UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE OU PATHOLOGIES DE LA NAISSANCE PSYCHIQUE : APPRÉHENDER LA PERSONNALITÉ ET SES PATHOLOGIES DEPUIS UNE PERSPECTIVE ANTHROPOLOGIQUE DÉVELOPPEMENTALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

BILAL ISSA

OCTOBRE 2020

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Ce travail est la concrétisation d'un long voyage qui m'a conduit de l'ile de la Réunion à Bordeaux, puis de Bordeaux à Montréal sur plus d'une dizaine d'années. En ce sens, j'aimerais remercier infiniment tous ceux et celles que j'ai croisés sur ces deux hémisphères et qui m'ont permis de grandir tant humainement que professionnellement. Je ne saurais comment témoigner toute ma gratitude pour les rencontres, les conversations, tous les petits moments de partage et d'amitié qui ont pavé cette route jour après jour. Toutes ces mains ont tenu à leur façon la plume avec laquelle cette thèse a été écrite.

Je voudrais d'abord rendre hommage à deux de mes enseignants sans qui je ne serai pas là où je suis aujourd'hui, et qui sont tous deux décédés au début de l'année 2015 : Bernd Jager mon directeur de thèse initial à l'UQAM depuis 2013, et Francis F. Strayer qui m'avait pris sous son aile depuis mes débuts à l'université de Bordeaux en 2008. Tous deux m'ont transmis avec générosité et patience leur passion pour la psychologie. Je leur serai à jamais redevable de m'avoir permis d'y trouver ma place.

Pour revenir au monde des vivants, je remercie Sophie Gilbert, qui a pris la suite de ma direction de thèse à la fin de l'année 2016. Son ouverture d'esprit ainsi que sa rigueur ont accompagné l'achèvement de cette rédaction.

Je voudrais remercier Cyrille Pannier, mon maitre de stage de maitrise à Bordeaux, pour ses précieux conseils et ses généreuses contributions à l'élaboration de ma pensée et de ma pratique clinique. Depuis 2011 il n'a cessé d'inspirer mes réflexions et me guider lors de mes incursions dans le champ psychanalytique par des chemins dérobés.

Je remercie le docteur Joanne Cyr, ainsi que l'ensemble de son équipe auprès de qui j'ai réalisé mes internats en 2015 et 2016 à l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal. Lors de cette formation clinique, j'ai eu la chance de découvrir toute la richesse des œuvres analytiques, des œuvres indispensables pour approcher la grande complexité de l'expérience humaine et se sentir plus proche des patients que l'on accompagne à travers des contextes de vie traumatiques.

Je souhaite souligner le support de mon superviseur actuel Jorge Vasco, ainsi que de l'équipe du Levier, qui ont accompagné mes premiers pas dans ma vie de clinicien à Montréal depuis 2017.

Je souhaite également remercier Jérôme Pierrel pour ses précieux conseils.

Je voudrais enfin témoigner toute ma reconnaissance à mes amis et mes proches :
Éric, avec qui j'ai commencé le doctorat, avec qui j'ai animé le Cinépsy pendant 6 ans, et auprès de qui j'ai eu la chance d'enseigner dernièrement. Notre amitié a été un phare lors de la traversée de ces années à Montréal ;
Paul et Florian, partis trop tôt eux aussi, mais pour la France cette fois. Leurs présences ont ajouté la vie qu'il manquait à mon quotidien à l'université, vie sans laquelle le travail en lui-même perd de son sens ;
Ludovic, Jonathan et Sébastien, mes amis de longue date. Ils ont représenté une stabilité essentielle autour de laquelle j'ai gravité ;
Élisa, pour toutes ses petites attentions du quotidien. Sa présence affectueuse au cours de cette dernière année m'a permis de traverser les houles et les intempéries pour arriver à bon port ;
Ma famille, ma mère Réhana ainsi que mes frères et sœurs Imraan, Nahéma et Azizah pour leurs sacrifices, leurs soutiens et encouragements ;
Mes grands-parents Osman, Zora, Vally et Huri qui de leur vivant, comme après leur départ, ont insufflé les repères de ce long cheminement m'ayant conduit du premier horizon de l'immaturité à la conscience de l'hospitalité d'un monde plus vaste, à reconstruire et transmettre à mon tour…

…For the growing good of the world is partly dependent on unhistoric acts; and that things are not so ill with you and me as they might have been, is half owing to the number who lived faithfully a hidden life, and rest in unvisited tombs.

George Eliot, Middlemarch, 1872

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES VI

LISTE DES TABLEAUX VIII

RÉSUMÉ VIII

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE : LE TOUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE, MISE EN PERSPECTIVE D'UN DÉFI CLINIQUE ET CONCEPTUEL 5

1. Les moutons noirs de la psychiatrie ? 5
2. Quelques chiffres pour reconsidérer la sévérité du TPL 9
3. Survol bibliométrique 15
4. Bref aperçu historique 21
5. Exposé des limites actuelles 35
6. Approcher le TPL à partir d'une inscription anthropologique de la personnalité 39
7. Questions de recherche et hypothèses 46
8. Originalité et apport du sujet 47

CHAPITRE II MÉTHODOLOGIE : L'HISTOIRE ET LA PHILOSOPHIE DES SCIENCES APPLIQUÉES À L'ÉTUDE DE LA PERSONNALITÉ ET DE SES PATHOLOGIES 51

1. L'importance de l'anthropologie pour la psychologie et la psychopathologie 51
2. L'exemple des maladies auto-immunes pour illustrer l'apport de la philosophie des sciences à la médecine 52
3. Première tâche de la philosophie des sciences, la tâche descriptive : le paradigme naturaliste 63
4. Deuxième tâche de la philosophie des sciences, la tâche analytique : les limites du paradigme naturaliste pour concevoir la personnalité 74
5. Troisième tâche de la philosophie des sciences, la tâche consultative : Le paradigme développemental comme alternative 93

CHAPITRE III TROIS ESSAIS SUR LA THEORIE DE LA NAISSANCE PSYCHIQUE 100

1. Introduction à la première partie 100
2. La théorie développementale de la formation du soi par René Spitz 102
3. Des origines symbiotiques de la vie psychique aux vicissitudes de la séparation selon Margaret Mahler 151
4. Le cheminement de l'enfant depuis la dépendance grâce au soutien de sa famille et de son entourage d'après Donald Winnicott 211
5. Conclusion à la première partie 285

CHAPITRE IV TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE, TROUBLE DE LA NAISSANCE PSYCHIQUE 287

1. Introduction à la seconde partie 287
2. Synthèse : la naissance psychique et ses pathologies 291
3. Discussion : intérêt et limite de la conceptualisation du TPL comme trouble de la naissance psychique à partir d'une anthropologie développementale 331
4. Comparaison de la clinique des pathologies de la naissance psychique avec les modèles cliniques des troubles de la formation du soi de la seconde moitié du XXe siècle 411
5. Conclusion à la seconde partie 437

CONCLUSION GÉNÉRALE ET OUVERTURE 441

1. Le douloureux exil de l'enfance, la contribution de chaque génération à la reconstruction de la personnalité 441
2. Les traces de théories prémodernes de la naissance psychique 445
3. Négation de l'immaturité et rejet du maternel : le piège du prégénital 449

BIBLIOGRAPHIE 455

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 : Profil d'utilisation des services chez les personnes atteintes de troubles de la personnalité du groupe B, troubles anxio-dépressifs et schizophrénie, Québec 2011-2012 (INSPQ, 2015, p. 13)..... 13

Figure 1. 2 : Profil hiérarchique d'utilisation des services chez les personnes atteintes de troubles de la personnalité du groupe B, troubles anxio-dépressifs et schizophrénie, sexes regroupés, Québec 2011- 2012 (INSPQ, 2015, p. 13) 13

Figure 1. 3: Représentation graphique du nombre de publications par années sur le trouble de personnalité limite recensé par SCOPUS de 1967 à 2019 16

Figure 1. 4 : Nombres de contributions scientifiques totales sur le TPL par pays d'après SCOPUS au 01/09/2019 18

Figure 1. 5 : Nombres de contributions scientifiques totales sur le TPL par auteur d'après SCOPUS au 01/09/2019 19

Figure 1. 6 : Répartition de l'origine des contributions sur le TPL par domaine selon SCOPUS au 01/09/2019 20

Figure 1. 7 : Critère diagnostic du TPL extrait du DSM 5..... 26

Figure 1. 8 : Représentation schématique des étapes du développement normal à partir de la synthèse des modèles d'interventions cliniques des années 90 42

Figure 1. 9 : Représentation schématique des étapes du développement pathologique à partir de la synthèse des modèles d'interventions cliniques des années 90 43

Figure 1. 10 : Représentation schématique de la bibliographie de la thèse selon les années 48

Figure 1. 11 : Représentation des types de références sur le TPL recensés par SCOPUS au 01/09/2019..... 49

Figure 1. 12 : Représentation des types de références sur le TPL recensés dans la thèse..... 49

Figure 1. 13 : Répartition de l'origine des contributions sur le TPL par domaine dans la thèse 50

Figure 4.1 : Représentation des circuits sympathique et parasympathique du SNA ainsi que de leurs terminaisons nerveuses……..……399

Figure 4. 2 : Représentation du modèle hiérarchique du SNA selon la théorie polyvagale 405

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 : Espérance de vie à 20 ans selon l'atteinte de troubles mentaux et selon le sexe, basée sur les taux de mortalité 2001-2002 à 2011-2012 (INSPQ, 2015, p. 10)……11

Tableau 3.1 : Classification des troubles psychogènes de l'enfant reliés à l'attitude maternelle prévalente selon Spitz (1963, p. 85)…….....137

Tableau 4.1 : Classification des constellations cliniques du TPL selon les âges.436

RÉSUMÉ

Le Trouble de Personnalité Limite, ou TPL, est devenu ces dernières décennies non seulement un phénomène clinique majeur, mais aussi un enjeu de santé publique encore trop souvent sous-estimé. Tant par la complexité de son évaluation et de sa prise en charge que par l'instabilité de ses manifestations, le TPL interroge, suscite crainte, détresse, stéréotypes et isolement autant pour l'individu qui en souffre que pour son entourage. Parmi l'histoire de la psychiatrie moderne, les pathologies de la personnalité semblent ainsi prendre de plus en plus de place, incarnant de véritables défis cliniques quotidiens, irréductibles à la classification nosologique catégorielle ou aux modèles cliniques actuels opérationnalisés en trois lettres. L'objectif de cette recherche vise alors à favoriser un autre regard sur le phénomène du TPL, moins réducteur et moins stigmatisant, depuis une exploration anthropologique appliquées à l'étude de la personnalité et de ses pathologies.

À partir de l'histoire et de la philosophie des sciences, nous proposons ici de questionner la valeur des grands paradigmes depuis lesquels nous approchons la condition humaine ainsi que l'origine de ses psychopathologies afin de mieux saisir la complexité du TPL. Cette thèse constitue ainsi une invitation à découvrir ou redécouvrir les fondements d'une perspective anthropologique développementale, perspective que nous identifions en fond de la psychanalyse, à travers trois essais consacrés respectivement aux oeuvres de trois pédiatres, psychiatres et psychanalystes du XXe siècle : René Spitz, Margaret Mahler et Donald Winnicott. Par l'exploration des premières années de la vie et des étapes précoces du développement psychique, nous évoquons l'existence d'une naissance psychique différée et diphasée, co-construite selon les dispositions offerte par le premier entourage, les parents. Ce n'est seulement qu'à l'issue de cette seconde naissance propre à l'espèce humaine que s'achèverait alors la formation d'un sens de soi et d'une réalité objective, c'est-à-dire sociale.

La vie est en effet loin de représenter un cadeau pour celui qui la reçoit. Arrivé à terme beaucoup trop tôt, l'être humain dispose de bien peu d'habiletés personnelles à la naissance. Depuis un tel état, la réalité ne peut se présenter à chaque nouveau-né que sous la forme d'une menace avec laquelle il n'est possible d'interagir que de manière partielle et précaire. Quand, parmi son entourage, le nourrisson parvient à rejoindre une source de soin qui compense sa vulnérabilité constitutive, il est autorisé à évoluer à travers une première posture égocentrique et autosuffisante plus rassurante, mais illusoire. Lorsque la réalité est ainsi introduite d'une manière qui soit recevable, l'être humain peut compter pour un temps limité, sur un mode de gestion des pulsions libre, non coordonné et asocial. Ceci permet d'apaiser des tensions autrement insurmontables. La présence d'un partenaire symbiotique, d'un

Moi auxiliaire, d'un environnement facilitateur, déjoue alors temporairement les exigences de la réalité, le temps que chaque enfant puisse acquérir par lui-même les moyens de les surmonter d'une manière plus civilisée, c'est-à-dire sans que cela ne se fasse au détriment de son entourage. Lorsque tout se passe bien, l'être humain qui ne peut d'abord être amoureux que de lui-même et de tout ce qui pour lui s'y rattache, se détourne progressivement de son orbite symbiotique, et en dépit de sa condition qui ne s'y prêtait pas vraiment, finit par tomber amoureux du monde : il peut enfin percevoir à quel point ce monde est beau, et à quel point il est bon d'y vivre en tant que personne séparée.

Inspiré d'une relecture de l'héritage psychanalytique, le modèle développemental de la naissance psychique revient précisément sur une transition qui nous concerne toutes et tous en cela qu'elle marque le passage de l'enfance à l'âge adulte. Cette transition abondamment décrite par la clinique analytique au siècle dernier et mise en scène à travers les grands récits mythologiques des civilisations pré-modernes en Occident, évoque les étapes menant d'une première condition indifférenciée et dominée par des activités pulsionnelles autocentrées, vers une forme d'existence progressivement différenciée où ces activités pulsionnelles peuvent être mises au service de relations constructives et mutuelles avec un monde séparé, un non-soi. Le TPL revisité comme trouble de cette seconde naissance autrement dit, un traumatisme développemental, suppose alors la persistance anachronique de ces premières formes d'être-au-monde immatures, le prolongement d'un état de survie particulièrement précaire qui est pourtant à la racine même de l'existence humaine.

Mots clés : Trouble de personnalité limite – Psychiatrie – Philosophie des sciences

INTRODUCTION

Qu'est-ce que le Trouble de Personnalité Limite, plus couramment désigné par son acronyme TPL, ou par l'expression *borderline* ? À quelles manifestations cliniques se réfère cette affection ? Comment évoluent ses symptômes ? Quelle en est l'étiologie et peut-on la prévenir ? Quel traitement et quel pronostic peut-on proposer à ceux et celles qui en souffrent ? Quelles ressources pouvons-nous mettre à la disposition de leur entourage ? L'apparition de modèles d'interventions cliniques spécialisés autour des années quatre-vingt-dix, comme ceux de Peter Fonagy et Anthony Bateman, ou encore celui de Marsha Linehan, a stimulé la production de recherches scientifiques autour de ce trouble complexe. Pourtant, l'image de patients « *borderline »* instables, puérils, et opposants semble persister, et se répandre à travers toute une culture populaire. Ainsi, lors de nos internats réalisés au courant des années 2015 et 2016 à l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, nous avons été frappé de constater à quel point leur souffrance n'était pas toujours prise au sérieux, combien leur potentiel autodestructeur paraissait sous-estimé, leur identité « pathologisée » au travers l'accumulation de divers diagnostics aliénants ou de maladies mentales chroniques. Une longue histoire d'impasses et d'échecs thérapeutiques conduisait ainsi un certain nombre de ces patients jusqu'à notre unité de soins. Cette unité proposait une prise en charge alternative, plus adaptée à la complexité de leurs expériences. Aux côtés de soignants et de familles si souvent démunis, nous allions jusqu'à nous demander si la compréhension du TPL avait réellement progressé depuis la fin du XXe siècle.

En commençant alors nos recherches, nous avons constaté que confusions et craintes n'ont cessé de s'accumuler autour de la nature de ce trouble au cours de l'histoire de la psychiatrie moderne. Rapprochées historiquement de la schizophrénie du fait de la nature morbide de ses manifestations, confondues encore

trop souvent avec le trouble bipolaire, ou plus récemment avec le trouble de déficit d'attention, à cause de l'instabilité qui marque tant son évolution, les représentations du TPL demeurent ambiguës, connotées péjorativement, et pour certaines, issues d'approches scientifiques peu vulgarisées. La clarification d'un phénomène humain aussi complexe ne saurait se mesurer seulement par l'augmentation de connaissances prouvées, opérationnalisées et manuélisées. Il nous semble primordial de nous intéresser aussi à la façon dont ces savoirs sont éprouvés lors des interactions de la vie quotidienne, des interactions au cours desquelles se déploient les manifestations des signes cliniques, au-delà seulement du prisme conceptuel et pathologique. Pour clarifier le TPL en tant que *phénomène*, en tant que formes plurielles de l'expérience humaine, il nous a semblé bon de revenir préalablement sur les modes d'apparitions de la personnalité humaine depuis ses origines. Venons-nous au monde avec la conscience d'exister en tant que personne à part entière ? Avons-nous une personnalité dès la naissance ? Si oui, comment expliquer la disparité de l'évolution des troubles de personnalité ? Sinon, à quand remonte l'apparition de la conscience d'exister ? Quels facteurs en influencent l'acquisition ? Comment peut-elle se détériorer et peut-on même envisager de la traiter ? Peut-on « soigner » la personnalité ?

La clinique et la science ne suffisent à elles seules pour couvrir la profondeur des réflexions que soulèvent les pathologies de la personnalité sur la condition humaine. Une description des modes d'être de la personne, la délimitation de son expérience, normale et pathologique, ne peut se concevoir qu'à partir d'un contexte anthropologique bien plus vaste que ceux proposés par les modèles d'interventions cliniques contemporains. Il manque à ce jour une telle inscription épistémologique du TPL. Nous avons situé ainsi l'étude des pathologies de la personnalité nécessairement au carrefour de l'histoire de la formation de l'individu, et de celle de l'origine de l'espèce humaine, autrement dit, aux confins de l'ontogenèse et de l'anthropogenèse. Nous avons ainsi conçu le *phénomène* du TPL comme un sujet d'étude pluridisciplinaire, propice à la rencontre de quatre disciplines - la clinique, la science, la philosophie et l'histoire. Appliquant la philosophie et l'histoire à la

psychologie et à la clinique, nous proposons une façon originale, sinon indispensable, d'investiguer l'élaboration de l'identité humaine, jusqu'aux limites de son fonctionnement, sans faire l'impasse de ses paradoxes.

Dans un premier temps, nous commencerons donc par proposer une mise en perspective du TPL en tant que problématique de recherche. Nous verrons notamment la façon dont ses répercussions sont sous-estimées tant à l'échelle de la santé des individus que de la santé publique. Puis, nous prendrons le temps de revenir sur l'histoire de sa conceptualisation jusqu'à nos jours. Ceci nous amènera à soulever un certain nombre de limites théorico-cliniques auxquelles nous nous proposerons de répondre à partir d'une approche épistémologique. Ensuite, dans un second temps, nous présenterons les bases méthodologiques de notre démarche qui vise à élargir la compréhension que nous avons du TPL. À partir de l'histoire et de la philosophie des sciences, nous chercherons à expliciter les grands contextes anthropologiques depuis lesquels approcher la personnalité humaine et ses pathologies. Nous verrons sur quels présupposés reposent ces paradigmes, leurs impacts sur l'entreprise de la recherche scientifique, et l'évolution de certaines pratiques médicales. Cette démarche épistémologique nous conduira à choisir de manière éclairée un cadre anthropologique développemental, cadre sous-jacent à la clinique analytique du siècle dernier. Dans une troisième partie, nous explorerons ainsi trois perspectives développementales sur la personnalité à partir des œuvres de trois psychiatres, pédiatres et psychanalystes ayant vécu au vingtième siècle, à savoir René Spitz, Margaret Mahler, et enfin Donald Winnicott. Cette exploration se fera depuis la reconsidération de l'hypothèse d'une naissance psychique, un événement fondamental pour la formation d'une personnalité chez le nouveau-né. Dans une quatrième partie, nous proposerons une synthèse de ces trois essais sur la naissance psychique. Nous considérerons ses implications sur le développement de la personnalité et la persistance anachronique d'une certaine fragilité consubstantielle à la condition humaine. Nous verrons comment une phase inévitable d'immaturité à l'issue de la naissance laisse une empreinte indélébile sur la délimitation ultérieure d'un sens de soi et de l'autre, sur l'acquisition d'un sens

de la réalité lors de la transition qui conduit de l'enfance jusqu'à la vie adulte. Enfin nous discuterons des retombées et des implications de cette reconsidération développementale de la personnalité sur le TPL, notamment de son articulation théorico-clinique et de ses conséquences pour l'intervention. Nous envisagerons des formes de prévention des troubles de la naissance psychique, ainsi que des pistes d'approfondissement de l'incidence de l'immaturité des premiers moments de la vie, notamment depuis ses dimensions cognitives et neurophysiologiques.

A partir d'un point de vue résolument historique, la lecture suivante, si elle parait d'abord longue et naïve, invite surtout à la réconciliation de la recherche scientifique contemporaine avec la clinique pschanalytique de la première moitié du XXe siècle, à les réhabiliter l'une pour l'autre, à en faire les partenaires d'un dialogue autour de la condition imparfaite et insaisissable du sujet humain qu'ils cherchent chacun à comprendre et guérir. Ce n'est qu'au prix d'un tel dialogue pluridisciplinaire qu'il parait possible d'inscrire le TPL dans un cadre de réflexion anthropologique plus large, un cadre qui envisage à sa juste valeur les vicissitudes d'une phase primordiale d'immaturité aux sources de l'existence humaine, une immaturité sans cesse à apprivoiser à chaque génération pour accéder à soi et au monde. Sous le prisme de ce triptyque clinique, scientifique et philosophique, le TPL nous apparait à travers les contours d'une naissance psychique inachevée, une seconde naissance propre à l'être humain, qui l'expose à une diversité de pathologies développementales, des traumatismes précoces dont nous proposons au lecteur de découvrir ou redécouvrir une esquisse. Initié ou non, psychanalyste, scientifique ou philosophe, le lecteur sera ici à la fois en terrain familier et étranger, bousculé parfois, mais rattrapé sans doute, par l'invitation à repenser une humanité partagée, une humanité sans cesse à redécouvrir. Comme pour la névrose au siècle dernier, l'étude du TPL en ce début de XXIe siècle pourrait donc représenter un moyen d'approcher ce qui fait la spécificité de la condition humaine, ainsi que les façons de la cultiver, dans sa fragilité autant que dans sa grandeur.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE : LE TOUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE, MISE EN PERSPECTIVE D'UN DÉFI CLINIQUE ET CONCEPTUEL

> « Borderline patients have long been to psychiatry what psychiatry has been to medicine—a subject of public health significance that is underrecognized, undertreated, underfunded and stigmatized by the larger discipline. » (Kernberg, 2009)

1. Les moutons noirs de la psychiatrie ?

1.1. Une énigme de plus d'un demi-siècle

Entre le 5 et 8 novembre 1969 s'est tenu à Montréal le colloque international sur la psychose qui provoqua un intérêt inédit autour d'une condition psychiatrique difficile à appréhender jusque-là, les affections limites, ou trouble *borderline* (Laurin et Doucet, 1969). Pour approfondir les réflexions soulevées lors de ce colloque, il fut entendu d'organiser une première conférence internationale exclusivement consacrée à ce trouble. Celle-ci eut lieu 7 ans après, du 19 au 21 mars 1976 à Topeka, au Kansas. Cet événement rassembla de nombreux chercheurs et cliniciens, dont Wilfred Bion, André Green, Margaret Mahler, Otto Kerberg, John Gunderson, Gerald Adler, Leonard Horwitz et James Masterson, pour ne citer que les plus connus. Leurs contributions furent regroupées et publiées dans l'ouvrage *Borderline Personality Disorder*, dont la préface était sans équivoque au sujet de l'impasse que représentait alors cette pathologie.

> « And yet there is still no consensus about its legitimacy as a unique psychiatric category; no agreement as to what patients, what cluster of symptoms, what dynamics, what degree or range of pathology, what incidence, what prognosis, and what treatment one should keep in mind when reading and talking about the so called borderline. » (Hartocoliss, 1976, p. ix)

En mai 2009, soit quarante ans après cette première conférence internationale, et quarante-deux ans après son premier article sur le sujet parut en 1967, Otto Kernberg (2009, p. 508), psychiatre et psychanalyste américain alors proche des quatre-vingts ans, écrivait encore dans une édition spéciale du *American Journal of Psychiatry* que le TPL demeurait difficile à traiter, peu conceptualisé et peu compris (citation en épigraphe à la page précédente). Le temps ne semble rien y faire : le TPL parait irrémédiablement associée à une complexité et une chronicité qui questionnent toujours psychiatres et psychologues (Chapman, 2010). Récemment encore, le 18 juillet 2017, dans l'émission *Médium large* de Radio Canada, le Docteur Pierre David, psychiatre, directeur du Programme des Troubles Relationnels et de la Personnalité à l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, présentait le TPL comme l'une des pires conditions, pour laquelle il y avait encore peu à offrir.

A plus d'un titre, la malheureuse notoriété du TPL n'est pas totalement injustifiée. Ces patients arrivent souvent avec pour motif de consultation un ou plusieurs troubles anxieux et de l'humeur réfractaires, de nombreuses comorbidités (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Silk, 2003), auxquels s'ajoutent des conflits relationnels avec un risque de désocialisation sur le long terme, si ce n'est pas déjà le cas. Les cliniciens qui y sont confrontés en viennent à parler d'impasses et d'échecs. Les années et les décennies s'écoulent, mais les constatations se ressemblent. Même si certains psychiatres, comme Kernberg, ou Gunderson, y ont consacré toute leur carrière, le TPL représente une énigme conceptuelle et clinique, une énigme qui ne semble pas encore épuisée.

