépression et de la dépressivité</b>	108
<b>6</b>	<b>Sous la menace de l'impersonnel</b>	116
<b>7</b>	<b>Sauvegarde par le délire : de la terreur d'exister à la fureur de vivre</b>	123
<b>8</b>	<b>Théorie de l'attachement et fonctionnements limites</b>	126

<b>CHAPITRE 3</b>	<b>LIMITES, TRANSFERTS ARCHAÏQUES ET FONCTIONS CONTENANTES (LOUIS BRUNET)</b>	<b>133</b>
<b>1</b>	<b>Le concept de limite</b>	<b>135</b>
1.1	Fonctionnement limite et transfert limite	138
1.2	Nosographie et organisation psychotique	139
<b>2</b>	<b>Identification projective et organisation psychotique</b>	<b>142</b>
2.1	Attaques contre la liaison	143
2.2	Identification projective et fonction contenante	144
<b>3</b>	<b>L'archaïque</b>	<b>147</b>
3.1	L'archaïque et le fonctionnement psychotique	147
3.2	Une difficulté du fonctionnement limite : le travail de l'archaïque et le travail contre l'archaïque	149
<b>4</b>	<b>Besoins thérapeutiques</b>	<b>151</b>
4.1	L'acte interprétatif	153
4.2	Identification projective et fonction contenante. De Klein à Bion	155
4.2.1	<i>Fonction contenante et réponse de l'objet à l'archaïque, proposition d'un modèle</i>	156
<b>5</b>	<b>Illustration clinique : Éloi et l'éléphant</b>	<b>159</b>
5.1	La première entrevue	161
5.2	L'analyse	162
5.3	Des limites du couple psychotique : un psychisme pour deux	167
<b>6</b>	<b>Conclusion</b>	<b>171</b>
 <b>DEUXIÈME PARTIE PROCESSUS DE LA SCHIZOPHRÉNIE</b>		
<b>CHAPITRE 4</b>	<b>APPROCHE HISTORIQUE D'UNE PSYCHOPATHOLOGIE PSYCHANALYTIQUE DE LA SCHIZOPHRÉNIE (JEAN GORTAIS)</b>	<b>175</b>
<b>1</b>	<b>Émergences en psychiatrie</b>	<b>178</b>
<b>2</b>	<b>De la démence précoce</b>	<b>181</b>
<b>3</b>	<b>De la Spaltung à la schizophrénie</b>	<b>184</b>

<b>4</b>	<b>Narcissisme et perte de réalité</b>	189
<b>5</b>	<b>Prégénitalité et démence précoce</b>	193
<b>6</b>	<b>Du trauma dans la psychose</b>	196
<b>7</b>	<b>L'objet interne à l'épreuve des angoisses primitives</b>	198
<b>8</b>	<b>De certaines contributions à la question de la psychothérapie</b>	201
<b>9</b>	<b>Schizophrénie et psychologie du moi</b>	206
	<b>Conclusion</b>	233
<b>CHAPITRE 5</b>	<b>APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE ET CLINIQUE DE LA SCHIZOPHRÉNIE (CATHERINE AZOULAY)</b>	235
<b>1</b>	<b>Formes et caractéristiques de la schizophrénie</b>	237
1.1	Les modalités d'entrée dans la schizophrénie	237
1.1.1	<i>Modalités progressives et insidieuses</i>	237
1.1.2	<i>Modalités d'apparitions brutales</i>	239
1.2	Adolescence et schizophrénie : quels liens ?	240
1.3	Expressions psychotiques et schizophrénie : pertinence clinique de l'approche psychiatrique	244
1.3.1	<i>Les formes « classiques » et la classification française</i>	244
1.3.2	<i>Classification américaine : le DSM, présentation critique</i>	247
1.3.3	<i>Les formes nouvelles : place et fonction des affects et des troubles thymiques – Psychose schizo-affective ou schizophrénie affective ou dysthymique</i>	250
1.3.4	<i>Les formes psychotiques non schizophréniques : dimension comparative</i>	251
1.4	La Spaltung	262
1.4.1	<i>Origine du concept de Spaltung</i>	262
1.4.2	<i>Évolution du concept de Spaltung</i>	264
1.5	Le délire : origine et fonctions	266

