

CARREFOUR

DES

PSYCHOTHÉRAPIES

Albert Ciccone et Frédéric Tordo

Psychopathologie du sujet contemporain



- ▷ Résumés
- ▷ Nombreuses vignettes cliniques
- ▷ Définitions de multiples concepts et notions

Psychopathologie du sujet contemporain

Carrefour des psychothérapies

Collection dirigée par Édith Goldbeter-Merinfeld

Carrefour des psychothérapies est un véritable outil de formation pour les professionnels de la santé mentale.

Chacun pourra y découvrir :

- Des **thérapies fondamentales ou innovantes** à la croisée de plusieurs champs psychothérapeutiques ;
- Des **références théoriques** pour mieux comprendre les thérapies ou les problématiques rencontrées ;
- Des **références de terrain** avec un focus pratique pour être directement opérationnel et efficace.

Celles-ci y sont développées par **les plus grands auteurs francophones et internationaux** ainsi que les jeunes talents et répondent à tous les besoins des professionnels.

Dans la même collection

Strosahl K., Robinson P., Gustavsson T., *L'ACT en thérapie brève*, 2025

Delbrouck M., *Communication, intersubjectivité et relation thérapeutique*, 2025

Vitry G., *La thérapie brève systémique stratégique*, 2024

Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S., Steele K., *Le soi hanté*, 3^e éd., 2024

Antoni M., Ironson G., Schneiderman N., *Gérer le stress grâce aux TCC*, 2024

Fisher J., *Dépasser la dissociation d'origine traumatique*, 2^e éd., 2024

Segal Z., Teasdale J., Williams J., *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*, 4^e éd., 2024

Young J., Klosko J., Weishaar M., *La thérapie des schémas*, 3^e éd., 2024

CARREFOUR

DES

PSYCHOTHÉRAPIES

Sous la direction de Albert Ciccone et Frédéric Tordo

Psychopathologie du sujet contemporain

Actualités de la clinique
et perspectives thérapeutiques

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : **www.deboecksuperieur.com**

© De Boeck Supérieur s.a., 2025

Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve
Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : Avril 2025
Bibliothèque royale de Belgique, Bruxelles : 2025/13647/059

ISSN : 1780-9517
ISBN 978-2-8073-6722-7

Sommaire

Introduction	9
--------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

Des modélisations de la psychopathologie contemporaine

CHAPITRE 1 États et processus limites: un paradigme	13
CHAPITRE 2 Réification et souffrances contemporaines.....	27
CHAPITRE 3 Effacement ordinaire du sujet contemporain	37
CHAPITRE 4 Psychopathologie de la vie hypermoderne	47
CHAPITRE 5 Pourquoi la société tend à nous couper de nos racines.....	57
CHAPITRE 6 Représentations sociales actuelles et désubjectivation.....	67
CHAPITRE 7 Construction actuelle de l'identité.....	77

DEUXIÈME PARTIE

Des pratiques et contextes cliniques singuliers

CHAPITRE 8 Le diagnostic, une approche au service du soin?	89
CHAPITRE 9 Le sujet contemporain et ses prothèses	101
CHAPITRE 10 Mutations actuelles des identités de genre.....	111

CHAPITRE 11 Adolescence contemporaine : honte et transfert	121
CHAPITRE 12 Le harcèlement, vecteur du malaise contemporain ? ...	131
CHAPITRE 13 Tentation suicidaire chez l'enfant et l'adolescent.....	141
CHAPITRE 14 Pratiques psychanalytiques actuelles de groupes	153
CHAPITRE 15 Le Covid-19 : fenêtre sur la subjectivité contemporaine	161

TROISIÈME PARTIE

Des perspectives en psychopathologie et psychothérapies

CHAPITRE 16 Numérique et IA, vers de nouvelles conflictualités psychiques ?.....	175
CHAPITRE 17 Pratiques analytiques dans la nouvelle géopolitique du psychisme	185
CHAPITRE 18 La résilience face au déni du réchauffement climatique.....	195
CHAPITRE 19 Psychopathologie de la crise écologique.....	205
CHAPITRE 20 L'identité contemporaine et le sujet sans consistance	215
CHAPITRE 21 Heurs et leures de la famille contemporaine.....	223
Conclusion générale.....	231
Références bibliographiques	235
Auteurs et contributeurs.....	247
Table des matières.....	249

Introduction

Albert CICCONE, Frédéric TORDO

Les transformations rapides de la société moderne ainsi que les bouleversements environnementaux et sociétaux auxquels nous assistons impactent les paradigmes de la représentation de la psychopathologie comme de la santé mentale. De nouvelles formes de malaise psychique ou d'expression de la souffrance psychique apparaissent, tout comme de nouvelles formes de résistance ou de solution au mal-être. Cet ouvrage collectif propose des réflexions concernant les formes de psychopathologie contemporaine, ou de psychopathologie du sujet contemporain.

L'ère contemporaine remet en question un certain nombre de frontières, de limites : celles séparant les situations ordinaires, « normales », des situations « pathologiques » ; celles relatives à l'identité et celles différenciant les identités sexuelles ; celles relatives aux prérogatives adultes et aux prérogatives infantiles ou adolescentes ; etc.

La technologie, omniprésente, influence ces bouleversements, notamment en modifiant notre rapport à l'identité, à l'altérité, à la vie, à la mort. L'évolution des moyens de communication et l'envahissement des réseaux sociaux transforment les liens sociaux, les rendant à la fois plus fluides et plus précaires.

Les pressions du discours social et politique dominant, discours économique, scientifique et technocratique, l'idéologie du sujet néolibéral auto-entrepreneur de son existence, la promotion incessante de la consommation illimitée et de la satisfaction immédiate, soumettent les sujets à l'impératif de faire taire toute souffrance et les désignent comme à l'origine de leur mal-être. Le « bien-être » est imposé comme une norme, et la souffrance psychique est souvent réduite à un problème de câblage neuronal. Ces effets de « désubjectivation » créent ou accentuent certaines formes de psychopathologie contemporaine.

