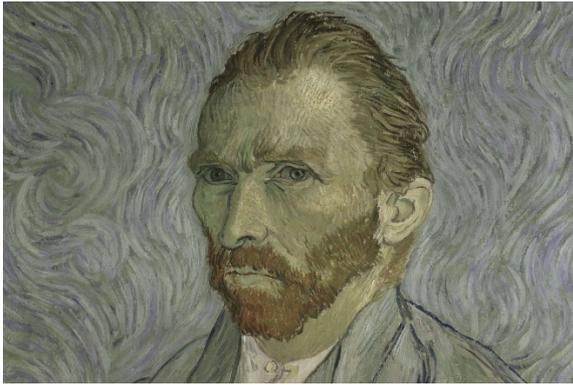


LES STRUCTURES DE PERSONNALITES



1) Introduction :

Depuis des années, l'AT connaît un développement continu. Dans la pratique clinique, aujourd'hui on n'imagine pas un psychothérapeute en AT sans une formation approfondie en psychologie clinique. En effet la nécessité de faire un diagnostic croisé pour permettre ensuite d'envisager un plan de traitement est une évidence. Evidance qui vient du parcours de Berne lui-même. En effet, étant d'abord psychanalyste avant de créer l'Analyse transactionnelle, Berne a toujours fait référence à un diagnostic croisé entre la psychanalyste et les diagnostics de l'analyse transactionnelle.

“ l'ignorance provoque un tel état de confusion qu'on s'accroche à n'importe quelle explication afin de se sentir un peu moins embarrassé. C'est pourquoi moins on a de connaissances, plus on a de certitudes.

Il faut avoir beaucoup de connaissances et se sentir assez bien dans son âme pour oser envisager plusieurs hypothèses.”

Boris Cyrulnik

2) Définitions :

2.1) La personnalité normale et “bien portant”

L'utilisation de la notion de normalité présente d'incontestables écueils. De fait la normalité se réfère à un pourcentage majoritaire de comportements ou de point de vue. Elle est le plus souvent envisagée par rapport aux autres, à l'idéal ou à la règle.

Jean Bergeret dans son livre (la personnalité normale et pathologique) propose de mettre l'accent sur le constat de “bon fonctionnement intérieur” au lieu de formuler à tout moment des jugements de valeur par rapport aux autres quand à une éventuelle normalité.

Il propose un essai de définition de la normalité :

« le véritable “bien-portant” n'est pas simplement quelqu'un qui se déclare comme tel, ni surtout un malade qui s'ignore, mais un sujet conservant en lui autant de fixations conflictuelles que bien des gens, et qui n'aurait pas rencontré sur sa route des difficultés internes ou externes supérieures à son équipement affectifs héréditaires ou acquis, à ses facultés personnelles défensives ou adaptatives et qui permettrait un jeu assez souple de ses besoins pulsionnels, de ces processus primaire et secondaire sur les plans tout aussi personnels que sociaux en tenant un juste compte de la réalité, et en se réservant le droit de se comporter de façon apparemment aberrante dans des circonstances exceptionnellement “anormales”. »

Il propose une autre définition plus courte :

« *“la normalité”, c’est surtout ne pas s’inquiéter avant tout du comment font les autres mais rechercher simplement tout au long de son existence, sans trop d’angoisse ni de honte, comment s’arranger au mieux avec les conflits des autres comme avec ses conflits personnels sans aliéner pour autant son potentiel créateur ni ses besoins intimes.* ».

2.2) Une structure de personnalité : serait le mode d’organisation des éléments de base d’une personnalité, sur le plan profond et fondamental. Les symptômes ou la symptomatologie seraient simplement les manifestations de la structure.

En effet, derrière une symptomatologie qui paraît souvent superficielle, il convient de rechercher **les éléments constants** sur lesquelles repose le fonctionnement mental de telle personne ou de tel groupes identiques dans leurs mécanismes psychiques fondamentaux.

Le caractère est le fonctionnement manifeste et non morbide de la structure.

La symptomatologie est le fonctionnement morbide de la structure.

Le trait de caractère : est emprunté à d’autres structures. Ce sont des mécanismes complémentaires qui permettent soit de maintenir un état d’adaptation soit d’aider une structure en état de défaillance pathologique en utilisant des mécanismes défensifs accessoires.

3) la genèse de la structure de personnalité :

Dans ses nouvelles conférences, en 1932, S. Freud rappelle que si nous laissons tomber à terre un bloc minéral sous forme cristallisée, il se brise ; mais il ne se brise pas d’une façon quelconque, mais selon les lignes de clivage préétablies à l’état d’équilibre, selon leurs limites, leurs directions, leurs angulations jusqu’à l’invisibles. De telles lignes de clivages, originales et immuables, définissent la structure interne du minéral.

Freud pense qu’il en serait de même pour la structure mentale, que l’organisation d’un individu se trouverait constituée de façon durable, spécifique et invisible dans la situation normale. Il suffirait d’un accident ou d’un examen minutieux pour qu’on retrouve les lignes de clivage et aussi de soudure fondamentale entre les éléments primaires.

Dans l’évolution psychique de l’individu vers une structuration stable de la personnalité, nous pouvons distinguer trois étapes :

1^{er} étape :

Nous partons des états initiaux du Soi du petit enfant, dans leur indifférenciation somato-psychique. Peu à peu cette différenciation s’effectue et peu à peu aussi le Soi se distingue du non-Soi. Dans cet état initial, le Soi conserverait pendant un temps assez long une certaine plasticité aux influences extérieures narcissiques, toxiques aussi bien que maturatives.

2^{eme} étape :

On assisterait à une sorte de « pré-organisation » déjà plus spécifiques, en fonction des lignes de force déterminées d’une part par :

- Des données héréditaires et congénitales indéniables.
- Les expériences de relations successives de l’enfant avec son entourage.
- Son développement psycho-sexuel avec des expériences objectales successives touchant des zones érogènes de plus en plus étendues.

Les relations aux parents demeurent capitales bien entendu. S’y ajoutent peu à peu aux grés des circonstances les relations aux autres membres du contexte social et éducatif.