1.2. De la crainte et de l'incompréhension tant chez le soignant que le soigné

Humeur en montagnes russes, impulsivité, chaos relationnels, instabilité professionnelle et académique, manifestations excessives de colère, peur et confusion quant à sa propre identité, tendance autodestructrice comme l'abus de substances et la pratique courante d'automutilation allant jusqu'à la tentative de suicide : la réputation d'avoir affaire à des patients demandants et éprouvants n'est

sûrement pas injustifiée. Dans un article de La Presse en date du 16 mai 2017 sur ce sujet, Catherine, une jeune femme diagnostiquée raconte : « *Mes émotions étaient très, très mal gérées. Je pouvais être très calme et l'instant d'après, exploser dans une colère ou une peine extrême.* ». Elle continue ainsi : « *une journée, je pouvais m'aimer, le lendemain, j'étais la moindre des personnes. J'avais beaucoup de colère, mais aussi beaucoup de difficulté dans mes relations avec les gens* ». Véronique, une autre jeune femme ayant reçu le diagnostic partage aussi son vécu : *« C'est épuisant comme trouble. On est toujours dans les extrêmes. Par exemple, souvent, le matin, je veux sauver le monde et le soir, je veux mourir. »*

Par ailleurs, ces patients ont tendance à se détériorer lors de leur prise en charge par le système de santé. L'image de l'hydre de Lerne, monstre mythologique aux têtes innombrables qui repoussent par deux lorsque l'une est coupée, est parfois utilisée pour représenter cette situation atypique d'un point de vue clinique : la tentative de réduire un symptôme chez ces patients peut en faire apparaitre d'autres en parallèle (Cyr, 2015). Le témoignage de Véronique illustre bien ce phénomène : « *C'est comme si j'avais le corps brulé à la grandeur. Que tu me touches pour me flatter ou que tu me touches pour me donner une claque, ça me fait la même affaire. Ça crée une espèce de tempête* ». Ces patients peuvent percevoir les efforts destinés à les aider comme des tentatives d'agressions. Si la main tendue apparait comme une main qui agrippe ou qui rejette, elle risque de susciter des réactions de défense, de contre-attaque, ou tout simplement la fuite. Avec une telle difficulté à identifier les intentions et les émotions de chacun, les aidants, comme les patients, se retrouvent pris au piège.

1.3. Ceux dont on préfère ne pas croiser la route

Ainsi, la peine dont sont victimes les individus souffrant de cette affection est double : en plus de souffrir d'un ensemble de manifestations cliniques atypiques, ils suscitent de la crainte autour d'eux. Ils demeurent terriblement stigmatisés dit John Gunderson, psychiatre américain, professeur de psychiatrie à l'Université d'Harvard, l'un des experts historiques de cette pathologie (Gunderson, 2009).

John Oldham, psychiatre américain au Texas, éditeur du *Journal of Personality Disorders*, emploie lui une expression très forte pour désigner la représentation des milieux professionnels vis-à-vis des patients souffrant d'un TPL : « *the dreaded pariah* », qu'on pourrait traduire par : les parias que l'on redoute, ceux dont on préfère ne pas croiser la route, que l'on préfère ne pas côtoyer. L'expression est difficile à entendre, mais reflète une réalité non moins difficile à vivre. Ces patients, incompris par le système et par leur proche, eux-mêmes incapables de se comprendre et de décoder leur propre détresse émotionnelle, développent des stratégies d'évitement ou de camouflage. Ils peuvent ainsi réduire leur souffrance en se fondant dans la masse, en se coupant de leur expérience, ou en restant à l'écart, mais au détriment d'une existence épanouissante. Avec le temps, ils ont souvent accumulé des conflits ou des abandons dans leurs relations, à l'école ou au travail. « *Je ne parvenais pas à maintenir une relation ou un travail plus qu'un an. J'ai connu un parcours en montagnes russes. Je m'isolais pour me mettre à l'abri* », raconte Catherine dans l'article de La Presse (2017). Son témoignage reflète cette impression de ne pas vivre comme les autres : « *Je me sentais un peu comme une extraterrestre. Je ne gérais pas les choses de la même façon que les autres* ». Goldberg (1983) utilise le terme « *chronic misfit* » pour illustrer cette sensation persistante de ne pas se sentir appartenir au monde environnant (dans Akhtar, 1992, p. 29). D'autres patients s'y réfèrent par des expressions plus courantes comme avoir l'impression d'avoir toujours été « un mouton noir » ou encore « le vilain petit canard » de la famille, de l'école, voire de la communauté.

Avant d'explorer la littérature scientifique à proprement parler pour élucider cette complexité atypique, voici quelques chiffres pour bien comprendre la nature du défi que nous essayons de délimiter.

2. Quelques chiffres pour reconsidérer la sévérité du TPL

Selon Gunderson (2009), le TPL demeure loin derrière d'autres troubles psychiatriques majeurs sur le plan de la sensibilisation et de la recherche et ce, en dépit du taux élevé de mortalité et de la saturation des services médicaux qui en résultent. Qu'en est-il au Canada et au Québec ?

2.1. Une condition psychiatrique fréquente

La prévalence des troubles de la personnalité dans la population générale serait d'environ 14% selon deux grandes études menées chacune au début des années 2000 respectivement aux États-Unis (Grant et al., 2004) et en Europe (Torgersen et al., 2001). Les troubles de la personnalité du groupe B (narcissique, limite, antisociale, histrionique) y représentent une proportion significative en matière de prévalence, d'utilisation des systèmes de soins et d'impact clinique, selon le rapport de l'Institut National de Santé au Québec sur la surveillance des troubles de la personnalité, en date de 2015. La prévalence du TPL y est évaluée autour 0,7 à 5,9 %. Cela concorde avec les chiffres de Gunderson de 2009, se situant entre 1,4% et 5,9%. La prévalence du TPL représenterait environ entre 15 et 20 % de la population clinique en psychiatrie aux États-Unis (Kernberg 2009 ; Skodol et al. 2002). Le TPL représente une condition psychiatrique fréquente, et la différence entre sa prévalence dans la clinique, soit 15 à 25 %, et la communauté, environ 0,7 % à 5, 9 %, pourrait indiquer qu'il y aurait un nombre important d'individus sous-diagnostiqués et sous-traités.

A titre indicatif, la prévalence de la schizophrénie se situe autour de 1%, et la prévalence du trouble bipolaire entre 0,2 et 1,7 % selon le rapport sur la description des états de santé, rédigé par la division de l'analyse de la santé de Statistique Canada en janvier 2012.

2.2. Un degré de sévérité sous-estimé

Le degré de sévérité d'une pathologie peut aussi être révélé par la façon dont elle impacte la mortalité. La prévalence des comportements dommageables tels que

l'automutilation et les tentatives de suicide s'élèverait à près de 70% dans cette population clinique (Skodol et al. 2002). Pire, 10 % des patients diagnostiqués parviendraient à se suicider, soit un patient sur dix (Gunderson 2009 ; Paris, 2003). Si une maladie physique affectait les jeunes adultes avec un taux de mortalité de 10%, elle ferait très certainement l'objet d'une plus grande attention de la part du politique et du public, conclut John Livesley, psychiatre et professeur à l'université de Vancouver en Colombie-Britannique, co éditeur du *Journal of Personality Disorders*.

Le TPL demeure le parent pauvre de la psychiatrie, comme la psychiatrie demeure le parent pauvre de la médecine, remarque alors très justement Kernberg. Par exemple le *National Institute of Mental Health* (NIMH), sous-organe du *National Institutes of Health* (NIH), la plus grande agence de recherche biomédicale au monde, rattachée au département américain de santé *Health and Human Services* (HHS) alloue un budget annuel de 6 millions à l'étude du TPL qui a une prévalence de 5,9%, soit moins de 2% du budget alloué à la recherche sur la schizophrénie qui a pourtant une prévalence de 1% , et moins de 6 % du budget destiné au trouble bipolaire qui a une prévalence de 1,7 % (Gunderson, 2009).
De plus on constate à partir du tableau ci-dessous, tiré du rapport de surveillance des troubles de la personnalité de l'Institut National de Santé du Québec (2015), que les patients diagnostiqués avec un trouble de personnalité du groupe B, auquel appartient le TPL, perdent 9 à 13 ans d'espérance de vie par rapport à la population générale. Cela égale voir dépasse en sévérité la schizophrénie, ainsi que le diabète qui affiche une perte d'espérance de vie de 10 à 11 ans à la naissance selon l'Agence de la Santé Publique du Canada.

Tableau 1. 1 : Espérance de vie à 20 ans selon l'atteinte de troubles mentaux et selon le sexe, basée sur les taux de mortalité 2001-2002 à 2011-2012 (INSPQ, 2015, p. 10)

	Espérance de vie à 20 ans (années)	
	Hommes	Femmes
Québec (population générale)	59	64
Troubles mentaux	51	59
Troubles anxio-dépressifs	55	65
Troubles schizophréniques	48	54
Troubles de la personnalité du groupe B	46	55

Toujours selon le même rapport la proportion de décès liés à un suicide au Québec entre 2000 et 2009 augmente de 2,1% à 20,4% pour la population ayant un reçu un diagnostic de TP du groupe B. Ainsi le taux de mortalité associé au TPL le situe parmi les troubles chroniques, tant psychiatriques que physiques, de très haute létalité (Lesage et al, 2015). C'est pourquoi une des recommandations de ce rapport est de revoir à la hausse la notion de sa sévérité. Cela pourrait avoir comme conséquence de revoir les priorités en termes de recherche et de sensibilisation au TPL.

2.3. Des répercussions économiques sous-évaluées

Un autre aspect de la sévérité d'une pathologie réside dans son impact économique. A titre indicatif, selon le rapport de l'Agence de Santé Publique du Canada sur les maladies mentales chroniques, en date de mai 2015, les coûts directs (hospitalisations, soins médicaux et achat de médicaments) associés aux maladies mentales en 2008 au Canada ont été estimés à environ 8 milliards de dollars. Les coûts indirects associés aux maladies mentales, comme les coûts liés aux demandes de prestation d'invalidité, à la productivité perdue à l'école et au travail en raison d'absentéisme, et aux services sociaux et judiciaires, sont beaucoup plus élevés que les coûts directs. Il a été établi par ce rapport que les coûts indirects liés aux maladies mentales au Canada en 2008 variaient entre 11 et 50 milliards de dollars.

Si l'on considère seulement le TPL, selon le rapport précédent, au Québec, les arrêts de travail et les soins représentent des coûts pour la société estimés entre 25 000$ (Van Asselt et al., 2007) et 50 000$ (Grant et al., 2008) par an et par patient. Si le Québec compte environ huit millions deux cent mille personnes sur son territoire, nous pourrions estimer la prévalence du TPL à environ 483 800 personnes. Si nous poursuivons notre calcul, le coût pour la société québécoise en matière de soins et d'arrêt de travail varierait entre 12 et 24 milliards de dollars par an uniquement pour le TPL. Cette somme représente entre 3 et 6 % du PIB du Québec qui est de 405 milliards de dollar (ce qui demeure une estimation puisque selon Gunderson ce trouble est largement sous-diagnostiqué). Les chiffres de l'Agence de Santé Publique du Canada seraient alors très en dessous des coûts réels. Du reste, ce rapport conclut : « En termes médico-économiques, la forte prévalence et le coût annuel moyen soulignent l'impact majeur de cette condition sur nos systèmes de soins. » (INSPQ, 2015, p. 1).

2.4. Une utilisation intensive des ressources de soins publics

Le rapport de surveillance des Troubles de la Personnalité au Québec propose également une analyse du profil d'utilisation des services de santé publique par les patients ayant un diagnostic de TP du groupe B entre 2011 et 2012. Nous observons à partir des figures suivantes issus de ce rapport que le profil de ce groupe de patient ressemble à celui des patients souffrant d'un trouble anxieux et de l'humeur en termes d'utilisation de services de première ligne : 80 % des demandes des usagers de ce groupe y seraient accueillies. Cependant, en ce qui concerne l'utilisation des services de deuxième ligne, donc déjà plus spécialisés, comme la psychiatrie externe, l'hospitalisation ou les urgences, on remarque que leur profil ressemble plutôt à celui des patients souffrant de schizophrénie. De plus, ils se démarquent par une plus grande utilisation des urgences, confirmant les données de la littérature scientifique à ce sujet (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Silk, 2003).

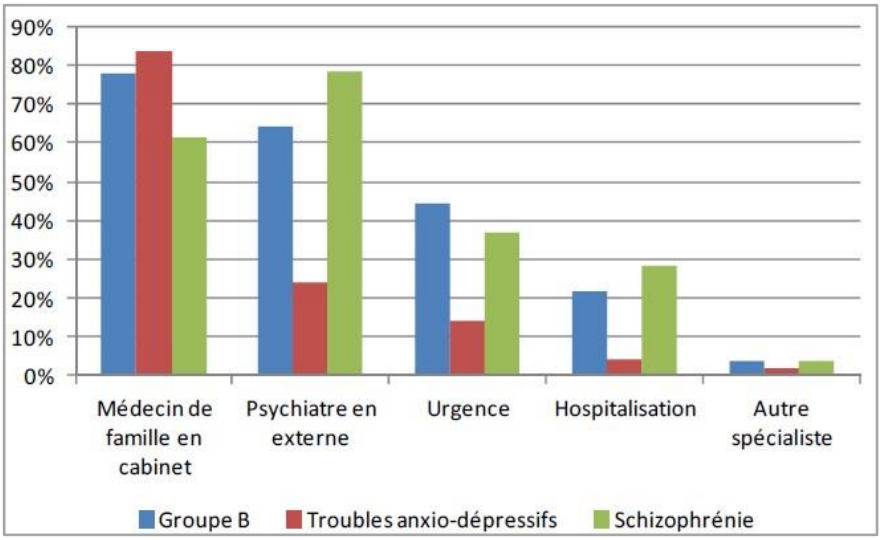

Figure 1. 1: Profil d'utilisation des services chez les personnes atteintes de troubles de la personnalité du groupe B, troubles anxio-dépressifs et schizophrénie, Québec 2011-2012 (INSPQ, 2015, p. 13)

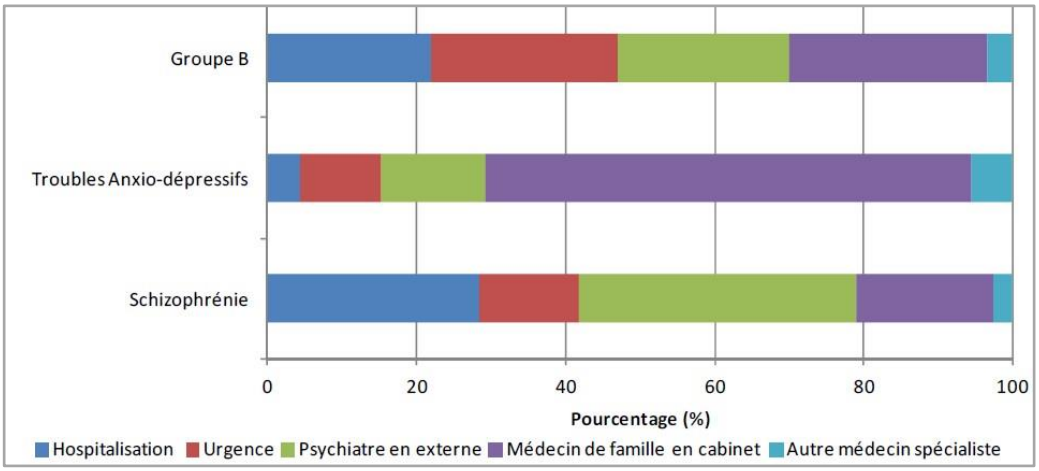

Figure 1. 2 : Profil hiérarchique d'utilisation des services chez les personnes atteintes de troubles de la personnalité du groupe B, troubles anxio-dépressifs et schizophrénie, sexes regroupés, Québec 2011- 2012 (INSPQ, 2015, p. 13)

Les patients ayant un diagnostic de TP du groupe B sont de grands consommateurs des services médicaux, quelles que soient les lignes de services, tant en première qu'en deuxième ou troisième ligne. Ce rapport de surveillance des Troubles de la Personnalité au Québec souligne une incohérence dans l'organisation des ressources qui y sont dédiées : même si les recommandations internationales préconisent majoritairement des programmes spécialisés de prise en charge, en

réalité, très peu sont accessibles (INSPQ, 2015). A Montréal, il existe quelques programmes spécialisés de deuxième ligne pour le TPL. C'est le cas par exemple aux Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas et Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, ainsi qu'au Centre Universitaire de Santé McGill. Cependant le nombre de places est plutôt limité dans ces programmes, le temps d'attente avant de bénéficier d'un premier rendez-vous peut excéder 6 mois, comme nous l'avons constaté lors de nos internats à l'IUSMM en 2015 et 2016.

En outre, il manque une certaine coordination entre l'organisation des institutions hospitalières et les offres de soins telles que proposées par les programmes spécialisés. La majorité des autres grands hôpitaux de la province sont dépourvus de telles programmes. Les patients qui ne sont pas pris en charge par des ressources spécialisées sont plus susceptibles de se présenter à plusieurs reprises à l'urgence ou en hospitalisation, dans différents hôpitaux successivement, sans que ceux-ci n'aient de dossiers communs ou partagés. Or, ces services sont non seulement précisément ceux qui coûtent le plus cher, mais aussi ceux qui sont les moins efficaces pour traiter le TPL. L'hospitalisation n'est pas recommandée, car elle fait empirer l'état du patient plus qu'elle ne l'aide (Livesley, 2005; Paris, 2005). En outre la grande proportion de patients qui consultent leur médecin de famille en première ligne ne bénéficie pas non plus de services adaptés. En effet la psychothérapie s'est avérée la seule forme de traitement efficace, que la médication ne peut que soutenir, et non l'inverse (APA guidline, 2001). Malheureusement il semble que ni la formation des médecins de famille, ni le rendement qui leur est imposé, ne les outillent réellement à travailler avec cette population clinique de façon adéquate.

2.5. La polymédication pour compenser un manque d'accessibilité aux soins ?

Le phénomène de polymédication dans le cas du TPL serait une des conséquences directes de ce manque d'organisation dans le système de soin, dénonçait encore récemment Joël Paris, Psychiatre, et Professeur à l'Université McGill, lors d'une conférence le 30 octobre 2017. Celui-ci met en évidence que le caractère limité des

interventions pharmacologiques pour cette population n'est toujours pas pris en compte par les médecins. Les études sur le profil d'utilisation des services en sont la preuve. Contrairement aux recommandations de traitement du TPL émises par l'APA depuis 2001, les médecins leur prescrivent souvent quatre à cinq médicaments, dont au moins un de chaque grande catégorie : un neuroleptique, comme le Risperidal ou l'Olanzapine qui ciblerait l'impulsivité ; un anxiolytique ou/et un Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine pour traiter les symptômes anxiodépressifs (à noter ici que les antidépresseurs tricycliques sont à proscrire du fait de leur létalité en cas d'overdose) ; un stabilisateur de l'humeur comme le Lithium ; et enfin l'utilisation atypique d'un antipsychotique comme la Quétiapine qui peut servir d'anxiolytique selon sa posologie (Paris, 2005). Cet arsenal pharmacologique, dont l'efficacité clinique s'avère limitée (Paris, 2015), constitue aussi une source majeure de dépense pour le système de soin. Les traitements efficaces, comme la psychothérapie prodiguée par un programme spécialisé, semblent donc peu accessibles à une grande partie de la population.

Après avoir dépeint les implications socio-économiques du TPL et les lacunes du système de soin, intéressons-nous d'un peu plus près à la conceptualisation du trouble lui-même. De quoi parlons-nous au juste en évoquant jusqu'à maintenant le TPL ? Comment a évolué sa conception théorique et clinique au cours de ces dernières années ? Kernberg en parle encore comme d'une pathologie peu comprise et peu conceptualisée. Existe-t-il des limites à notre compréhension scientifique ?

3. Survol bibliométrique

3.1. L'évolution de la production scientifique autour du TPL

Pour obtenir une première vue d'ensemble sur l'état de la recherche à propos du TPL, nous allons avoir recours à la bibliométrie. C'est une méthode d'analyse quantitative qui permet de prendre la mesure de l'évolution de la recherche ainsi que son impact. La bibliométrie s'intéresse aux bénéfices des activités scientifiques, telles que les publications, sur la progression de la connaissance. En plus d'avoir

une vision globale de la production scientifique sur le TPL, nous allons pouvoir dégager à l'aide de la bibliométrie un classement des auteurs qui ont le plus publié sur le sujet, leur domaine et institut d'affiliation, un classement des revues spécialisées, l'origine et la forme de ces publications. Nous allons baser notre analyse à partir de la base de données Scopus puisqu'elle intègre déjà des outils graphiques de bibliométrie à ses options de recherches[1]. Voici donc les résultats que nous obtenons pour l'expression exacte : « *Borderline Personality Disorder* » au mois d'octobre 2019.

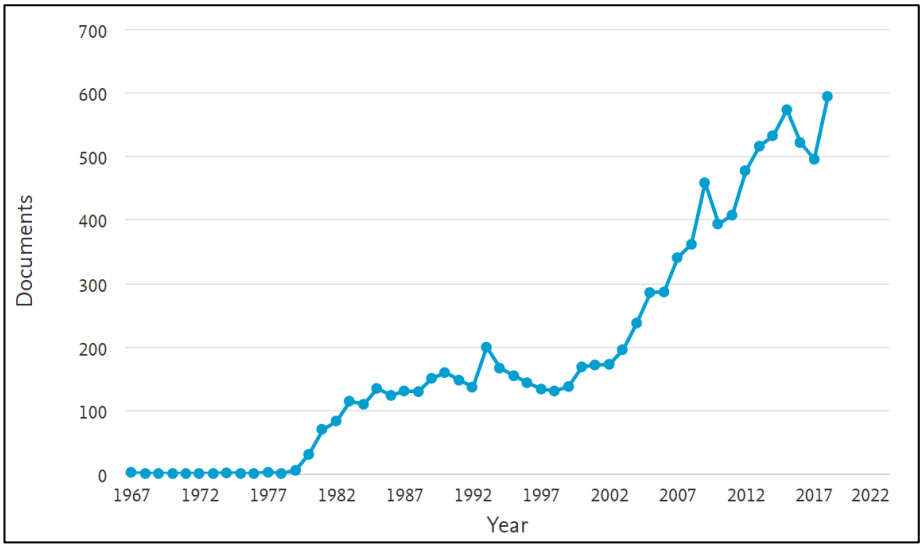

Figure 1. 3: Représentation graphique du nombre de publications par années sur le trouble de personnalité limite recensé par SCOPUS de 1967 à 2019

Il est possible de distinguer trois paliers à cette courbe des publications en fonction des années. Le référencement commence en 1967 avec le premier article de Kernberg. Il n'y aurait donc rien à référencer avant 1967 pour cette base de données. L'état de la recherche demeure quasi nul jusqu'en 1979, il n'y a que 10 articles publiés jusque-là. Un premier palier s'étend ensuite de 1980, date d'apparition du diagnostic du TPL dans le DSM III, au début des années 2000. Il y a en moyenne 150 publications par an sur près d'une vingtaine d'années. Enfin les années 2000

[1] Dans un souci de rigueur il serait important d'approfondir cette étude bibliométrique en la recoupant avec les analyses issues d'autres bases de données. Les conclusions qui suivent indiquent donc une tendance propre à Scopus, mais ne peuvent servir à une généralisation.

marquent un tournant : jusqu'à aujourd'hui la courbe progresse fortement et de manière continue, dépassant vers 2010 le cap des 500 articles par an. Même si ce moyen d'analyse se réduit à une seule base de données américaine, il nous propose tout de même une certaine tendance de l'activité scientifique consacrée à l'étude de ce trouble. Comment faire le tri parmi les 9000 documents recensés depuis 1967 sur Scopus ? Que s'est-il passé autour des années 2000 pour comprendre cette progression asymptotique des publications ? La progression de la production scientifique depuis ces vingt dernières années reflète-t-elle réellement un progrès dans la compréhension et la prise en charge du TPL ?

3.2. Une production scientifique synonyme de progrès médicaux ?

La production scientifique pourrait refléter ici une certaine représentation que nous avons de la connaissance dans le domaine de la science, à savoir qu'elle progresse. Cependant nous pourrions nous demander si une telle productivité est un indicateur de progrès dans le cas du TPL, ou si celle-ci expose plutôt l'ampleur des questionnements et des impasses qui l'entoure ? En d'autres termes, est-ce que l'augmentation de la pente entre les années 2016 (564 publications recensées) et 1992 (141 publications recensées) concorde réellement avec une meilleure compréhension et prise en charge du TPL ? En 2009, alors que paraissent 461 articles sur le TPL, Kernberg considérait que cette pathologie demeurait encore difficile à traiter, peu conceptualisée, et peu comprise. De même Gunderson soulignait cette même année combien ces patients demeuraient stigmatisés et craints. Les témoignages de ces deux psychiatres, ces experts qui côtoient quotidiennement ce trouble, ne corroborent pas vraiment l'idée d'un si grand progrès dans le champ de la pratique médicale. On devinerait alors plutôt un manque de cohésion entre d'un côté la forte progression de la production scientifique depuis près de vingt ans, et de l'autre les impressions persistantes de faire face à une impasse clinique.

500 publications valent-elles davantage qu'une seule ? Comprend-t-on réellement mieux le TPL en 2019 qu'en 1950 ? N'y a-t-il réellement aucun autre écrit avant

1967 qui vaille la peine d'être consulté afin de comprendre ce trouble et de soutenir une approche clinique adaptée ? Le but ici n'est pas tant de répondre à ces interrogations que de se les poser, de remettre en chantier ce qui est devenu une évidence avec le temps. En dépit des 9000 publications scientifiques produites entre 1980 et 2019, il semblerait que le TPL ne soit pas plus simple à appréhender. Le nombre de publications ne reflèterait alors pas si intuitivement une progression de la connaissance ou de la prise en charge. Revenir vers des ouvrages et auteurs plus anciens, non référencés par Scopus serait donc à considérer.