La psychopathologie du sujet contemporain se doit d'intégrer de nouvelles réalités. La crise écologique, la crise sanitaire – dont les effets ne cessent de se révéler –, les mutations de la famille, les redéfinitions des rôles sociaux dans le cadre de la

parentalité, la rupture dans la transmission des savoirs traditionnels, etc., font partie des défis auxquels le sujet est confronté. Tous ces facteurs modifient non seulement les formes de souffrance, mais aussi la manière dont celles-ci sont appréhendées par les professionnels de la souffrance psychique.

De nouvelles formes de relations intersubjectives et de nouvelles formes de conflictualités psychiques sont à considérer et à explorer.

La notion d'« état-limite » apparaît comme un paradigme pour penser les perspectives contemporaines en psychopathologie. Les caractéristiques des situations limites sont congruentes avec un certain nombre de caractéristiques de l'époque contemporaine. Et les conflictualités psychiques nouvelles générées par l'ère contemporaine exacerbent certains aspects spécifiques ou attachés aux situations limites.

Cet ouvrage explore différentes questions fondamentales. Comment les transformations sociétales, environnementales, politiques actuelles impactent-elles les processus de subjectivation ? Quelles formes de psychopathologie privilégient-elles ? De quelles formes inédites de psychopathologie soutiennent-elles l'émergence ? Comment influencent-elles la dynamique processuelle dans les dispositifs thérapeutiques actuels ? Quelles formes de dispositifs de soin ou quels types d'adaptation des dispositifs appellent-elles ou imposent-elles ? Et quels effets produisent les nouveaux dispositifs ou leurs éventuels aménagements, voire leur dénaturation ? Quelles sont par ailleurs les représentations sociales actuelles dominantes de la psychopathologie ? Quels effets ces représentations ont-elles sur les citoyens eux-mêmes, sur les sujets en situation de souffrance psychique, sur les praticiens du soin psychique ?

Nous proposons ainsi d'examiner comment la clinique contemporaine peut se réinventer face aux mutations en cours. Les chapitres qui suivent explorent des représentations modernes de la psychopathologie, la fécondité de certaines, les failles et les achoppements d'autres, tout en ouvrant une réflexion prospective sur les transformations à venir, en lien avec les évolutions idéologiques, culturelles et technologiques qui marquent notre époque.

Une première partie est consacrée à quelques modélisations de la psychopathologie contemporaine. Une deuxième partie regroupe plusieurs réflexions sur quelques pratiques et contextes cliniques singuliers actuels. Une troisième et dernière partie ouvre quelques perspectives relatives à un certain nombre de questions actuelles et encore à venir dans le champ de la psychopathologie et du soin psychique.

PREMIÈRE PARTIE

Des modélisations de la psychopathologie contemporaine

CHAPITRE 1

États et processus limites : un paradigme

Albert CICCONE



L'ESSENTIEL

Les états et processus limites concernent et décrivent des situations de souffrance psychique paradigmatiques de la psychopathologie en général et de la psychopathologie contemporaine en particulier. Leur approche renseigne sur l'ensemble de la psychopathologie, et leurs caractéristiques sont congruentes avec certaines caractéristiques de l'ère contemporaine observables dans l'espace social. Les limites mises à l'épreuve dans ces situations sont les limites de la loi, les limites de l'identité, et les limites à la pulsionnalité. La parentalité est en faillite et les aspects infantiles et adolescents restent en souffrance. Les aménagements qu'impose le soin psychique adressé aux situations limites sont eux aussi paradigmatiques des ajustements que nécessite tout dispositif de soin psychique auprès de tous les types de souffrance et de toutes les formes d'expression de la souffrance psychique.

Les états-limites ne sont pas simplement une catégorie de personnalités présentant une forme singulière – mais aux déclinaisons multiples – de souffrance psychique. Les états-limites, et les processus limites qui les caractérisent, représentent un paradigme qui permet de penser l'ensemble de la psychopathologie, ses liens avec les expériences infantiles et adolescentes, ses oscillations entre différentes positions psychiques contradictoires.

En outre, le paradigme des états-limites et des processus limites est particulièrement pertinent pour penser la psychopathologie contemporaine. Les états-limites désignent en effet des situations dans lesquelles trois formes de limites sont mises à l'épreuve ou sont en souffrance :

- les limites de la loi : la loi et les règles sont mises à mal, sont l'objet de transgressions ;
- les limites de l'identité : celle-ci est incertaine, mouvante, pas toujours assurée ;
- les limites à la pulsionnalité : la poussée pulsionnelle, voire la violence pulsionnelle, du côté du sexuel comme du meurtriel, n'est pas toujours suffisamment contenue, contrôlée, transformée, sublimée.

Ces limites dans leur ensemble sont particulièrement mises à l'épreuve dans le monde contemporain, ce qui permet de considérer les « situations limites » comme un paradigme de la psychopathologie contemporaine.

Je décrirai les logiques subjectives et intersubjectives que recouvre la notion d'état-limite. Je soulignerai leur congruence avec certaines caractéristiques de l'ère contemporaine. Je considérerai le soin psychique aux états-limites – avec les adaptations qu'il nécessite – comme un modèle actuel pour une théorie des pratiques.

1. Définition et description

La meilleure définition des états-limites, à mon sens, est celle donnée par Winnicott. Elle contient les principaux aspects de l'état limite : cette notion désigne

« ce type de cas où le noyau du trouble est de nature psychotique mais où le patient a une organisation psychonévrotique suffisante pour pouvoir toujours présenter une perturbation psychonévrotique ou psychosomatique quand l'angoisse psychotique centrale menace d'éclater sous une forme brutale » (Winnicott, 1971, p. 121).