Ces relations ont une répercussion sur le psychisme en formation, sous la forme de conflits, de frustrations, de traumatismes mais aussi d'assurances anaclitiques, d'identifications positives. Les défenses commencent à s'organiser de façon de moins en moins fluctuante et interchangeable. Le Soi manœuvre par touches successives, par mouvements d'essais et de retraits, pour faire face aux menaces créées à l'extérieur comme à l'intérieur tant par la réalité que par les pulsions. Et progressivement le psychisme de la personne s'organise selon un mode d'aménagement ou d'assemblage de ses propres éléments. Progressivement le psychisme de l'individu s'organise, se cristallise selon un mode d'assemblage de ses éléments propres, selon une variété d'organisation interne avec des lignes de clivage et de cohésion qui ne pourront plus varier par la suite.

3^{ème} étape :

Se constitue, aboutissant à une véritable structure de la personnalité autrement dit un Moi authentique, qui ne pourra plus se modifier ni changer de lignée fondamentale, mais seulement s'adapter ou se désadapter, ceci de façon définitive ou réversible, selon une ligne d'organisation structurelle interchangeable.

Tant qu'un sujet de l'une ou l'autre structure stable, névrotique ou psychotique, n'est pas soumis à de trop fortes épreuves internes ou externes, ne souffre pas de frustrations trop grandes et ne se sent pas victime de conflits trop intenses, **il ne sera pas malade** tout en restant de structure psychotique ou névrotique.

Le cristal tiendra bon.

En résumer, en fonction de l'adaptation que la personne fait de sa structure de personnalité face à la réalité, nous pouvons placer cette structure sur une ligne dont l'extrémité serait l'autonomie (la normalité), et l'autre serait le pôle pathologique.

Pathologie ← → normalité-autonomie adaptation à la réalité

« L'enfant contient déjà la vérité enfouie et morcelée de l'homme qu'il sera, il demeure néanmoins tout aussi certain que l'adulte conserve de par lui la vérité enfouie et morcelée de l'enfant qu'il a été, et je dirai même, la nostalgie de l'enfant qu'il n'aura pas pu être, également. ». Jean Bergeret, la personnalité normale et pathologique, page 57.

4) classification des structures de personnalité

La névrose a été définie la première fois en 1769 par W. Cullen et la psychose en 1845 par E. Von Feuchtersleben.

Les psychanalystes D.Stern, V.Eisenstein, Bychowski, en 1938, pour la première fois, eurent recours au terme de borderline ou état-limite pour désigner l'intrication de traits névrotiques et psychotiques.

Nous pouvons classer les structures de personnalité en trois grandes catégories :

- Les structures névrotiques.
- Les structures psychotiques
- Les structures états – limites ou a-structurations pour Bergeret .

4.1 "La divided" line de Robert Fliess :

Robert Fliess, à partir des travaux d'Abraham définit la "divided line" (ligne de division) comme une frontière entre les fixations et régression psychotiques d'une part et les fixations ou régression névrotique d'autre part.

Cette ligne de partage se situe selon Abraham au point de vue du développement pulsionnel entre le premier sous stade anal dit phase expulsive et le second sous stade anal dit phase rétentive.

4.1.1 structures psychotiques

Toutes les régressions et fixations placées en amont de de cette ligne de séparation fondamental correspondraient **aux structures psychotiques** :

- La structure **schizophrénique** se présenterait comme la plus archaïque,
- La suivante serait la structure **mélancolique ou psychose maniaco-dépressive**.
- En dernière position, tout contre la ligne frontière : la structure **paranoïaque**.

4.1.2 structures névrotiques

Ce qui situerait par contre en aval de la ligne de division correspondrait **aux structurations de mode névrotique** en commençant par :

- La structure **obsessionnelle**
- Puis en continuant par les structures **hystériques**, hystérie d'angoisse et hystérie de conversion.

4.1.3 Etat limite ou a-structuration

Du point de vue structurel, **l'état limite ou a-structuration** serait intermédiaire entre la névrose et la psychose. Jean Bergeret ne parle que d'une a-structuration à "multi-facettes", là où Georges Escribano parle de plusieurs instances qu'il nomme :

- Structure borderline,
- Structure psychopathe et
- Structure narcissique.

5) diagnostic des structures de personnalité

Selon Jean BERGERET, pour faire un diagnostic des structures de personnalité il faut examiner quatre facteurs :

- La nature de l'angoisse latente.
- La nature du conflit
- Le mode de relation d'objet.
- Les mécanismes de défense principaux.

Auxquels il faut ajouter le mode d'expression habituelle du symptôme.

Le symptôme ne permet jamais à lui seul de préjuger d'un diagnostic. On parlera de symptôme de la lignée névrotique ou symptôme de la lignée psychotique.

Les mécanismes de défense ne permettent pas non plus à eux seuls de déterminer une organisation structurelle. On parlera de défense de mode névrotique ou psychotique.

Relation d'objet génital ou génitalité :

Dans la normalité et dans la névrose, la relation d'objet est dite de type génital.

Cela veut dire que l'organisation est suffisamment structurée pour :

Que la triangulation œdipienne et le refoulement régulent le système des identifications

Le sujet a intégré la différence des sexes et des générations.

Cette structuration assure l'appréhension de l'objet (=l'autre) en tant que différent de Soi, le souci pour l'objet et la perception de sa totalité, de sa réalité et de son altérité.

En dépit des pertes d'objet, le moi reste stable et solide.

La pensée logique, les affects sont nuancés, mobiles, déplaçables et correspondent aux sollicitations et aux réponses de l'objet.

	Instance dominante Dans l'organisation	Nature du conflit	Nature de l'angoisse	Défenses Principales	Relation d'objet
Structures Névrotiques	Surmoi	Surmoi avec le ça	De castration	Refoulement	Génitale
Structures Psychotiques	Ça	Ça avec la réalité	De morcellement Angoisse de mort Angoisse de destruction	Déni de la réalité. Dédoublément du Moi	Fusionnelle
Structures Limites	Idéal du Moi	Idéal du moi avec : Ça Réalité	De perte d'objet Angoisse d'abandon Angoisse de dépression	Clivage des objets Forclusion	Anaclitique

6) La lignée structurelle psychotique

Les structures correspondantes sont au nombre de 3 :

- La structure schizophrénique.
- La structure paranoïaque.
- La structure mélancolique ou psychose maniaco-dépressive.

6.1) Le tronc commun à ces trois structures :

Psychogenèse : la lignée prend son départ au niveau des frustrations très précoces durant la phase orale ou la 1^{ère} phase anale. On a une défaillance du narcissisme primaire des 1ers instants de la vie.

Bergeret parle de "l'indispensable trépied" préalable à l'établissement précoce d'une structuration psychotique : déficit personnel + frustrations très précoces + toxicité maternelle importante et prolongée.