<b>2</b>	<b>Problématiques</b>	271
2.1	Le narcissisme en impasse	271
2.2	Dissonances affectives – angoisses psychotiques	275
2.3	Troubles des origines	282
2.4	La mort psychique ?	288
<b>3</b>	<b>Défenses</b>	297
3.1	Le déni	297
3.2	Le clivage du moi	299
3.3	La projection et l'identification projective	302
3.3.1	<i>Définitions</i>	302
3.3.2	<i>La projection dans la psychose et dans la schizophrénie</i>	303
	<b>Conclusion</b>	306
<b>CHAPITRE 6</b>	<b>SCHIZOPHRÉNIE ET ADOLESCENCE (PHILIPPE JEAMMET)</b>	309
<b>1</b>	<b>Pourquoi la schizophrénie à l'adolescence ?</b>	311
<b>2</b>	<b>Actualité des prises en charge thérapeutiques</b>	315
2.1	La psychothérapie des schizophrènes est-elle possible et quelle psychothérapie ?	316
2.2	Psychogenèse ou organogenèse : un débat dépassé	317
2.3	La clinique de la relation aux schizophrènes	321
2.3.1	<i>Difficulté du maintien d'une bonne distance relationnelle à l'objet</i>	321
2.3.2	<i>Menace de sidération psychique</i>	322
2.3.3	<i>Potentialités psychotiques, fonctionnement psychotigène et fonctionnement psychotique</i>	325
2.4	Incidences thérapeutiques	328
2.4.1	<i>Méthodes psychothérapeutiques et attitudes psychothérapeutiques</i>	331
2.4.2	<i>Un traitement au long cours</i>	332
2.4.3	<i>Pour une utilisation thérapeutique de l'espace</i>	335

<b>CHAPITRE 7</b>	<b>QUELQUES RÉFLEXIONS MÉTAPSYCHOLOGIQUES (CATHERINE CHABERT)</b>	<b>339</b>
<b>1</b>	<b>Continuité ou discontinuité des concepts psychanalytiques dans l'approche psychopathologique de la psychose</b>	<b>342</b>
1.1	Perspectives épistémologiques	342
1.1.1	<i>L'approche structurale</i>	343
1.1.2	<i>L'approche dynamique</i>	345
1.2	Réflexions cliniques	348
1.3	La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose	350
1.4	La négation	354
1.5	Le clivage du moi dans le processus de défense	356
<b>2</b>	<b>Un processus mélancolique dans la schizophrénie ?</b>	<b>359</b>
<b>3</b>	<b>Les pulsions, les affects et leur traitement</b>	<b>364</b>
<b>CHAPITRE 8</b>	<b>ACTUALITÉ CLINIQUE DE LA PROJECTION DANS LES PHOBIES ET LA PARANOÏA (FRANÇOISE COUCHARD)</b>	<b>369</b>
<b>1</b>	<b>La projection après Freud et la relation d'objet</b>	<b>372</b>
1.1	Les apports théoriques et cliniques de S. Ferenczi	372
1.1.1	<i>La découverte de l'introjection par S. Ferenczi</i>	372
1.1.2	<i>Intérêt et limites du processus d'introjection</i>	374
1.1.3	<i>Introjection et projection dans la clinique infantile</i>	378
1.1.4	<i>La « confusion des langues », nouvelle approche du trauma</i>	381
1.2	La relation précoce à l'objet mère chez M. Klein	385
1.2.1	<i>Premières découvertes dans la clinique infantile</i>	385
1.2.2	<i>Découverte des positions dépressive et paranoïde-schizoïde</i>	387
1.3	La relation d'objet chez D.W. Winnicott	396
1.3.1	<i>La mère : entre réalité interne et réalité externe</i>	396
1.3.2	<i>L'impact du rôle et des qualités de l'« état-mère »</i>	398

1.4	La relation dedans/dehors chez D. Anzieu	401
1.4.1	<i>La fascination et l'horreur pour l'énigme du dedans</i>	401
1.4.2	<i>La découverte du « moi-peau »</i>	402
1.4.3	<i>Une mère anale ou le contrôle des orifices</i>	408
<b>2</b>	<b>Regard clinique sur les syndromes phobiques et paranoïaques</b>	411
2.1	Les conduites à risque	411
2.1.1	<i>La recherche du danger comme objet contraphobique</i>	411
2.1.2	<i>Les spécificités sexuelles des conduites à risques</i>	415
2.2	Résurgences de la problématique dedans-dehors	422
2.2.1	<i>Projections autour d'un corps « troué »</i>	422
2.2.2	<i>Actualité des phobies d'impulsion</i>	425
2.2.3	<i>Projection et haine persécutive de l'autre</i>	431
2.3	Conclusion	435
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	437



## AVANT-PROPOS

---

### « *Psychopathologie et psychanalyse* »

Psychanalyse et psychopathologie sont décisivement liées, dès les débuts de l'oeuvre freudienne, comme le sont nécessairement une théorie, une clinique, une méthode impliquées dans une démarche épistémologique cherchant à analyser, à interpréter et à traiter les troubles psychiques.