Les contextes, les problématiques, les logiques limites, comme on le voit dans cette définition, se situent entre psychose et névrose, à la limite des psychoses et des névroses, mais elles sont différentes de ces contextes. L'angoisse profonde est essentiellement de nature psychotique. On voit également que le champ de la psychosomatique est concerné, mais on peut ajouter aussi tout le champ du comportement, de l'agir. On peut ainsi dire que l'approche des états limites engage toute la psychopathologie, renseigne sur toute la psychopathologie.

Par ailleurs, les symptômes des états-limites peuvent être identiques à ceux des névroses ou des psychoses. Il n'y a pas un seul symptôme, une seule conduite qui ne pourrait se rencontrer chez un patient limite. Pourtant quelque chose de particulier, de spécifique, définit ces contextes. C'est pourquoi Kernberg (1975), par exemple, parle d'« organisation limite de la personnalité », plutôt que d'état-limite. Ces patients présentent une organisation stable et spécifique qui ne correspond pas à un état transitoire et fluctuant entre la névrose et la psychose. Les états-limites présentent des aspects multiples et, selon le ou les aspects favorisés, différentes figures de l'état-limite se développeront. Dans toute la variété des figures de l'état-limite, on peut cependant décrire des processus psychiques communs.

Les aspects les plus inadaptés, les plus souffrants, se manifestent dans les liens intimes : la relation amoureuse ou amicale, la relation thérapeutique. Des épisodes psychotiques passagers peuvent aussi survenir sous l'effet d'un choc ou sous l'influence de substances toxiques. Mais en dehors des liens intimes et hors des expériences de choc sévère ou des régressions induites par l'alcool ou les drogues, ces sujets conservent le contact avec la réalité. C'est ce qui distingue les états-limites des états psychotiques.

Dans la relation thérapeutique, et concernant le transfert développé par ces patients, on parlera de « psychose de transfert » plutôt que de névrose de transfert.

L'angoisse est permanente chez tout état-limite, et le sujet ne tolère pas l'angoisse, ce qui témoigne de la fragilité du moi. L'angoisse est essentiellement celle d'être séparé, abandonné, rejeté, perdu, inexistant aux yeux de l'autre. Mais aussi celle de s'effondrer, de disparaître, de mourir. Des symptômes d'apparence névrotique tenteront de limiter, de circonscrire l'angoisse. Mais contrairement à la névrose, le symptôme échoue dans sa fonction économique de lier l'angoisse à un secteur particulier, ce qui permettrait au sujet, comme dans la névrose, un déploiement harmonieux des investissements dans les autres secteurs de sa vie. L'angoisse est une menace, mais aussi l'ennui, et encore le vide. L'instabilité est souvent importante : instabilité professionnelle, affective, instabilité de l'humeur, des relations. Tout comme l'impulsivité, les conduites destructrices et autodestructrices. L'image de soi est incertaine. Les expériences sexuelles sont souvent chaotiques, insatisfaisantes, avec un flou quant à l'identité sexuelle. La pensée est parfois troublée.

Le corps a une place importante dans les souffrances limites. Il est mobilisé du fait des agirs, des comportements troublés. Il est souvent attaqué, malmené. Il est parfois l'objet de maladies (psychosomatiques), d'angoisses (hypocondriaques).

Dans tous les contextes limites, on observe une faille narcissique et une insécurité intérieure majeures. Cette insécurité est responsable d'une incapacité de se séparer, de lâcher l'objet, même si celui-ci est insatisfaisant. Certains développent une toute-puissance, voire un soi grandiose (Kohut, 1971) pour colmater cette faille. D'autres sont envahis d'une rage narcissique, envieuse et destructrice, difficile à contenir. Ils établissent des liens tyranniques.

L'élaboration de la position dépressive est en échec. Le sujet n'a pas pu intérioriser ou construire de façon suffisamment fiable des objets internes secourables. Il est en

quête permanente d'un tel objet au-dehors. Et c'est l'amour de l'objet qui compte, plus que l'objet lui-même. Mais l'objet n'est jamais trouvé, et s'il est rencontré, il n'est jamais à la hauteur de l'idéal que le sujet en avait fait. Ou bien il n'est jamais à la bonne distance : il est soit trop près et envahissant, intrusif, persécuteur, soit trop loin et abandonnant, incompréhensif, insatisfaisant. Les sentiments de vide, d'inutilité, de non-valeur, et le désespoir sont toujours là, harcelant le sujet, avec une incapacité chez lui à réparer ses blessures comme celles infligées à l'objet. Le sujet est en proie à des tentatives désespérées pour dénier le manque, le vide et les blessures narcissiques, les éprouvés de honte, d'humiliation.



DÉFINITION : POSITION DÉPRESSIVE

Étape clé du développement psychique où l'enfant éprouve l'ambivalence de ses sentiments. Le clivage étant réduit, l'objet bon, gratifiant, et l'objet mauvais, frustrant, sont reconnus comme étant le même objet. Les attaques portées à l'objet frustrant génèrent ainsi un sentiment de culpabilité liée à la crainte d'avoir détruit l'objet aimé. La culpabilité permet de réparer, de prendre soin des objets investis. Cette position psychique marque le passage des relations narcissiques aux relations objectales. La position dépressive est civilisatrice, elle pose les bases de la gratitude, de la sollicitude, d'un lien aux autres civilisé et humanisant.