3.3. Profil des chercheurs et répartition des publications

Pour poursuivre notre exploration bibliométrique sur l'état de la recherche, nous observons sur la figure suivante que les États-Unis figurent loin devant les autres pays en nombres de publications : plus de 4000 à eux seuls, puis viennent l'Angleterre et l'Allemagne avec environ 1000 publications chacun. Le Canada se situe en quatrième position avec environ 700 publications. Nous pouvons tout de même nuancer ce classement en soulignant que Scopus est un outil américain.

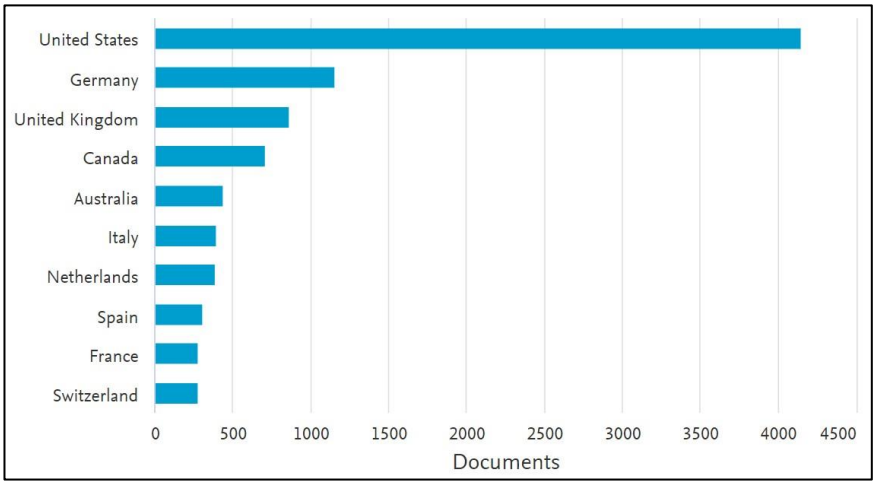

Figure 1. 4 : Nombres de contributions scientifiques totales sur le TPL par pays d'après SCOPUS au 01/09/2019

Selon la base de données Scopus, deux Américains figurent parmi les trois premiers du classement concernant le nombre de publications sur le TPL. La première place va à Mary. C. Zanarini avec 179 documents, directrice du laboratoire d'étude sur le développement adulte au McLean Hospital, professeur de psychologie au

département de psychiatrie à l'université Harvard. Elle a consacré sa carrière à l'étude de la symptomatologie et à l'étiologie du TPL. En troisième position se retrouve John G. Gunderson, avec 126 documents. Ce médecin est né en 1942. Il est actuellement directeur du Borderline Center au McLean Hospital et professeur de psychiatrie à l'université Harvard, lui aussi. Il est considéré comme l'un des experts de longue date de cette pathologie, il a notamment participé à la rédaction du DSM IV.

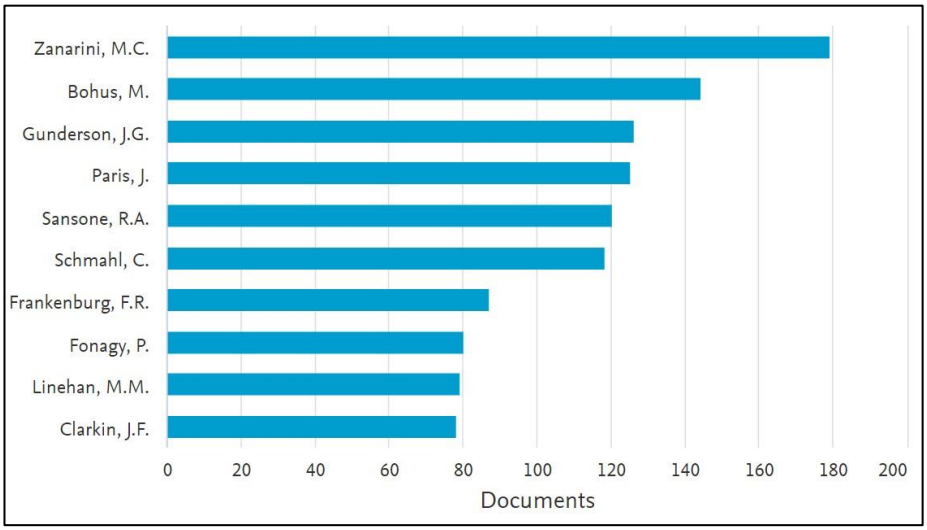

Figure 1. 5 : Nombres de contributions scientifiques totales sur le TPL par auteur d'après SCOPUS au 01/09/2019

En quatrième position se retrouve un Canadien, avec 125 documents : Joël Paris né en 1940, professeur de psychiatrie au département de médecine de l'Université McGill, éditeur en chef du *Journal of Canadian Psychiatry*. Il a travaillé pendant près de quarante ans au Jewish General Hospital et au Alan Memorial Hospital de Montréal. Toujours au Canada, mais dans l'ouest, exerce John Livesley. Ce psychiatre est né dans les années quarante également. Il est co-éditeur du *Journal of Personality Disoders*. Parmi les autres figures incontournables, il faut citer John Oldham, un psychiatre né en 1940, éditeur du *Journal of Personality Disorder*. Il est professeur de psychiatrie au Baylor College of Medicine du Texas, titulaire d'une chaire d'étude en trouble de la personnalité. Il a dirigé la rédaction du guide de prise en charge du TPL publié par l'APA en 2001. Toujours aux États-Unis, cette

fois à New York : Otto Kernberg et Robert Michels, nés respectivement en 1928 et 1936, sont tous deux psychiatres et professeurs au Weill Cornel Medical College. Sur la côte ouest-américaine, à Seattle, exerce Marsha Linehan, née en 1943, psychologue, enseignante à l'université de Washington. Enfin, à Londres réside Peter Fonagy né en 1952, psychologue, professeur à l'Université de Londres.

En outre, près de la moitié des publications recensées par Scopus sur le TPL appartiennent au domaine médical, et un quart seulement à la psychologie, selon la figure suivante. D'ailleurs parmi ces chercheurs, seuls Zanarini, Linehan et Fonagy sont des psychologues. La plupart des spécialistes du TPL à l'heure actuelle sont donc majoritairement des psychiatres, et sont particulièrement âgés. A noter que cette répartition par domaine ne tient pas encore compte des divers courants théoriques qui existent au sein d'un même domaine.

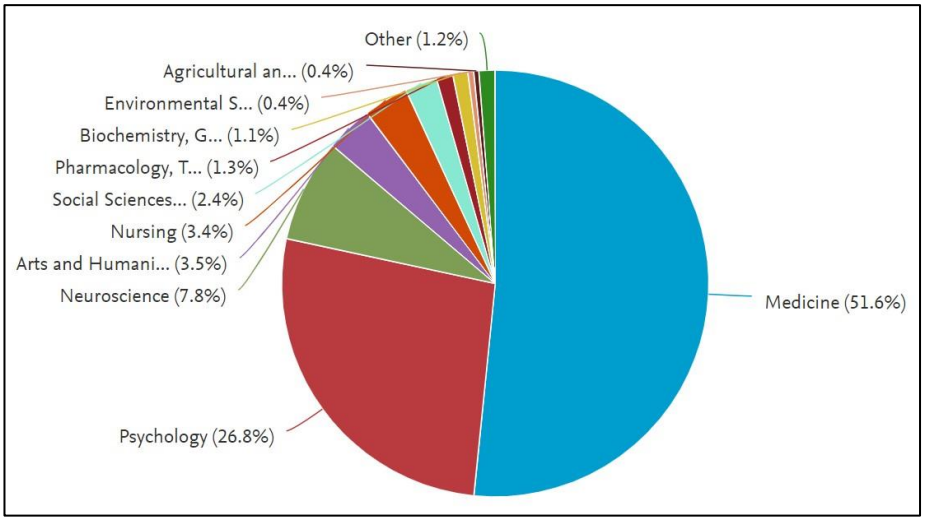

Figure 1. 6 : Répartition de l'origine des contributions sur le TPL par domaine selon SCOPUS au 01/09/2019

Nous avons répondu ici à certaines questions sur l'état de la recherche grâce à notre analyse bibliométrique :

- Où ? C'est principalement aux États-Unis qu'a lieu la production de connaissance.
- Quand ? A partir de 1980, et surtout depuis les années 2000.

- Comment ? Sous forme d'article à 75%, et depuis le domaine médical a 51%.
- Qui ? Une génération de psychiatre et quelques psychologues nés autour des années quarante. Ceux-ci appartiennent cependant à divers courants théoriques, ce qui teinte indéniablement la nature de leur contribution et leur angle d'approche.
- C'est ce qui nous conduit au prochain paragraphe, il nous reste la question : « Quoi » ?

Nous allons maintenant effectuer une courte revue historique à propos de l'évolution de la conceptualisation du TPL.

4. Bref aperçu historique

4.1. Avant les années soixante-dix : une paternité psychanalytique… américaine

Historiquement il est possible de distinguer deux significations principales au terme « *borderline* » ou « *limite* », qui se succèdent sans vraiment parvenir à se rejoindre.

La première, la plus ancienne, se réfère selon la littérature psychanalytique à une structure particulière du psychisme, un type d'organisation métapsychologique. Elle relève de l'hypothèse freudienne du développement psychique et renvoie à un niveau d'organisation de la personnalité, entre d'un côté les patients psychotiques caractérisés par le chaos, la désorganisation et l'absence d'ancrage à la réalité ; et de l'autre côté les patients névrotiques considérés davantage en santé. L'une des premières utilisations du terme a lieu lors d'une communication lue devant la Société psychanalytique de New York au printemps 1937 par un psychiatre américain et psychanalyste dénommé Adolph Stern (Hartocollis, 1977). Il est intéressant de noter que la paternité de l'expression *borderline* est attribuée à un psychanalyste américain, chose peu courante au début du XXe siècle tant la psychanalyse commence à peine à se faire connaitre de l'autre côté de l'Atlantique. Né en 1878, le docteur Stern obtient son diplôme de médecine à l'Université Columbia en 1903, et commence une formation en psychanalyse à partir de 1910.

Il a joué un rôle prépondérant dans la naissance et l'institutionnalisation de l'Association de Psychanalyse de New York d'abord, puis l'association américaine, dont il deviendra le président. Il est à noter que les premières références au terme *borderline* apparaissent aux États-Unis plutôt qu'en Europe, alors berceau de la psychanalyse. Adolph Stern (1937) fut donc le premier à décrire un groupe de patients qui semblent névrotiques durant une première phase d'évaluation, mais qui régressent jusqu'à des phases psychotiques transitoires durant le traitement. Il parait invraisemblable de conclure qu'il n'y eut aucun psychiatre aussi perspicace que celui-ci en Europe à ce moment, qui ne put proposer également pareille observation. Nous présageons ici l'existence d'un lien entre la description inédite de ce phénomène clinique par Adolph Stern et un certain contexte socioculturel propre aux États-Unis. Cette première référence au *borderline* nous dirait déjà quelque chose sur la nature de ce trouble.

Avant les années soixante-dix, le terme *borderline* n'est pas le seul à renvoyer aux manifestations cliniques associées aujourd'hui au TPL. Cette condition clinique fut associée à des patients susceptibles d'une régression à un état schizophrénique au cours de la thérapie. Pour cette raison, d'autres auteurs vont la qualifier plutôt de « structure pré-schizophrénique » (Gill & Schafer, 1945; Rapaport, 1945), de « psychose blanche » (Green, Donnet, 1973), « d'état limite », ou de « faiblesse du moi » (Knight, 1953). Une psychanalyste helvète Germaine Guex la qualifia de « névrose d'abandon », dans un ouvrage éponyme publié en 1950, reprenant et achevant les travaux de son conjoint Charles Odier, disciple de Freud et de Piaget. Cet ouvrage oublié, quasi impossible à trouver sur les étals, est pourtant très riche en description clinique et en conceptualisation. Il fut traduit en anglais et republié en 2015.

4.2. Les années soixante-dix : Kernberg et le TPL comme niveau de sévérité de l'organisation de la personnalité

En 1967, Otto Kernberg, psychiatre et psychanalyste d'origine argentine âgé de trente-neuf ans, publie *Borderline Personality Organization* dans le journal de l'Association Américaine de Psychanalyse. Il formule dans cet article, devenu une

référence, un modèle dimensionnel de l'organisation de la personnalité (Kernberg, 1967). Encore une fois, nous sommes aux États-Unis, trente ans après la première publication d'Adolph Stern. L'histoire de la conceptualisation du TPL comme nous la connaissons s'apparente de plus en plus à une histoire américaine, ce qui renforce nos intuitions quant à la dimension culturelle de l'origine de ce trouble.

L'intérêt de Kernberg pour les pathologies du narcissisme ainsi que les troubles sévères de la personnalité le conduit à associer les approches statistiques dimensionnelles nord-américaines et les théories psychanalytiques européennes (Kernberg, 1967; Kernberg, Caligor, 2005). Avant de s'intéresser aux pathologies de la personnalité elles-mêmes, il commence par se questionner sur la nature de la personnalité, ou de l'identité (ces termes sont apparemment synonymes dans ses écrits). En puisant parmi les théories psychanalytiques, il conçoit la personnalité comme résultat d'un développement lors duquel les dispositions affectives d'un organisme et d'un environnement interagissent (Kernberg, 1967). La personnalité, qui sous-entend la formation d'une certaine organisation mentale, a donc selon lui pour origine des « Relations d'Objets Internalisées », c'est-à-dire des états affectifs particuliers qui émergent lors d'une relation entre l'enfant et ses soignants significatifs (Clarking, Yoemans, Kernberg, 2006; Kernberg, 2009). Depuis cette perspective de la personnalité, il conçoit que le trouble de la personnalité correspond à un trouble de la formation de l'identité, un trouble développemental qui compromet la formation d'une organisation mentale stable à partir d'un contexte au cours duquel ont prédominé des activations affectives intenses et répétées (Kernberg,1967; Kernberg, Caligor, 2005). On retrouve alors chez Kernberg l'idée que le TPL serait un niveau d'organisation mentale pathologique spécifique, caractérisé par l'absence d'un sens de soi stable, c'est-à-dire une difficulté à distinguer et intégrer le monde interne (les ROI) et le monde externe (Akhtar, 1992; Kernberg, 2009).

Ces travaux introduisent des hypothèses cliniques d'une grande richesse quant aux fonctionnements intrapsychiques propres aux TPL. En effet, la notion de diffusion

de l'identité permet de mieux appréhender l'articulation d'une pluralité de signes cliniques comme les phases de perte d'ancrage à la réalité, les tendances à régresser à des processus primaires de la pensée, ou bien le recours à des défenses très primitives comme le clivage et l'identification projective. Par exemple, il semblerait plutôt difficile de parvenir à s'orienter et se rassurer au quotidien, au cours des interactions intimes et professionnelles, en l'absence d'un sens de soi stable, ou dit autrement sans une identité suffisamment consolidée (Kernberg, 2009). Les perceptions subjectives de ces patients, comme par exemple leur représentation d'eux-mêmes et des autres, demeurent discontinues, contradictoires et chaotiques (Kernberg, 2009). Cependant, bien qu'exhaustive, la conceptualisation de Kernberg semble aussi plutôt difficile d'accès. Par exemple, nous avons recensé une accumulation de termes assez diffus pour parler de la personnalité (soi, structure, organisation, identité, etc.), et peu de références à des auteurs psychanalytiques qui lui sont antérieurs. Il n'est pas toujours évident de percevoir les subtilités théoriques dans son utilisation de ces termes. Ces flous peuvent compliquer son articulation du développement affectif et de la formation des structures psychiques. En ce sens, il faut garder en tête que Kernberg se forme à la psychanalyse en Argentine, puis aux États-Unis au cours des années soixante. Ceci peut paraitre un détail pour le moment, mais cette précision est essentielle à la délimitation de notre contexte théorique. Il n'est pas un germanophone contemporain de Freud, formé en Allemagne ou en Autriche dans les années vingt. Cela n'est certainement pas sans conséquence sur sa réappropriation de la métapsychologie freudienne, et son application à la compréhension du TPL.

Par la suite, au milieu des années soixante-dix, les travaux de John Bowlby sur l'attachement et le rôle primordial des premiers liens entre l'enfant et ses « donneurs de soins » apportent une nouvelle pierre à la compréhension du TPL. En effet l'attachement insécure est alors considéré comme le noyau de diverses manifestations des troubles de la personnalité (Hartocollis, 1977). La qualité du lien d'attachement durant l'enfance rejoint alors la pierre angulaire à partir de laquelle se bâtit le développement de la personnalité pour Kernberg : les ROI. Enfin, le

principal diagnostic différentiel du TPL était à cette époque la dépression (Hartocollis, 1977). Le pronostic de cette pathologie demeurait principalement mauvais, et peu de ressources d'intervention existaient.

4.3. Les années quatre-vingt : Le DSM III et le TPL comme catégorie descriptive

La deuxième signification historique du terme « *borderline* », signification officielle jusqu'aujourd'hui dans la nosographie psychiatrique, reprend les grandes lignes de la précédente, mais uniquement dans une perspective descriptive, sans référence à une structure psychique. Avec la parution du DSM III en 1980, le TPL devient un syndrome qui renvoie à une catégorie diagnostique, c'est-à-dire à une catégorie qui regroupe un ensemble de symptômes sans référence à la pathogenèse ni à l'étiologie. Nous n'avons pas exploré davantage les éditions antérieures du DSM, afin de nous focaliser sur l'introduction du terme dans la nosographie médicale. Dans le DSM 5 (2013, p. 646) nous lisons alors : « The diagnostic approach used in this manual represents the categorical perspective that personality disorders are qualitatively distinct clinical syndromes ». Dans une approche catégorielle, les troubles sont des entités délimitées, des syndromes qualitativement distincts. La catégorie TPL, qui appartient au cluster B, avec les troubles de personnalité histrionique, antisociale et narcissique, demeure inchangée dans le DSM 5, parue en 2015, soit près de 25 ans après le DSM III :

> « A personality disorder is an enduring pattern of inner experience and behavior that deviates markedly from the expectations of the individual's culture, is pervasive and inflexible, has an onset in adolescence or early adulthood, is stable over time, and leads to distress or impairment. » (DSM 5, 2013, p. 645)

Un trouble de personnalité est présenté comme une affection généralisée, un ensemble de schémas tant intérieurs qu'extérieurs stable, envahissant et rigide, source de souffrance. Il suffit donc que cinq critères soient rencontrés parmi les neuf qui suivent.

Borderline Personality Disorder

Diagnostic Criteria **301.83 (F60.3)**

A pervasive pattern of instability of interpersonal relationships, self-image, and affects, and marked impulsivity, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by five (or more) of the following:

1. Frantic efforts to avoid real or imagined abandonment. (**Note:** Do not include suicidal or self-mutilating behavior covered in Criterion 5.)
2. A pattern of unstable and intense interpersonal relationships characterized by alternating between extremes of idealization and devaluation.
3. Identity disturbance: markedly and persistently unstable self-image or sense of self.
4. Impulsivity in at least two areas that are potentially self-damaging (e.g., spending, sex, substance abuse, reckless driving, binge eating). (**Note:** Do not include suicidal or self-mutilating behavior covered in Criterion 5.)
5. Recurrent suicidal behavior, gestures, or threats, or self-mutilating behavior.
6. Affective instability due to a marked reactivity of mood (e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days).
7. Chronic feelings of emptiness.
8. Inappropriate, intense anger or difficulty controlling anger (e.g., frequent displays of temper, constant anger, recurrent physical fights).
9. Transient, stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms.

Figure 1. 7 : Critère diagnostic du TPL extrait du DSM 5

Cette conceptualisation catégorielle n'est pas sans poser de problème de nos jours – notamment par l'absence de précisions sur l'origine du trouble et sur celui de la personnalité en tant que telle ; nous y reviendrons. Néanmoins, en 1980 cette première apparition dans un outil nosographique de référence représente tout de même un pas important vers la reconnaissance de ce phénomène clinique atypique et spécifique. Soulignons tout de même que nous sommes toujours aux États-Unis.

4.4. Des années quatre-vingt-dix à deux mille : les grands modèles d'interventions cliniques spécifiques et le TPL en tant que trouble de la régulation des émotions

A une catégorie de diagnostics répertoriée dans une nosographie devrait idéalement correspondre une étiologie spécifique, une pathogenèse. Or, comme le souligne le docteur Paris (2015) à la suite de nombreux autres auteurs ce n'est pas le cas du DSM qui par définition se veut a-théorique et a-étiologique. On pourrait ici se questionner sur la pertinence de ce choix dans le cadre du TPL. En suivant le raisonnement du docteur Paris, nous envisageons l'importance d'une considération pathogénique irréductible à chaque symptomatologie. Une certaine contradiction

apparait alors vis-à-vis d'une conception catégorielle et syndromale du TPL, coupée de l'idée de la formation d'une certaine organisation mentale. Il parait primordial en effet d'approfondir tout d'abord ce qu'est la personnalité, avant de proposer une conceptualisation d'un trouble de la personnalité. Nous percevons ici sans doute les limites d'un modèle statistique empirique qui, par souci d'objectivité, délaisse une réflexion théorique essentielle : difficile de penser de manière a-étiologique un trouble chronique qui se manifeste au début de l'adolescence ou de l'âge adulte.

Depuis les années quatre-vingt-dix, principalement en Amérique du Nord, dans des milieux anglo-saxons, apparaissent plusieurs modèles d'intervention clinique destinés spécifiquement aux troubles de la personnalité. Il y en a principalement cinq : deux issus de l'approche cognitivo-comportementale : la DBT « *Dialectical Behavior Therapy* » de Marsha Linehan, et la SFT « *Schema Focused Therapy* » de Jeffrey Young ; deux issus de l'approche psychodynamique : la TFT « *Transference Focused Therapy* » de Kernberg, et la MBT « *Mentalization Based Treatment* » de Peter Fonagy et Anthony Bateman. Enfin, bien que des études empiriques indépendantes sur son efficacité manquent encore à ce jour, il pourrait être nommée une dernière d'approche humaniste : la PGRO « *Psychologie Gestaltiste des Relations d'Objet* » de Gilles Delisle. Ces modèles s'appuient tous sur une perspective développementale de la personnalité et de sa pathologie, comme résultat d'une relation entre l'enfant et son environnement (Bateman & Fonagy, 1999 ; Delisle, 1994 ; Kernberg,1993 ; Linehan, 1993a ; Young, 1994). Ils intègrent des éléments du développement précoce de l'enfant, en relation avec des figures significatives provenant de l'approche des relations d'objet. C'est le cas pour la MBT, la TFT, la SFT et la PGRO. Ces modèles d'interventions ont stimulé la recherche empirique et les publications scientifiques. Peter Fonagy et Marsha Linehan comptent chacun environ soixante-seize publications selon les données de Scopus. Leurs approches sont parmi celles les plus diffusées et utilisées à l'international dans les programmes spécialisés[1].

[1] Au niveau local à Montréal, le programme des troubles de la personnalité de l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas travail à partir de la DBT. À l'Institut de Santé Mentale de Montréal, un programme similaire a choisi la MBT.

La PGRO, modèle clinique québecquois, née du rapprochement de la gestalt et de la psychodynamique, est davantage une approche intégrative multimodale qu'un modèle à part entière. Elle propose un cadre de pensée qui permet d'intégrer les autres modèles (Delisle, 1994 ; Delisle, 2004). C'est là sa richesse et en même temps une source de complexité qui a tendance à limiter sa diffusion.

La DBT, où la thérapie comportementale dialectique a été développée par Marsha Linehan, d'abord comme moyen d'intervention auprès de personnes suicidaires chroniques (Linehan, 1987). S'appuyant sur une négociation entre changement et acceptation, elle cherche à favoriser une plus grande tolérance à la détresse et aux émotions pour des patients souffrant d'un mal-être réfractaire. Le TPL correspond pour elle à une forme de vulnérabilité émotionnelle (Linehan, 1993a). Elle le décrit comme un trouble envahissant du système de régulation des émotions, dont le suicide est un régulateur puissant (Linehan, 1993a). À la base de la complexité et de la chronicité des symptômes réside ainsi selon ce modèle une inaptitude à la régulation des émotions. La déficience de cette aptitude serait le résultat d'un contexte de développement carencé, entre un organisme qui possède des seuils d'activation bas et un environnement qui propose des expériences fréquentes et envahissantes de dysrégulations (Linehan, 1993a). La restriction de cet apprentissage génère une grande sensibilité, et se traduit par la persistance d'activations intenses et prolongées qui nécessite la mise en place de schémas comportementaux inappropriés pour se réguler. Les événements extérieurs sont à la fois les déclencheurs et les outils de gestion des tensions internes, d'où une telle réactivité et fluctuation face aux stresseurs.

La MBT, ou thérapie basée sur la mentalisation, a été développé par Peter Fonagy et Anthony Bateman à l'issue d'une synthèse des études psychanalytiques et empiriques sur le développement précoce de l'enfant et les vicissitudes de sa relation aux donneurs de soins. Plus que chez Linehan, le rôle du contexte socio-affectif au cours du développement semble primordial dans la compréhension du TPL. Pour Fonagy, ce trouble correspond à un échec de l'aptitude à mentaliser,

aptitude indispensable à l'émergence et à l'organisation d'un soi (Fonagy, 2002). La mentalisation est une aptitude développementale (par opposition à une aptitude innée) qui aboutit vers l'âge de quatre ans à la possibilité de percevoir et inférer ses actions et celles des autres, à partir d'états mentaux intentionnels (Bateman & Fonagy, 2004). La mentalisation est donc le fruit d'un apprentissage co-construit, duquel résulte la capacité à mettre en lien la réalité interne et externe, sans que celles-ci ne soient ni équivalentes, ni dissociées (Bateman & Fonagy, 2004). C'est à partir d'un contexte d'attachement sécure avec les parents, c'est-à-dire d'une relation dans laquelle les expressions émotionnelles et états mentaux de l'enfant lui sont apportés, décodés et reflétés par un miroir parental juste et marqué (accordé à l'enfant, et lui reflétant son état et non celui du parent), que l'enfant se découvre lui-même comme un être psychologique, un être doté d'intentions qui lui sont propres (Fonagy, 2006). On comprend dès lors qu'une carence développementale, c'est-à-dire la relation à un milieu affectif non mentalisant, affecte la formation d'un sens de soi stable et utile chez l'enfant. Selon ces auteurs, la complexité et la chronicité des symptômes du TPL proviennent d'un échec à mentaliser, c'est-à-dire de la persistance d'une intégration inadéquate de deux modes pré-mentalisants, deux façons archaïques de vivre la réalité psychique : l'équivalence psychique et le mode prétendu[1] (Bateman & Fonagy, 2004). La séparation entre la réalité et la fantaisie, entre le monde interne et externe, fluctue selon le niveau d'activation émotionnelle, elle-même dépendante de stresseurs externes.