Étayées l'une par l'autre, elles mettent à l'épreuve les grands principes du fonctionnement de l'appareil psychique tels qu'ils ont été définis et élaborés par Freud à partir de ses découvertes « scandaleuses » : la reconnaissance de l'existence de l'inconscient, la place fondamentale de la sexualité dans le développement psychique, la dialectique du normal et du pathologique. Aujourd'hui encore, ces mouvements de pensée provoquent des résistances, des refus, voire des procès, alors que, dans le même temps, la clinique psychopathologique et la théorie psychanalytique continuent de questionner et d'enrichir la méthode et la métapsychologie freudiennes.

« *Psychopathologie et psychanalyse* » poursuit la publication portant sur l'actualité des maladies psychiques en rassemblant une sélection des textes précédemment parus dans la collection, reprenant les éléments essentiels des concepts de la psychanalyse à la fois dans leurs sources freudiennes et dans leurs développements ultérieurs.

Chaque ouvrage est réalisé par plusieurs auteurs, universitaires et chercheurs en psychanalyse. Ces spécialistes en psychopathologie assurent, d'une part, le rappel des données cliniques et théoriques classiques concernant les grandes entités psychopathologiques, d'autre part, la mise en perspective et la confrontation de points de vue contemporains.

La compilation « Psychopathologie de l'adulte » s'adresse aux étudiants de second et troisième cycles engagés dans une formation en psychologie clinique et en psychopathologie : elle s'adresse aussi aux cliniciens qui s'intéressent aux avancées de la psychopathologie en référence au modèle psychodynamique du fonctionnement psychique.

Quatre volumes sont prévus : *Névroses, Psychopathologie des limites, Narcissisme et dépression, Psychoses.*

Catherine CHABERT

*Première partie*

FONCTIONNEMENTS  
LIMITES  
ET PSYCHOSES



*Chapitre 1*

L'EXTRÊME :  
UNE RÉPONSE  
ENTRE PSYCHOSE  
ET  
FONCTIONNEMENT  
LIMITE



La perspective d'une articulation entre psychose et fonctionnement limite nous incite, en suivant une première configuration, si ce n'est à redonner de manière exhaustive les principaux points qui caractérisent ces deux entités, en tout cas à revisiter brièvement certains éléments conceptuels voire nosographiques dans le champ qui nous est imparti. Sur un second plan, nous nous proposons d'aborder d'un point de vue essentiellement clinique le problème de l'intrication entre fonctionnement psychotique et fonctionnement limite à travers des situations que nous considérons comme extrêmes : états de détresse massifs obligeant le praticien qui les reçoit à faire travailler son système défensif le plus archaïque et à abandonner ses schémas familiers de représentation. Enfin il nous semble intéressant de traiter des aspects psychothérapeutiques à proprement parler, l'extrême pouvant renvoyer non pas seulement à un processus de déconstruction mais parfois au contraire de construction.

« C'est à partir des modèles de la théorie des psychoses qu'est construite l'idée de transitionnalité vers l'organisation névrotique », écrit Bernard Brusset (1999, p. 11) en retraçant à partir de Glover l'évolution des idées sur la notion de cas limites. C'est aussi de la psychose que nous partirons pour dériver du côté des fonctionnements limites. Le phénomène de la psychose, dans ce cadre restreint des fonctionnements limites, peut être envisagé de deux manières différentes.

*Une première manière* consiste, en laissant de côté les formes les plus classiques et les plus fréquentes de psychoses – par exemple « la schizophrénie constituée<sup>1</sup> » –, à traiter de syndromes psychotiques qui ne remplissent pas complètement les critères diagnostics habituels et se situent donc en marge des descriptions classiques. Par exemple,

---

1. Sur ce point, nous renvoyons le lecteur au troisième chapitre de l'ouvrage de Ginette Michaux (2005, p. 87-120).

pour ce qui concerne la schizophrénie, nous évoquerons certaines formes cliniques particulières situées précisément aux limites de la schizophrénie. Nous reviendrons notamment à la notion de « schizophrénie latente » décrite par Bleuler (1911) à propos de laquelle B. Brusset nous rappelle que « par la suite, tous les psychiatres qui se sont voués à la nosographie [...] ont été amenés à faire une place à cette “schizophrénie latente” sous des noms divers : “schizophrénie ambulatoire”, “schizophrénie fruste”, “schizophrénie mineure”, “schizophrénie larvée”, “schizophrénie en puissance” » (Brusset, 1999, p. 7).