La conflictualité psychique est essentiellement narcissique. Les conflits œdipiens sont souvent contournés. Face aux conflits et aux angoisses, les mécanismes de défense sont essentiellement ceux du registre psychotique : clivage, déni, idéalisation, projection, identification projective. Mais des défenses névrotiques peuvent aussi être mobilisées. Comme Bion (1957) avait pu la décrire dans les psychoses, les états-limites illustrent parfaitement bien la coexistence dans une même personnalité de parties psychotiques et de parties névrotiques. Frances Tustin (1986, 1990) parlait même de coexistence de parties autistiques et de parties névrotiques. D'ailleurs, les descriptions qu'elle donne des patients qui ont un secteur hermétiquement fermé de leur personnalité, une « enclave d'autisme caché », correspondent en tout point aux sujets états-limites. Ces patients sont envahis d'éprouvés de dépression, de grande vulnérabilité et d'impuissance, et Tustin souligne combien est intense chez eux le sentiment de perte traumatique, sentiment que cache la dure capsule autistique :

« Ils pleurent une perte sans savoir laquelle. Ils ont le sentiment déchirant de quelque chose de cassé, à la fois impensable et inarticulé [...]. Cette "cassure" va plus loin que ce que l'on entend généralement par ce terme : il s'agit là d'un sentiment qui atteint le plus profond de leur être » (Tustin, 1990, p. 190).

C'est là une description des souffrances narcissiques limites.

Si les conflits narcissiques dominant, on peut dire que, dans les situations limites, les logiques narcissiques et les logiques œdipiennes s'enchevêtrent. Il y a toujours, dans le développement psychique comme dans le fonctionnement même du psychisme, infiltration des deux niveaux de conflit, coexistence des deux niveaux. Le

conflit narcissique fait nécessairement partie du conflit œdipien. Le désir pour l'objet (et l'interdit, le manque) est en effet une blessure narcissique. Par exemple, la rivalité (fraternelle, œdipienne) peut contenir une violence dont l'enjeu est de se sentir exister, elle est alors un problème narcissique, un problème existentiel fondamental. Le sujet est hanté par la question de savoir ce qu'il vaut aux yeux de l'autre, et s'il existe aux yeux de l'autre, suffisamment pour se sentir lui-même exister (par exemple aux yeux du parent soupçonné de préférer le frère, la sœur, etc.). La rivalité fraternelle traduit une blessure narcissique, et pas seulement une rivalité œdipienne en termes de possession de l'objet du désir.

La conflictualité dans les états-limites est un paradigme de cet enchevêtrement. Le conflit narcissique empêchera la triangulation œdipienne, fera obstacle à la relation objectale, mais il pourra aussi masquer le conflit œdipien, représenter une manière de ne pas rencontrer le conflit œdipien. Le sexuel, hyperinvesti, exhibé, sera par exemple utilisé pour masquer/révéler des besoins narcissiques. Le sujet utilisera la sexualité pour satisfaire des besoins narcissiques, prégénitaux.

Le modèle du développement psychique comme des états psychopathologiques que je défends (voir chapitre 8) repose sur la notion de « position psychique », et est un modèle dans lequel la psyché oscille en permanence entre plusieurs positions : des positions plus narcissiques, fermées, et des positions plus objectales, ouvertes (Ciccone & Lhopital, 2019). L'oscillation concerne le développement psychique, qui n'est jamais linéaire ni en escaliers (un stade, puis un autre, etc.), ainsi que les états psychopathologiques. La psyché n'est jamais figée dans un état immuable, dans une position. Une telle conception est compatible avec – voire prolonge – l'idée de la coexistence chez tout un chacun de parties saines et de parties malades, tout comme l'idée de l'enchevêtrement inéluctable de logiques narcissiques et de logiques œdipiennes. Et les états-limites illustrent de manière remarquable ces oscillations.

Dans tous les contextes limites, la dépendance est majeure, la relation d'objet, autrement dit les relations au monde, sont marquées par une grande dépendance et une attaque du lien de dépendance. Le sujet a besoin de l'objet, de l'appui que celui-ci lui donne pour échapper au désespoir, et en même temps il maltraite cet objet, le détruit, le tyrannise. Ou bien alors le sujet refuse toute dépendance, développe une illusion d'indépendance, car la dépendance est trop persécutrice.

Le sujet est profondément dépendant et, de plus, il ne tolère pas la dépendance. Il manifeste un important besoin de l'objet et, dans le même temps, une peur de la proximité. Toute demande d'aide s'accompagne simultanément d'un refus de l'aide. La demande de relation est pressante et sa mise en échec immédiate. La présence de l'objet est toujours recherchée, car elle assure la complétude narcissique du sujet. Mais en même temps la présence de l'objet est persécutrice, car elle rappelle la douleur du manque, elle contient le risque de l'absence. La présence de l'objet est persécutrice aussi car l'objet présent excite l'envie et pousse le sujet à le détruire, à le dégrader, à le mettre à l'épreuve. Sa présence est persécutrice car la dépendance n'est pas tolérée. Et

sa présence est persécutrice, enfin, car l'objet est par définition toujours insatisfaisant. L'objet, l'autre, est ainsi à la fois recherché et redouté. Le sujet a à la fois besoin de l'objet et peur de la dépendance.



Vignette clinique

Par exemple, une patiente ne supporte pas de se sentir déprimée, d'avoir besoin de l'aide d'autrui, d'être dépendante. « La dépendance est impensable. C'est comme si j'étais molle, toute molle, et qu'on pouvait me pétrir, me faire mal. Alors je m'isole, je refuse les invitations. Je reste chez moi, avachie, molle, comme un gros tas. Je voudrais avoir une armure pour me battre, vivre, et je me sens un gros tas tout nu. »

Plus le sujet est dépendant (« mou »), plus il développe une illusion omnipotente d'indépendance (« l'armure toute-puissante »), plus la déception augmente alors, et plus l'image de la dépendance est dégradée (le bébé nu, la partie infantile en détresse qui a besoin d'aide, qui a besoin d'être protégée, nourrie de l'autre, devient « un gros tas tout mou et tout nu »).

2. Aspects infantiles en souffrance, parentalité interne en échec

Les aspects les plus en souffrance chez l'état-limite sont, on le voit, les aspects infantiles, et plus particulièrement les aspects les plus archaïques, la « part bébé du soi » (Ciccone, 2012, 2014). La « parentalité interne » est par ailleurs en faillite. Le sujet n'a pas pu constituer, de façon suffisamment fiable, une parentalité interne harmonieusement combinée, une « biparentalité interne » qui articule de manière créatrice les fonctions maternelles et les fonctions paternelles (Ciccone, 2014, 2016), et qui peut secourir, consoler, prendre soin des aspects infantiles et bébés.