Quand il n'y a pas de maladies, neurologique ou génétique, la pré organisation reste silencieuse tout le temps de la petite enfance. Il n'y a pas de passage forcé par l'Œdipe pour la paranoïa ou la schizophrénie et c'est au moment de l'adolescence que se pose la question :

- soit la personne va se structurer sur un modèle névrotique
- soit à l'adolescence si la crise est importante, le jeune va vers une ligne structurelle psychotique.

Instance dominante dans l'organisation : le ça.

Nature du conflit : ça et réalité.

Nature de l'angoisse : de morcellement, la destruction, la mort par éclatement.

Relation d'objet : fusionnelle.

6.1.1) Mécanismes de défense principaux : le déni, la projection et le dédoublement du moi.

Définitions du Vocabulaire de la psychanalyse de J. Laplanche et J.-B. Pontalis et de l'Abrégé de psychologie pathologique de J. Bergeret.

- **Le déni** (de la réalité) : consiste en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante.

- **La projection** : opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des « objets » qu'il méconnaît ou refuse en lui.

- **Le dédoublement du moi** : une partie du moi demeure en contact opératoire avec la réalité non gênante pendant qu'une autre partie de ce même moi va perdre tout contact avec cette réalité dans ce qu'elle présente d'angoissant pour lui, cherche à dénier tous les aspects trop angoissants et, au besoin, reconstitue (délire) en compensation une néoréalité plus rassurante et plus désirée à la fois.

6.2) La structure schizophrénique

La structure psychotique correspond à une défaillance de l'organisation narcissique primaire des premiers instants de la vie. C'est pour l'enfant l'impossibilité d'être considéré comme un objet distinct de la « mère sujet ». La mère est, elle-même incomplète ne pouvant concevoir de se séparer de cette partie indispensable à son propre Moi. Et ceci se produit bien sûr avec la complicité plus ou moins active du père quand il existe à titre vraiment significatif.

Freud avait défini la schizophrénie sous le vocable de "névrose narcissique" pour insister sur l'importance de la régression narcissique massive primordiale dans cette entité.

Cette relation plus ou moins fusionnelle à la mère se trouvera sans cesse répétée sur le plan interpersonnel par la suite.

6.2.1) Les différentes formes :

Paranoïde Des contenus persécutaires

Catatonique Paralysie, stupéfaction, plus de pensées.

Hébéphrénie Discours incohérents, désorganisés (schizophrénie ou prédomine la dissociation)

6.3) la structure paranoïaque

Traumatisme au stade anal. La méconnaissance de défense privilégie la projection.

Déni de la réalité, toute réalité extérieure est gênante. C'est quelqu'un qui souffre des sentiments de persécution.

La structure paranoïde correspond spécifiquement à une organisation psychotique du moi fixé à une économie pré-génitale à prépondérance anale et touchant plus particulièrement le premier sous-stade anal.

6.3.1) Les différentes formes :

- Persécutaire : se dit traiter de façon malveillante
- Erotomaniaque : l'objet de l'amour dévie en objet de haine
- Déni de jalousie : L'autre ne peut pas se séparer. Il se sent incomplet, s'exclut de la relation à l'autre.

Sentiments de persécution et mégalomanie.

6.3.2) Symptômes :

Méfiance injustifiée

Hypervigilance

Refuse la confrontation d'autrui

Recherche avec minutie la confirmation des idées préconçues.

Se fait passer pour une victime

Hypertrophie du moi.

6.3.3) Personnalité

Aspect froid, impassible, méfiant

Procédurier

Envieux, orgueilleux, rigides, jaloux.

Passionnés et refusant tout compromis.

Ne se remettent jamais en cause.

➤ 6.4 la structure mélancolique ou psychose maniaco-dépressive.

Psychose où alterne, dans des phases de durée très variable, des états d'excitations de type maniaque avec des états mélancoliques.

Cette psychose peut également apparaître sous un seul de ces deux états.

La psychose maniaco-dépressive apparaît plutôt à l'âge adulte La maladie va se déclencher lors d'un traumatisme extérieur, lors d'une séparation.

, . Elle s'origine dès les premiers mois de la vie par une fixation au stade sadique oral qui donne à l'individu le sentiment d'avoir perdu la moitié de lui-même et le laisse dans l'incapacité de faire le deuil de l'objet perdu, ou l'insuffisance de la présence de l'objet interne, en fait il y a une confusion entre l'objet et le moi. Blessure narcissique fondamentale - Il y a une faille dans l'idéal du moi.

L'individu atteint de psychose maniaco-dépressive est durant **la phase dépressive** :

Anxieux, chargé de culpabilité, ressassant le passé et semble dépassé par le temps qui s'écoule. Il connaît des moments de profonde dépression qui entraînent une grande souffrance morale et réduisent ses activités psychiques et physiques.

Dans **la phase maniaque** il peut se monter avide de tout : idées, événements, personnes, il est littéralement exalté pouvant aller jusqu'à la mégalomanie.

Dans certains cas, ces phases sont séparées par des périodes où l'individu mène une existence d'une apparence normalité.

Les mécanismes de défense :

- Introjectif, adorateur.
- Le deuil est impossible à faire, incapacité à se détacher de l'autre (ambivalence de l'image de la mère) - Risque suicidaire dans leur état maniaque.

7)La lignée structurelle névrotique

Nous trouvons :

- o La névrose obsessionnelle.
- o L'hystérophobie, ou hystérie d'angoisse.
- o L'hystérie de conversion.

Tronc commun :

La personnalité est organisée sous le primat du génital.

Instance dominante dans l'organisation : le surmoi.

Nature du conflit : Surmoi et ça.

Nature de l'angoisse : de castration.

Relation d'objet : génitale.

7.1) Mécanismes de défense principaux et définitions de Laplanche et Pontalis :

- **Le refoulement** : opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient **des représentations** (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion. Le refoulement se produit dans les cas où la satisfaction d'une pulsion – susceptible de procurer par elle-même du plaisir- risquerait de provoquer du déplaisir à l'égard d'autres exigences.

- **Le déplacement** : fait que l'accent, l'intérêt, l'intensité d'une représentation est susceptible de se détacher d'elle pour passer à d'autres représentations originellement peu intenses, reliées par elle-même par une chaîne associative.

- **La formation réactionnelle** : Attitude ou habitudes psychologiques de sens opposé à un désir refoulé, et constitué en réaction contre celui-ci (pudeur s'opposant à des tendances exhibitionnistes par exemple).