Cette première façon d'envisager le problème laisse de côté la mélancolie dans sa forme typique ainsi que certaines paranoïas installées qui ne laissent aucun doute sur le fait qu'elles s'inscrivent dans le champ de la psychose. En revanche, certaines manifestations dépressives nous intéressent au premier chef, ainsi que certains traits de caractère comme le caractère sensitif de Kretschmer (1952) ou certaines réactions paranoïaques transitoires.

L'idée consiste ici à travailler en amont d'une supposée décompensation possible mais non obligatoire – les fameuses formes prémorbides dont certaines peuvent continuer la vie durant – ou alors au contraire en aval d'un moment d'allure psychotique : le cas de sujets qui, après un travail analytique, ont en quelque sorte mis à nu la structure de leur personnalité mais restent désormais en deçà de toute décompensation. Nous observons chez ces sujets des traits de caractère rassemblés de façon homogène mais un peu comme si ces traits de caractères n'avaient aucun lien entre eux.

Nous pensons, à propos des formes prémorbides, aux personnalités schizoïdes qui ne manifestent pas de troubles du cours de la pensée ou de manifestations délirantes mais qui font état d'un certain degré d'introversion tout en manifestant assez peu de désirs et d'émotions si ce n'est d'une manière factice. Nous noterons d'ailleurs, à cet égard, que même dans la dénomination internationale actuelle, la personnalité schizotypique constitue une entité particulière qui se trouve différenciée de la personnalité schizoïde par le fait que « comparativement aux personnalités schizoïdes, les personnalités schizotypiques présentent des bizarreries de la pensée, du discours et du comportement proches de celles qui sont rencontrées dans la schizophrénie » (Kaplan et Sadok, 1998, p. 254).

Pour ce qui est des « postpsychoses », elles se caractérisent par le fait que les sujets ont pu présenter des symptômes psychotiques, mais n'en présentent plus (et n'en présenteront peut-être jamais plus). Bergeret (1970, p. 7) fait entrer ces sujets dans le cadre du diagnostic

différentiel des états limites. Les lignes de ruptures possibles demeurent toujours, selon le mode de fragmentation d'un noyau clivé psychotiquement, mais le mode de relation avec les autres et la nature de l'angoisse sont différents, même si les symptômes constituent, comme le reconnaît Bergeret, un élément propice à la confusion.

Nous n'évoquerons pas le problème des parapsychoses que Bergeret fait aussi entrer dans le cadre du diagnostic différentiel des états limites. Racamier (1959) a utilisé ce terme pour désigner des organisations authentiquement psychotiques, comme le souligne à juste titre Bergeret, dans la mesure où, chez ces sujets axés sur le déni du sexe féminin, on ne peut pas dire qu'il y ait évitement du problème de la sexualité triangulaire œdipienne mais plutôt refoulement sous un aspect quelconque et non spécifique de la réalité.

*Une autre manière* d'aborder la question, toujours en marge de certaines descriptions classiques, consiste à travailler au contraire sur le versant des décompensations qui culminent à travers l'expérience délirante, mais en nous intéressant essentiellement à certaines situations particulières de détresse dans lesquelles prédomine l'affrontement entre pulsion de vie et pulsion de mort, c'est-à-dire lorsqu'il y a rupture de l'équilibre « apparent » antérieur, de l'aménagement limite. Voire certains passages à l'acte hors de mesure qui peuvent, dans certains cas, désorganiser la vie entière mais, dans d'autres cas, devenir organisateurs d'une nouvelle vie. Nous pensons en premier lieu à la problématique suicidaire, à certaines toxicomanies graves ou à certains sujets qui entretiennent un rapport étrange avec leur corps, que ce soit du côté de l'hypochondrie ou du trouble somatique grave lorsque se propage dans la vie le courant mortifère susceptible de conduire à l'effacement du sujet, à sa disparition potentielle. Nous pensons aussi d'une manière plus globale à la transformation de certains mécanismes de défense en entités symptomatiques. Citons à titre d'exemple le cas du mécanisme de défense obsessionnel qui ne joue plus son rôle protecteur et se retourne contre le moi, se transformant en une véritable obsession. Certaines manifestations obsessionnelles changent ainsi de qualité et viennent révéler la psychose ou plus précisément nourrir le processus psychotique au lieu de le laisser dans l'ombre. Cette seconde manière d'aborder le problème des interrelations entre psychose et fonctionnement limite nous conduit à envisager l'extrême comme le dernier rempart avant la décompensation. *Le caractère extrême d'une situation se construit dans le rapport qui s'instaure entre forces de vies et forces de mort.*