Et cela est toujours vrai : c'est toujours l'infantile voire le bébé en soi qui est souffrance dans les situations psychopathologiques. Certes, l'adulte souffre, mais la part adulte possède des capacités adaptatives. Lorsque la souffrance déborde, lorsqu'elle est insupportable, insurmontable, c'est qu'elle touche les aspects infantiles du soi, et parfois les aspects les plus archaïques, c'est-à-dire les aspects bébés. Et la parentalité interne du sujet échoue dans sa fonction protectrice et secourable. Les situations limites éclairent particulièrement ces configurations. C'est en cela que les états-limites représentent un paradigme pour l'ensemble de la psychopathologie.



DÉFINITION : PART BÉBÉ DU SOI (CICCONE, 2012, 2014)

Aspect de la personnalité qui concerne les traces des expériences les plus archaïques et précoces. L'inconscient est constitué par l'infantile, comme le disait Freud, et on peut considérer, dans cet infantile, les aspects bébés, d'avant le langage. Cet infantile, comme la part bébé, désigne non seulement des traces d'expériences anciennes, mais aussi l'enfant, voire le bébé, toujours vivant en soi.



Vignette clinique

Luna a une trentaine d'année (on peut retrouver cette vignette dans Ciccone, 2014). Elle demande de l'aide car elle est mal dans sa

peau, mal dans sa vie. Elle vit en couple et voudrait protéger ce couple, mais elle a peur que celui-ci ne soit menacé. Et son principal problème est qu'elle cherche un « père ».

Luna a perdu son père, décédé il y a un an. Mais elle n'avait plus de relation avec lui depuis l'enfance. Elle décrit un lien très fort avec ce père qu'elle idéalisait, de qui elle était très proche, jusqu'à l'âge de 12 ans, quand ce père a eu un geste déplacé, probablement séducteur, mais elle n'en est pas sûre. Depuis ce jour elle a rejeté son père, avec violence, jusqu'à ce que celui-ci quitte la famille, ne supportant plus le rejet de sa fille. Lorsqu'elle a appris son décès, Luna a éprouvé un sentiment de culpabilité de ne pas s'être réconciliée avec lui. Ce père était un artiste raté, créateur génial mais alcoolique autodestructeur.

La mère de Luna est décrite comme froide, distante, imprévisible, aux crises de rage spectaculaires et inattendues. Par ailleurs, cette mère a beaucoup investi le jeune frère de Luna, et n'a jamais donné à cette dernière l'attention et l'amour que celle-ci aurait pu attendre.

À 18 ans, Luna quitte le foyer, tente d'intégrer une école d'art, mais échoue l'examen d'entrée. Elle se tourne alors vers le commerce et travaille dans une entreprise de marketing, jusqu'à il y a quelques années, lorsqu'elle s'est fait agresser sexuellement par un client. Depuis, elle s'occupe d'enfants handicapés, comme bénévole.

Sa recherche d'un « père » se traduit de la manière suivante : depuis l'âge de 18 ans, elle noue des relations amicales avec des hommes plus âgés, dont elle idéalise les qualités paternelles, et elle leur demande lorsqu'elle a confiance en eux s'ils voudraient bien la considérer comme leur fille, voire l'adopter. Certains acceptent, mais tous finissent par la séduire, ou tomber amoureux d'elle. À ce moment-là, Luna s'enfuit et traverse une dépression importante, jusqu'à ce que quelqu'un la soutienne et l'aide à s'en sortir, en général un homme plus âgé, à qui elle fera la même demande, etc.

Luna a connu quelques périodes de vie en couple mais, même si elle est très amoureuse, elle se lasse très rapidement de ses partenaires. Elle est attachée à l'homme avec qui elle vit depuis deux ans, qui l'a aidée à sortir d'un état dépressif, et voudrait donc préserver ce couple. Ce dernier est un vrai amoureux, il ne pourrait pas être son père, dit-elle, car il n'a que quinze ans de plus qu'elle. Mais elle craint qu'il ne se lasse d'elle, d'abord parce qu'elle a très peu de désir sexuel : elle organise toujours sa vie pour pouvoir échapper aux demandes sexuelles de son compagnon. Par ailleurs, toujours en quête d'un père, elle a trouvé quelqu'un qui pourrait l'aimer comme tel et elle a peur que son compagnon ne soit jaloux et ne l'abandonne.

Le dernier « père » qu'elle avait trouvé était homosexuel, et vouait à Luna un véritable amour paternel. Il n'y avait aucune ambiguïté, dit-elle. Mais il est décédé, il y a deux ans, et c'est donc à cette occasion qu'elle a rencontré son compagnon actuel. Lorsqu'elle est allée voir le corps de cet homme décédé, elle a eu très envie de l'embrasser sur la bouche, elle l'a fait en cachette, avoue-t-elle avec un sentiment de honte, car personne n'aurait compris ce geste. Elle aurait aimé que lui fasse pareil si les circonstances avaient été inverses.

Luna dit que lorsqu'elle n'est pas occupée à sa quête d'un père, la vie lui paraît insignifiante, et elle se sent vide. Elle a par ailleurs très peur de la solitude, même si elle la recherche souvent, en s'isolant comme dans une « bulle », dans le noir, fumant cigarettes sur cigarettes. Si son compagnon s'éloigne, elle se rapproche de lui, mais dès que lui s'approche, elle fuit.

Elle dit souvent qu'elle n'a pas confiance dans la nature humaine. Elle se sent comme « un chaton sevré trop tôt ».