À la fin des années 2000, les protocoles de traitement issus de la recherche clinique commencèrent à être opérationnalisés et « manuélisés ». De plus en plus de recherches empiriques et longitudinales sont réalisées. Le trouble acquiert une plus grande légitimité. Il y a moins de réticences à poser le diagnostic du fait de

[1] Dans l'équivalence psychique les évènements mentaux sont perçus comme exactement équivalents au monde physique sans qu'il ne puisse y avoir de perspectives alternatives. Les pensées et sensations corporelles paraissent concrètes et réelles au point d'en devenir envahissantes. Le corps peut être sollicité excessivement en canalisant les états mentaux non traités. À travers le mode prétendu au contraire il semble n'y avoir aucune correspondance entre états internes et réalité extérieur. Les pensées et sensations paraissent inconséquentes et irréelles au point d'en devenir détachées. Cet état peut se manifester par une apparente hyper sensibilité aux états mentaux, mais sans vraiment d'ancrage somato-affectif (Bateman & Fonaguy, 2004).

l'amélioration du pronostic et des traitements (Gunderson, 2009). En octobre 2001, l'*American Psychiatric Association* publie un guide de prise en charge, sous la direction de John Oldham, en collaboration avec John Gunderson. Sans contre-indiquer la médication, ils en soulignent le rôle très limité et son recours surtout lors de phases de régression. Ils recommandent plutôt deux formes de psychothérapie, psychanalytique et cognitive, qui ont démontré leur efficacité selon des études ayant eu recours à des essais randomisés contrôlés (APA, 2001). Ces psychothérapies ont pour point commun au moins une rencontre hebdomadaire individuelle, une rencontre hebdomadaire de groupe, et le recours à un service de supervision pour les professionnels responsables du suivi. Enfin ils relèvent l'importance de la psychoéducation et de l'implication de la famille (APA, 2001). Le TPL est l'un des seuls troubles psychiatriques majeurs pour lequel une intervention psychosociale demeure le principal traitement (Gunderson, 2009). Une forme de prise en charge systémique avec des partenaires sociaux (famille, école, travail, organismes communautaires et administratifs, etc.) n'est pas sans soulever des interrogations autour de la confidentialité et du secret professionnel.

Par ailleurs, le Trouble Bipolaire est devenu à ce moment le diagnostic différentiel source de confusion la plus répandue avec le TPL (Gunderson, 2009). Il n'est pas rare d'entendre le recours à la « bipolarité » par abus de langage pour désigner les changements d'humeur d' individus souffrant plutôt d'un TPL (Paris, 2005).

4.5. Des années deux mille à nos jours : les approches intégratives multifactorielles et le TPL en tant que trouble neurodéveloppemental

Le premier avril 2008 la chambre des représentants des États-Unis a adopté à l'unanimité la résolution 1005 stipulant que le mois de mai serait celui de la sensibilisation nationale au TPL (2008, p.1) :

> « Whereas BPD is a leading cause of suicide, as an estimated 10 percent of individuals with this disorder take their own lives;
> Whereas symptoms of BPD include self-injury; rage; substance abuse; destructive impulsiveness; a pattern of unstable emotions, self-image, and relationships; and may result in suicide;

> Whereas despite its prevalence, enormous public health costs, and the devastating toll it takes on individuals, families, and communities, BPD only recently has begun to command the attention it requires;
> Whereas it is essential to increase awareness of BPD among people suffering from this disorder, their families, mental health professionals, and the general public by promoting education, research, funding, early detection, and effective treatments. » (Congrès des États-Unis, 2008)

Cette résolution fut adoptée à l'issue du constat unanime de la disproportion entre la gravité de cette affection en termes de santé publique et l'insuffisance de la sensibilisation, des recherches, des fonds, et des accès aux soins. À ce jour, seuls les États-Unis ont adopté une période de sensibilisation au TPL. Ce début de prise de conscience politique reflète un élan inédit de la recherche scientifique autour de la question du TPL depuis le début des années 2000. L'engouement de la recherche, provoqué par la diffusion des grands modèles d'intervention des années quatre-vingt-dix et les progrès en neurobiologie, est observable par une progression asymptotique de la production scientifique sur la courbe des publications par année. Cette période faste s'est traduite par l'émergence de modèles intégratifs, cherchant notamment à relier la symptomatologie si complexe du TPL à une pathogenèse. Cependant comme nous allons le voir, un des défis demeure dans la synthèse des perspectives neurobiologiques et affectives du développement de la personnalité.

De nouveaux outils diagnostiques proposent ainsi une approche intégrative à l'évaluation des pathologies de la personnalité, en guise d'alternative à l'approche catégorielle du DSM, c'est le cas du Psychodynamic Diagnostic Manual ou PDM (2006). Ce manuel nosographique alternatif, rédigé à l'initiative de Kernberg, propose un système de classification de la personnalité selon une évaluation du niveau de son organisation. Cette évaluation concerne sept grandes dimensions : 1) l'identité : degré de stabilité et justesse de la perception de soi et des autres ; 2) les relations d'objets : degré de stabilité et satisfaction quant aux relations intimes ; 3) la tolérance à l'affect : amplitude de la gamme d'émotions ; 4) la régulation des affects : mode de régulation des impulsions ; 5) le surmoi : degré de sensibilité et de maturité morale ; 6) l'ancrage à la réalité et les moyens de s'y conformer ; 7) la résilience : type de réponse aux stress (PDM, 2006, p. 22). Dans le PDM, le

diagnostic d'Organisation Limite (OL au lieu de TPL) correspond à un niveau de sévérité de l'organisation et du fonctionnement de la personnalité : « The term borderline when used by psychoanalytic clinicians denote a level of severity, and has a different meaning from the same term as used in the DSM, in which only one type of BPD labeled. » (PDM, 2006, p. 21). Le diagnostic d'OL englobe et élargit celui du TPL : le regroupement syndromal proposé par le DSM apparait ici comme une des formes d'Organisation Limite de la personnalité, et non la seule. Le PDM rend mieux compte de cette diversité de déploiement clinique vis-à-vis duquel le DSM reste souvent aveugle et muet.

Cette classification alternative des patholgies de la personnalité s'appuie sur la perspective théorique psychanalytique de la formation d'une organisation mentale, de l'existence d'une structure psychique sous-jacente qui organise notre façon de penser, de ressentir, d'agir et d'être en relation, et non pas sur un référencement statistique d'un ensemble de symptômes non exclusifs regroupé en catégories que l'on suppose qualitativement distinctes (Kernberg, 2009). Le PDM propose donc une façon d'articuler symptomatologie et étiologie, chose que le DSM ne fait pas. On pourrait s'attendre dès lors à ce que les prochaines éditions du DSM puissent bénéficier d'une approche qui irait au-delà de la description de signes cliniques pour inclure l'évaluation d'une pluralité de domaine du fonctionnement et de l'organisation psychique : les émotions, la cognition, l'attention, les comportements et la qualité des liens. Or, le choix a été de conserver une approche catégorielle dans le DSM 5, paru en 2015. La controverse qui oppose les critères catégoriels versus dimensionnels y est reléguée aux annexes[1].

Le *Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology* publié en 2015, rédigé notamment par Patrick Luyten, Mary Target et Peter Fonagy, tous trois professeurs de psychologie à Londres, propose un modèle dynamique biopsychosocial du TPL. Malgré l'hétérogénéité de la manifestation de ce trouble

[1] Ici, nous continuerons à employer le terme TPL au lieu d'OL, non par pertinence mais pour nous faire comprendre du plus grand nombre pour qui la langue officielle de la psychopathologie demeure bien celle du DSM, et ce malgré ses angles morts.

et l'impulsivité qui la distingue tant, un consensus se précise autour de la notion d'un fonctionnement anormal du système d'attachement (Levy, Beeny & Temes, 2011 ; Levy, Beeney, Wasserman, & Clarkin, 2010 ; Levy, Ellison, Scott& Bernecker, 2011 ; Scott, Levy & Pincus 2009). Selon ce manuel, l'hyperactivation du système d'attachement résulterait de la carence de trois principales aptitudes développementales :

1) Le manque d'aptitude à la régulation des émotions. Les expériences aversives du quotidien activeraient par défaut la détresse et la peur ;
2) L'absence de contrôle attentionnel. L'attention est une des dimensions du fonctionnement mental affectées dans le TPL[1] (Luyten, Mayes, Fonagy, Target, Blatt, 2015).
3) Le déficit de mentalisation. Il se traduit par l'absence de cognition sociale, un effondrement de la distinction soi/autre, une perturbation des relations interpersonnelles, une grande sensibilité à l'injustice, l'échec et le rejet (Luyten, Mayes, Fonagy, Target, Blatt, 2015).

Au niveau étiologique, la génétique d'un côté, ou les traumatismes de l'autre ne suffisent pas à eux seuls à rendre compte du trouble (Paris, 2007). D'après le modèle intégratif proposé par ce manuel psychodynamique, c'est l'interaction des gènes et de l'environnement qui façonne le développement ainsi que les vulnérabilités des trois grands domaines que sont la régulation des émotions, le contrôle de l'attention et la mentalisation (Fonagy & Bateman 2008 ; Fonagy, Luyten, & Strathearn, 2011). Cependant la façon dont organisme et environnement interagissent reste à préciser.

L'essor de la neurobiologie interpersonnelle, depuis plus d'une dizaine d'années, pourrait permettre de spécifier un peu plus la complexité des interactions entre les dimensions affectives et neurologiques de l'organisme et de l'environnement au cours du développement. Les travaux d'Alan Schore en neurobiologie du développement émotionnel (Schore, 2003), ceux de Jaak Panksepp en neuroscience

[1] Lors de nos internats nous avons en effet pressenti que c'est avec le TDAH qu'il semble y avoir le plus de confusion aujourd'hui vis-à-vis du diagnostic

affective (Panksepp, 2004), ou encore ceux de Stephan Porges sur la neurophysiologie du système d'attachement (Porges, 2011), commencent à représenter des sources d'informations à intégrer aux modèles développementaux de la personnalité. Par exemple, certains de ces auteurs questionnent les implications de déficiences physiologiques des structures du système limbique, telles que l'amygdale, dans l'apprentissage de la gestion des émotions (Porges, 2011). En particulier, le TPL peut aujourd'hui être abordé à partir de modèles transactionnels neurodéveloppementaux (Cyr, 2015). Brièvement, de tels modèles proposent principalement de comprendre l'organisation et le fonctionnement de la personnalité comme la résultante de l'acquisition de grandes compétences affectives et neurobiologiques à partir d'une transaction continue entre l'organisme, l'enfant, et son environnement, à savoir les personnes significatives de son entourage. Cependant, certains points majeurs y sont encore d'ailleurs à préciser : par exemple la façon dont interagissent les dimensions affectives et neurobiologiques lors du développement, ainsi que leur contribution respective dans l'apparition et la progression du TPL.

L'adoption d'un modèle neurodéveloppemental et dimensionnel plutôt qu'une approche statistique catégorielle purement descriptive conduit à interpréter tout à fait différemment une même phénoménologie de symptôme lors d'une évaluation : un diagnostic de TDAH avec déficit de cognition sociale peut dès lors apparaitre comme un niveau de sévérité limite du fonctionnement de la personnalité sur les dimensions de l'attention et de la mentalisation. Dans un tel cas assez courant en clinique, comme nous l'avons observé au cours de nos internats, il serait bien étonnant que la dimension de la régulation émotionnelle ne présente aucun dysfonctionnement. Ce changement de perspective théorique vient bouleverser et bousculer des catégories de diagnostics communément admises comme des évidences indiscutables de nos jours. Nombre de patients qui ne coteraient pas aux cinq critères minimums sur les neufs du trouble de personnalité limite du DSM, qui n'obtiendraient aucun diagnostic, ou voire un autre à la place, pourraient bel et bien coter à un niveau limite du fonctionnement et d'organisation de la personnalité du

PDM, et obtenir alors des traitements plus adaptés. Ceci pourrait être le cas de nos jours pour certains patients, enfants et jeunes adultes, diagnostiqués et traités pour un TDAH ou des troubles du spectre autistique, comme nous l'avons souvent observé auprès de l'équipe du Docteur Cyr. La réalisation de ce constat à l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal a ainsi conduit depuis un peu moins d'une dizaine d'année à la création d'une équipe consacrée à la prise en charge des troubles anxieux et de l'humeur réfractaires, en échec thérapeutique chronique, car souffrant en réalité d'un trouble de personnalité non diagnostiqué, ni traité en tant que tel. Les premiers résultats cliniques ont confirmé que ces patients répondaient davantage au traitement pour un TPL (Cyr et Mercier, 2015), et cotaient positivement aux outils cliniques se basant sur une évaluation dimensionnelle de la personnalité. Par exemple, lors des internats réalisés au sein de ce programme en 2015 et 2016, les évaluations cliniques s'appuyaient sur des outils tels que le PDM, le questionnaire SIP118 : *Severity Indices of Personality Problems,* et le questionnaire IASC : *Inventory of Altered Self-Capacities*.

5. Exposé des limites actuelles

5.1. Stimuler la diffusion du savoir scientifique en plus de sa productivité

Depuis l'avènement des modèles d'intervention clinique à la fin des années quatre-vingt-dix, leur « manuélisation » et diffusion dans les années deux milles, jusqu'à leur intégration en des modèles neuro-développementaux actuellement, la recherche sur le TPL n'a cessé de croitre. L'ampleur du volume de production scientifique par an en est la preuve. Pourtant la stigmatisation des patients demeure. Si un nombre croissant de prises en charge spécifiques existe, elles semblent peu accessibles et peu connues du public, des formations universitaires, voire professionnelles. En outre, certaines crises sociales qui nous apparaissent de premier abord de manière assez parcellaire (radicalisation, consommation excessive d'opioïdes, phénomènes d'agressions sexuelles et autres violences conjugales , etc.) pourraient avoir comme socle commun des dysfonctionnements plus ou moins marqués des grandes dimensions de la personnalité, c'est-à-dire des habiletés plutôt

précaires de gestion des émotions, de l'attention et de la mentalisation. Or, ces phénomènes sociaux sont encore majoritairement abordés de manière isolée, à partir de causes extérieures ou organiques, sans inclure suffisamment l'histoire développementale des protagonistes, c'est-à-dire le contexte de la construction de la personnalité des individus concernés en lien avec un environnement singulier. Une meilleure vulgarisation sur la personnalité et ses pathologies impliquerait sans doute un tel rapprochement entre le domaine clinique et la compréhension de certaines crises sociales récentes. Gunderson (2009) remarque ainsi un manque spectaculaire d'enseignements spécifiques parmi les programmes universitaires de médecine et de résidence en psychiatrie. À Montréal, l'institut Victoria est l'un des seuls à offrir des formations sur le TPL.

5.2. La conservation d'un outil diagnostique imprécis : retour sur les limites de l'approche catégorielle du DSM pour le diagnostic du TPL

Pour illustrer ce manque de vulgarisation, nous allons poursuivre par un retour sur les limites des modalités du diagnostic du TPL telles que toujours proposées dans la cinquième version du DSM. Cette façon de poser le diagnostic a fait l'objet de maintes critiques jusqu'à présent, due notamment en grande partie à l'insuffisance de son approche catégorielle et descriptive (Gunderson, 2009). Ainsi, de nombreuses recherches empiriques remettent en question la définition du DSM du trouble de la personnalité en tant que « schéma envahissant, stable sur le temps » (Cartwright, 2008). Des études longitudinales confirment ce qui a longtemps été suspecté : ce trouble tel que défini dans le DSM, est notablement instable. Des rémissions se produisent plus rapidement que prévu, les manifestations cliniques varient rapidement au cours du temps, certaines manifestations dépendant grandement de facteurs contextuels (Livesley, 2003 ; Paris, 2005 ; Sokodol et al, 2005 ; Zanarini et al, 2005). En outre la validité même de cette forme de diagnostic serait contestable. Ses neuf critères engendrent une énorme variabilité et ne permettraient pas de délimiter un trouble spécifique. Par exemple si seulement cinq critères sur neuf suffisent, alors cela laisse deux cent cinquante-six combinaisons possibles de diagnostic au TPL (Bateman & Fonagy, 2004). De même ses critères

sont présents en comorbidité avec d'autres troubles de personnalité sévères dans 60 % des cas (Kernberg, 2009).

Comme le dit le docteur Pierre David, psychiatre au programme des troubles de la personnalité à l'IUSMM, les choses sont donc plus complexes que d'être ou ne pas être TPL (La presse, 2017). Le DSM ne rendrait pas compte de la continuité, du spectre en arrière-fond des configurations observées dans la pratique. Le trouble étant instable, ses manifestations plurielles, ajouter à ça le manque de spécificité de ses modalités diagnostics, ceci expliquerait donc que certains patients puissent obtenir ou perdre le diagnostic du DSM selon le moment de la journée ou le contexte où ils seraient évalués. Il en résulte selon le docteur David, que nombre de patients se promènent dans le système de santé avec plusieurs diagnostics, parfois depuis un certain temps, en ayant épuisé vainement les ressources disponibles, et parfois sans avoir jamais reçu ou gardé un diagnostic de TPL (La presse, 2017). Pour le docteur Paris (2005) ce phénomène d'errance médicale serait amplifié également par la réticence des cliniciens à poser ce diagnostic pour se concentrer plutôt sur les comorbidités. Travailler à la réduction de symptômes prétendument isolables parait plus réaliste, quitte à multiplier les diagnostics de trouble anxieux et de l'humeur, et la médication qui l'accompagne. L'identification du bon diagnostic et l'arrêt de la polymédication seraient déjà une première forme de traitement selon le docteur Paris. Cela est d'autant plus difficile à faire que le patient a pu construire toute une représentation de ses difficultés à partir des autres diagnostics qu'on lui a attribuée jusque-là. Envisager une extension du diagnostic dès l'enfance, selon Gunderson (2009), pourrait ainsi éviter ces nombreuses années d'errance entre divers services psychiatriques ou sociaux.

Enfin, le DSM 5 utilise les mêmes critères diagnostics que le DSM III, sachant qu'au moment où ils ont été établis en 1980 il y avait moins de dix recherches dans la littérature scientifique, alors qu'il y en a eu plus de 300 seulement entre 1980 et 1990 (Gunderson, 2009). La conceptualisation du diagnostic du TPL n'a donc pas évolué depuis presque quarante ans, comme s'il n'y avait rien qui soit digne

d'intérêt parmi les milliers de publications parues depuis 1980, rien qui puisse mériter une révision de l'évaluation du trouble. Difficile d'envisager qu'un ouvrage de référence puisse ne pas évoluer sur près de quarante ans dans une autre discipline médicale. Pour résumer, le diagnostic proposé par le DSM échoue de deux façons : d'abord il ne parvient pas à tenir compte de l'hétérogénéité et de la complexité des symptômes, ensuite il ne permet pas de comprendre la façon dont interagissent ces symptômes entre eux ni leur évolution dans le temps. Ce diagnostic doit nécessairement être contextualisé, notamment à partir d'une étiologie (Clarkin, Fonagy, Levy, Bateman, 2015). Tout le défi consiste à articuler la complexité de la manifestation des symptômes avec une compréhension étio-pathologique.

5.3. La nécessité de repenser le cadre d'étude du TPL

Pour conclure, nous discernons trois principaux décalages autour de la recherche et de la prise en charge du TPL. Un premier décalage se situe au niveau du rythme auquel évoluent les outils et les pratiques cliniques (la nosographie, les outils diagnostics, les formations, etc.) en comparaison à la production effrénée de la recherche depuis la fin des années quatre-vingt-dix : « Also unknown, despite significant advances, is borderline personality disorder's core psychopathology and its related neurobiology. » (Gunderson, 2009, p. 535). Malgré l'augmentation des publications, les interrogations des psychiatres et des cliniciens persistent quant au fondement de ce trouble. Il existe un autre décalage entre son degré de sévérité élevé (mortalité, coût économique, problématiques sociales) et une attention sociopolitique largement insuffisante, notamment en termes de visibilité publique et de prévention. Ce second décalage serait même susceptible d'être amplifié par le premier. Difficile d'évaluer précisément les impacts d'un trouble qu'on ne parvient pas à bien circonscrire et diagnostiquer.

> « Still unknown are the public health costs of this disorder but given borderline patients heavy utilization of psychiatric services; medical complications; involvement in divorce, libel, and childrearing lawsuits; and violence and sexual indiscretions, the costs can be expected to be tremendous. » (Gunderson, 2009, p. 535)

Enfin, un troisième décalage apparait quant à l'évolution de la conceptualisation du trouble lui-même au XXe siècle. Historiquement, deux grandes conceptualisations se succèdent sans s'articuler. L'une fondamentale, plus récente, domine la nosographie médicale. Elle se réfère au TPL comme un syndrome, c'est-à-dire la manifestation d'un ensemble de symptômes, regroupés en catégorie qui ne possède ni base pathogénique, ni de critères spécifiques. L'autre clinique, plus ancienne, plutôt marginale parmi la psychiatrie contemporaine notamment nord-américaine, s'inspire de l'hypothèse d'un développement psychique à part entière afin de considérer l'origine du trouble. Elle suppose d'adhérer cependant à une conception développementale de la personnalité sans expliciter particulièrement ses fondements épistémologiques alternatifs, ni même les emprunts conceptuels à la psychanalyse. Ce décalage se reflète surtout au niveau du manque d'articulation entre la symptomatologie complexe du TPL, et une étiologie.

> « The relationship between clinical symptoms, deeper psychological structures and underlying neurobiological systems are to be explored. » (Kernberg, 2009, p. 508)
> « Psychological and neuro functional processes of affect activation and modification, are presumably related. How to understand this relationship illustrates one of the many research questions in the present challenge to link neurobiological and psychodynamic research. » (Kernberg, 2009, p. 508)

Chercher une façon de dépasser l'écart historique entre ces deux définitions, une façon de les mettre en lien, permettrait de mieux concevoir l'avènement des symptômes très divers à la base TPL, ainsi que la façon dont ils interagissent et évoluent au long de la vie, à différents niveaux affectifs, neurobiologiques, relationnels, etc. C'est sur ce dernier décalage que nous allons nous focaliser.

6. Approcher le TPL à partir d'une inscription anthropologique de la personnalité

6.1. Définir d'abord la personnalité pour comprendre ses pathologies

De manière générale nous sommes guidés par l'intention de mieux comprendre ce qu'est le TPL pour favoriser un meilleur accès aux traitements efficaces. De plus, nous souhaitons mieux sensibiliser aussi bien le public que les professionnels, avec

la préoccupation de prévenir la gravité de ses impacts socioéconomiques. Pour répondre à ces objectifs et approcher toute la complexité par laquelle se manifeste ce trouble, nous avons mis en évidence la nécessité d'articuler sa symptomatologie à une étiologie.

> « A major question in personality disorder theory and research is how the various behavioral characteristics of any particular personality disorder relate to each other and to their particular predisposing and causative factors.» (Kernberg, Caligor, 2005, p. 117)

Cette nécessité nous conduit dorénavant à un constat inévitable : pour penser l'étiologie du TPL, encore faut-il penser la pathogenèse de la personnalité et donc *a fortiori*, la personnalité elle-même (PDM, 2006, p. 17). L'étude du TPL nécessite en amont une certaine perspective sur la nature et l'origine de la personnalité, sur son architecture, c'est-à-dire étymologiquement, sur « l'art de sa construction ». Autrement dit, nous aboutissons à la conclusion que l'étude du TPL suppose une perspective anthropologique : la façon dont on conçoit un trouble de personnalité est intiment liée à la façon dont on conçoit d'abord ce qu'est la personnalité. Étudier le TPL implique en réalité un retour sur les grandes définitions qui sont à la base de la psychologie et de la psychopathologie : la condition humaine et son origine, la santé, la pathologie.

Même s'il existe une diversité d'approches en psychologie, avec chacune des positions différentes sur ces définitions, nous considérons qu'il existe néanmoins certaines définitions de base implicitement admises en arrière-plan de ces courants théoriques, et qu'il est possible de les rassembler autour de grands cadres de pensée, des paradigmes. Ces paradigmes orientent la façon « normale » , autrement dit communément admise, de construire la connaissance et de résoudre des problèmes (Kuhn, 1962). Nous recensons deux grandes façons d'approcher la personnalité actuellement, c'est-à-dire deux anthropologies principales. Nous expliciterons dans le prochain chapitre l'origine de leurs présupposés, ainsi que leur paradigme respectif, afin d'en évaluer leur pertinence pour approcher le TPL.