# 1 HISTORIQUE ET CARACTÉRISTIQUES DES FONCTIONNEMENTS LIMITES

---

Il est difficile de définir un tableau clinique univoque des états limites. Certains psychanalystes en font une organisation psychique spécifique « stable dans son instabilité », comme le souligne B. Brusset (1999, p. 9), opposable aux névroses et aux psychoses. D'autres en récusent la pertinence, n'admettant que la dualité névrose/psychose. D'autres encore les considèrent comme un état intermédiaire entre fonctionnement psychotique et fonctionnement névrotique, la notion de fonctionnement limite « comme niveau de fonctionnement universel, actualisé plus ou moins facilement dans certaines configurations internes et externes » permettant de privilégier le caractère dynamique de cette entité clinique et de se démarquer des classifications qui tendent à simplifier le psychisme humain à l'extrême. Ainsi, nous pouvons considérer le fonctionnement limite comme « un mode de fonctionnement régressif, primitif, archaïque, profond ou comme un niveau sous-jacent à la névrose (la névrose de base selon Bergler par exemple) » (Brusset, *id.*).

Rappelons cependant, dans le cadre de l'articulation entre l'égo-psychologie et la métapsychologie freudienne, les principaux auteurs ayant travaillé sur la question des états limites.

Sans parler de l'apparition précoce dans la littérature psychiatrique anglo-saxonne du terme état limite, dans les descriptions de Hugues (1884), c'est à **E. Glover** (1932) que l'on doit les grandes caractéristiques de la conception kleinienne des cas limites en dégageant la notion de transitionnalité à partir des modèles de la théorie des psychoses vers l'organisation névrotique. Glover illustre le rapprochement entre névrose et psychose que suppose la conception kleinienne des stades psychotiques précoces universels et de l'œdipe précoce.

**A. Stern** en 1938 décrit très différemment les *borderline cases* comme des sujets n'appartenant ni à la névrose ni à la psychose. Il souligne, chez ces sujets, leur anxiété intense devant toute désapprobation et met en évidence la sévérité d'une blessure narcissique consécutive à des carences affectives maternelles ayant pour conséquences une hypersensibilité, une hyperesthésie, une défaillance dans l'estime de soi et une certaine rigidité de la personnalité comme défense contre l'angoisse.

Puis c'est **W.R.D. Fairbairn** qui le premier, en 1952, décrit par comparaison avec les névroses des modes de fonctionnement psychiques que l'on considère maintenant comme typiques du fonctionnement limite (Brusset, *op. cit.*, p. 13) : intensité du lien avec les objets primaires, dépendance à l'objet externe, importante angoisse de perte d'objet, indifférenciation du rapport sujet/objet, imagos parentales mal différenciées. **Fairbairn** fait état d'une personnalité « schizoïde » qui s'apparente à la description actuelle des fonctionnements limites : double relation à l'objet partiel et à l'objet total, tendance à montrer plus qu'à donner, incorporation et intériorisation des objets externes afin d'instaurer des objets internes, enfin la position schizoïde qui protège l'objet externe de l'avidité orale destructrice.

**A. Wolberg** (1952) est l'un des premiers auteurs à distinguer radicalement les états limites des sujets psychotiques, même si l'on retrouve chez eux la trace d'épisodes psychotiques temporaires. Cet auteur décrit ainsi une série de traits s'articulant les uns avec les autres, parmi lesquels une relation d'objet dans laquelle le sujet cherche parfois à contrôler l'autre parfois à être contrôlé, une hyperesthésie aux remarques et au comportement d'autrui. Surgissent souvent des sentiments de manque, d'échec, de vide, de solitude, d'abandon, des réactions hostiles sur fond de culpabilité, des conduites d'autopunition. Et surtout, malgré une capacité d'adaptation satisfaisante, les sujets limites présentent une incapacité à structurer une défense stable et cohérente et la tendance constante à passer d'un mécanisme à un autre.