Elle fait souvent des rêves répétitifs : elle est sur un toit, ou sur la paroi d'un glacier qu'elle essaie de monter, elle glisse et elle essaie en vain de s'accrocher à une aspérité ; dans un autre rêve, elle est dans un tunnel, voit une lumière très loin, mais plus elle s'approche de la sortie et plus les parois du tunnel se resserrent ; dans un autre, des adultes qu'elle ne connaît pas ont une relation sexuelle brutale pendant qu'un bébé pleure à côté.

Pendant les séances, Luna (qui est assise dans un fauteuil) a une attitude corporelle particulière : son corps est toujours en mouvement, comme si elle avait besoin de bien sentir, éprouver le contact du fauteuil sur son corps, son dos, ses bras, ses mains. Par ailleurs, elle parle souvent en approchant son buste, comme pour réduire la distance qui la sépare de moi. D'ailleurs, au fur et à mesure de la séance, le fauteuil a souvent bougé de place et s'est effectivement rapproché.

Voici le résumé d'une séance.

Luna raconte que lorsque son copain est rentré du travail, la veille au soir, il était de bonne humeur, mais elle-même était tendue, avait besoin de sa « bulle ». Il essaie de lui parler, en vain, et finit par lui demander : « Qu'est-ce que tu cherches ? » Elle lui répond : « Que tu me tapes », et elle est très étonnée de cette réponse. Son ami lui lance alors : « Arrêtes de te masturber l'esprit ! », ce qui déclenche une violente crise de rage chez elle, car elle ne supporte pas de tels mots. Il la contient, la serre contre lui pour qu'elle se calme et lui dit que, si elle continue, il va soit déprimer, soit se sentir violent envers elle. Elle répond avoir l'impression que c'est ce qu'elle cherche.

Luna ne comprend pas ces interactions. Son ami n'est pas du tout violent, il est même très tendre. Elle se demande en quoi elle y est pour quelque chose dans ce type de scène.

Elle raconte ensuite des souvenirs d'automutilation. Il y a quelques années, à la fin de l'adolescence, elle se brûlait avec des cigarettes, plus tard elle se scarifiait les bras, puis elle se faisait des coupures verticales croisées avec des coupures horizontales autour du nombril. Ces scarifications la calmaient, dit-elle. « C'était ma fierté, mon secret », dit-elle de ces traces sur son corps.

Elle se souvient ensuite d'une scène où sa mère lui avait donné un coup de poing un jour où Luna était très excitée. Cela l'avait soulagée. « C'était ma fierté », dit-elle à nouveau à propos de la trace du coup.

Elle parle ensuite de son père, qui n'était pas violent. Elle revient sur le geste déplacé du père, la scène ambiguë à l'âge de 12 ans. Elle se demande si c'est elle qui a mal interprété le geste ou bien s'il a vraiment eu un geste sexuel. Il faut que ce soit vrai, sinon elle sera trop coupable et éprouvera trop le manque de son père, ce qu'elle ne supportera pas, dit-elle.

Cette séance est la dernière avant des vacances. Luna dit souhaiter des séances pendant les vacances. Puis elle ajoute que je dois bien avoir besoin de vacances, que je travaille beaucoup trop et elle s'interroge sur ma santé.

La problématique de la perte et de la quête du père est manifeste dans le cas de Luna. Le père est l'objet d'un attachement intense, la scène séductrice ou le fantasme de séduction produit une forte culpabilité, la quête du père se double d'une identification à lui (l'artiste raté, l'école d'art échouée). Toute la vie sexuelle de la patiente est affectée par cette problématique. Mais derrière cette quête du père apparaît la recherche d'un objet maternel qui adopte et s'occupe de l'enfant « handicapé » qu'est la patiente, du bébé « trop tôt sevré ». On peut dire que Luna est en quête d'un père-mère combiné, ersatz d'objet interne biparental. Elle cherche et échoue à trouver

ou construire un tel objet. Les pôles de l'objet combiné sont ici liés dans une scène sexuelle destructrice qui abandonne le bébé. Les demandes ou expériences d'amour sexuel et d'amour parental sont alors confondues, de même que la créativité amoureuse et la destructivité haineuse. La figure de l'homosexuel mort embrassé sur la bouche condense ces différentes caractéristiques.

L'absence d'une parentalité interne harmonieusement combinée et créative produit un vide incombable. Luna est un bébé envahi d'une sensation de tomber, de glisser, de ne pas être tenu. Sa confiance dans le monde est alors peu assurée. Elle recherche et attaque l'objet dans un même mouvement. L'objet est de plus fondamentalement insatisfaisant, la distance avec lui n'est jamais bonne. Il est soit trop près, ce qui génère des angoisses claustrophobiques (être enfermée dans un tunnel), soit trop loin, faisant vivre une sensation de chute dans un espace sans fin.

La situation transférentielle, par ailleurs, est marquée par une expressivité corporelle particulièrement signifiante: le bébé en Luna est en quête d'un appui, d'un fauteuil-bras-parental qui le porte, le contienne, s'approche de lui. Et sans doute qu'une trop grande proximité produira un rejet.

La confusion qu'on observe entre demande d'amour et recherche de violence n'est pas un signe de masochisme, mais témoigne d'un besoin de sentir l'objet, d'éprouver les limites avec l'objet. Elle correspond aussi à une tentative d'apaiser les tensions, de se venger de l'insatisfaction, comme cela est le cas des automutilations de la patiente. La demande sexuelle se confond également avec la demande d'une contenance parentale, laquelle est paradoxale: Luna recherche une inscription corporelle qui produise une retrouvaille des interactions avec un objet maternel qui aime en frappant (ce qui est plus tolérable que l'expérience d'abandon). Cette trace est fétichisée («c'est ma fierté»), et cette fétichisation fait un sort au manque.

Cette vignette clinique met en évidence la dépendance et la quête d'un objet parental permanent (qui ne soit pas en «vacance»), mais montre aussi la projection chez l'autre, chez l'analyste, du bébé fragile, en détresse et la capacité de sollicitude envers cet aspect bébé dont il faut prendre soin, sur la santé duquel il faut veiller. Il y a là un signe d'espoir: Luna peut faire appel à une parentalité bienveillante, consolatrice, attentive aux besoins du bébé en elle comme en l'autre. Le travail avec les états limites confronte de manière exemplaire à la nécessité d'entendre et de prendre en compte chez les patients leur part infantile, voire leur part bébé.