- **L'isolation** : Mécanisme de défense, surtout typique de la névrose obsessionnelle, et qui consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que leur connexion avec d'autres pensées ou avec le reste de l'existence du sujet se trouvent rompues. Parmi les procédés d'isolation, citons les pauses dans le cours de la pensée, des formules, des rituels, et d'une façon générale, toutes les mesures permettant d'établir un hiatus dans la succession temporelle des pensées ou des actes.

La dénégation : Procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulés, continue à s'en défendre en niant qu'il lui appartienne.

- **L'annulation (-rétroactive)**: Mécanisme psychologique par lequel le sujet s'efforce de faire en sorte que des pensées, des paroles, des gestes, des actes passés ne soient pas advenus ; il utilise pour cela une pensée ou un comportement ayant une signification opposée. Particulièrement caractéristique de la névrose obsessionnelle.

7.2) Théories de l'angoisse selon Freud :

Il existe deux théories de l'angoisse dans l'œuvre de Freud.

- La première de 1915 désigne le refoulement comme cause de l'angoisse. L'angoisse apparaît quand le refoulement s'est produit. L'angoisse est la trace du refoulement. Le refoulement ne concerne que la représentation, l'effet du refoulement est de détacher la représentation de son quantum d'affect. A ce moment cette augmentation de la quantité d'énergie psychique non liée ou dé-liée (non relié à une représentation) au sein de la psyché est ressentie comme angoisse. Cela est représenté par la formule R/Q
R est la représentation
Q est le quantum d'affect.
- La deuxième de 1926 inverse le rapport : l'angoisse devient la cause du refoulement. L'angoisse fondamentale d'après Freud serait chez l'être humain l'angoisse de perte de l'amour de l'objet. Dès qu'une représentation est susceptible de faire courir ce risque, elle est immédiatement refoulée dans le processus même de son devenir conscient. L'angoisse change de statut : elle n'est pas un effet du refoulement mais sa cause.

- 7.3) La névrose obsessionnelle.

STRUCTURATION

La structure obsessionnelle se caractérise par le surinvestissement de la pensée et la régression sadique- anale. Cette toute puissance de la pensée est la manifestation de la résistance pour éviter l'angoisse, surtout l'angoisse de mort. Ainsi, par la pensée, l'obsessionnel peut tout contrôler. La régression sadique-anale se manifeste par l'ambivalence* (*voir ce terme dans le chapitre consacré aux mécanismes de défense) rétention/expulsion.

Enfin, la problématique qui apparaît comme essentielle chez l'obsessionnel est celle de la mort, comme si la question était "Suis-je vif ou mort?" et pour éviter la confrontation à cette question, il adopterait une attitude de fausse acceptation anticipée qui s'exprime souvent par la pensée. Alors, celle-ci et sa rigidité constitueraient une sorte de "cage de verre" qui l'isole de la réalité.

PERSONNALITE

Aspect Généralement, l'obsessionnel a un visage plutôt figé, sa motilité est lente, il est indécis, raide, rigide.

Il donne l'impression d'être entouré d'une armure physique.

Tendance psychasthénique (du mal à se mettre en route le matin.)

En général chez l'obsessionnel, la psychasthénie est vécue sur un fond d'angoisse et de culpabilité.

D'autres traits marquants de leur personnalité sont :

Le perfectionnisme,

L'ironie.

Ils ont une forte tendance au collectionnisme, à l'entêtement, parfois sarcastique et peuvent être amenés à ruminer.

SYMPTOMES

Obsessions (du latin *obsidere* = assiéger) Ce sont des pensées que la personne se sent obligée d'avoir, par lesquelles elle se sent assiégée. Elles peuvent être :

- idéatives : "la folie du doute" se manifeste par des vérifications.

- arithmomane. Ici la personne se sent obligée de faire des calculs incessants, ou des "comptages" qui peuvent se compliquer à l'infini.

- obsessions compulsives. Il s'agit d'une crainte de l'accomplissement d'un acte agressif vis à vis de soi ou d'autrui.

Les compulsions Il s'agit d'un comportement que le sujet se sent poussé à accomplir par une contrainte interne et dont l'accomplissement est ressenti comme devant entraîner une montée d'angoisse (Paul a des compulsions de tuer quelqu'un dans la rue, cela devient tellement angoissant qu'il rentre tout de suite à la maison pour se doucher...). Les rites

Ce sont des procédés magiques, dérisoires, que l'obsessionnel s'oblige impérieusement à réaliser pour conjurer l'univers hostile. Ils peuvent être : intérieurs : souvent méconnus de l'entourage.

Dans tous les cas, les rituels sont :

- automatiques,

- coercitifs,

- rigoureux et rigides,

- itératifs.

MECANISMES DE DEFENSE

Formation réactionnelle (une excessive politesse, une excessive propreté...).

Déplacement ; Chez l'obsessionnel, le déplacement s'opère sur l'obsession.

Isolation : parler des événements douloureux de son enfance sans émotions, comme s'il racontait quelque chose qui ne le concerne pas.

Annulation rétroactive

Rationalisation, L'obsessionnel a tendance à rester dans la pensée, à analyser, à intellectualiser.

7.4.) L'hystérophobie ou hystérie d'angoisse

Dans l'hystérie d'angoisse, l'affect n'est pas immédiatement lié par la conversion. L'angoisse se développe, et c'est pour contrer ce développement que se met en place un mécanisme de défense complémentaire : le déplacement.

Le processus se déroule de la façon suivante :

R/Q → refoulement → ./.Q → développement d'angoisse → R'/Q

MECANISMES DE DEFENSE

Déplacement : Dans ce cas, le sujet déplace le conflit générateur d'angoisse sur une situation ou un Objet extérieur.

Projection : Le danger pulsionnel est projeté à l'extérieur.

PERSONNALITE

La personnalité du phobique est semblable à celle de l'hystérique, sauf qu'ici l'anxiété imprègne la personnalité. Le phobique est toujours en alerte, et face à la situation ou à l'objet phobique, a un parti pris de fuite.

SYMPTOMES

Phobie : Peur, (ou angoisse) intense liée à la menace de surgissement d'un objet ou d'une situation chargée électivement par le sujet d'actualiser une situation d'angoisse. En fait, la phobie est le résultat du déplacement de l'angoisse sur un objet, un animal ou une situation.

Conduites contraphobiques

- Evitement : ici, la personne évite ou fuit les objets ou les situations phobiques
- Réassurance (ne peut sortir qu'accompagné, sinon reste chez lui, "ça le rassure").

