

PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE – Structure psychotique
P. DUBOR
Paris, Masson, 2004

Organisation clinique

Autisme

Le premier et le plus archaïque de ces niveaux d'organisation est certainement caractérisé par l'autisme schizophrénique dont la manifestation essentielle réside, pour fuir le « trauma » d'une impossible bonne relation avec les objets environnants, dans la fixation élective et persistante à un mouvement de désinvestissement systématique du monde extérieur et dans le retour hors représentation et hors mentalisation (laquelle met en scène les objets et le dehors) à un vécu proche du biologique. Cela se trouve réalisé dans le retour à l'état narcissique primaire invoqué pour le sommeil(...). [position fœtale, ou chien de fusil] Cette position autistique peut d'ailleurs s'accompagner dans les formes extrêmes d'un rejet systématique de tous les contacts et en particulier d'un refus alimentaire qui peut venir compliquer considérablement le pronostic sur le plan vital... (...) Il s'agit en effet bien plus d'un essai de retour au zéro objectal [relation maternelle intra-utérine] assumée dans une réification à valeur d'agir primaire, déchargeant hors toute mentalisation et toute intention signifiante, hors communication aussi, la néantisation systématique de tout ce qui pourrait de près ou de loin impliquer une quelconque dépendance objectale ou relationnelle, même au niveau purement représentatif (destruction de la pensée). (...) C'est ainsi que la passivité totale et agie qu'on rencontre dans ces apragmatismes schizophréniques remplace par avance tout désir (et toute prise de conscience du désir) de retourner, dans un mouvement vers un narcissisme premier, à la totalité bienheureuse d'une position omniprésente d'avant la dépendance objectale. C'est à cette attitude que l'on peut rattacher je crois l'essentiel du processus de chronicisation (hospitalière ou non) que l'on attribue à la passivité du patient vis-à-vis de sa maladie et de son monde extérieur. La solidité à toute épreuve de ces états bien connus en milieu « asilaire » traduit en fait une stabilité économique majeure, obtenue dans le confort relatif d'un éprouvé de toute-puissance que cette position anobjectale leur confère. P199-200 (Dubor, In Bergeret, 2004)

Catatonie

Un autre niveau de cette position anobjectale est obtenu je crois dans la catatonie où comme on le sait le phénomène prédominant s'avère être une contracture musculaire quasi-totale avec rigidité du tronc et des membres, dont l'essentiel réside sur le plan de la musculature en une contraction simultanée des muscles agonistes et antagonistes, fixant d'une manière curieuse toute motricité segmentaire et donnant au patient une apparence statufiée (dite conservation des attitudes). Ce phénomène musculaire au demeurant classique dans ces formes cliniques de schizophrénie implique un vécu bien particulier dont l'un des aspects majeurs est certainement constitué par le « blocage » anticipé de tout mouvement, par conséquent de toute démarche vers un quelconque objet. La position catatonique implique, je crois, sur le mode musculaire agi, la disparition réelle de toute initiative motrice (et donc du désir qu'elles impliqueraient) chez un sujet ainsi dispensé d'avance de toute requête objectale. P201 (Dubor, In Bergeret, 2004)

Délire paranoïde

Un autre élément de cette relation d'objet préobjectale s'avère certainement (et c'est probablement le plus connu) la création hallucinatoire ou délirante qu'on rencontre en clinique dans la schizophrénie paranoïde. Tout se passe à cette période comme si le sujet, qui n'a plus la possibilité de se maintenir dans l'anobjectal (comme c'était le cas précédemment) n'est pas encore capable de se situer dans l'objectal vrai (c'est à dire comme MOI-sujet, séparé de son objet qui serait éprouvé comme objet-séparé du milieu ambiant, phénomène dans lequel on pourrait parler de l'existence d'un objet séparé et total). (Dubor, In Bergeret, 2004)