**R.P. Knight** cherche en 1953 à donner une dimension structurale aux états limites en se centrant sur la conflictualité intrapsychique. Il souligne la grande fragilité des fonctions du moi et une problématique dedans/dehors spécifique à ces sujets, la réalité extérieure venant suppléer au vide de l'espace interne du sujet. Dans la littérature anglosaxonne, beaucoup d'auteurs pensent que l'état limite renvoie à un diagnostic de structure. C'est le cas de Modell (1963), qui compare le dilemme de l'état limite à celui du « porc-épic » (dormir assez près de ses congénères pour prendre au contact de leur corps la chaleur dont ils ont besoin, tout en maintenant cependant une distance suffisante) et de Parkin (1966), qui parle d'un état stable de transition dans lequel la névrose constitue une défense contre la psychose. Ces deux auteurs insistent sur le fait que les traits caractéristiques des états limites ne sont pas des symptômes et que même s'ils peuvent être méfiants, soupçonneux et récriminateurs, ils ne présentent pas les signes les plus caractéristiques de la psychose : délire, désorganisation, élation maniaque, dépression mélancolique (Timsit, 1971).

**W. Bion**, en se référant aux conceptions freudienne et kleinienne, développe une théorie de l'activité de pensée et donne une place centrale à la fonction de l'identification projective.

**M. Balint** et **D.W. Winnicott**, qui chacun à leur manière développent l'importance des relations précoces entre la mère et l'enfant, vont s'inscrire dans le courant de pensée de **Fairbairn**, le premier à travers ses concepts de « défaut fondamental » et d'« amour primaire », le second en développant l'idée d'une aire intermédiaire entre le *self* et l'objet.

Parmi les auteurs contemporains, il faudrait citer :

**Kernberg** (1975) qui, en décrivant la clinique des troubles limites, insiste sur l'angoisse diffuse de ces sujets, souligne la pathologie des relations d'objets intériorisées et retient aussi comme caractéristiques des troubles limites la faiblesse non spécifique du moi, l'incidence des processus primaires de la pensée et l'existence de mécanismes de défense primitifs et spécifiques.

**Bergeret** qui, en 1974, établit une théorie des états limites qu'il conçoit comme une « astructuration », c'est-à-dire un mode de fonctionnement fondamental de la personnalité qu'il nomme « économie limite ». Excluant le sexuel et la référence au conflit œdipien, Bergeret parle d'une angoisse de perte d'objet, l'angoisse dépressive. Le moi n'est pas morcelé mais déformé. La carence imaginaire fait place aux mécanismes de forclusion, aux défenses maniaques, à l'identification projective. La personnalité est scindée en un secteur adaptatif au réel et un secteur anaclitique comportant des défenses archaïques de type psychotique.

**Green** qui propose en 1990 de considérer la limite comme un concept (*borderline* peut être traduit par « état de frontière »). Il considère la limite comme une frontière mouvante et fluctuante, dans la normalité comme dans la pathologie (voir Schenckery, 2005, p. 68-71). Green propose de figurer la limite non pas en termes de représentation figurée mais en termes de « processus de transformation d'énergie et de symbolisation (force et signification) ». L'auteur articule l'approche de Winnicott et de Bion avec celle de Freud. Il part de l'idée de « folie » (non de psychose), plus précisément de la folie de la passion de l'enfant à laquelle répond la folie maternelle. « Lorsque le rôle de contenant ou de miroir de la mère est défaillant, les possibilités d'élaboration de l'enfant sont dépassées et le moi doit faire face à une double angoisse d'intrusion et de séparation que l'on observe chez les cas limites. » A. Green dégage comme concepts ordonnateurs des cas limites :

- la problématique des limites du champ psychique inconscient. Les deux extrêmes de la pulsion, rappelle Green, sont le soma pour ce qui concerne l'origine et l'acte pour ce qui est du but, et la fonction principale de la mise en acte est de décharger la tension, c'est-à-dire de « contrer, de se protéger, d'éviter » (Green, 1990, p. 127). Si la tâche fondamentale du champ psychique est pour Freud la réduction de la tension, elle est pour Green la représentation ; et le clivage radical, qui rend impossible le travail de représentation, provoque alors une « véritable paralysie du moi » ;
- le clivage, qui doit donc s'appréhender dans sa double dimension, vis-à-vis de l'extérieur et vis-à-vis du corps, et se rattache à l'action de la pulsion de mort. Ce qui fait sa spécificité réside dans ce développement à deux niveaux, entre le psychique et le non-psychique d'une part (le soma et l'extérieur), à l'intérieur de la sphère psychique d'autre part – ce second niveau de clivage aboutissant à créer des noyaux isolés, relativement structurés mais sans communication entre eux ;
- la perte et l'intrusion (issues de la séparation sein/enfant) ;
- la dépression primaire enfin, comme désinvestissement radical engendrant le blanc de la pensée. Cliniquement, cela se traduit par l'impression de tête vide renvoyant à l'incapacité de penser et de se représenter.