7.5) L'hystérie de conversion. :



La conversion consiste dans la transformation d'une représentation refoulée en symptôme qui met le corps en scène.

La structure hystérique constitue, si nous nous référons au schéma du développement de l'enfant, le noyau le plus élaboré en direction de la maturité. Le mot hystérie vient de hystérique, husterikos, husteria, qui veut dire utérus en grec. En effet, la représentation mentale s'est trouvée très longtemps liée au symbolisme du sexe féminin, aussi Hypocrate fixe le siège de l'affection hystérique dans l'utérus. Pour Gallien comme pour Platon d'ailleurs, l'hystérie est un résultat d'abstinence sexuelle. Pinel au XVIII^e siècle fut le premier à ranger l'hystérie dans les névroses. Charcot, pour sa part, distingua à la fin du XIX^e siècle l'hystérie de l'épilepsie.

Enfin, Freud, un instant élève de Charcot, écrira dans ses études sur l'hystérie : "*à peine sorti de l'école de Charcot, je rougissais de la connexion entre l'hystérie et la sexualité, à peu près comme les patientes le font en général*".

Dans un premier temps, il parlera de traumatisme sexuel pendant l'enfance, pour, dans un deuxième temps, abandonner l'explication traumatique directe, et intégrer l'hystérie dans le cadre des avatars de l'évolution libidinale.

Dans l'hystérie de conversion, le premier modèle de la théorie de l'angoisse se décline ainsi :

R/Q —→ refoulement —→ .Q —→ conversion/Q

La représentation (R) refoulée est signifiée autrement dans et par le symptôme corporel.

Freud parlait de « la belle indifférence » de l'hystérique à l'égard de ses symptômes. Le sujet hystérique ne se sent pas impliqué dans ce qui lui arrive. Il s'agit à ces yeux d'une manifestation purement corporelle et donc se sent psychologiquement étranger à ce qui lui arrive.

Dans l'hystérie de conversion, le symptôme corporel représente une traduction de la représentation R refoulée ; il en est l'équivalent.

Différence entre conversion et somatisation :

Le processus de somatisation est différent du processus de conversion dans la mesure où il touche directement le corps somatique, la somatisation ne génère pas de fausses maladies, mais implique l'organisme biologique.

PERSONNALITE

Coquetterie, séduction, influençable, dépendance

(A du mal à prendre une décision, préfère que ce soit l'autre qui la prenne).

Théâtralisation, exagère les événements de façon telle qu'on a l'impression d'être sur une scène.

D'autres traits de la personnalité hystérique sont :

- La mythomanie, (la personne fabule et enjolive à partir d'un élément réel);
- La falsification de l'existence (ici, la personne vit dans l'imaginaire, investit une grande partie de son temps dans la rêverie).
- L'expression avec un langage superlatif, emphatique, imprécis ;
- L'inconsistance du Moi : doute toujours de sa propre valeur et a besoin d'être rassurée. Aussi,
- une quête affective constante.

SYMPTOMES

Symptômes somatiques de conversion Ici, la caractéristique est qu'il n'y a aucune lésion, même si les douleurs (ou dans d'autres cas des paralysies) sont vécues comme réelles par la personne en question.

Nous pouvons observer une multiplicité des symptômes tels que : - Paralysies

1) fonctionnelles : des mouvements aphonies astasies : ici, la personne ne peut se tenir debout

2) localisées : d'un membre ou d'une partie d'un membre ;

3) paradoxales, ne s'accompagnant pas de troubles du tonus ni réflexes.

- Troubles de la sensibilité
- anesthésies, (diverses zones de l'épiderme insensibles aux aiguilles par exemple),
- douleurs spontanées
- céphalées.
- Contractures ou crampes
- contractures des différentes parties du corps,
- crampes viscérales (tube digestif, respiratoire, urinaire)

- Troubles sensoriels Troubles de la vue, cécités, surdités, troubles olfactifs.
- La grande crise d'hystérie de Charcot. Ce sont des crises assez spectaculaires où la personne manifeste des compulsions cloniques qui commencent par de petites secousses qui augmentent en intensité pour arriver à des bonds et des contorsions impressionnantes. Ici, la personne n'en est pas consciente et le vit dans un état second.
- Crises de tétanie plus ou moins typiques
- Enurésie
- Somnambulisme.

SYMPTOMES PSYCHOLOGIQUES

1) Etat crépusculaire (impression d'être coupée du monde, de marcher au radar, comme un robot). Dans l'état crépusculaire, la personne a l'impression d'être dans un état second, quelquefois cela va jusqu'au dédoublement de personnalité.

2) Troubles de la mémoire

- amnésies plus ou moins étendues ou plus ou moins sélectives (se souvient peu de son enfance, de longues périodes sont frappées d'amnésie.
- illusions. C'est le cas des personnes qui croient avoir vécu des situations ou événements qu'ils n'ont jamais vécus en réalité (les patientes de Freud racontaient souvent qu'elles avaient été abusées sexuellement par un adulte - souvent le père - dans leur enfance. Le nombre de ces récits était si important que Freud abandonna la théorie du traumatisme sexuel infantile, en pensant qu'il s'agissait des illusions créées à partir des fantasmes de ces patientes).

3) Troubles de la sexualité

- Frigidité chez la femme. La personne hystérique peut vivre les relations sexuelles comme culpabilisantes. Nous pouvons faire l'hypothèse que c'est de cela qu'il s'agit
- Diverses formes d'impuissance chez l'homme.

4) Tendance dépressive La tendance dépressive est constante chez l'hystérique. , a un fond constant de tristesse.

7.6) la structure passive- agressive : (selon Georges Escribano)

Ce qui paraît essentiel dans ce type de structuration de la personnalité est la résistance passive aux Demandes, aussi bien sur les plans professionnels, que social ou intime. Cette résistance constituerait le noyau de la structure, cela reste vrai, même si nous avons à faire à un tableau clinique qui nous ferait penser à une structure hystérique ou obsessionnelle.

STRUCTURE

Selon Frances Bonds-White, "La personnalité passive agressive" AAT n° 35 :

6-15 mois

Lorsque l'enfant commence à se déplacer, la mère du passif-agressif, au lieu de faciliter, voire d'encourager cette activité, restreint sa liberté de mouvement : "reste tranquille", "ou vas-tu ?", "viens ici", etc., ou "si je m'en vais, maman se sentira mal" ou encore "le monde est dangereux". C'est peut-être cela qui serait à l'origine des difficultés du passif-agressif, à avoir une image claire de lui-même, et la maîtrise de son corps, et aussi ce qui touche à son sentiment de sécurité. C'est ici que s'installerait l'impasse de 3e type .