6.2. La personnalité perçue à travers une anthropologie naturaliste

Les disciplines médicales présupposent, implicitement ou explicitement, l'adhésion à une anthropologie naturaliste. La conception de la condition humaine y est envisagée comme un épiphénomène de la biologie, c'est-à-dire un phénomène résultant de l'expression de processus physiologiques, génétiquement déterminés. Dans une approche médicale, on se base sur une théorie biologique du psychisme. Les disciplines médicales n'envisagent donc pas l'existence d'un développement de la personnalité à part entière, pour la simple raison que les phénomènes psychologiques ne seraient que l'expression d'une maturation biologique. S'intéresser à la personnalité revient à s'intéresser aux caractéristiques de cette maturation. La personnalité y est perçue davantage comme un point de départ, une donnée d'origine résultante du matériel génétique relatif à certaines fonctions et caractéristiques du système nerveux avec lesquelles nous venons au monde. Or, une approche exclusivement médicale, nous l'avons vu avec l'exemple du DSM, reste muette sur le rapport des symptômes entre eux, leur apparition et leur évolution. Si le fonctionnement de la personnalité coïncide avec le fonctionnement du système nerveux, et si la maturation de celle-ci est préfigurée par un certain matériel génétique, alors des troubles de la personnalité ne seraient que l'expression de défauts génétiques. Cette conception de la condition humaine pourrait participer à stigmatiser ces individus. De plus elle demeure limitée en termes de perspectives de traitement : à partir de la biologie moléculaire on ne peut qu'envisager majoritairement des moyens d'actions pharmacologiques et décontexualisés afin de corriger les dysfonctionnements du système nerveux.

6.3. La personnalité perçue à travers une anthropologie développementale

Les représentations de la personnalité qui découlent des modèles d'intervention clinique des années quatre-vingt-dix (DBT, MBT, TFT), quelle que soit leur approche, introduisent une autre anthropologie, une anthropologie qui semble nouvelle : il faut tenir compte de la qualité des échanges et des interactions entre l'organisme et l'environnement. Ces modèles supposent que la nature et l'origine de la personnalité résultent d'un développement enraciné dans la transaction

continue d'un individu avec son contexte. L'environnement aurait donc également un rôle premier à jouer dans la formation de la personnalité, mais la façon dont celui-ci influence la maturation biologique reste à préciser. De ce point de vue, il apparait alors que la personnalité ne soit pas une donnée si fixe et définitive que cela. Elle correspondrait ici à l'aboutissement d'échanges modulés par une infinité de variables contextuelles, des configurations singulières, responsables d'une certaine construction.

Une première synthèse de ces formes de compréhension développementale de la personnalité depuis les grands modèles intégratifs tels que proposés par Linehan, Fonagy et Kernberg, permet de caractériser la nature de cette construction et les conséquences d'éventuelles interruptions.

1) L'enfant acquière l'aptitude à réguler ses émotions dans un cadre d'attachement sécurisant;

2) La régulation émotionnelle est un prérequis à la mentalisation, c'est-à-dire à l'acquisition d'une expérience mature de la réalité psychique. Nous avons vu que la mentalisation consistait en l'aptitude à articuler son expérience interne avec la réalité externe;

3) L'acquisition de la mentalisation favorise donc l'émergence d'un sens de soi, d'une certaine délimitation, stable et cohérente, de l'intérieur et de l'extérieur. La gestion des émotions conduit donc à terme à la formation de l'identité, ou dit autrement, d'une personnalité.

Ces trois principes sont résumés par le schéma suivant :

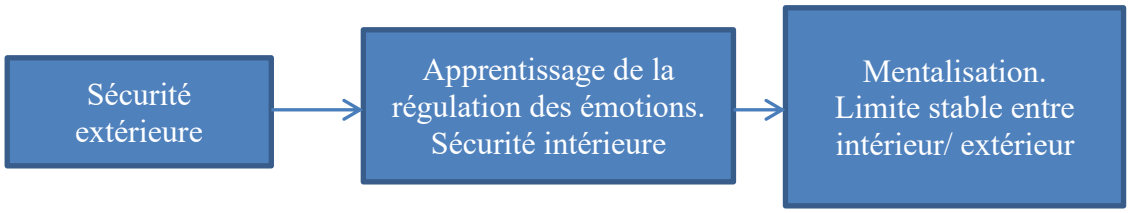

Figure 1. 8 : Représentation schématique des étapes du développement normal à partir de la synthèse des modèles d'interventions cliniques des années 90

Un contexte développemental traumatique, c'est-à-dire caractérisé par une insécurité au sein des premières relations d'attachement (Fonagy, 2005, p. 381), pourrait compromettre l'apprentissage de la régulation émotionnelle.

Figure 1. 9 : Représentation schématique des étapes du développement pathologique à partir de la synthèse des modèles d'interventions cliniques des années 90

Si l'enfant n'acquiert pas correctement l'aptitude à réguler par lui-même ses activations émotionnelles, son niveau d'organisation mentale, son expérience de la réalité psychique, son degré d'articulation entre la réalité et la fantaisie et son identité sont constamment à risque de fluctuer, selon les stresseurs rencontrés dans l'environnement.

6.4. Un « trouble du développement de la personnalité »

A partir d'une anthropologie développementale, le terme « trouble de la personnalité » représente un abus de langage. Si la personnalité résulte bien d'un développement, alors il est plus judicieux de parler d'un « trouble du développement de la personnalité », d'un trouble de la construction. C'est sur les fondations de la personnalité qu'il faudrait se concentrer, la façon dont elle a été bâtie (contexte d'acquisition de la gestion des émotions, de l'attention et de la mentalisation) et non sur les répétitions ou la chronicité de troubles anxieux et de l'humeur, de conflits relationnels, etc…, qui en sont les conséquences directes et observables. Certains auteurs contemporains associent en effet le TPL à une personnalité peu développée (Fonagy 2006 ; Kernberng 1967 ; Livesley 2005; Oldham 2009). Mais de quel développement parle-t-on au juste ? Un développement de quoi ? Vers quoi ? Quel est le lien entre l'interruption de ce développement et les pathologies de la personnalité ?

À la fin du XIXe siècle, la psychanalyse s'est démarquée précisément par l'hypothèse selon laquelle il existe un développement psychique propre, distinct de la maturation biologique, et que les manifestations psychopathologiques renvoient à des formes d'immaturité de ce développement. On peut donc voir un lien entre l'anthropologie développementale qui est évoquée dans les années quatre-vingt-dix par ces grands modèles d'interventions cliniques, et la théorie psychologique du psychisme proposée par la psychanalyse un siècle plus tôt. Il y a un rapprochement à faire entre ces deux anthropologies, ces deux conceptions de l'humanité, de la santé et de la pathologie. Il semblerait que la psychanalyse avait déjà formulé une certaine anthropologie développementale, et que celle-ci eu été oubliée, puis redécouverte par un tout autre chemin et dans un tout autre vocabulaire un siècle plus tard. Comment comprendre que cette perspective développementale soit reconsidérée à ce moment et de cette façon, c'est-à-dire sans qu'une filiation à la psychanalyse ne soit explicitement ou systématiquement mentionnée ? Si elle est redécouverte ainsi autour des années deux mille, cela signifie-t-il qu'elle avait préalablement disparue ? Y a-t-il des perspectives cliniques que nous n'avons pas encore redécouvertes ou reformulées, ayant un intérêt à notre approche anthropologique du TPL ?

6.5. D'un trouble du développement à l'hypothèse de la naissance psychique

Nous venons de voir avec la synthèse de ces modèles développementaux plutôt récents que l'acquisition d'une limite distincte entre ce qui relève de la réalité extérieure et des états internes, une limite synonyme de l'émergence d'un sens de soi ou d'une identité (Fonagy 2005 ; Kernberg 2005), demeurait fragile en l'absence d'un cadre d'attachement sécurisant et de l'apprentissage préalable de la gestion des émotions. Nous parvenons peut-être à une autre façon de comprendre le terme « limite » ou « *borderline* » à partir de cette anthropologie développementale. Certains contextes de développement peuvent nuire à la formation d'une délimitation claire entre le soi et le non-soi. A quel moment se forme donc cette frontière entre le monde et un soi ? Cette frontière est-elle déjà formée à l'issue de la gestation ? Ou au contraire se forme-t-elle plus tard, et donc quand et comment ?

Existerait-il une seconde naissance au cours de laquelle se forme une telle limite, qui serait à distinguer de la naissance physique ? Si oui, qu'est-ce qui la caractérise et comment survient-elle ? Qu'est-ce qui la précède ?

> « Any good solution to a problem causes the subject illuminated to reveal further questions and further problems. A simple question : when is a human being born ? individuals may give me an answer in the particular instance of their own birth. I would then ask : when was your personality born ? when did you first see light ? when did yours optic pits become capable of seeing light ? some more questions and answers : what are you doing ? thinking. How do you know that you are thinking ? » (Bion dans Hartocollis, 1976, p. 8)

A supposer qu'il y ait bien un développement de la personnalité, le terme « limite » indiquerait donc un moment bien précis de ce développement : celui qui entoure la formation d'une limite entre le monde et un sens de soi propre, celui au cours duquel se forme une personne à part entière. Nous avions choisi le terme de « naissance psychique » pour désigner ce moment, lors de nos années 2015 et 2016 d'internats à l'IUSMM.

Il est fort probable que par l'expression « naissance psychique », nous n'ayons fait que redécouvrir (ou renommer) un ancien concept psychanalytique. C'est le genre de redécouverte nourrie par l'intérêt croissant (de cliniciens surtout) pour une anthropologie développementale depuis la fin du XXe. Néanmoins toujours est-il qu'il n'y a que peu, voire pas du tout de référence à un tel concept au sein de la recherche ou de la clinique contemporaine. Par ailleurs, la psychanalyse n'avait jamais représenté pour nous un domaine d'intérêt avant notre année de pratique auprès de patients souffrant de trouble de la personnalité plus ou moins grave. Nous n'étions absolument pas familier avec ses concepts. « La naissance psychique » est donc à la fois une découverte et une redécouverte. La prise en compte d'une anthropologie développementale, d'une certaine théorie alternative sur la nature et l'origine de notre humanité, nous amène à penser la personnalité en termes de continuité depuis la petite enfance, et donc d'envisager les psychopathologies comme des formes de discontinuité de ce développement post-natal. Si l'on convient alors de concevoir le TPL comme la persistance d'une forme d'immaturité

du développement de la personnalité, alors il devient évident qu'il nous faut étudier les experts de cette immaturité. Caractériser l'immaturité de ce développement, plus précisément ici la naissance psychique, c'est caractériser par là-même le TPL.

7. Questions de recherche et hypothèses

Pour résumer, afin de mieux comprendre le trouble de personnalité limite et la complexité de ses manifestations cliniques, nous avons d'abord soulevé la nécessité d'articuler sa symptomatologie à une étiologie. A partir de là, nous avons été conduits à nous questionner sur la nature même de ce que représente la personnalité, ainsi que son origine. Cette interrogation prend la forme d'une considération anthropologique pour l'étude des pathologies de la personnalité. Nous avons vu que les grands modèles d'intervention clinique des années 90 envisageaient la personnalité depuis la perspective d'un développement issu de la relation entre l'enfant et un contexte qui lui est singulier. Si la personnalité résulte d'une construction, et non d'une donnée innée et préformée dès la naissance, nous pouvons faire l'hypothèse que les pathologies de la personnalité résultent d'une altération de cette construction. Il nous faut alors explorer ce développement, revenir sur ses étapes, ses caractéristiques, ses réalisations, pour mieux comprendre, diagnostiquer et traiter le TPL.

Notre question de recherche se précise comme suit :
« Comment envisager le trouble de la personnalité limite à partir d'une approche anthropologique développementale qui considère l'existence d'une naissance psychique au cours des tout premiers moments de la vie du jeune enfant ? »

Nous nous proposons de répondre à cette question en deux temps, à partir de la formulation de deux hypothèses, qui feront chacune l'objet d'une partie respective de cette thèse :

- Première hypothèse : il existerait une naissance psychique. Ce n'est qu'au cours de cette seconde naissance que se formerait une frontière entre un

intérieur et un extérieur. L'organisation et le fonctionnement de la personnalité dépendraient de son degré d'achèvement. Nous avons ciblé trois auteurs, psychiatres, pédiatres et psychanalystes du milieu du XXe siècle, experts de cette immaturité, pour approfondir les étapes précoces du développement psychique ;

- Seconde hypothèse : le TPL correspondrait à une forme de pathologie de la naissance psychique. Nous allons démontrer l'intérêt de considérer « la naissance psychique » comme le cœur du TPL. Nous montrerons en quoi cette théorie développementale permet de mieux articuler les deux conceptualisations historiques du TPL, à savoir structurale et descriptive. Elle nous permettra notamment de préciser des points qui restent aujourd'hui encore à éclaircir tels que la façon dont interviennent les dimensions affectives et neurobiologiques durant les échanges précoces et continus entre l'enfant et son environnement. Nous verrons donc en quoi cette théorie alternative de la personnalité permet de mieux appréhender l'origine, l'évolution, ainsi que les diverses manifestations du TPL.

Ces hypothèses nous ont été inspirées par nos années de pratique clinique, et plus précisément lors des deux internats réalisés au Programme des Troubles Anxieux et de l'Humeur, volet Trouble de la Personnalité à l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal auprès de l'équipe du docteur Cyr en 2015 et 2016.

8. Originalité et apport du sujet

Un regard bibliométrique sur les références de cette thèse en illustre toute son originalité. Nous allons explorer un ensemble d'ouvrages psychanalytiques écrit autour du milieu du XXe siècle qui approchaient déjà la personnalité à partir d'une anthropologie développementale. Nous allons tenter de réintroduire un ensemble d'éléments de cette perspective développementale bien antérieure aux modèles développementaux des années quatre-vingt-dix, qui semblent avoir disparu, ou du moins qui ont été peu consultés, au cours de la progression de la recherche scientifique contemporaine relative au TPL.

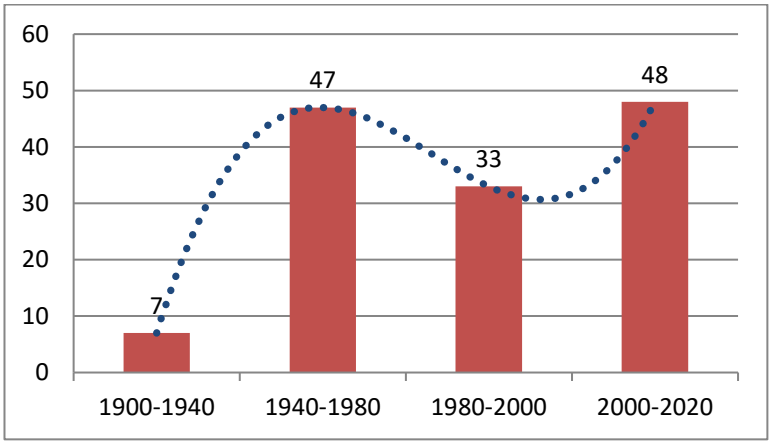

Figure 1. 10 : Représentation schématique de la bibliographie de la thèse selon les années

Cette courbe représente la répartition des références de notre bibliographie selon les années : nous y retrouvons bien une augmentation de publications sur le TPL des années 2000 à nos jours, mais celle-ci parait déjà moins marquée. En effet, nous observons un sommet inattendu de publications entre les années 1940 et 1980, là où la courbe demeurait quasi nulle selon Scopus. Cette époque correspond à la publication des travaux de Donald Winnicott, Margaret Mahler, René Spitz, Anna Freud, Heinz Hartmann, Melanie Klein et bien d'autres sur les étapes précoces du développement psychique. Cette époque correspond également à la publication des œuvres majeures de James Masterson, de Gerald Adler, et de Germaine Guex sur les troubles de la formation du soi. Aucune trace de ces auteurs sur les graphiques de Scopus.

En comparant les figures suivantes, nous observons que cette thèse s'appuie à 65 % sur des ouvrages, comparés à 75 % d'articles pour Scopus. Enfin, nous observons que 32 % des références de cette thèse sont issues de la psychanalyse, et 36 % des disciplines relevant des arts et des humanités (philosophie, sociologie, histoire, anthropologie, etc), contrairement à plus de 50 % des références provenant de la médecine pour Scopus.

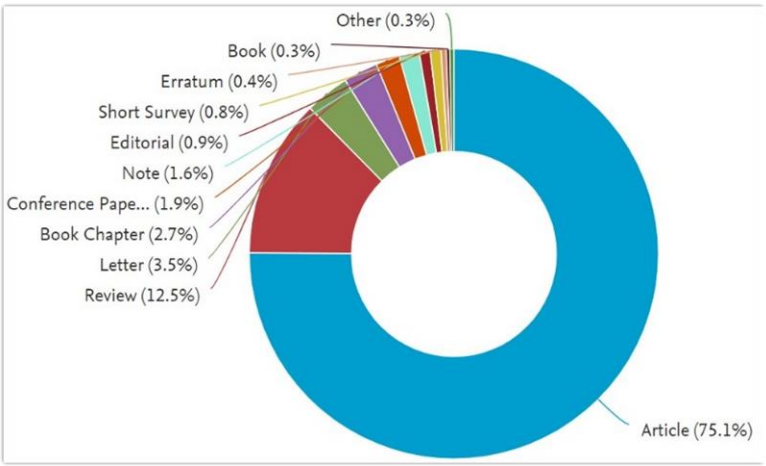

Figure 1. 11 : Représentation des types de références sur le TPL recensés par SCOPUS au 01/09/2019

Cette thèse propose de revisiter un ensemble d'ouvrages et d'auteurs peu connus des moteurs de recherches et bases de données scientifiques contemporaines, comme Scopus. Une partie des connaissances sur TPL provenant de la clinique analytique notamment, a pu souffrir du rétrécissement de plus en plus insistant de la démarche scientifique à des méthodes empiriques exclusivement quantitatives et fondamentales. Si au premier abord les observations de trois pédiatres ne pèsent pas très lourd en comparaison aux 9000 publications produites entre 1980 et 2019, nous nous proposons d'illustrer ici que lorsqu'il s'agit d'appliquer une démarche scientifique à l'humain, plus ne veut pas forcément dire mieux.

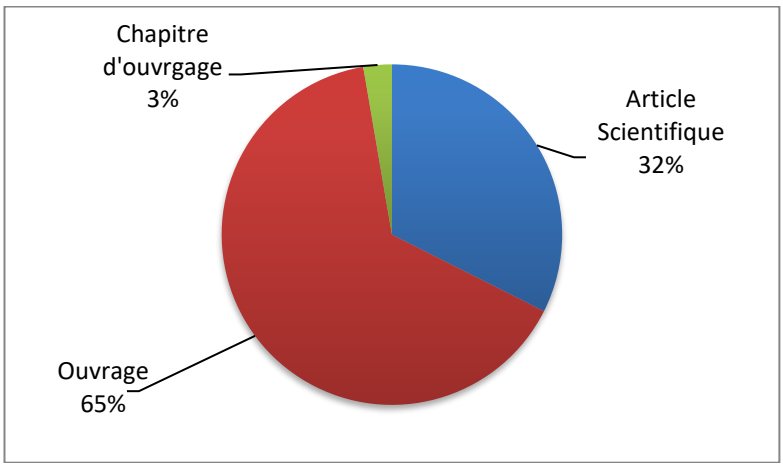

Figure 1. 12 : Représentation des types de références sur le TPL recensés dans la thèse

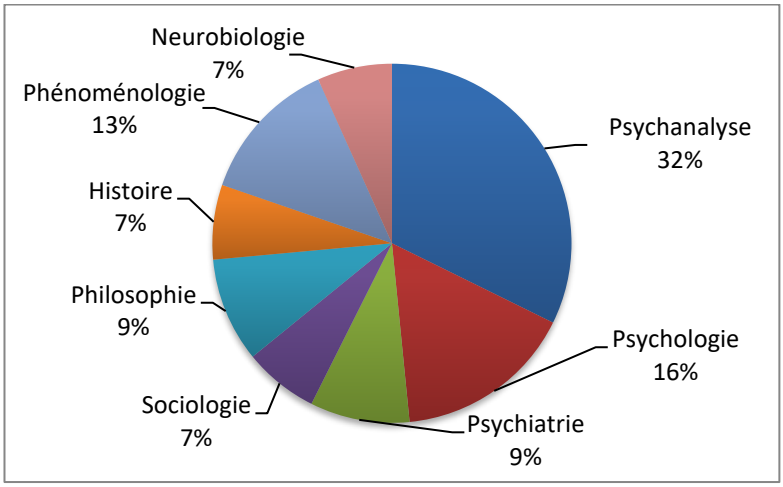

Figure 1. 13 : Répartition de l'origine des contributions sur le TPL par domaine dans la thèse

Cette thèse propose de réhabiliter tout un pan de la recherche clinique aux perspectives neurodéveloppementales actuelles, à partir notamment de la formulation originale du concept de la naissance psychique et de ses pathologies. Il nous reste à justifier le choix d'une telle démarche anthropologique pour la rédaction d'une thèse théorique en psychologie. Notre démarche réfère essentiellement au domaine de la philosophie des sciences, domaine d'étude sanctionné par l'obtention d'une maitrise à l'Université Bordeaux Montaigne lors des années universitaires 2011 et 2012.

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE : L'HISTOIRE ET LA PHILOSOPHIE DES SCIENCES APPLIQUÉES À L'ÉTUDE DE LA PERSONNALITÉ ET DE SES PATHOLOGIES

> « Il coula généralement beaucoup d'eau sous les ponts avant que les gens ne prennent conscience de la construction du pont. » (Mumford, 1934)

1. L'importance de l'anthropologie pour la psychologie et la psychopathologie

Pour un étudiant qui se prépare à devenir membre d'une communauté scientifique particulière, le choix d'une méthode repose sur la réappropriation d'une certaine façon « normale » de faire de la science dans sa discipline. C'est ce que Thomas Kuhn nomme la science normale, notion très proche de celle de paradigme, qu'il définit ainsi :

> Réseau serré d'impératifs conceptuels, théoriques, instrumentaux, et méthodologiques qui donnent des règles disant ce qu'est le monde et la science. (Kuhn, 1962, p. 69)
> La science normale est une activité fondée sur la présomption que le groupe scientifique sait comment est constitué le monde. (Kuhn, 1962, p. 22)

Difficile de parler de méthode scientifique sans d'abord parler de philosophie des sciences, ou d'épistémologie, terminologie plus couramment utilisée dans les milieux anglo-saxons. C'est la science qui étudie les sciences, leurs méthodes, la portée de leurs résultats ainsi que la façon dont elles affectent la vie des sociétés et des individus (Feyerabend, 1996). Du grec « *epistémê* » : connaissance, science ; et « *lógos* » : discours, elle s'est institutionnalisée à la fin du XIXe siècle. En 1892 est créée la chaire d'histoire générale des sciences au Collège de France. En 1909, à la Sorbonne, est créée la première chaire universitaire d'épistémologie codirigée par

Gaston Bachelard. Cette discipline correspond à l'étude des sciences par ceux qui la font, principalement des physiciens et mathématiciens au XIXe siècle. Selon Hans Reichenbach, professeur de physique à Berlin, élève d'Albert Einstein et d'Ernst Cassirer, les trois tâches de l'épistémologie consistent à expliciter d'abord l'ensemble des présupposés philosophiques à la base des théories scientifiques, puis d'analyser leurs impacts, pour enfin proposer une éventuelle réorientation des procédures scientifiques à partir d'autres présupposés (Reichenbach, 1938).

Le choix d'une méthode est toujours guidé par l'adhésion à un paradigme, à certains présupposés philosophiques implicites, communément admis. Dans le cas de la psychologie, il s'agit de présupposés anthropologiques, c'est-à-dire une certaine conception de la condition humaine. Quelles sont ces préconceptions ? Comment affectent-elles la façon d'appréhender le TPL ? Se poser ces questions revient à s'intéresser au rapport d'une discipline à son objet d'étude, et aux impacts de ce rapport sur l'entreprise de la recherche dans cette discipline.
Pour illustrer la pertinence d'une telle démarche épistémologique pour notre sujet de thèse, nous allons commencer par faire un détour par le domaine de l'immunologie. Nous allons voir la façon dont la philosophie des sciences a contribué à une meilleure articulation de la symptomatologie complexe des maladies auto-immunes avec une étiologie, en proposant une révision des présupposés philosophiques de l'immunologie sur son objet d'étude, à savoir l'identité biologique des organismes vivants.

2. L'exemple des maladies auto-immunes pour illustrer l'apport de la philosophie des sciences à la médecine

2.1. Les maladies auto-immunes, une énigme pour la médecine

Le groupe des maladies auto-immunes rassemble près d'une cinquantaine de syndromes hétérogènes, et chroniques, parmi lesquelles on peut citer : la polyarthrite rhumatoïde, la sclérose en plaque, la maladie de Crohn, le syndrome de Gourgerot-Sjögren, les différentes formes de Lupus, etc. Ces syndromes, qui se manifestent par des signes cliniques pourtant fort dissemblables, ont tous comme

point commun l'existence d'un dysfonctionnement du système immunitaire. Dans chacun d'eux, les mécanismes qui sont en charge de la protection de l'organisme contre des éléments étrangers deviennent défaillants et s'attaquent aux constituants normaux de l'organisme. Ce qui déclenche de telles réactions « d'auto-immunité » demeure à ce jour une énigme. Malgré les progrès majeurs réalisés par la médecine ces dernières décennies, le diagnostic et le traitement de ces syndromes complexes et généralisés représentent toujours des impasses.

Arrêtons-nous quelques instants avec l'exemple du lupus érythémateux disséminé. Cette pathologie se manifeste autour de 20 à 40 ans, majoritairement chez les femmes, par un ensemble de symptômes qui peuvent être très divers : éruption cutanée, lésion de la peau, fièvre, raideur de la nuque, raideur articulaire avec douleur et enflure, problèmes cognitifs et psychiques, et sécheresse des yeux. Du point de vue de la sémiologie médicale, cette maladie est plutôt difficile à diagnostiquer puisqu'elle peut atteindre des organes éloignés aux fonctions très différentes, comme les tissus, les articulations, les cellules sanguines, les poumons, le cœur, les reins et même le cerveau. Avant d'obtenir le bon diagnostic, les patients atteints d'un lupus vont solliciter souvent des spécialistes de chacun de ces organes. Ils sont alors susceptibles de suivre des traitements pour chacun d'entre eux, sans succès. La complexité clinique associée à cette forme de maladie auto-immune n'est pas sans rappeler celle qui caractérise tant le TPL (manifestations plurielles sans connexion apparentes dont l'origine reste difficile à cirsconscrire et l'évolution incertaine). Comment la médecine a-t- elle fait pour comprendre une affection si générale dont l'évolution reste difficile à prévoir ? Comment a-t-elle envisagé le rapport de ces symptômes entre eux, et le rapport des symptômes à une étiologie ?