Green estime qu'il faut prendre en considération deux « aires limites » dans l'appareil psychique : « l'aire intermédiaire dans l'espace du dedans », entre l'inconscient et le conscient-préconscient (et dont la création est le rêve), et « l'aire intermédiaire entre le dedans et le dehors » que décrit Winnicott dans son concept d'aire transitionnelle.

Les travaux de Green portent beaucoup sur le « travail du négatif » qui, selon lui, sous-tend les mécanismes d'idéalisation, de déni et de clivage dans les états limites.

**C. Chabert**, pour sa part, récuse une définition des fonctionnements limites par la négative. Pour elle, « les fonctionnements limites constituent un mode d'organisation psychopathologique extrêmement déterminé et à part entière, relevant d'une grande complexité à la fois sur le plan clinique [...] et sur le plan métapsychologique » (1999a, 93-94). Elle insiste sur :

- La porosité des enveloppes psychiques (des limites), qu'elle considère comme spécifique des fonctionnements limites (1999b, p. 116). Ces derniers se différencient ainsi des personnalités narcissiques

qui présentent des frontières relativement étanches. Dans ce cadre, l'auteur souligne également qu'à la différence de ce qui se passe dans les psychoses, « la fonction d'intersensorialité reliant entre elles les sensations de diverses natures est fermement assurée » (*ibid.*, p. 117) ; les fonctions de pare-excitation et d'individuation du moi en revanche sont relativement précaires. Quant à la fonction de soutien de l'excitation sexuelle, elle « paraît généralement intégrée chez les fonctionnements limites, même si elle apparaît sur un mode sporadique, intermittent, d'alternance entre emballements libidinaux intenses et des déceptions dépressives tout aussi vives » (*id.*).

- La problématique de perte d'objet. Dans les fonctionnements limites où prédomine une problématique dépressive, « la perte de l'autre (est) susceptible d'entraîner avec elle, dans la disparition, la perte de soi, la perte de l'autre visible ne permettant pas que se maintienne son existence comme objet interne à l'intérieur de la psyché » (1999a, p. 97).
- La difficulté d'accès à l'ambivalence chez les fonctionnements limites, et plus précisément à la possibilité d'associer l'amour et la haine de sorte qu'ils ont souvent recours au clivage dans leurs modalités d'investissement d'objets. L'auteur insiste sur « la nécessité du maintien de la haine dans les fonctionnements limites (dans la mesure) où les mouvements pulsionnels haineux évitent le risque d'envahissement par l'autre dont la proximité peut devenir confusante par l'attraction et la dépendance qu'il implique » (*ibid.*, p. 102).
- Pour ce qui concerne l'organisation psychosexuelle, C. Chabert considère que le complexe d'Œdipe reste vivant dans les fonctionnements limites mais qu'il est traité de manière spécifique. Il a une valeur plus ou moins structurante selon le type d'organisation pathologique. Une de ses spécificités reposerait sur la défaillance de l'intériorisation des interdits qui se réalise normalement à la période de latence, et qui est soutenue par le refoulement. L'auteur souligne le « défaut de refoulement des fantasmes incestueux et parricides » (*id.*).

Pour finir, C. Chabert se rapporte au développement que fait Freud en 1924b dans « Le problème économique du masochisme » à propos du masochisme moral et elle fait l'hypothèse d'une organisation masochiste chez les sujets limites, notamment par un défaut de refoulement du « fantasme d'être battu » par le père condensant le plaisir incestueux et la punition.

En résumé, il faut retenir comme caractéristiques des fonctionnements limites, à partir des différents auteurs précédemment cités :

- la dépendance à l'objet et la fragilité des fonctions du moi (chez tous les auteurs) ;
- chez les auteurs anglo-saxons, l'importance accordée à la fragilité du moi et aux mécanismes de défense ;
- chez les auteurs français, une voie qui va de l'astructuration (Bergret) aux problématiques spécifiques des fonctionnements limites – selon Green, problématiques des limites dedans/dehors et au sein de l'aire intermédiaire du dedans ; selon Chabert, porosité identitaire et des enveloppes psychiques, spécifique des fonctionnements limites, problématique de perte d'objet et difficulté d'accès à la transitionnalité et à l'ambivalence, spécificité de traitement du complexe d'Œdipe se matérialisant par une défaillance de l'intériorisation des interdits qui se réalise normalement à la période de latence (« défaut de refoulement des fantasmes incestueux et parricides »).