15-36 mois

À cet âge, l'enfant entre dans le stade anal, donc apparaissent les premiers signes d'agressivité dirigée et d'ambivalence vis à vis de sa mère. Dans ce cas, l'enfant va retenir une partie de cette ambivalence et va suivre sa mère partout, refusant tout comportement autonome. Ici prendrait

origine la "dépendance hostile". Les mères des passifs-agressifs sont en général egocentriques, ce qui fait qu'au lieu d'interpréter les signaux de l'enfant correspondant à ses besoins à lui, elles les interprètent selon leurs propres besoins à elles. Ce qui pourra amener l'enfant à s'adapter aux Besoins et aux sentiments de sa mère.

3-7 ans

L'enfant finit son individuation et accède à la socialisation. L'enfant passif-agressif a la conviction que pour obtenir ce dont il a besoin, il faut ressentir ce que sa mère ressent, donc il continue sa suradaptation à elle, et comme celle-ci le préfère bébé, alors il ne fait rien et attend que les autres fassent à sa place comme maman.

Période de latence

Ici, en général, le père prend part à l'éducation de l'enfant. Ses instructions concernent la manière dont "le monde fonctionne" dans un "voilà comme on fait", mais ne supportant pas les erreurs que l'enfant peut faire, "le réprime" et lui signifie "il faut savoir d'instinct". L'enfant étouffe sa colère et fait par rébellion passive le contraire de ce qu'il faut faire (affronte passivement papa).

SYMPTOMES

La résistance passive, qui se manifeste par :

- la procrastination.
- la "perte de temps" (il traîne, tourne en rond avant de se mettre à réaliser quelque chose);
- Entêtement (lors des discussions, il ne veut pas "entendre raison") ;
- l'inefficacité délibérée ;
- les oublis (oublie un rendez-vous, oublie l'heure).

Ces personnes :

- se vexent facilement, sont susceptibles, mais ne le manifestent pas ;
- établissent des relations "polaires" (souvent, ils sont contre "par principe") ;
- sont désordonnés (à la maison, "c'est le bordel");

PERSONNALITE

- Les passif-agressifs sont dépendants, et manquent de confiance en eux.
- Ils voient l'avenir de façon pessimiste. - Ils sont contrôlants.
- Ils prennent rarement la responsabilité de leurs comportements.
- Ils croient qu'ils doivent savoir d'instinct.
- Ils ont l'impression d'être sans ressource (
- Ils ne savent pas ce qu'ils veulent ("Je ne sais pas" est souvent la réponse), ce qui pousse les autres à savoir à leur place, mais ils n'acceptent pas les propositions faites.
- Ils ont beaucoup de difficultés à prendre contact avec leurs émotions.
- Ils sont "mous" dans le versant passif et "rebelles" dans le versant agressif.

MECANISMES DE DEFENSE

- Isolation
- Dénégation
- Contrôle omnipotent de l'objet.

8) Les états limites

8.1) Introduction :

Représenterait 30 pour cent des consultations actuelles.

La névrose a été définie la première fois en 1769 par W. Cullen et la psychose en 1845 par E. Von Feuchtersleben.

Les psychanalystes Stern, V. Eisenstein, Bychowski, en 1938, pour la première fois, eurent recours au terme de borderline ou état-limite pour désigner l'intrication de traits névrotiques et psychotiques.

Instance dominante dans l'organisation : L'idéal du moi.

Nature du conflit : Idéal du moi et ça, réalité.

Nature de l'angoisse : de perte d'objet. Ils auront une relation par étayage, relation anaclitique, s'appuyer contre. Il sera dépendant de l'objet contre lequel il s'appuie.

Relation d'objet : anaclitique.

8.2) caractéristiques psychologiques fondamentales les plus souvent présentes :

D'après STERN et Wolberg :

Susceptibilité, l'intensité des affects, la facilité avec laquelle le patient se sent rejeté, abandonné.

Importance de l'anxiété, de la dépression, du masochisme.

D'après Melita Schmidberg (fille de M. Klein) :

- Manque profond de sensibilité et d'empathie.
- Délire de revendication qui amène à multiplier les actions en justice pour redresser un dommage réel ou fictif. Amplifie démesurément son préjudice et poursuit indéfiniment celui à qu'il en impute la cause. **(La quérulence)**.
- Les comportements excessifs : l'excès, la recherche des limites, l'ordalie ("fleurter avec la mort »), les états émotionnels excessifs, la toxicomanie sont destinés à lutter contre le vide intérieur.
L'importance du sentiment de vide intérieur est une notion tout à fait centrale dans ces structures.
- L'incapacité d'endurer les blessures narcissiques, surtout liées aux exigences insignifiantes de la vie. La réussite professionnelle est inférieure aux potentialités. La susceptibilité.
- Faiblesse du moi : intolérance à la frustration, à l'acceptation d'un délai de la satisfaction.

D'après Joel Paris Dans l'American Psychiatric Press :

Définit ainsi le syndrome: "Les relations avec autrui sont intenses mais orageuses et instables avec des difficultés de maintenir des liens intimes étroits. La personne peut manipuler autrui et a souvent de grandes difficultés de faire confiance à autrui.

Il y a aussi une instabilité émotionnelle avec de sensibles et fréquents signes d'une dépression (empty lonely), d'irritabilité et d'anxiété.

Il peut apparaître des conduites imprévisibles et impulsives impliquant des dépenses excessives, de la promiscuité, du jeu d'argent (gambling), abus de drogues ou d'alcool, vol à l'étalage, boulimie ou conduites dommageables pour soi-même comme par exemple des tentatives de suicide.

On décèle encore des troubles de l'identité avec confusion et incertitudes à propos de l'identité (self-identify), la sexualité, les buts, et perspectives vitales, le choix d'une carrière, les amitiés".

8.3) définition de Bergeret : Ce n'est pas une structure mais une a-structuration.

Bergeret met dans les états limites tout ce qui n'est pas psychose, névrose. Par rapport à la psychogénèse, sur le plan oral il n'y a pas de problème, mais c'est au stade anal, quand l'enfant prend de l'autonomie qu'il y a parfois eu un événement traumatique. Ce sont des enfants qui vont avoir du mal à prendre leur indépendance.