Pour comprendre la façon dont la médecine tente de faire face aux défis des maladies auto-immunes, il nous faut étudier davantage l'immunologie, et notamment la façon dont a évolué cette discipline scientifique plutôt récente : « La médecine a demandé à l'immunologie à ses débuts un secours thérapeutique et un appoint diagnostique. » (Moulin, 1983, p. 61). Même si l'immunologie et l'étude des pathologies de la personnalité paraissent *a priori* deux champs assez éloignés,

rappelons que les progrès dans les disciplines des sciences du vivant sont des sources d'inspiration pour l'étude de la vie psychique et de leur pathologie. Freud, originairement neurologue, puisa nombreuses de ses idées sur la formation de la vie psychique et la clinique des névroses parmi l'embryologie. Nous allons nous appuyer ici plus particulièrement sur les travaux de Thomas Pradeu, docteur en philosophie des sciences, chercheur au Centre National de la Recherche Scientifique à Bordeaux. Nous nous sommes référés à sa thèse doctorale, soutenue en 2007, intitulée : *L'immunologie et la définition du soi biologique*, ainsi que son ouvrage plus récent : *The limits of the self* parut en janvier 2019 aux éditions Oxford University Press.

2.2. L'institutionnalisation de l'immunologie autour de la définition du soi biologique

L'immunologie est une discipline des sciences du vivant qui étudie les réactions de défense d'un organisme face aux éléments qui lui apparaissent comme étrangers et potentiellement pathogènes (Pradeu, 2007). Cette discipline implique alors la question de l'identité biologique, puisque pour se défendre de manière efficace, il est à supposer qu'un organisme puisse faire la distinction entre ce qui fait partie de lui et ce qui ne fait pas partie de lui. L'étude de l'immunologie recouvre alors une certaine perspective sur ce qui constitue l'identité biologique d'un organisme, sur ce qui fait qu'il est un individu délimité et unique (Pradeu, 2007).

La naissance de cette discipline correspond à la découverte du phénomène de l'immunité par la vaccination au courant du XIXe siècle, notamment par Louis Pasteur. Ce dernier découvre qu'un organisme qui entre en contact avec un agent pathogène apprend à se défendre de ses effets nocifs. Cependant, l'immunologie ne constitue pas vraiment une discipline à part entière avant 1930. Jusque-là l'immunité fut réduite à l'analyse de phénomènes biochimiques isolés et sporadiques. Il n'existe pas encore à ce moment une théorie de l'immunité. Impossible de comprendre la façon dont certaines manifestations cliniques hétérogènes interagissent et évoluent ensemble en impliquant des phénomènes

immunitaires, si l'immunité ne se limite qu'à des phénomènes isolés. Les maladies auto-immunes sont alors invisibles à l'œil du médecin.

Influencées par les progrès de la génétique et de la biologie du développement, les années quarante constituent un tournant pour l'immunologie. Elle devient une discipline en elle-même, suscitant l'intérêt des biologistes et des médecins. La notion de structure si chère aux biochimistes et aux sciences humaines dans la première moitié du XXe siècle est transposée aux phénomènes immunologiques. Comprendre l'immunité comme une structure conduit à ne plus concevoir des phénomènes immunologiques, mais plutôt un système immunitaire : « Un événement immunitaire n'est jamais isolé, il prend naissance dans une structure, et la maladie est plus proche d'un développement que d'un accident. » (Moulin, 1983, p. 66). Burnet formule en 1949 une théorie de l'immunité qui domine toujours à l'heure actuelle : il propose d'interpréter les réactions immunitaires autour deux de concepts centraux : le soi et le non-soi. La théorie du soi/non-soi propose que tout être vivant connaisse sa propre identité et la défende contre tous éléments étrangers qui tenteraient de s'y introduire. Burnet conçoit donc l'immunité comme un ensemble de cellules et de voies métaboliques cordonnées et organisées, destiné à défendre l'intégrité de l'organisme contre des éléments qui lui sont extérieurs. Comment un organisme apprend-t-il à se reconnaitre et à ne pas s'attaquer lui-même ? Cette question est fondamentale, et trouve une réponse assez rapidement autour des années cinquante, grâce aux études en biologie du développement. Burnet démontre que cette aptitude à distinguer le soi et le non-soi n'est pas innée, mais acquise. Les phases du développement précoce intra et extra-utérin sont d'une importance majeure dans l'aptitude à élaborer et discerner le soi propre. Cependant lorsque la maturité immunitaire est acquise, cette définition du soi serait alors fixe et impossible à modifier.

La théorie du soi/non-soi présuppose ainsi une certaine définition de l'identité biologique comme une entité endogène et homogène, un espace clos, acquis et fixe, qui ne réagit pas au système immunitaire, sauf exception pathologique, alors que

les éléments extérieurs eux y réagissent systématiquement. Ainsi la discipline s'institutionnalise en tant que science de la défense de l'intégrité du soi contre le non-soi, la « science du soi et du non-soi » (Dausset, 1990). La conception de l'immunité comme un système de défense contre des éléments extérieurs prévaut aujourd'hui encore tant en immunologie que parmi le public (Pradeu, 2019). Depuis les années cinquante, l'immunologie repose ainsi sur la théorie du soi non-soi pour appréhender l'identité biologique d'un être vivant (Pradeu, 2007).

Avec l'institutionnalisation de l'immunologie, un premier pas est franchi autour des maladies auto-immunes : c'est à partir du moment où l'on considère l'immunité comme « système immunitaire » que l'on peut à proprement parler de « maladies auto-immunes ». Il fut alors envisageable de regrouper sous une même entité nosographique un ensemble de syndromes a priori différents, qui ont en fait en commun un mauvais fonctionnement de ce système censé défendre le soi contre le non-soi. Ces syndromes ne formaient donc pas des entités nosographiques qualitativement différenciées comme le laissait croire a priori leur symptomatologie. Les progrès du milieu du XXe siècle en immunologie ont suscité une perspective pathogénique en nosologie, c'est-à-dire une possibilité d'articuler les symptômes à une cause. La conceptualisation de « l'immunité » en tant que « système immunitaire » a participé à rendre visibles « les maladies auto-immunes ». Dès lors, ce ne furent plus seulement aux symptômes isolés de certains organes, ni à la réduction de ces symptômes auxquels se sont intéressés les médecins, mais aux caractéristiques de ce système de défense, c'est-à-dire à la façon dont ce système s'ajuste ou non, afin de garantir l'intégrité du soi.

2.3. Les limites conceptuelles et cliniques du paradigme du soi/non-soi

Si la théorie du soi/non-soi a participé à donner une légitimité et un champ de recherche autonome à l'immunologie jusqu'à ce jour, elle ne permet toujours pas d'expliquer certains phénomènes observés cliniquement et expérimentalement depuis près d'un demi-siècle. En effet, si les maladies auto-immunes font leur apparition dans le champ de la nosographie grâce à l'institutionnalisation de

l'immunologie, il demeure impossible de comprendre la raison pour laquelle le système immunitaire, censé défendre l'intérieur à partir d'une connaissance du soi et du non-soi, se met subitement, souvent à l'âge adulte, à s'attaquer à son propre soi. Si cette aptitude à distinguer le soi et le non-soi, l'identité biologique, est acquise définitivement lors du développement précoce, comment expliquer une modification ultérieure ? A partir des années soixante-dix, deux critiques principales vont venir remettre en question cette théorie de l'immunité qui fait pourtant toujours consensus : on observe qu'il existe des réactions immunitaires dirigées vers le soi, ce que l'on nomme « l'auto-réactivité », et on observe qu'il existe également des éléments extérieurs qui ne déclenchent pas de réactions de la part du système immunitaire, ce que l'on nomme « la tolérance ». Face à ces incohérences, la théorie du soi non-soi va alors supposer, par des hypothèses ad hoc, qu'il existe des entités endogènes ou exogènes « immuno-privilégiées » : il y aurait des exceptions qui ne se produiraient que très rarement. Or, encore une fois, cela ne se confirme pas expérimentalement.

La théorie du soi non-soi suppose que l'auto-réactivité, la réaction du système immunitaire au soi, est un phénomène exceptionnel ou pathologique. Elle assimile « auto-réactivité », « auto-immunité » et « maladie auto-immune ». Or, il semble exister une distinction entre ces trois phénomènes qu'il est impossible de faire à partir de la théorie du soi/non-soi. A partir des années soixante-dix, on observe que le système immunitaire réagit constamment à des antigènes endogènes, sans pour autant déclencher une réaction de défense ou de destruction. Il existe donc des mécanismes d'auto-réactivité et d'auto-immunité normaux, qui non seulement ne sont pas rares ni pathologiques, mais semblent essentiels à maintenir l'homéostasie de l'organisme, c'est-à-dire un certain équilibre physiologique de base nécessaire à son bon fonctionnement. Le système immunitaire ne répond donc pas qu'au non-soi, mais aussi au soi. Il y a des entités du soi qui représentent une menace et qu'il faut surveiller et éliminer, pour éviter par exemple la prolifération de cellules cancéreuses.

La théorie du soi/non-soi suppose que le système immunitaire réagit à tous les éléments extérieurs, c'est-à-dire génétiquement différents, en tentant de les éliminer systématiquement. Le non-rejet, la tolérance d'un élément extérieur par le système immunitaire ne peut alors que faire figure d'exception à la règle. Or, l'hypothèse selon laquelle il existe des entités exogènes « immuno-privilégiées » ne permet pas de faire la différence entre deux types de phénomènes de tolérance : ceux liés à l'absence de cellule immunitaire appropriée, et ceux liés à l'inhibition de l'activité de certaines cellules immunitaires. Il existe donc des tolérances liées à des phénomènes « d'immuno-régulations », en plus des tolérances provenant « d'immuno-suppression » ou « d'immuno-déficience ». Cette nuance qui peut paraitre insignifiante revêt un intérêt particulier pour le champ des greffes et des transplantations d'organe. La tolérance par « immuno-régulation » se révèle aussi par un événement plus quotidien, lors de la grossesse. En effet, le système immunitaire de la mère ne rejette pas son fœtus même si ce dernier est à moitié différent d'elle génétiquement. La « tolérance fœto-maternelle » ne peut pas seulement être considérée comme une exception, mais un phénomène actif, normal, impliquant des inhibitions du système immunitaire. De même, il est courant de retrouver des cellules de l'enfant dans l'organisme de la mère longtemps après l'accouchement sans que cela ne déclenche de réactions de rejet. C'est le « chimérisme fœto-maternel ».

Enfin un dernier argument vient appuyer l'idée selon laquelle le phénomène de tolérance est fréquent et provient de mécanismes de régulation normale du système immunitaire, indispensable à la survie de l'organisme. En effet, il existe un nombre infini de bactéries symbiotiques, des entités étrangères vitales, dans les systèmes tégumentaire, digestif, respiratoire, excrétoire, reproductif, endocrinien et circulatoire chez les mammifères, sans que celles-ci ne déclenchent de réactions de rejet. Par exemple il y a environ près de deux kilos de bactéries dans le microbiote intestinal, indispensable à la digestion. Le système immunitaire tolère donc des éléments étrangers. Par ailleurs il peut exister des détournements de ces mécanismes de tolérance normale, qui aboutissent à des situations pathogènes que nous rencontrons aussi quotidiennement : c'est le cas des infections parasitaires, ou

encore du développement de certaines tumeurs, devant normalement être éliminées, mais qui subsistent jusqu'à devenir léthale.

2.4. La proposition d'un paradigme alternatif à partir de la philosophie des sciences : la théorie de la continuité

Selon Thomas Kuhn, l'impossibilité durable de résoudre une énigme à partir du cadre théorique qui fait normalement consensus au sein d'une matrice disciplinaire conduit à une période d'instabilité dans une discipline scientifique (Kuhn, 1962). L'impossibilité ici de résoudre les énigmes de l'auto-réactivité et de la tolérance normale à partir de la théorie du soi/non-soi, a conduit à l'émergence de cadres de pensée alternatifs, des paradigmes concurrents à la « science normale ».

> La théorie du soi et du non-soi est inadéquate expérimentalement. Les phénomènes d'auto-réactivité et d'auto-immunité normales d'une part, et de tolérance immunitaire d'autre part, démontrent que cette théorie n'est pas satisfaisante et qu'il serait souhaitable qu'elle soit remplacée par une autre théorie. (Pradeu, 2007, p. 435)

Comment un nouveau paradigme émerge-t-il ? Sur quels critères juger sa valeur ? Peut-il remplacer le précédent et faire consensus au sein de la discipline ? Ces questions sont précisément celles auxquelles s'intéresse la philosophie des sciences. Quelle est la valeur de la définition du soi biologique telle que le propose la théorie du soi/non-soi ? Comment ces présupposés sur la nature de l'identité biologique impactent-ils la conceptualisation et le traitement des maladies auto-immunes ? Questionner les présupposés philosophiques et les croyances communément admises à une certaine époque sur la nature d'un objet d'étude, ici l'identité biologique, permet parfois de réorienter une discipline à partir d'un nouveau cadre de pensée plus cohérent avec les faits expérimentaux.

C'est dans ce contexte d'instabilité qu'il faut situer la thèse de Thomas Pradeu en 2007. Ce dernier y met en perspective les limites actuelles de plusieurs paradigmes concurrents en immunologie, ainsi que l'inadéquation de leur conception de l'identité biologique pour appréhender certains problèmes expérimentaux et cliniques. Pradeu propose enfin une théorie alternative de l'immunité qui tente de répondre de manière plus cohérente à ces énigmes durables : la théorie de la

continuité (Pradeu, 2012). Pour ce dernier une théorie de l'immunité plus juste devrait proposer une meilleure intégration des phénomènes d'auto-réactivité et de tolérance normale, considérés à tort comme marginaux. Il conçoit ainsi que le système immunitaire n'est pas ce système de défense d'un soi clos et fixe, strictement homogène et endogène contre un extérieur, mais un système de régulation de réactions constantes avec des éléments aussi bien endogènes qu'exogènes. Si la théorie du soi/non-soi suggère que l'action de base du système immunitaire est le rejet du non-soi et que la tolérance est une exception, la théorie de la continuité suggère au contraire qu'il existe une auto-réaction normale, constamment régulée, de sorte que l'action de base du système immunitaire est plutôt la tolérance. Cette primauté de la tolérance est nécessaire, puisque c'est ce mécanisme qui permet à l'organisme de maintenir un contact avec des entités étrangères indispensables à sa survie, dont il est constitutivement dépourvue. D'après cette théorie, les actions de rejet et de destruction d'éléments exogènes ne sont que des exceptions à une tolérance originelle, continuelle et indispensable. Pour Pradeu, de telles réactions de défense ne sont déclenchées que lors d'une discontinuité moléculaire majeure, autrement dit dans un contexte précis de rupture parmi ces réactions que l'organisme régule continuellement.

La théorie de la continuité incite alors à définir autrement les limites de l'identité biologique des organismes vivants. A travers cette théorie alternative de l'immunité, les organismes sont considérés comme des êtres hétérogènes, ouverts, aux frontières constamment régulées et jamais définitivement acquises, et constitués d'une infinité d'entités étrangères indispensables (par exemple, les bactéries intestinales sont essentielles à la digestion). Par ces nouveaux présupposés théoriques sur la nature de l'identité biologique comme co-construction constamment régulée, il est possible d'approfondir la pathogenèse des maladies auto-immunes. En effet, on peut maintenant concevoir qu'il puisse se produire des ruptures parmi ce processus de régulation d'auto-réactivité normale, avec pour conséquence une réduction de la tolérance vis-à-vis d'éléments pourtant endogènes et sains. Quels sont ces différents contextes de rupture ? Qu'est-ce qui les favorise ? Ce sont maintenant les questions auxquelles il faut tenter de trouver une réponse.

2.5. De la philosophie des sciences pour l'immunologie, à la philosophie des sciences pour l'étude de la personnalité et de ses pathologies

Voici donc comment une reconsidération des présupposés philosophiques peut réorienter l'entreprise de la recherche dans une discipline scientifique. Nous nous gardons bien de toute transposition littérale des phénomènes biologiques aux phénomènes psychiques. Outre le fond de cette rétrospective sur l'évolution conceptuelle de l'immunologie, que nous sommes loin d'avoir retranscrit de manière exhaustive aux vues de nos connaissances plus que limitées dans ce domaine, ce qui nous intéresse surtout dans cet exemple est le rôle que la philosophie des sciences y a joué. Quel est l'intérêt de cette démarche épistémologique concernant les maladies auto-immunes pour l'étude du TPL ? Que retenir de cette rétrospective sur la façon dont a évolué la définition du soi biologique dans la discipline de l'immunologie ?

1) Des syndromes très différents, qui se manifestent par des signes cliniques divers ne correspondent pas toujours à des catégories nosographiques qualitativement différenciées. Au contraire, dans cet exemple, ces syndromes relevaient du dysfonctionnement d'un système commun de gestion des limites du soi. L'étude des caractéristiques de ce système a permis de rassembler ces syndromes sous un même groupe nosographique « les maladies auto-immunes ». Un changement théorique en immunologie a donc favorisé une amélioration du diagnostic médical.
2) La persistance de certaines énigmes expérimentales et médicales ne provient pas toujours d'un manque d'avancement de la connaissance dans une discipline, mais parfois du rapport même d'une discipline à son objet d'étude. Autrement dit, l'impossibilité d'appréhender un phénomène clinique provient parfois des présupposés mêmes qui sont à la base du paradigme dominant, qui oriente la façon normale dont les experts approchent le monde et les problèmes à y résoudre.
3) La philosophie des sciences permet précisément de conduire un questionnement sur le rapport d'une discipline à son objet d'étude, c'est-

à-dire de questionner les présupposés d'une discipline, ses définitions, d'en mesurer l'impact sur l'évolution de la connaissance, et éventuellement de réorienter la discipline en envisageant d'autres. Elle offre un cadre de réflexion à partir duquel choisir un autre paradigme, plus cohérent avec les faits expérimentaux.

4) Les présupposés de la théorie du soi/non-soi sur la définition de l'identité biologique, théorie admise comme façon normale de faire de la science en immunologie depuis plus d'un demi-siècle, restreint directement la compréhension de l'origine et de l'évolution des phénomènes « d'auto-immunité » et de tolérance normale. La façon de concevoir ces mécanismes à partir d'une définition fixe et close de l'identité biologique ne permet pas d'envisager une pathogenèse aux « maladies auto-immunes ». La théorie de la continuité qui conçoit l'identité biologique comme régulée et hétérogène permet de mieux articuler la symptomatologie des maladies auto-immunes à une étiologie. La proposition de cette théorie alternative de l'immunité ouvre aujourd'hui de nouvelles directions pour la recherche ainsi que de nouvelles applications cliniques.

En nous inspirant donc d'une telle démarche épistémologique, nous allons nous intéresser particulièrement aux présupposés de la psychologie et de la psychopathologie sur la nature de son objet d'étude, ces grandes définitions sur la condition humaine, duquel découle celle de la personnalité, puis aux conséquences de ces définitions sur les impasses au sein de la recherche et de la clinique du TPL. Nous allons ici explorer plus en profondeur les limites d'une anthropologie naturaliste, présupposé sous-jacent à une approche médicale exclusivement biologique, pour la compréhension de la personnalité et de ses pathologies. Enfin nous justifierons la nécessité d'envisager une anthropologie alternative, une anthropologie développementale telle que formulée déjà par la psychanalyse. Nous verrons en quoi ses présupposés permettent de réorienter et de préciser la recherche et la clinique sur le TPL.

3. Première tâche de la philosophie des sciences, la tâche descriptive : le paradigme naturaliste

3.1. Le rôle de la philosophie des sciences pour l'étude de la personnalité et du TPL

Nous avons mesuré l'importance des présupposés philosophiques sur la procédure d'établissement des connaissances et l'appréhension de phénomènes cliniques : « Ce que voit un sujet dépend à la fois de ce qu'il regarde et de ce que son expérience antérieure, visuelle et conceptuelle, lui a appris à voir. » (Kuhn, 1962, p. 160). La façon dont apparaissent les phénomènes cliniques à notre regard, et donc forcément la façon dont nous les comprenons, dépend en grande partie de là où nous nous situons pour les observer, et nous observons toujours depuis un certain lieu. Ce lieu c'est nos préjugés. C'est ce que Thomas Kuhn nomme précisément un paradigme. Penser ne pas en avoir et observer depuis une perspective objective, c'est déjà un préjugé en soi, c'est déjà un paradigme, un cadre de pensée qui fait apparaitre le phénomène d'une certaine façon. Toute la pertinence de la philosophie des sciences n'est pas alors dans l'évitement de ces préjugés, chose impossible. Au contraire, la première question à se poser dans une démarche méthodologique est de se demander : où sommes-nous situés ? A partir de quel lieu sommes-nous en train d'observer tel phénomène ? Et quelles sont les conséquences à l'observer depuis ce lieu ?

> « It also important here to remind ourselves that every scientific method rests upon philosophical presuppositions. […] It is a gross, albeit, common, error to assume naively that one can observe facts best if he avoids all preoccupation with philosophical assumptions. All he does, then, is mirror uncritically the particular parochial doctrines of his own limited culture. […] The only way to widen one's blinders is to analyze one's philosophical assumptions. » (May, 1958, p. 8)

C'est précisément ce que nous nous proposons de faire : avant d'observer le TPL, nous énoncerons la position depuis laquelle nous le faisons, ainsi que ses conséquences. A l'image de l'exemple précédent sur l'immunologie, nous allons montrer les limites des présupposés du paradigme dominant en psychologie et psychopathologie, sur la conception de la personnalité et du TPL. Nous finirons par en proposer une révision, c'est-à-dire offrir un autre lieu depuis lequel observer.

La première tâche de la philosophie des sciences est descriptive. Elle consiste à rechercher et énoncer les présupposés communément admis en amont d'une certaine façon normale de faire de la science dans un domaine, ici la psychologie et la psychopathologie. L'adhésion à ces présupposés se fait de manière implicite. Ils sous-entendent une certaine vision partagée de l'objet d'étude et des méthodes pour l'approcher par une matrice disciplinaire (Kuhn, 1962). Un proverbe en méthodologie dit que des résultats ne valent que ce que vaut la méthode employée pour les obtenir. Or, cette méthode repose elle-même sur une certaine définition de ce que nous cherchons à approcher. La procédure d'établissement de la connaissance par une communauté scientifique résulte donc directement d'un certain rapport à un objet d'étude, d'une certaine définition adoptée sur ce dernier. Voilà le rôle majeur de la philosophie des sciences : la façon dont nous approchons un phénomène et établissons des connaissances sur celui-ci dépend d'un certain rapport à lui, rapport qui lui-même dépend d'une certaine définition à laquelle nous avons implicitement adhéré. Or cette définition n'est ni universelle ni immuable. Au contraire elle résulte toujours de choix dont nous ne sommes pas forcément conscients. Le rôle de la philosophie des sciences est alors de rendre explicites ces choix et d'en montrer l'impact direct sur toute la procédure d'établissement de la connaissance, d'en analyser les conséquences, et éventuellement d'en proposer d'autres. Quelle est la nature du rapport entre la psychologie, ou la psychopathologie, et leur sujet d'étude humain ? Sur quels choix reposent-ils et quelles sont leurs conséquences sur la compréhension de la personnalité et de ses pathologies ? Aucune méthode ne pourrait être légitimement choisie avant cette réflexion.

Se poser ces questions semble plus qu'inhabituel tant elles pourraient aller de soi. Elles correspondent à l'introduction d'un cours de méthodologie à l'université. D'ailleurs, selon Thomas Kuhn (1962) l'activité de « la science normale », correspond à une opération de nettoyage. Elle vise à augmenter la portée, la précision et l'application d'un certain cadre de pensée dominant, d'un paradigme, qui définit préalablement des problèmes types à résoudre et des outils pour le faire.

C'est une entreprise cumulative qui cherche à étendre la connaissance d'un domaine, et non la recherche de nouveaux cadres de pensée. Le changement est plutôt perçu comme une menace pour la communauté scientifique. Or, un paradigme peut tenir un groupe de chercheurs à l'écart de certains problèmes qui ne se poseraient pas en des termes compatibles avec les outils conceptuels et instrumentaux du paradigme (Kuhn, 1962). Nous montrerons que c'est précisément le cas pour le TPL. Sur quel paradigme repose la façon « normale » d'approcher la personnalité et ses pathologies dans ces disciplines scientifiques ? Sur quelles définitions et quels présupposés repose ce paradigme ? Quelles méthodes en découlent pour étudier la personnalité ? A quelles formes de connaissances aboutit-il et quelles en sont les conséquences pour appréhender des phénomènes comme le TPL et pour accompagner ceux et celles qui en souffrent ?

Pour répondre à ces questions, il nous faut comprendre le rapport plus général de la psychologie à son sujet d'étude, à savoir l'être humain. Nous allons replacer la psychologie dans le contexte historique de la pensée scientifique de sa naissance dont elle n'est que le prolongement des valeurs. Rendre explicites les valeurs de cette époque, c'est par là-même expliciter le rapport de la psychologie à l'être humain. Nous allons voir que ce rapport s'inscrit dans un paradigme dominant, un paradigme naturaliste, composés de deux principaux présupposés, l'un objectiviste et l'autre matérialiste.