3. Ère contemporaine et états-limites: congruence

L'ère contemporaine favorise le déploiement des éléments caractéristiques des souffrances narcissiques limites: l'angoisse, la dépendance, l'isolement, la solitude, le faux-self, les fausses relations sociales. Elle privilégie l'évitement de la position dépressive, position psychique civilisatrice qui pose les bases de la santé mentale.

Elle n'aide pas, pas toujours et pas suffisamment, à soigner les blessures infantiles toujours actives, les traumatismes de l'enfance qui marquent le développement de la subjectivité. Parmi les points spécifiques du monde contemporain qui sont congruents aux logiques organisatrices des états-limites, on peut noter, pêle-mêle et de façon non exhaustive :

- l'immédiateté de la satisfaction, les moyens quasi illimités de communication instantanée et ininterrompue, l'abus des réseaux sociaux, l'addiction à ces objets de satisfaction immédiate, aux écrans, qui favorisent un manque de tolérance à la séparation, à l'imperfection, à la frustration ;
- l'incitation à différentes formes de dépendance – dépendance aux écrans, mais aussi dépendance aux médicaments psychotropes, au culte du corps, aux discours idéologiques de toutes sortes, dont les discours religieux et autres – qui créent des situations d'addiction aliénante ;
- la promotion des fausses identités, des fausses relations, sur les réseaux, sur Internet, les identités de substitution, de falsification, d'imposture, qui participent à produire ou entretenir des troubles dans les limites de l'identité ;
- la complaisance face aux fluctuations d'identité en général et d'identité genrée en particulier, la démocratisation de l'illusion de pouvoir choisir son genre, de pouvoir en changer, voire de pouvoir choisir de n'en choisir aucun, qui floutent de la même façon les limites identitaires ;
- la revendication bruyante de considérer des situations pathologiques comme seulement une autre forme de normalité, ce qui brouille les frontières de la psychopathologie – la « normalité » étant elle-même considérée comme simplement « neurotypique » – et conduit jusqu'au déni de la souffrance psychique ;
- l'exhibition décomplexée d'affects haineux, de choix politiques racistes et xénophobes, qui contourne ou empêche tout travail de refoulement, toute élaboration d'une position dépressive humanisante, civilisatrice, et attaque le lien social, génère des agirs violents ;
- le culte néolibéral et individualiste du sujet auto-entrepreneur de sa vie, qui positive, la prescription de bien-être, qui favorisent les effets de honte, d'humiliation, de repli sur soi, voire de violences contre soi, d'attaque du corps ;
- l'éducation positive sans limites, sans interdit, tout comme la déculpabilisation des parents, avec la croyance que tout vient du cerveau, que les parents ne sont jamais pour rien dans les troubles de plus en plus souvent et systématiquement qualifiés de « neurodéveloppementaux », qui disqualifient les fonctions parentales dont tout sujet a besoin pour contenir sa vie pulsionnelle et apaiser ses tourments intérieurs ;
- la « désobjectivation » qui envahit l'espace social, la conception dans les représentations sociales d'un sujet réduit à ses compétences cérébrales et comportementales, qui nient la subjectivité, écrasent la dimension subjective.

La liste pourrait se poursuivre. Tout cela produit au moins deux effets.

Un premier effet est une défaillance de la « parentalité interne » (Ciccone, 2014, 2016), de la position adulte, une fragilisation du contact avec la réalité, une prolongation des processus adolescents. Il existe d'ailleurs une similarité entre les processus limites et les processus psychiques de l'adolescence. Les signes pathologiques limites font souvent partie, à un degré moindre, des aléas du processus adolescent. La logique adolescente dans le développement psychique mobilise des enjeux – des craintes, des angoisses, des turbulences et des défenses, des protections – qui sont du même ordre que les enjeux des logiques limites. Les états-limites sont d'ailleurs souvent considérés comme d'éternels adolescents.

Un deuxième effet est un « malêtre » (Kaës, 2012), le malêtre de la post-modernité et de l'ère néolibérale, malêtre de la solitude, qui prend notamment les formes d'une « clinique du manque » et d'une « clinique du vide » (Ciccone, 2022), formes prototypiques des situations psychopathologiques limites. La clinique du manque est à la limite de la névrose, la clinique du vide à la limite de la psychose. Le manque suppose la reconnaissance de la perte, le sujet sait ce qu'il a perdu : l'objet perdu est présent par son absence, pourrait-on dire. Dans le vide, l'éprouvé de perte lui-même est perdu. Le vide est un sentiment d'absence à soi, d'absence d'éprouvé. Jusqu'au sentiment de non-être, de non-existence, d'absence de soi. Le vide provient de la perte du soi attaché à l'objet perdu.

Ce mal-être et cette prolongation des processus adolescents, chez l'adulte, font parties des raisons qui empêchent le déploiement serein des parentalités, lorsque les sujets deviennent parents, et qui créent les conditions de répétition, dans les liens parents-enfants, des défaillances vécues. Et les conditions de fabrication, par exemple, des enfants rois, des enfants tyrans, auxquels confronte de plus en plus l'expérience clinique. Les enfants tyrans, les enfants qui « poussent à bout », qui mettent à l'épreuve la parentalité de leurs parents, sont des figures prototypiques des états-limites chez l'enfant (Ciccone, 2003, 2007).

4. Aménagements nécessaires des dispositifs thérapeutiques

Toutes les modalités de liens précédemment évoquées vont se répéter dans la situation thérapeutique, vont se rejouer dans la situation transférentielle et contre-transférentielle. Dans les approches psychanalytiques, des aménagements sont nécessaires dans les dispositifs de soin adressés aux situations limites. On trouve des exemples et des analyses de ces ajustements depuis longtemps, notamment, et entre autres, chez Margaret Little et Didier Anzieu.