A ce stade intermédiaire, entre les deux extrêmes que nous venons de définir, se situe un niveau de relation d'objet particulière, dans lesquels les objets extérieurs ne sont plus niés, mais dans lequel ils ne sont pas non plus perçus comme séparés du sujet (et apparentant donc au monde extérieur différencié), il s'agit d'un stade par lequel l'objet consubstantiel au sujet, est ressenti comme appartenant à son être (perçu) mais non encore à son avoir. Dans cette expérience il est impossible de séparer à priori l'objet externe véritable, source de satisfaction pulsionnelle, de sa représentation hallucinatoire, préfiguration externe du désir, dans lequel il y a réactivation

hallucinatoire d'origine interne de la trace mnésique d'une satisfaction antérieure éprouvée à son contact. A ce niveau le sujet n'est psychose capable de dissocier son désir ou son fantasme de la perception extérieure qui a même valeur pour lui. Il en résultera généralement une confusion profonde du réel et du fantasmatique, de l'intérieur et de l'extérieur, de l'expérience objective et subjective, qui précisément à ce stade intermédiaire ne sont pas séparés. Ceci explique la richesse particulière de ces formes cliniques en manifestations hallucinatoires ou délirantes. (...) C'est précisément cette caractéristique de l'objet partiel qui justifie je pense l'aptitude toute particulière à la projection hallucinatoire ou délirante d'une partie du sujet dans cette autre partie de lui-même qui à ce stade le monde extérieur dont il n'est pas différencié. (...) Cette attitude se caractérise sur le plan clinique par l'apparition de manifestations délirantes ou hallucinatoires dans lesquelles le sujet vit comme « exogène » ce qui pourrait être ressenti comme mauvais (c'est l'exemple par exemple des idées délirantes de persécution ou l'agressivité du sujet est rapporté aux autres, à l'extérieur...), il conserve aussi pour lui-même les avantages indiscutables sur le plan économique d'une telle situation, « le dedans est toujours bon... », le sujet peut ainsi toujours s'aimer et s'estimer digne d'amour dans cette situation privilégiée. Il est intéressant de constater qu'à ce stade spécifique de la relation d'objet schizophrénique, tout semble montrer un flou considérable de la fonction du sujet topiquement dispersé dans de multiples îlots caractérisant le vécu dit « morcelé » de l'existence schizophrénique dans son contexte clinique majeur, l'aliénation. Celle-ci représente le fonctionnement caractéristique de ces Moi astrucaturés fonctionnant de ce fait uniquement sur le mode parcellaire du sujet partiel sans pouvoir jamais pouvoir aboutir à une élaboration plus complète d'un Moi différencié de son monde objectal. Sur le plan clinique, cette attitude se traduira par l'aspect particulièrement « flottant » des patients qui ne peuvent pour ainsi dire jamais « mettre au point » sur la réalité du moment. P201-202-203 (Dubor, In Bergeret, 2004)

Délire paranoïaque

Il en sera tout autrement dans l'organisation dite paranoïaque de la personnalité. Celle-ci [est] caractérisée cliniquement par la surestimation de soi-même et le mépris des autres. (...) Dans ces structures plus « évoluées » que les précédentes, le Moi est apparemment constitué comme existant (je dis bien apparemment), mais il ne peut admettre l'existence objectale que dans la mesure où l'objet lui permet d'assurer la toute-puissance de son contrôle sur lui. C'est une condition essentielle de l'organisation objectale du paranoïaque. Il s'agit en fait d'une contrepartie narcissique évidente pour un Moi particulièrement fragile dont la toute-puissance affirmée peut seule compenser la perte (toujours blessante pour le narcissisme) de l'omniprésence primitive. Si le sujet n'est plus partout, au moins faut-il qu'il soit le centre, l'agent déterminant et créateur, auquel l'objet (tel l'esclave libéré) « devra sa vie et sa fonction ». (...) faute de continuer à tout posséder, il ne peut finalement fonctionner qu'à la condition expresse de se sentir possesseur de tout ce qui est bon. Cette dernière précision rend inutile de préciser, je pense, le coté déréel (au sens délirant) de ces personnalités apparemment fort assurées, de leur incommensurable et pathologique orgueil, de leur mépris des autres qu'ils observent avec une curiosité méfiante, et dont ils ne peuvent s'approcher qu'avec les plus extrêmes réserves (cf. leur réticence habituelle) et pour en détecter les éventuelles turpitudes... Inapte à tout désir qu'il considère comme dangereux, le paranoïaque, faible sous sa pseudo-puissance, essayera sans cesse de se faire confirmer dans sa bonne conscience par autrui : il n'aura pas ainsi à découvrir son désir d'être aimé. Il utilise pour cela volontiers la voie désactivée de la justice qu'il ira chercher dans d'interminables procès, ou de la raison dans des discussions logiques, parfois surprenantes, et où la rectitude de son raisonnement voudrait cacher à lui-même et aux autres l'indigence tragique de sa duplicité. (Dubor, In Bergeret, 2004)