Notre point de vue, qui trouve son origine du côté des mouvements de déconstruction et de construction dans la cure analytique, est proche de celui des auteurs qui font prévaloir la notion de processus limites, arguant du fait que dans la cure elle-même, l'expérience de l'informe (S. Le Poulichet, 2002), du morcellement, de l'angoisse extrême, peut être mobilisée dans le transfert et s'avérer féconde, et qu'il ne s'agit donc pas de les contourner mais de les faire travailler. Les figures de l'extrême qui, pour nous, caractérisent ce jeu particulier qui s'instaure entre forces de vie et forces de mort avant le passage d'un état à un autre sous la forme de ce que l'on nomme une décompensation – que celle-ci se situe sur le versant délirant ou sur le versant dépressif – sont à considérer dans une temporalité qui n'est pas linéaire mais circulaire, à l'image de l'éternité ou de la forme qui, pour la première fois, accrochait à un sens. Ces figures peuvent se retrouver à travers des situations variables qui présentent cependant comme caractéristique commune le fait qu'elles se rapportent toutes au lien originel dans lequel il n'y a pas de tiers. Les figures extrêmes, telles que nous les définissons, peuvent donner des configurations très diverses qui se déploient entre la dépendance à l'objet, l'état de détresse et la violence aveugle.

Ce sont des figures d'incertitude qui apparaissent dans des situations où le temps est compté, où il y a une marge de risque non négligeable, où la vie du sujet se trouve menacée de l'intérieur ou de

l'extérieur. Elles se construisent davantage sur la peur que sur l'angoisse si nous considérons la peur comme le « modèle premier de la perte des limites, celui de l'effraction du corps, dans un rapport à l'objet où la représentation n'est pas sollicitée puisque la perception lui donne d'emblée son sens. » (Birraux, 1992). C'est la capacité qu'a le sujet d'anticiper la catastrophe qui lui fait mettre en place des figures de l'extrême. Et l'on pense ici à la terreur de l'informe qu'évoque S. Le Poulichet (2002), ces phénomènes de dépossession et de précipitation dans un espace sans bords qui entraînent la création de ce que l'auteure appelle « les théories infantiles de l'informe », mécanismes de défense présentant la terreur en tentant d'y répondre. La notion d'« identification d'angoisse » proposée par S. Le Poulichet pour qualifier cette terreur de l'informe correspond au départ d'élaboration du « premier sentiment d'enveloppe » que décrit G. Haag à propos de l'autisme et des phénomènes autistiques (cité par Fédida, 2000, p. 109).

Les figures de l'extrême se rapprochent de ce modèle dans la mesure où elles appellent aussi des mécanismes de défense qui présentent ces figures en tentant d'y répondre – de la même façon que le mécanisme par lequel le sujet se défend de la terreur de l'informe reprend les éléments de base de la terreur en question. Elles permettent au sujet de survivre même si nous pouvons considérer qu'il s'efface ou qu'il disparaît. Soit il met en scène sa propre disparition pour pouvoir continuer à exister, il se fait d'une certaine façon disparaître ; soit, au contraire, il se met en lumière, par exemple à travers un passage à l'acte. Pour le premier cas, nous pensons à Émile Ajar, double de Romain Gary ; pour le second à Louis Althusser qui, après avoir étranglé sa femme en novembre 1980 lors d'une crise de mélancolie aiguë, entre dans une vie étrange, une vie fantôme jusqu'à sa propre mort, le 22 novembre 1990. « Le meurtrier avait [...] l'allure d'un crime parfait, à ceci près qu'au lieu de le dissimuler, le meurtrier l'avait revendiqué en se dénonçant lui-même à son médecin, qui avait eu peine à le croire » (Roudinesco, 2005, p. 207). Identifié, selon Green, à un père sadique, au point de se prendre pour la mère protectrice et destructrice de ses élèves de l'École normale supérieure, « le philosophe n'aurait pas été atteint d'une psychose maniaco-dépressive "pure" mais d'une psychose plus complexe qui l'aurait conduit à adopter un "style de vie psychotique" » (*ibid.*, p. 226). Lorsque en 1992, soit deux ans après sa propre mort, paraît son autobiographie intitulée *L'Avenir dure longtemps*, à travers laquelle il reconstitue par écrit la scène du meurtre de sa femme et instruit le procès qui n'a pas