Ces aménagements sont exemplaires du travail qui s'impose aux soignants, aux experts du soin psychique quel qu'il soit, et face non seulement aux patients états-limites, mais aussi à tous les patients. Les situations limites ne sont qu'un amplificateur

des questions que posent toutes les situations cliniques, et des conditions qui doivent être prises en compte par tout soignant.

Margaret Little (1986) avait souligné la façon dont le cadre doit être aménagé dans le soin psychanalytique aux états-limites, et l'impératif que l'analyste réponde aux besoins fondamentaux du patient. Il est inutile, par exemple, d'interpréter le matériel en termes de conflits liés à la sexualité quand le problème est celui de l'existence et de l'identité. La sexualité est hors de propos quand on ne sait même pas si on existe. Elle insistait sur la manière dont le *holding*, le portage, doit être métaphorique et réel. Le patient doit sentir qu'il est réellement porté par l'attention de l'analyste.

Didier Anzieu (1979), avant cela, avait proposé la notion d'« analyse transitionnelle » pour décrire ces aménagements à propos des patients limites, qui ont un « moi-peau » défaillant (Anzieu, 1985), une enveloppe psychique peu protectrice, peu contenante, une identité peu sécurisée. L'analyse doit d'abord rétablir la fonction « transitionnalisante » des contours, des limites. Didier Anzieu soulignait ainsi la nécessité d'avoir un cadre souple, et de mettre en suspens tout ce qui du cadre répèterait une situation pathogène, un traumatisme. Comme Margaret Little plus tard, il insistait sur les besoins du moi : le psychanalyste doit être un auxiliaire des besoins du moi du patient, il doit repérer les besoins du moi cachés par les manifestations de désirs pulsionnels, le sexuel n'est qu'un prétexte pour l'expression de besoins narcissiques. L'analyste doit accorder une importance majeure au corps : c'est essentiellement le corps qui parle dans les situations limites, par les actes, la sensorialité. Ce sont les marques du corps (moteur, sensoriel, postural) qui fournissent le principal matériel : les odeurs, le rythme et l'intensité de la voix, la façon de respirer, etc. L'analyste doit par ailleurs accepter tout ce que le patient apporte, quelle que soit la nature du matériel. Accepter par exemple les objets concrets, la présentation et le dépôt de ces « objets-signes ». Le travail dans l'analyse transitionnelle consiste à toujours identifier et analyser les types d'empiètement destructeur qui ont été vécus, et à toujours rechercher ce qui se répète. L'analyste doit être particulièrement vigilant aux attaques contre les progrès du soin et à leurs sens, au besoin du patient de détruire ce que le soin lui apporte de bon. Et le plus puissant des sens que peuvent avoir ces attaques est dû au fait que, quels que soient les bienfaits que l'analyse ait pu apporter, ceux-ci ne valent rien du point de vue du patient, car ils arrivent trop tard et qu'ils ne sont pas donnés par ceux dont ils ont été attendus depuis toujours, les parents.

On peut penser que cette adaptation plus ou moins intense est nécessaire dans toute psychanalyse, à des degrés variables. La psychanalyse « transitionnelle » n'est que le nom de la psychanalyse qui s'ajuste (ici aux patients limites), qui doit toujours commencer par établir les bords, les frontières, ajuster les marges. Pour certains ce travail est l'essentiel (voir le tout) du travail analytique, pour d'autres (qui ont des frontières plus sécurisées) il est plus rapide. Mais toute psychanalyse est d'abord « transitionnelle » (à des degrés divers), elle ajuste les frontières, travaille les frontières (Ciccone, 2018). L'analyse transitionnelle concerne peut-être des types de patients, mais elle concerne surtout des types d'analystes : ceux disposés à écouter les « parts bébés du soi ».

Les défis de la clinique actuelle

Les bouleversements rapides de notre époque re-définissent en profondeur la psychopathologie et la santé mentale. De nouvelles expressions de la souffrance psychique émergent, tout comme des réponses inédites au mal-être.

L'omniprésence des technologies, l'essor du virtuel, des réseaux sociaux et de l'intelligence artificielle, transforment notre rapport à nous-mêmes, aux autres et au monde. Les pressions sociales et économiques liées au néolibéralisme produisent une désobjectivation et tendent à reléguer la souffrance psychique au second plan. Les évolutions sociétales brouillent les frontières de la « normalité » tout comme celles de l'identité.

Ces mutations exacerbent les problématiques limites et remettent en question les modèles théoriques établis.

Psychopathologie du sujet contemporain explore les défis cliniques actuels, analyse les nouvelles formes de psychopathologie et questionne les transformations nécessaires des pratiques de soin psychique dans une ère de changements constants.

Cet ouvrage offre :

- des résumés ;
- de nombreuses vignettes cliniques ;
- des définitions de multiples concepts et notions.

- **Albert Ciccone**, Psychologue clinicien, Professeur émérite de psychopathologie et psychologie clinique au CRPPC (Université Lyon 2), co-fondateur du SIICLHA, fondateur et président de l'ALPACE.
- **Frédéric Tordo**, Psychologue clinicien, Docteur en psychologie clinique, chercheur au CRPMS (Université Paris-Cité), co-fondateur du DU « Cyberpsychologie clinique et psychopathologie contemporaine » (Université Paris-Cité).
- Avec des contributions de Brigitte Blanquet, Olivier Douville, Alberto Eiger, Elsa Godart, Éric Jacquet, Saül Karsz, Marco Liguori, Jean-Baptiste Marchand, Thomas Rabeyron, Marjorie Roques, Alexandre Sinanian et Serge Tisseron.

DANS LA MÊME COLLECTION



Prix : 32,90 €

ISBN : 978-2-8073-6722-7



deboeck
SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com