Dépression

(...) tout se passe comme si le sujet perdant ses illusions mégalomaniaques et narcissiques d'omniprésence et de toute-puissance constituerait une première relation réelle et objective avec le monde extérieur dans laquelle il se découvrirait par contrecoup faible et impuissant, dépendant, parfaitement incapable d'affirmer son Moi dans l'assomption et la domination [dans le sens de possession] réelle des objets désormais séparés (et à conquérir) fondamentalement différents des premiers objets constitutifs de l'identification primaire. A l'utopie déréalisante du schizophrène ou à l'hypertopie manichéenne du paranoïaque, basées toutes les deux sur le déni du réel échappant à la toute-puissance du Moi, nous opposerons le vécu dépressif comme étant caractérisé par la reconnaissance réelle de l'objet comme existant séparément et plongeant du même coup le sujet qui se voit ainsi « réduit à ses propres dimensions » dans le sentiment dramatique de son impuissance. Chez certains patients, il est courant de rencontrer à la suite d'événements divers (deuils, échecs, pertes d'êtres aimés ou d'objets aimés, ou parfois même à l'opposé : satisfaction ou réussites inattendues, etc.) un retour à la position dépressive que nous venons d'entrevoir et dans laquelle, comme Freud l'a bien montré dans son travail intitulé « Deuil et mélancolie », le préjudice subit par le sujet (qui ne peut se décider à abandonner définitivement l'objet frustrant)

l'entraînera dans le mouvement régressif inverse, caractérisé par la reprise à l'intérieur de lui-même, sur le mode de l'identification, par introjection du mauvais objet, destiné à le conserver malgré tout. Cette identification contenant le caractère mauvais de la nouvelle introjection se traduira par la coloration affective particulière à la dépression : par la dépréciation fondamentale, la tristesse, le pessimisme foncier et l'absence de tout élan vital..., elle se manifestera sur le plan clinique par l'effondrement psychomoteur, le ralentissement de la parole et du geste, l'idéation lente, et la douleur morale. Elle caractérise, avec l'effondrement physique et la fusion avec le mauvais objet dans la mort, le tableau classique de la mélancolie. Cet effondrement durera selon les sujets, un temps fort variable, il se résoudra souvent dans le mouvement inverse dit mouvement maniaque, dans lequel le caractère pénible de l'évidence objectale sera dénié [cf psychose]. (...) Vécu dans l'excitation et le triomphe dans la joie bouillante et parfois clastique, l'agitation psychomotrice, la fuite des idées, les associations ludiques, les jeux de mots, le débit verbal et gestuel augmenté, ces états maniaques constituent pourrait-on dire la négation défensive de la dépression. Il permet de comprendre l'existence chez les mêmes patients de périodes tantôt maniaques, tantôt dépressives, l'une étant pour ainsi dire la position défensive par rapport à l'autre (...). Ceci nous explique également toutes les variétés possibles de cette association clinique, allant du simple tableau de mélancolie récidivante sans épisode maniaque, avec entre ces deux extrêmes l'alternance dite cyclique de l'une ou l'autre de ces formes pathologiques entrecoupées d'épisodes de normalité clinique habituellement complète. P204-205-206 (Dubor, In Bergeret, 2004)