Selon Bergeret, ce serait une personne qui rentrerait dans l'Œdipe trop rapidement d'où le traumatisme car il n'a pas de psychisme. On parle de pseudo latence. Parfois il n'y a pas de crise d'adolescence. Comme si la personnalité s'était figée.

Le tronc commun des états limites est le blocage évolutif de la maturité affective du moi. Ce blocage est en lien avec un traumatisme psychique dans la petite enfance.

L'organisation limite est intermédiaire entre névrose et psychose.

Il s'agit d'une maladie du narcissisme.

La relation d'objet est centrée sur la dépendance anaclitique à l'autre et donc le danger immédiat est la dépression.

8.4) la définition actuelle

La définition de l'état limite dans la classification du DSM IV (1994), comme celle de la "personnalité émotionnellement labile".

Deux grands types sont distingués : la personnalité schizotypique et la personnalité borderline.

8.4.1) La personnalité schizotypique est définie par des signes d'angoisse de persécution et diverses caractéristiques sur tous les plans donnent l'impression de bizarrerie et de discordance.

8.4.2) La personnalité borderline comporte :

Les efforts pour éviter la situation d'abandon

L'intensité et l'instabilité des relations interpersonnelles

Les troubles du sentiment d'identité

L'impulsivité dommageable

Les gestes suicidaires ou d'automutilation

Les sentiments dépressifs et de vide

Les colères discordantes.

8.5) définition de René ROUSSILLON

René ROUSSILLON ajoute qu'il existe deux pôles d'organisation chez le sujet état limite :

- **Le pôle d'organisation narcissique** identitaire du psychisme. Qui entraîne 2 sources de souffrance : la 1^{ère} est liée au processus de séparation et la 2^{ème} est liée au processus d'individuation.

- **Le pôle psychosomatique** : caractérisé par le fonctionnement opératoire. Font partie de ce pôle, **l'anorexie mentale**, des maladies comme le cancer.

C'est une maladie du narcissisme. La relation est centrée sur la dépendance anaclitique, le danger va être la perte d'objet et s'il y a perte d'objet, il y aura dépression, **Ou réaction à la dépression par l'agression.**

Leur économie psychique leur permet de bien s'adapter à la vie, ils sont caméléons. Ils vont être dépendant des variations de la réalité extérieure et aussi de la position des objets par rapport à leur distance. Ce sont des gens qui risquent d'être manipulateur.

- Ils sont dépendants du regard des autres
- Le jugement de l'autre est très important
- Besoin de sécurité (à condition que l'extérieur ne bouge pas)
- Ils sont dans une incessante activité (mode psychosomatique)

Ils sont manipulateurs pour conserver les objets auprès d'eux, mais ils peuvent aussi avoir de la haine contre ces propres objets.

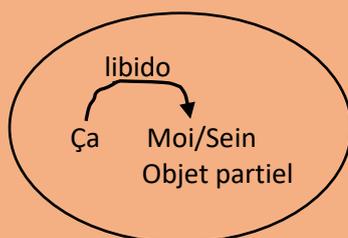
Pour comprendre et accompagner les états limites, il faut connaître les processus narcissiques dans la construction de l'individu.

8.6) narcissisme primaire et secondaire, construction de l'idéal du moi :

Le narcissisme est une notion introduite par A. Binet en 1887 pour décrire une forme de fétichisme consistant à prendre sa personne comme objet sexuel, ce que l'on appellerait aujourd'hui plutôt auto-érotisme. Il fut considéré par la suite comme un stade normal du développement sexuel humain (Freud 1911).

8.4.1) narcissisme primaire : libido du Moi

Le narcissisme est d'abord primaire et correspond en tant que tel à la période de l'auto-érotisme. Il désigne un état précoce où l'enfant investit toute sa libido sur lui-même. Durant cette phase le monde extérieur n'existe pas encore pour l'enfant et il n'y a donc pas de reconnaissance ni de ce monde extérieur ni des objets (= les autres) qui le constitue.



De 0 à 6 mois

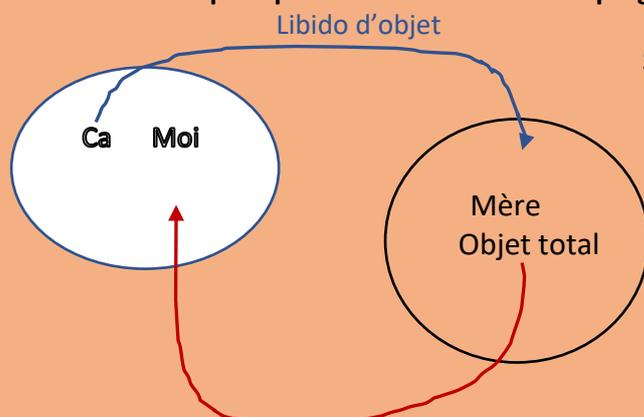
Omnipotence, omniscience, omniprésence

Je suis irrésistible, tu me nourris mais c'est moi qui te fais briller

8.6.2) Le narcissisme secondaire : libido objectale

Le narcissisme secondaire est une évolution majeure par la prise en considération chez le sujet du monde extérieur. A cette période le monde extérieur est représenté par les « objets » constituant l'environnement de l'enfant, principalement la mère et le père.

L'avènement du narcissisme secondaire atteste la reconnaissance partielle d'un monde extérieur ce qui est essentielle pour permettre la construction progressive du Moi.



Si les conditions sont suffisamment Bonnes : évolution vers 8 mois

La libido s'investit sur l'objet et revient nourrir le Moi : libido objectale

8.6.3) Narcissisme et instances psychiques

Dans le narcissisme primaire seul le ça est actif.

Avec le narcissisme secondaire, la constitution du Moi va se développer en rapport avec l'investissement du Moi.

La constitution du Moi est liée à l'investissement d'objet.

L'investissement objectal, résultat du narcissisme secondaire, témoigne de la prise en considération de l'enfant quant à une réalité extérieure à lui, réalité qu'il ne maîtrise pas.

Cette identification sera donc un moyen pour lui de mieux comprendre ce monde extérieur et de mieux se l'approprier.

Alice Balint, dans "l'identification-l'autre c'est moi", écrit :

« L'identification est la forme la plus primitive de reconnaître la réalité extérieure.

En somme, il ne s'agit pas d'autre chose que d'une sorte de mimétisme psychique. »

Bela Grunberger, dans "le narcissisme", Payot 1975, p 39, écrit :

"mis devant ces difficultés, l'enfant doit être aidé par les éducateurs qui, pour pallier l'écroulement de son univers narcissique autonome, lui apportent les éléments narcissiques nécessaires du dehors.