3.2. Présupposé objectiviste

3.2.1. La fondation empirique des sciences modernes

Pour comprendre le rapport de la psychologie à son objet d'étude, il faut revenir à l'institutionnalisation de cette discipline en tant que science autonome à partir du XIXe siècle. Nous nous appuierons ici sur les enseignements reçus lors de la maitrise en philosophie des sciences à l'Université Bordeaux Montaigne en 2012 et 2013. Lorsque l'on parle de science il est nécessaire d'abord de distinguer deux aspects. La science comme adjectif renvoie à tout savoir nous aidant à appréhender et à rendre compréhensible notre monde environnant. Ainsi, les religions, les

mythes, la poésie, et toutes formes d'arts, de connaissances traditionnelles sont en cela des sciences. Cependant, la « science » comme nom, utilisation la plus courante dans le langage commun actuel, renvoie à une forme nouvelle de savoir apparue à partir du XVIe siècle en Europe qui se réclame d'une rigueur et d'une justesse plus grande, au point de légitimer sa domination et sa primauté sur les autres formes de savoir traditionnelles antérieures. Lorsque nous employons le mot science dans le langage courant aujourd'hui, nous nous référons en fait à une forme de connaissance qui en a exclu d'autres du fait qu'elles ne respectaient pas un certain critère de scientificité. Si la psychologie est bien une science, c'est qu'elle respecte ce critère de démarcation.

Quel est ce critère et qui est en responsable ? Sa recherche correspond précisément à l'activité des épistémologues du XIXe, connus sous le nom du Cercle de Vienne, les empiristes logiques, ou positivistes logiques (Feyerabend, 1975). Pour eux, seule la physique permettait de mieux connaitre le monde. Ils eurent alors l'idée d'en étendre et généraliser les méthodes aux autres disciplines. Une connaissance scientifique devait avoir deux composantes comme en physique : 1) une composante logique selon laquelle on peut traduire et mettre en évidence l'enchainement logique des énoncés scientifiques, 2) une composante empiriste, observationnelle selon laquelle tout énoncé devrait pouvoir être réduit à un ensemble d'énoncés plus simples pouvant être corroborés par nos expériences sensibles. Selon cette composante empiriste, seule l'expérience permet de décider de la vérité ou de la fausseté d'un énoncé (Popper, 1934).

3.2.2. Un nouvel empirisme objectif : le dualisme

Le recours à l'expérience dans la construction des connaissances, l'empirisme, n'est pas vraiment une révolution. Les formes de connaissances pré-modernes relevaient également d'un empirisme, mais d'un empirisme naïf, intuitif, inspiré par les sens premiers, la perception première par laquelle le monde apparaissait à l'être humain (Feyerabend, 1975). Les poésies, les grands mythes et autres récits prémodernes étaient des formes de connaissances qui découlaient d'un tel empirisme. Ce qui est

nouveau donc avec les sciences empiriques modernes, ce n'est pas tant l'empirisme, qu'un certain type d'empirisme, une forme d'expérience du monde qui ne se veut plus naïve, intuitive et directe, car celle-ci ne serait pas suffisamment rigoureuse. Cette forme d'empirisme plus sérieuse s'inspire d'une nouvelle philosophie : le dualisme de René Descartes, philosophe français du XVIIe siècle (Koyré, 1957). A la base de cette nouvelle façon de se référer à l'expérience apparait une attitude objective qui consiste à isoler et comparer des faits à l'extérieur de tous contextes dans le but d'en extraire des essences, des grandes lois universelles (Buytendijk, 1959).

La croyance en l'objectivité scientifique, croyance selon laquelle il est possible de confronter faits et théories à l'extérieur de tout contexte historique et culturel, est au fondement de l'empirisme logique, qui lui-même est à la base de la science moderne. C'est elle qui fait de la nouvelle science une activité neutre, anhistorique et positive. Les formes de connaissance issues d'un empirisme naïf, c'est-à-dire d'une expérience intuitive et première avec le monde, qui ne peuvent être isolées et comparées à l'extérieur de tout contexte, sont donc éliminées, car considérées comme non scientifiques.

> La tendance qui prévaut dans les discussions méthodologiques consiste à prendre le problème de la connaissance *sub specie aeternitatis*. Les énoncés sont comparés les uns aux autres sans tenir compte de leur histoire, et sans penser qu'ils pourraient appartenir à différentes strates historiques. (Feyerabend, 1975, p. 156)
> Une telle méthode n'a de raison d'être que si nous pouvons être sûrs que les éléments de notre savoir, théories, observations, principes d'argumentations, sont des entités intemporelles, jouissant d'un même degré de perfection, tous également accessibles, et reliés les uns aux autres, indépendamment des événements qui les ont vu apparaitre. C'est un postulat extrêmement répandu. Il est tenu pour acquis par tous les logiciens ; il sous-tend la distinction entre contexte de découverte et contexte de justification. (Feyerabend, 1975, p. 156)

A partir du présupposé du dualisme, on peut projeter des éléments de différentes strates historiques sur un même plan abstrait et universel pour pouvoir procéder à des jugements et des comparaisons. Il nous est alors possible de comparer les théories, les connaissances, et d'affirmer que la science progresse.

3.2.3. Le déductivisme, critère de démarcation de la nouvelle science

Selon le philosophe David Hume cette confrontation entre faits et théorie qui s'appuie sur un empirisme logique doit se faire à travers un processus de déduction : du général au particulier (Popper, 1934). Poursuivant en ce sens, Karl Popper (1934), philosophes des sciences du début XXe, établit donc que l'entreprise des sciences empiriques doit se fonder sur le déductivisme. C'est le critère de scientificité, le critère de démarcation qui sépare dès lors les sciences des autres connaissances non scientifiques. Une théorie n'est scientifique que s'il est possible de la soumettre à l'épreuve d'une confrontation objective par la falsification, c'est-à-dire si on ne peut trouver au moins un contre-exemple qui la falsifierait. C'est la signification de la science dite empirico-déductive. C'est notre modèle de « science normale » actuel.

La psychologie n'a pu bénéficier d'un statut de discipline scientifique moderne à part entière qu'en satisfaisant aux critères des nouvelles sciences empirico-déductives. Qu'est-ce que cela implique pour une science de l'esprit ? Selon Lewis Mumford, un des grands principes au fondement de la science moderne est l'élimination des qualités, la réduction du complexe au simple, en ne tenant compte que des aspects pouvant être mesurés, comptés, répétés et contrôlés (Mumford, 1934). Par exemple la physique newtonienne est basée sur l'individualité indépendante de chaque parcelle de matière, chacune pouvant être décrite en étant isolées des autres. Seul existe ce qui peut être mesuré, pesé, dont on peut étudier le mouvement dans un espace spatio-temporel géométrique. Tout ceci est aussi vrai dans l'étude de l'humain par la psychologie. Cette nouvelle science de l'esprit est à la recherche des essences, des lois universelles de l'humain, hors de l'histoire et de la culture, à partir de l'étude de ce qui la constitue, ce dont on peut faire l'expérience selon la dimension empirico-déductive : la matière. L'origine du comportement et de l'existence humaine réside dans la matière. Celle-ci peut être étudiée par parties indépendantes et isolément de tout contexte : le cerveau, les neurones, le système nerveux, siège de l'activité psychique selon les grandes lois de la physique et de la chimie.

3.2.4. Avènement d'une nouvelle science empirique de l'esprit

Un premier élément de réponse quant au rapport de la psychologie à son objet d'étude est donc un nouveau type d'empirisme : l'objectivisme. Une psychologie scientifique s'est fondée par une adhésion à l'idée du dualisme, selon laquelle il est possible d'étudier l'humain de manière isolée, sans son contexte, pour l'amener sur un plan abstrait et objectif. Elle suppose qu'il y aurait donc de mêmes lois qui s'appliqueraient identiquement à tous les individus, peu importe les époques auxquelles ils appartiennent et leur contexte de vie. Dans ce paradigme, dans ce cadre de pensée dominant basé sur un nouvel empirisme, un empirisme cartésien, l'humain, et sa personnalité *a fortiori*, ne serait alors qu'un épiphénomène de la biologie, de réactions physico-chimiques de sa matière. Le psychisme ne serait qu'un sous-produit de la biologie. Pas étonnant que la psychologie se soit fondée précisément à partir de l'étude des réactions physico-chimiques, de la physiologie cellulaire animale au XIXe siècle, et que les premiers psychologues furent des physiologistes et mathématiciens (Jager, 1991; Van Den Berg, 1980).

3.3. Présupposé matérialiste

3.3.1. La psychologie scientifique, une extension de la physiologie cellulaire ?

Le mardi 22 octobre 1850, Gustav Theodor Fechner, un physiologiste et mathématicien allemand, est convaincu qu'il est possible de quantifier mathématiquement les sensations de l'esprit : la sensation perçue varie proportionnellement au logarithme de l'intensité d'une excitation. S= k*log (I) : c'est la loi de Weber-Fechner (Van Den Berg, 1980). Cette date précède de peu celle de la naissance de la psychologie, qui voit le jour en 1879 dans une salle de laboratoire, quelque part à Leipzig. L'accouchement est le fruit d'une union entre un physiologiste, Wilhelm Maximilian Wundt et une idée. Une idée qui flottait dans l'air de son époque, surtout dans l'air des laboratoires de son enseignant Gustav Theodor Fechner. Cette idée que Wundt épousa est la suivante : l'existence humaine a pour base le phénomène d'irritabilité du système nerveux. Fechner, Wundt, Titchener acteurs d'une seule et même histoire : l'histoire de la découverte

de la circulation de l'influx nerveux cellulaire et aussi celle de la naissance de la psychologie moderne. Disons-le autrement, l'origine de la psychologie scientifique est enracinée dans l'histoire de la découverte de la circulation d'une onde électrique dans un milieu de matière homogène : la matière animale (Jager, 1991). Que nous dit le contexte de cette naissance sur cette discipline et sa définition de l'existence humaine ?

Précisons davantage le contexte historique de cette naissance. Deux questions : pourquoi cette discipline apparait-elle à ce moment ? Et pourquoi en Allemagne ? Pourquoi pas avant et ailleurs ? Considérons deux hypothèses : soit Fechner est un génie qui voit ce que nul autre n'a pu voir avant lui, soit Fechner ne fait qu'observer un nouveau phénomène impossible à décrire auparavant (Van Den Berg, 1980). L'histoire s'arrête souvent à la première hypothèse, pourtant nous allons choisir la seconde, celle selon laquelle Fechner ne fait que rendre compte d'un phénomène inédit, d'un changement qui a permis l'avènement d'un fait impossible jusqu'ici selon Kant : instaurer une science qui puisse quantifier et mathématiser l'esprit. Qu'est-ce qui a bien pu se passer pour qu'une chose paraissant impossible pendant plusieurs siècles aux penseurs et philosophes européens, apparaisse comme une évidence à un physiologiste allemand un beau matin de début d'automne 1850 ? Il nous faut faire un exercice historique auquel nous sommes très peu habitués : nous devons essayer de comprendre ce qu'il se passait de manière générale en Europe à cette époque. L'Europe vit au XVIIe et XVIIIe siècle une révolution scientifique, qu'Alexandre Koyré (1966), historien des sciences, nous invite à penser comme « à la fois source et résultat d'une profonde transformation spirituelle qui a bouleversé non seulement le contenu, mais les cadres même de notre pensée. » (Koyré, p. 13).

3.3.2. Bouleversement de la conception de la condition humaine lors la révolution scientifique du XVIIe siècle en Europe

En 1543 paraissent deux œuvres majeures : *De revolutionibus orbium coelestium* de Nicolas Copernic, bouscule la place de l'homme dans le monde avec la vision géocentrique, et *De humani corporis fabrica* d'André Vésale, dont la statue se dresse toujours au centre de la place des barricades à Bruxelles. Ce traité d'anatomie

rédigé à partir de la dissection de cadavres décrit le corps humain avec une précision inédite. Qu'est-ce que ces deux œuvres nous disent sur notre humanité ? Quelles conceptions de l'homme et de l'existence viennent-elles bousculer ? En 1620 dans *Novum organum*, Francis Bacon, philosophe anglais affilié à la *Royal Society* et pionnier de la méthode expérimentale, présente une nature qui ne laisse échapper son secret qu'en étant tourmentée et torturée. Qu'en a-t-il résulté de notre perception de la vie dans son sens le plus large, et de la vie humaine plus précisément ? En 1628 parait *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus*, dans lequel William Harvey, médecin du roi Jacques Premier, découvre la circulation du sang. Cette découverte amène à considérer une fonction purement physiologique, et donc matérielle, à la base de l'existence du vivant – la circulation d'un liquide nutritif par le mouvement mécanique d'une pompe. Comment vient-elle bousculer notre représentation du monde humain et du monde animal ? N'ouvre-t-elle pas la porte à une vision de la vie réduite à un simple mécanisme ?

En 1637 parait le *Discours de la méthode* de René Descartes. Que dit le dualisme, la séparation corps/esprit, qu'elle propose sur la conception du monde et de ce qui s'y trouve ? En 1665 la publication de *Micrographia* de Robert Hooke décrit un monde de l'infiniment petit, rendu possible par la découverte du microscope. Cette découverte permet pour la première fois à Reinier De Graaf en 1672 d'observer un follicule, et à Antoni Van Leeuwenhoek en 1677 d'observer un animalcule spermatique. Quelle conception sur l'origine de la vie ces observations vinrent-elles renverser ? Qu'est-ce que la nouvelle classification de l'être humain par le biologiste suédois Linné en 1758 dans *Système de la nature* changea dans notre façon de comprendre l'homme, dorénavant homo sapiens appartenant à la classe des mammifères et à l'ordre des primates ? L'année 1789 est une date incontournable pour la France, mais pas seulement pour des raisons politiques, car cette même année parait le *Traité élémentaire de chimie* d'Antoine Lavoisier. Ces deux occurrences parlent d'une même chose, mais dans des formes bien différentes : l'égalité. L'égalité sans condition de la matière réduite à ses

composantes communes les plus élémentaires, et l'égalité des hommes sans condition face à l'ordre établi (Van Den Berg, 1956) .

3.3.3. L'effondrement des frontières ontologiques parmi le règne du vivant

Nous nous approchons petit à petit de l'année 1850. En 1809, année de naissance d'un certain Charles Darwin, exactement cinquante ans avant la parution de *De l'origine des espèces*, un botaniste français, Jean-Baptiste Lamarck, publie un ouvrage sur le monde du vivant dont le thème sous-jacent concerne encore la notion d'égalité et de continuité *: Philosophie zoologique ou exposition des considérations relatives à l'histoire naturelle des animaux*. Une des notions clés qu'il y annonce concerne alors le transformisme : la complexification et la diversification du vivant seraient le résultat d'une évolution continue des espèces. Par ailleurs c'est lui qui est à l'origine du terme « biologie » dans son ouvrage paru en 1815 : *Histoire naturelle des animaux sans vertèbres.*

> Tout ce qui est généralement commun aux végétaux et aux animaux comme toutes les facultés qui sont propres à chacun de ces êtres sans exception, doit constituer l'unique et vaste objet d'une science particulière qui n'est pas encore fondée, qui n'a même pas de nom, et à laquelle je donnerai le nom de biologie. (Lamarck,1815, p. 49)

Cette nouvelle science autonome se dédie indistinctement à l'étude du vivant, aussi bien animal que végétal. Cela présuppose alors une continuité de ces deux règnes perçus jusqu'alors comme distincts. Cette idée de continuité se concrétisa par l'abolition totale des frontières, et une unification du domaine du vivant en Allemagne peu de temps après.

L'histoire de l'unification du vivant et de l'effondrement de toute distinction d'ordre qualitative entre l'homme, l'animal et le végétal va s'achever définitivement avec l'histoire de la théorie cellulaire du début du XIXe. Cette histoire de l'unification du vivant sous une seule et même classe est une histoire allemande, et plus précisément berlinoise. Les découvertes concernant le rôle structurel et fonctionnel de la cellule sont dues à un physiologiste de l'école de Berlin : Theodor Schwann. Avec la publication en 1839 de son mémoire :

Recherche microscopique sur la concordance de la structure et la croissance des animaux et des plantes, celui-ci apporte la contribution définitive à l'adoption d'un présupposé matérialiste sur la nature du monde et de l'humain : la cellule est l'unité de base du règne animal et végétal. Avec les travaux de Schwann sont abolies une fois pour toutes les frontières qui faisaient de l'homme un être ontologiquement différencié.

3.3.4. Une psychologie scientifique fondée sur une primauté ontologique matérialiste

Il est donc intéressant de noter que la naissance de la biologie, comme nouvelle science du vivant, ne précède que de très peu celle de la psychologie au cours du XIXe siècle en Allemagne. Avec la révolution scientifique en Europe, la matière est devenue le dénominateur commun à toute forme de vie. Cela n'était alors plus qu'une question de temps pour que le secret de l'existence ne se laissât observer à cette époque précisément. La solution était là, n'attendant qu'un esprit suffisamment préparé pour la saisir. La découverte survint onze ans après la publication du mémoire de Schawnn, dans une petite ville allemande située à 145 km au sud de Berlin, le 22 octobre 1850. L'existence humaine ne se résumait plus alors qu'aux propriétés de la matière constitutive de tous les êtres vivants : la cellule. Le secret de l'existence était alors enfoui quelque part dans les caractéristiques d'irritabilité des cellules du système nerveux. S= k*log (I). La formule était là, comme une évidence. « *The Fechner Day* » était arrivé, et la psychologie scientifique dans son sillage lui emboita le pas d'une trentaine d'années.

Si une telle science empirique de l'esprit a pu voir le jour à cette époque précisément, c'est que quelque chose avait bel et bien changé dans la façon de concevoir la condition humaine. Ce quelque chose semble être intimement lié à plusieurs faits scientifiques racontant tous une seule et même histoire, celle du matérialisme : la révolution scientifique physico-mathématique ; l'idée de continuité cosmologique ; la naissance de la biologie ; l'unification du règne du vivant ; l'abolition des frontières entre l'humain, l'animal et le végétal ; la

découverte de la cellule et de ses caractéristiques. Tous ces faits historiques racontent ainsi l'avènement d'une nouvelle conception foncièrement biologique et mécaniste de la condition humaine, et du monde plus généralement.

4. Deuxième tâche de la philosophie des sciences, la tâche analytique : les limites du paradigme naturaliste pour concevoir la personnalité

Nous allons maintenant voir, avec la seconde tâche de la philosophie des sciences, en quoi l'adhésion à ce paradigme naturaliste en psychologie ou en psychopathologie, avec les présupposés que nous venons d'évoquer sur la condition humaine, propose une certaine conception de la personnalité qui fait du TPL un problème insoluble.

4.1. Analyse de l'impact des présupposés anthropologiques du paradigme naturaliste

Au commencent est la substance, et c'est dans l'étude de ses propriétés, à partir des grandes lois physiologiques et physiques qui la régissent, que demeurent les clés de la compréhension de l'existence humaine et de sa pathologie. D'abord le comportement, puis le cerveau et le système nerveux, puis la cellule, son noyau, les chromosomes, les gènes et enfin l'ADN. Voilà le lieu depuis lequel nous observons : une théorie biologique du psychisme. Après avoir explicité les présupposés de la psychologie sur la nature de son objet d'étude, nous allons donc en interroger les impacts et les limites, notamment dans la compréhension du TPL. Nous allons montrer que le TPL demeure une anomalie dans ce paradigme, c'est-à-dire une énigme impossible à résoudre lorsque la personnalité est observée à partir de ce lieu, de ces préjugés. Comme avec les maladies auto-immunes, nous allons montrer que cette impasse découle directement de certains choix implicites sur la définition de notre objet d'étude, c'est-à-dire ici des présupposés anthropologiques matérialistes et objectivistes.

En amont de la façon normale de faire de la science en psychologie apparait un paradigme, un cadre de pensée de l'humain, profondément matérialiste et

objectiviste. Le contexte historique de la pensée scientifique à partir duquel la psychologie est apparue converge vers des conceptions purement mécanistes et dualistes du monde du vivant, indistinctement unies par les propriétés de sa matière. S'il n'y a pas de différence ontologique entre l'inanimé et l'animé, et si parmi l'animé il n'y a pas non plus de différence ontologique entre le monde végétal, animal et humain, si tout n'est que l'extension des mêmes réactions physico-chimiques et des mêmes particules de matière, alors il est légitime de prendre les méthodes d'étude de l'inanimé, du végétal ou de l'animal pour approcher l'humain.

> Le succès de la science dans le royaume de l'inorganique nous a fait croire que nous pourrions atteindre la même compréhension et le même contrôle avec le monde complexe de la vie. (Mumford, 1934, p. 282)
> La méthode scientifique, mathématique des sciences physiques avec ses abstractions quantitatives fit de la société humaine son objet d'investigation. La physiologie devint au XIXe, ce que la mécanique avait été au XVIIe. Au lieu de prendre le mécanisme comme modèle de la vie, on commença à prendre les organismes vivants comme modèle du mécanisme. (Mumford, 1934, p. 199)

Si l'objet d'étude change et pas les méthodes, c'est que l'on conçoit à cette époque que le sujet humain n'est pas si différent que cela des objets auxquels s'intéressent la physique et la biologie. L'extension de ces méthodes à la psychologie parle d'un nouveau rapport à l'humain et au monde en général à l'issue de la révolution scientifique au XVIIe en Europe (Koyré, 1957). C'est pourquoi les méthodes de la psychologie puisent dans les méthodes de la biologie, elles-mêmes calquées sur les méthodes des sciences physiques (Jager, 1991).

Le comportementalisme des années trente n'a pu voir le jour qu'à partir de la supposition qu'il est possible d'étendre les connaissances issues des expériences animales en laboratoire à l'humain. Idem concernant les modèles cybernétiques de l'approche cognitive des années cinquante obtenus à partir de l'inanimé. Dans le cas contraire, il est inimaginable de réaliser une incision dans la gorge d'un chien, le faire saliver devant un morceau de viande, et penser que cette expérience pourrait permettre de dégager une quelconque loi sur le comportement humain. Et que dire de l'observation des réactions d'un pigeon ou d'un rat dans une boite ? Cela n'a été envisageable qu'à partir d'un certain rapport décontextualisé pour appréhender

l'humain, c'est-à-dire l'isolement depuis son contexte de vie quotidienne, et de sa réduction aux propriétés de sa matière.

Par extension logique du paradigme naturaliste à la psychiatrie, la psychopathologie est devenue, au XIXe siècle, l'étude sporadique de phénomènes physico-chimiques épars, n'ayant pas de lien entre eux, ou avec un contexte, mais provenant de pathologies d'un organe : le cerveau. Ainsi, la psychiatrie moderne s'institutionnalisa autour d'une conception exclusivement organique de la maladie mentale au cours du XIXe siècle (Bleuler, 1911). L'évolution de la psychiatrie au XXe siècle vers une approche catégorielle statistique des symptômes, regroupés en syndromes, ne rompt pas avec cette tradition naturaliste depuis laquelle elle s'est institutionnalisée. La conceptualisation des troubles de la personnalité y est précisément liée à la façon dont a évolué la définition de la personnalité parmi le paradigme naturaliste. Comment a évolué la définition de la personnalité depuis la naissance de la psychologie et l'institutionnalisation de la psychiatrie dans un paradigme naturaliste ?

4.2. L'histoire de la conceptualisation de la personnalité aux États-Unis à partir du paradigme naturaliste : de la théorie de l'apprentissage à la théorie des traits

La conception moderne de la personnalité aux États-Unis oscille entre deux perspectives, l'une environnementale, l'autre organique. Toutes deux se fondent sur les présupposés objectiviste et matérialiste du paradigme naturaliste. Si l'un ne permet même pas de formuler l'existence d'une personnalité, l'autre le permet, mais à partir d'une définition innéiste et fixe, en contradiction avec les faits médicaux.

4.2.1. La personnalité et les théories de l'apprentissage

A partir de la fin du XIXe et du début du XXe siècle, l'humain est conçu majoritairement comme un objet matériel qui évolue dans un univers matériel, soumis donc aux lois de la physique. Si l'humain est bien une série de mécanismes, une machine dont les comportements sont causés par des facteurs externes, un peu comme une pierre dont les caractéristiques géométriques se modifient lorsque

soumis à l'effet de l'apesanteur, alors l'étude de l'humain ne devrait se résumer qu'à l'étude des comportements observables, et à la façon dont ils sont déterminés par les facteurs de l'environnement (Cervone et Pervin, 2014). C'est la définition du comportementalisme. A partir d'une telle définition de l'humain, la psychologie devient la science des comportements et de leur apprentissage, reproduits en condition de laboratoire sur des animaux. L'étude de ces facteurs environnementaux permettrait à terme de prédire et contrôler parfaitement le comportement humain. L'explication des comportements humains par les lois générales de l'apprentissage élimine ainsi la nécessité même d'une psychologie de la personnalité (Cervone et Pervin, 2014) :

> Nous pouvons suivre l'évolution de la physique et de la biologie en nous intéressant à la relation entre le comportement et l'environnement, sans qu'il soit nécessaire de nous intéresser aux états d'esprits intermédiaires. Nous n'avons pas fait évoluer la physique en nous penchant sur la jubilation d'un corps en chute libre, ni la biologie en analysant la nature des esprits vitaux ; il n'est pas nécessaire de percer la personnalité, les états d'esprits, les sentiments, les traits de caractères, les projets ou les intentions des individus pour analyser de façon scientifique leurs comportements. (Skinner, 1971 dans Cervone et Pervin, p. 287)

Cette compréhension de l'humain n'envisage pas de constance dans les comportements puisque ceux-ci se modifieraient systématiquement selon les conditions de l'environnement. Cette conception donne lieu à un déterminisme purement environnemental. L'individu ne réagit que passivement par des modes d'apprentissage auxquels il a été exposé. L'approche comportementaliste rejette l'idée d'une intériorité, d'un mode d'être stable. Impossible de parler de trouble de la personnalité dans une perspective qui ne conçoit même pas une personnalité. Ici la définition de l'humain comme une machine, comme une série de mécanismes conduit à une conception de la pathologie en tant que comportements inadaptés isolés. Une pratique clinique chercherait ici à agir sur l'environnement pour réduire un symptôme.