Il lit sa confirmation narcissique dans les yeux de sa mère, confirmation du fait qu'il est toujours unique, qu'il est estimé parce qu'il a de la valeur.

L'alliance entre le narcissisme du sujet et les identifications aux objets, c'est à dire aux parents, va construire l'idéal du Moi. »

8.6.4) l'idéal du Moi.

Instance de la personnalité, résultant de la convergence du narcissisme (idéalisation du moi) et des identifications aux parents et aux idéaux collectifs. Il constitue un modèle auquel le sujet cherche à se conformer.

L'idéal du moi est le détenteur des qualités narcissiques du sujet lesquelles "fusionnent" avec les qualités des objets investis dans le narcissisme secondaire.

Dans cette dynamique, l'idéal du moi est le résultat d'une addition des deux narcissismes reconnus :

Le narcissisme primaire étant la condition d'un narcissisme secondaire, lequel est à la base de l'édification de l'idéal du moi

8.7) Mécanismes de défense principaux :

- L'évitement : il s'agit d'éviter la rencontre avec la représentation gênante.
- La forclusion : rejet de l'image paternelle. Il y a une tendance à considérer comme faisant partie de la réalité les objets satisfaisants et à rejeter ce qui est frustrant et menaçant.
- L'identification projective : Bergeret parle de réaction projective. La personne va projeter dans l'autre un événement et par l'attitude du thérapeute, la personne va pouvoir se l'approprier par retour (construire un parent interne).
- Le clivage : en bons (positif, rassurant) et mauvais (négatif, terrifiant) objets.

Les aménagements spontanés :

- L'aménagement pervers

- Les aménagements caractériels.

8.6) Narcissisme selon Georges Escribano

Personnalité anti social ; personnalité dépendante, personnalité évitant.

L'autre n'existe pas, il est à son service.

Méconnaissance de l'autre mais besoin des autres

Préoccuper par leurs succès, leurs réussites (à la recherche de quelque chose d'idéal).

Besoin d'identifier le thérapeute pour travailler l'estime de soi.

Beaucoup d'ambition mais peu de plaisir.

Enfant qui lutte contre l'identification

Beaucoup dans la séduction pour être reconnu.

Beaucoup d'incapacité à aimer.

9) le patient hétérogène de Daniele Quinodoz

Le patient hétérogène est capable de symboliser et d'utiliser des mécanismes psychiques dit secondaires, de l'ordre de la névrose. D'un autre côté, sans être psychotiques, ce patient a recours à des mécanismes plus archaïques de l'ordre de la psychose, tels que le déni, la projection, l'identification projective et il utilise le clivage du moi et parfois de l'objet.

D'après Daniel Quinodoz, nous sommes tous plus ou moins hétérogène, mais pour elle les patients hétérogènes sont ceux qui souffrent de leur hétérogénéité.

Ils sont angoissés de ne pas parvenir à intégrer les différents aspects d'eux-mêmes. Ils traduisent leur crainte de ne pas parvenir à conserver leur unité interne en exprimant, de façon latente ou manifeste, leur angoisse de devenir fou.

9.1) processus primaires et secondaires

Les deux modes de fonctionnement de l'appareil psychique découvert par Freud :

Du point de vue topique : le processus primaire caractérise le système inconscient, le processus secondaire caractérise le système préconscient/conscient.

Du point de vue économique-dynamique : :

le processus primaire l'énergie psychique s'écoule librement selon les mécanismes de déplacement et de condensation (rêve).

Le processus secondaire l'énergie est d'abord liée avant de s'écouler de façon contrôlée, ainsi les expériences mentales permettent de temporiser et d'évaluer les différentes voies de satisfaction possibles. Il exprime la prise en compte des exigences extérieures et le contrôle exercé sur la pulsion.

10) Conclusion

Pour conclure je voudrais citer Bergeret (psychologie pathologique, théorie et clinique, page 132,133) :

"On ne peut raisonnablement définir un tableau clinique particulier sans se référer à une conception claire et précise de l'organisation économique profonde du patient sur le plan psychique et sans se référer aussi à des repères structuraux connus pour leur stabilité. C'est ainsi seulement qu'il devient possible de se faire une idée de la façon selon laquelle le psychisme du malade est organisé et doit, en conséquence, se trouver à la fois compris et traité..."

Le symptôme présenté ne doit être considéré que selon sa valeur relative, relationnelle et économique, dans le jeu des défenses par exemple. Il paraît prudent, (...), tant qu'on ne se trouve pas certain d'un diagnostic structurel profond, de se contenter, dans un premier temps, d'employer des formules d'attente assez souples comme, par exemple, symptôme "d'allure névrotique" ou symptôme "d'allure psychotique" de manière à bien manifester notre réserve et notre souci de recherche, avec davantage d'exigences, du mode d'organisation économique profonde envisagé.

Cela n'a rien à voir avec un stérile besoin de classification rassurante mais commande au contraire une meilleure compréhension des processus psychiques déterminant l'attitude réelle du malade à son propre égard et à l'égard des autres, et du même coup sa relation au thérapeute telle que nous devons la concevoir, la subir et l'utiliser.

11) BIBLIOGRAPHIE

BERGERET J. : Abrégé de psychologie pathologique, Masson, Paris,1976.

La personnalité normale et pathologique, Dunod, Paris,1985.

BOLLAS Christopher, "le jour où le soleil explose, l'énigme de la schizophrénie. Editions du hublot.

Bonds-White Frances : « Traitement de la personnalité passive-agressive" AAT n° 35

Didier bourgeois, Comprendre et soigner les états limites , Dunod

Catherine Chabert, Les névroses, traité de psychopathologie de l'adulte, Dunod

Catherine Chabert, Psychopathologie des limites, traité de psychopathologie de l'adulte, Dunod

Catherine Chabert, Narcissisme et dépression, traité de psychopathologie de l'adulte, Dunod

ESCRIBANO G. : analyse transactionnelle et psychologie clinique Psicoms éditions

FOURCADE JEAN-PIERRE ; les patients limites,2010 ,Eres/cairn

HAWKES Laurie ; une danse borderline, Eyrolles

LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B. : Vocabulaire de la psychanalyse, PUF, Quadrige, Paris,1998.

ROUSSILLON R. et coll : Manuel de psychologie et de psychopathologie – clinique générale : Masson, Paris, 2007.

René Roussillon, Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, Masson

Daniel Quinodoz : "les mots qui touchent" Cairn