4.2.2. La personnalité et la théorie des traits

Un changement survient dans la conceptualisation de la personnalité au milieu du XXe siècle. L'extension de l'application d'outils statistiques aux sciences humaines permet de dégager des traits de personnalité, c'est-à-dire des modes stables et récurrents du comportement, des affects et de la pensée (Cervone et Pervin, 2014). La théorie des traits, principalement issue des travaux d'Allport, de Cattell et d'Eysenck dans les années 1950, n'est pas sans importance dans la compréhension actuelle du TPL. C'est en effet toujours celle depuis laquelle le DSM 5 conçoit la personnalité : « Personality traits are enduring patterns of perceiving, relating to, and thinking about the environment and oneself that are exhibited in a wide range of social and personal contexts. » (DSM 5, 2013, p. 647). La formulation de la théorie des traits n'a été possible qu'à partir de l'utilisation de l'analyse factorielle, présentée pour la première fois dans le célèbre article de Spearman publié en 1904. Son utilisation permet de regrouper de nombreux traits qui sont en corrélation, c'est à dire qui se manifestent habituellement ensemble, en une certaine structure, en des « super facteurs » hiérarchiques de degré supérieur, indépendant les uns des autres (Eysenck, 1970). Allport et Odbert définissent ainsi une structure de personnalité comme : « Les tendances déterminantes, générales et personnalisées, des modes cohérents et stables d'adaptation à l'environnement. » (Allport et Odbert, 1936 dans Cervone et Pervin, 2014 p. 192)

Contrairement aux théories de l'apprentissage des comportementalistes, l'utilisation d'outils statistiques tels que l'analyse factorielle, ouvre le champ à une véritable psychologie de la personnalité. Les traits permettent de prédire certains comportements, ils reflètent une certaine prédisposition à se comporter d'une certaine manière. Ils rendent compte d'une régularité du fonctionnement, indépendamment du contexte et de l'environnement. Les plus célèbres théories des traits de la personnalité sont le modèle à trois facteurs d'Eysenck, le modèle à cinq facteurs de Norman en 1963, et enfin le Big Five de McRae et Costa en 1985.

4.2.3. Conséquences médicales du paradigme naturaliste : les incohérences cliniques des troubles de la personnalité à partir de la théorie des traits

À partir de la théorie des traits, il devient possible de concevoir des troubles de la personnalité comme « un ensemble de schémas de comportements et de façons d'être chronique, déviant par rapport à certaines normes sociales, rigide et envahissant, et causant de la souffrance ». C'est la définition adoptée dans le DSM III en 1980, et conservée jusqu'aujourd'hui dans le DSM 5. Si incontestablement cette conceptualisation représente un progrès par rapport aux théories de l'apprentissage, la question de l'origine du trouble demeure imprécise dans le DSM. Elle est implicite, et pour bien la comprendre il faut expliciter les prémices philosophiques qui sont en amont de la théorie des traits. Eysenck et Allport sont univoques, la théorie des traits suppose toujours un fondement biologique et héréditaire de la personnalité. Le caractère héréditaire des traits de personnalité, leur inscription dans le matériel génétique qui induit un certain fonctionnement du système nerveux, est la principale explication des différences interindividuelles. On passe donc d'un déterminisme exclusivement environnemental, à un déterminisme génétique quasi exclusif :

> Eysenck a créé des modèles scientifiques précis pour expliquer le fondement biologique des différences dans les traits de personnalité des individus. […] Eysenck soutien que les variations que l'on peut observer entre les individus dans la dimension extraversion-introversion reflètent des différences dans le fonctionnement neurophysiologique du cortex cérébral. (Cervone et Pervin, 2014, p. 206)

Or, si la personnalité est génétiquement déterminée, si comme le suppose la théorie des traits de la personnalité, il existe un déterminisme génétique, si les caractéristiques de l'humain, du psychisme, de la personnalité, sont innées, héréditaires et mesurables, comment se fait-il que les troubles de personnalité ne se diagnostiquent qu'après l'adolescence ou du début de l'âge adulte ? Comment se fait-il qu'il y ait des rémissions ? Est-il même envisageable d'en guérir ? Ces questions, avec toutes celles que nous avons déjà soulevées précédemment, demeurent des énigmes dans ce cadre de pensée. Ce sont des anomalies au sens de

Kuhn. Non seulement cette définition de la personnalité laisse des questions médicales sans réponses, mais elle véhicule des valeurs sociopolitiques dramatiques comme l'investigue Stephen J. Gould, paléontologue et professeur d'histoire des sciences à Harvard, dans son livre intitulé *La mal mesure de l'homme*, paru en 1980. Quelles sont les conséquences de cette façon normale d'approcher la personnalité et sa pathologie à partir du paradigme naturaliste ? Quel est l'impact social de ses présupposés et de ses définitions ?

4.2.4. Conséquences sociales du paradigme naturaliste : la stigmatisation et la discrimination raciale à partir de la théorie des traits

En allant au bout de sa logique, Eysenck conclut que les activités criminelles s'amorcent et se maintiennent en raison de facteurs génétiques sans tenir compte ni du contexte socioéconomique ni de l'éducation. Si la personnalité est héréditaire, si les traits de personnalité, la façon d'être, de penser et de ressentir des individus, sont inscrits dans leur matériel génétique, alors la pathologie, la pauvreté et la criminalité le sont forcément aussi. On peut ainsi lire :

> Après tout si l'homme moyen ne vaut guère mieux qu'un débile, c'est que la pauvreté trouve son fondement dans la biologie et que ni l'éducation ni de meilleures perspectives d'emploi ne peuvent soulager. (Gould, 1983, p. 277)
> Lorsque les eugénistes américains attribuaient les maladies de la pauvreté aux déficiences génétiques des pauvres, ils ne pouvaient pas proposer d'autre remède qu'une stérilisation systématique. (Gould, 1983, p. 411)

La ségrégation raciale et l'eugénisme sont les conséquences logiques d'une conception de la personnalité ancrée dans un paradigme naturaliste. Elle a abouti à une façon de considérer l'humain comme le pur produit de la génétique, à l'extérieur de toutes influences sociohistoriques.

Les méthodes, les outils, ainsi que les résultats scientifiques provenant d'une telle approche exclusivement biologique de la personnalité et de ses caractéristiques, servirent de justification à une politique de ségrégation raciale aux États-Unis, durant toute la première moitié du XXe siècle. Stephen J. Gould met en perspective les conceptions ségrégationnistes et eugénistes de Lewis Terman, éminent

professeur de psychologie américain de l'université de Standford, dans sa célèbre révision du test « Stanford-Binet » de 1916 :

> Les normes de comportements des groupes humains et les différences économiques et sociales entre eux sont issues de distinctions héritées, innées. La société en ce sens, est un exact reflet de la biologie. (Terman dans Gould, 1983, p. 12)
> Si nous voulons éliminer la pathologie sociale, il nous faut découvrir ses causes dans la biologie des inadaptés sociaux eux-mêmes, puis les éliminer en les internant dans des institutions et, avant toute autre chose, en les empêchant de se marier et d'engendrer une progéniture. (Terman dans Gould, 1983, p. 218)

Par exemple, les données scientifiques des tests psychométriques furent évoquées pour limiter l'accès à l'enseignement aux femmes et aux Afro-Américains. En effet, si ces derniers échouaient aux tests mentaux, cela n'avait strictement rien à voir avec le fait qu'ils n'avaient quasiment aucun accès à l'éducation à cette époque. Une approche de la personnalité à partir d'un cadre de pensée naturaliste permettait de justifier scientifiquement que ces mauvais résultats étaient inscrits dans leur condition biologique, dans leurs gènes. Cette conception scientifique de la personnalité et de ses caractéristiques fut également utilisée devant le congrès en 1924 pour faire adopter l' *Immigration Restriction Act*, visant à limiter l'accès au territoire selon les pays d'origine considérés comme génétiquement moins intelligents. Enfin, elle servit également de cadre de justification pour légaliser la stérilisation forcée de malades mentaux dans certains États. L'adoption de la stérilisation forcée pour lutter contre les maladies mentales et la débilité fut l'une des premières mesures aussi adoptées par le parti nazi à son arrivée au pouvoir, au début des années 1930 en Allemagne (Stern, 1953).

On aurait tort d'attribuer ces exactions à la folie, ou de les réduire à des dérives politiques totalitaires et absurdes. Ces exactions relèvent au contraire d'une parfaite logique scientifique : si les caractéristiques de l'humain sont inscrites dans son matériel génétique, comment faire pour réduire la pauvreté et les pathologies mentales ? En évitant leur transmission. La stigmatisation et l'eugénisme découlent directement d'un rapport décontextualisé et matérialiste à l'humain. Il y a ainsi tout un parallèle que nous n'aurons pas le temps de traiter ici entre la façon de concevoir

la personnalité depuis le paradigme naturaliste, l'histoire de l'application des tests mentaux aux États-Unis au XXe siècle, celle de la craniométrie en Europe au XIXe, et l'avènement de théories eugénistes, qui sont le socle commun de toutes les idéologies fascistes et xénophobes qui se sont déchainées au milieu du XXe siècle.

Pour résumer, la psychiatrie et la psychologie vont s'institutionnaliser autour de la fin du XIXe siècle à partir des présupposés anthropologiques de ce paradigme naturaliste. Ceux-ci guident les problèmes à résoudre et le choix des méthodes pour y parvenir. La théorie des traits de la personnalité en fait partie. Elle pose la personnalité et sa pathologie en termes de problème biologique, avec des valeurs implicites telles que l'objectivisme et le matérialisme.

4.3. Critique et remise en question de l'anthropologie naturaliste

Trois grands courants de pensée se sont succédés et chevauchés depuis le début du XXe siècle, en critiquant chacun à leur façon l'adoption d'un tel paradigme naturaliste et de ce qu'il présuppose de la condition humaine. Si certains ont davantage insisté sur ses limites cliniques, et d'autres sur ses conséquences sociopolitiques, ils ont néanmoins tous formulé la nécessité d'une réorientation de l'entreprise de la connaissance scientifique en psychiatrie et en psychologie. Chacun de ces courants de pensée que nous allons voir suggère une recherche de présupposés alternatifs pour considérer la condition humaine autrement.

4.3.1. Première théorie critique du paradigme naturaliste : la psychanalyse

Le premier courant de critique date de la fin du XIXe siècle, et ne pouvait être que l'œuvre de médecins. Josef Breuer est un médecin spécialisé en neurophysiologie. Sigmund Freud est un neurologue. Tous deux autrichiens, tous deux figures marquantes de la psychiatrie, formés à la neuropathologie, à la pathologie du cerveau, en accord avec le contexte historique de la pensée scientifique de leur époque. Ceux-ci constatent une incohérence entre la théorie organogénique qui domine en psychiatrie, et les divers cas de psychopathologie qu'ils rencontrent au cours de leur pratique médicale quotidienne : toutes les affections mentales ne correspondent pas systématiquement à des affections anatomiques.

> On vous a habitués à assigner aux fonctions de l'organisme et à leurs troubles des causes anatomiques, à les expliquer en vous plaçant du point de vue biologique. (Freud, 1914, p. 15)
> Dans le cadre même de la médecine, la psychiatrie, s'occupe à décrire les troubles psychiques qu'elle observe et à les réunir en tableaux cliniques, mais dans leurs bons moments les psychiatres eux-mêmes se demandent si leurs arrangements purement descriptifs méritent le nom de science. Nous ne connaissons ni l'origine, ni le mécanisme, ni les liens réciproques des symptômes dont se composent ces tableaux nosologiques ; aucune modification démontrable de l'organe anatomique de l'âme ne leur correspond ; et quant aux modifications qu'on invoque, elles ne donnent des symptômes aucune explication. (Freud, 1914, p. 16)

A côté des « démences précoces », que Bleuler renomme « groupe des schizophrénies » en 1911, et qu'il considère comme résultat de lésions organiques du cerveau, il existe des cas de « psychonévroses » qui semblent résister à la théorie organogénique. Certains neurologues ne parviennent pas à confirmer expérimentalement les résultats normalement attendus à partir du cadre de pensée naturaliste.

L'étiologie des psychonévroses devient une énigme persistante, une anomalie à laquelle Breuer et Freud tentent d'apporter une réponse médicalement plus cohérente que celle d'un trouble héréditaire et anatomique.

> Ici nous écouterions volontiers le psychiatre, mais celui-ci n'a rien à nous dire. De toutes nos questions une seule l'intéresse. Il cherchera les antécédents héréditaires du patient. (Freud, 1914, p. 300)
> La psychiatrie distribue des noms aux différentes obsessions, et rien de plus. Elle insiste en revanche sur le fait que les porteurs de ces symptômes sont des dégénérés. Affirmation peu satisfaisante : elle constitue, non une explication, mais un jugement de valeur, une condamnation. (Freud, 1914, p. 313)

Dans les premiers articles rédigés autour des années 1890, et regroupés dans le recueil *Névrose, Psychose et Perversion*, Freud, inspiré par la clinique de son maitre Jean Breuer, est de plus en plus sceptique face à la théorie organique défendue par l'école de Charcot à laquelle il est également affilié. Il s'intéresse à une façon de comprendre l'origine et l'évolution des symptômes, des manifestations pathologiques regroupées sous la catégorie encore peu connue des psychonévroses.

Freud cherche des alternatives pour approcher ces manifestations cliniques et leur traitement, face auxquels la psychiatrie, discipline médicale récente ayant bénéficié de l'impulsion de Kraepelin, demeure particulièrement démunie. En ce sens, il est possible d'envisager l'avènement de la psychanalyse, qui est d'abord une technique médicale pour approcher les psychonévroses autrement (Freud, 1914), comme la proposition d'une science de l'esprit alternative qui tente d'apporter une réponse plus cohérente à l'observation clinique. A noter que la formulation de cette nouvelle théorie est l'œuvre d'un neurologue, d'un esprit formé à une perspective naturaliste de son époque, avec ses présupposés objectiviste et matérialiste. Il est donc bien placé pour pouvoir apprécier les limites du paradigme auquel sa formation de médecin du XIXe siècle lui demande d'adhérer. A partir d'un mode de pensée inductif, Freud va partir de la réalité clinique, des faits, de la pathologie donc, pour proposer des présupposés alternatifs.

Sa pratique clinique auprès de Jean Breuer l'incite à investiguer plus en profondeur l'hypothèse selon laquelle les phénomènes des psychopathologies, des rêves et des actes manqués témoigneraient tous du retour d'un contenu archaïque qui caractérise les premiers moments d'existence propre à la vie humaine. Ces phénomènes seraient en quelque sorte des fragments d'une immaturité psychique révolue, les vestiges d'une expérience psychique du monde et de soi appartenant à l'enfance, qui influenceraient de manière dynamique le fonctionnement psychique adulte :
« L'inconscient est une partie de notre personnalité qui, dans l'enfance, s'en détache, n'en suit pas l'évolution ultérieure et qui est, pour cette raison, refoulée : l'inconscient, c'est l'infantile en nous. » (Freud, 1909, p. 214). L'hypothèse de l'existence d'un inconscient est une façon d'invoquer ce mode de fonctionnement et d'état psychique imprégéné d'un contenu immature, qui est appelé à s'organiser et à se différencier afin d'aboutir à une certaine maturité psychique, à l'issue de la première enfance. Les actes manqués, les rêves, ainsi que certaines psychopathologies, seraient des formes de manifestations persistentes de cet inconscient, de cette période immature et archaïque, qui ne semble jamais totalement disparaitre. C'est en ce sens que Ferenczi, psychiatre et neurologue

hongrois, formé très tôt à la psychanalyse, affirme qu'il n'y a pas d'êtres humains totalement adultes (Ferenczi, 1982). Si les phénomènes pathologiques correspondent à une forme de persistance ou de retour à un fonctionnement psychique immature, c'est donc qu'il y existerait bien un développement psychique à part entière, distinct d'un développement exclusivement biologique. Ce développement psychique qui conduirait à la formation d'une certaine organisation psychique ne serait pas purement organique ou génétiquement déterminée. Il aurait ses propres étapes, son propre rythme, ses propres réalisations, et progresserait ou s'inverserait selon certaines conditions environnementales.

En se basant sur l'hypothèse de l'existence d'un inconscient et d'un développement depuis un premier état d'existence primaire – soit l' Hilflosigkeit freudien, c'est-à-dire la détresse initiale du nourrisson – qui doit se tourner vers l'entourage pour se poursuivre, Freud introduit une théorie psychologique du psychisme. Sa technique psychanalytique concurrence la théorie biologique du psychisme qui domine sans partage à cette époque, tant en psychologie qu'en psychiatrie. Elle réfute l'interprétation de la vie psychique comme l'expression d'un épiphénomène de la biologie. Elle permet de formuler des réponses aux impasses et aux imprécisions laissées par l'approche naturaliste. Par exemple, Freud conçoit une étiologie aux psychonévroses. Il parvient même à mieux prédire l'évolution des symptômes chez ses patients.

> Les symptômes névrotiques ont donc leur sens, tout comme les actes manqués et les rêves, et comme ceux-ci, ils sont en rapport avec la vie des personnes qui les présentent. (Freud, 1914, p. 310)
> Nous savons que le sens d'un symptôme réside dans les rapports qu'il présente avec la vie intime des malades. […] La tâche qui nous incombe, lorsque nous nous trouvons en présence d'une idée dépourvue de sens et d'une action sans but, consiste à retrouver la situation passée dans laquelle l'idée en question était justifiée et l'action conforme à un but. (Freud, 1914, p. 325)
> C'est là une lacune que la psychanalyse s'applique à combler. Elle veut donner à la psychiatrie la base psychologique qui lui manque. (Freud, 1914, p. 17)

La technique psychanalytique réintroduit la nécessité de tenir compte du contexte, de l'histoire du développement psychique pour comprendre le fonctionnement ou les pathologies du présent. Freud envisage aussi l'impossibilité d'approcher la vie psychique de manière exclusivement objective et abstraite, comme le suppose pourtant un des présupposés anthropologiques du paradigme naturaliste.

La psychanalyse réintroduit donc une spécificité ontologique de l'être humain. Elle le considère comme un être qui ne peut se réduire aux simples propriétés de sa matière. L'hypothèse de l'inconscient fonde un paradigme concurrent, et propose une sortie à l'impasse dans laquelle se trouve la psychiatrie. Les phénomènes pathologiques, tels que les psychonévroses, jusque-là inexplicables, ont dorénavant une cause, une signification et peuvent se traiter. Cependant la perspective développementale proposée par la théorie psychanalytique n'a pas remplacé la théorie biologique du psychisme. La difficulté actuelle à concevoir une étiologie au TPL depuis une perspective médicale naturaliste illustre le fait que les anomalies persistent inexorablement en psychiatrie. La perspective développementale existe de manière sporadique. Elle réapparait sans s'imposer. C'est le cas avec les modèles d'intervention clinique des années 90 que nous avons décrits. Les perspectives résolument matérialistes et objectivistes des pathologies mentales sont toujours privilégiées, comme c'est le cas avec les approches statistiques et catégorielles. Ceci illustre les propos de Thomas Kuhn (1962) selon lequel un paradigme dominant résiste aux anomalies, et n'est déboulonné que par des raisons extrascientifiques. Contrairement à ce dont elle se prévaut par l'idée du progrès, la science moderne demeure bien malgré elle une institution humaine conservatrice.

4.3.2. Seconde théorie critique du paradigme naturaliste : la phénoménologie

Le 7 mai 1935, Vienne. Trois ans avant sa mort, dans l'une de ses dernières conférences intitulées *La crise de l'humanité européenne et la philosophie,* Edmund Husserl, célèbre philosophe autrichien déjà gravement malade, fait un constat univoque. Il ne fait aucun doute pour lui que la crise éthicopolitique à laquelle il assiste en Europe à la fin des années 30, à savoir la montée du totalitarisme, est

l'une des conséquences sociales directes de ce qu'il qualifie comme un égarement épistémologique dans l'histoire de la pensée occidentale. Il dénonce les conséquences prochaines d'une conception erronée de la condition humaine qui s'est exclusivement réduite aux présupposés matérialiste et objectiviste du paradigme naturaliste. Il critique le paradigme biologique dans son pouvoir explicatif du champ sociopolitique, et met en garde l'Europe face à la crise du sens de l'existence qui en découle.

> En effet, ce rationalisme qui est à la source de la crise de la raison et qui se nomme en fait naturalisme et objectivisme, s'inverse tout naturellement, c'est-à-dire bien naïvement, en son contraire, se transforme en irrationalisme. (Husserl, 1935, p. 48)

Il est à regretter, pour le destin de l'Europe en ce milieu de XXe siècle, que Husserl ne fut pas un clinicien en plus d'un philosophe. Si cela avait été le cas, il se serait sans doute rendu compte que celui qui partagea les mêmes enseignements philosophiques que lui auprès de Brentano, Sigmund Freud, avait formulé à peu de chose près les mêmes critiques quelques années plus tôt en observant des phénomènes pathologiques impossibles à comprendre à partir d'un tel cadre conceptuel anthropologique.

Husserl comme Freud, chacun à sa manière (manières considérées souvent à tort comme incompatibles), se sont mis à l'œuvre pour proposer une anthropologie alternative au naturalisme. Contrairement aux apparences, la psychanalyse et la phénoménologie sont davantage des sœurs que des rivales. Elles se rejoignent toutes deux par la remise en question de la prémisse dualiste : l'idée selon laquelle il est scientifiquement possible, et même nécessaire, d'isoler l'humain de son contexte, pour l'approcher et l'étudier avec plus de rigueur.

> L'évidence intellectuelle que le monde physique, loin d'être la seule réalité véritable et le fondement universel, n'est qu'une des nombreuses représentations du monde, projetée par une activité thématisante particulière, cette idée, dis-je, constitue une libération pour la vie de tous les jours, qui a pâti pendant trois siècles d'un enseignement scolaire à base exclusivement cartésienne. (Buytendijk, 1959, p. 103)

Si la proposition alternative de Freud passe par la formulation d'une métapsychologie développementale, Husserl lui, s'appuie plutôt sur le caractère d'intentionnalité de la conscience. Pour lui aussi le psychisme humain ne peut être réduit seulement aux caractéristiques de sa matière, et être indistinctement étudié à partir des mêmes procédures que pour le règne animal, végétal ou inanimé. En considérant que la conscience humaine a déjà toujours une signification et une direction, qu'elle est inséparable d'un contexte dans lequel elle est toujours en train de se déployer, il suggère lui aussi qu'il existe une spécificité ontologique à la condition humaine. Une science de l'esprit n'est valide que si elle se fonde sur cette spécificité ontologique et qu'elle se choisit des méthodes scientifiques qui y sont compatibles. On peut supposer que ce point commun entre la psychanalyse et la phénoménologie n'est pas sans lien avec les leçons de Brentano.

Husserl souhaite donc réorienter la philosophie à partir de considérations anthropologiques alternatives : l'impossibilité d'isoler l'humain de son contexte. Ce fut le vaste et ambitieux projet de sa philosophie anthropologique ou phénoménologie : refonder une nouvelle théorie de la connaissance qui abandonne le présupposé objectiviste en amont de la science moderne, et postule une unité indissociable entre le sujet et l'objet. S'il est impossible d'isoler un individu pour le comprendre et s'il forme une unité avec son monde, alors il est aussi impossible d'en chercher des lois universelles et absolues, et il est devient nécessaire de toujours le replacer dans son contexte, dans son monde pour le comprendre et l'étudier. Husserl a donc lui aussi plaidé la nécessité de bâtir une psychologie alternative, à partir d'une anthropologie plus harmonieuse de la vie humaine, telle que vécue au quotidien, et pas seulement sur des caractéristiques biologiques observables et mesurables.

> Je suis tout ce qu'il y a de plus sérieux lorsque je pense qu'une science objective de l'esprit, une doctrine objective de l'âme, objective au sens où elle n'attribue d'existence aux âmes, aux communautés personnelles, que dans les formes de la spatio-temporalité, n'a jamais existé et n'existera jamais. (Husserl, 1935, p. 75)
> Le besoin d'une réforme de toute la psychologie moderne se fait en général sentir plus que jamais. […], mais on ne comprend encore pas

> qu'elle n'ait pas réussi du fait de son objectivisme, qu'elle n'ait pas atteint en général l'essence propre de l'esprit. (Husserl, 1935, p. 74)

Pour la phénoménologie, la psychologie devrait correspondre à l'étude de la façon dont le sujet se lie à l'objet, c'est-à-dire à la façon dont l'être humain existe dans son monde, la façon dont ceux-ci interagissent et s'inter-influencent. Pour Husserl, la psychologie devrait étudier l'acte par lequel l'humain se donne au monde, l'étude de sa subjectivité, de sa perception. Husserl conclut alors à l'impossibilité de l'objectivation des essences psychiques. Il souligne au contraire lui aussi l'importance centrale du contexte. Ce projet a été poursuivi notamment par Buytendijk (1959), psychologue hollandais du début et milieu du XXe.

Des médecins et psychiatres européens, germanophones et contemporains de Husserl ont appliqué aussi la phénoménologie à la psychiatrie. Erwin Straus (1956, 1966), Eugène Minkowski, Ludwig Binswanger (1970) et Viktor Emil Von Gebsattel sont les pères fondateurs de la psychiatrie phénoménologique (Van Den Berg, 1955). Comme les psychanalystes, ils proposent une alternative à la théorie biologique du psychisme qui domine toujours en psychiatrie au XXe siècle en Europe. Ils partagent le constat selon lequel les médecins demeurent impuissants vis-à-vis de la compréhension et du traitement des psychopathologies tant qu'ils continuent à les poser de manière insoluble par une adhésion aveugle au paradigme naturaliste et à ses présupposés anthropologiques (May, 1958 ; Van Den Berg, 1955). Leurs publications paraissent surtout autour du début de la seconde moitié du XXe siècle. Ce sont ces publications qui ont alimenté la naissance de la psychologie humaniste au cours des années soixante-dix en Californie. L'université de Dusquesnes à Pittsburgh avait en effet représenté la porte d'entrée de ce courant de pensée alternatif aux États-Unis. Les médecins juifs qui fuyaient le nazisme y trouvèrent un accueil et un refuge. Ils y apportèrent avec eux ces théories marginales. Leurs ouvrages y furent traduits et disséminés dans ce nouveau terreau, pour parvenir jusqu'à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) autour des années 90. L'enseignement de cette perspective alternative à l'UQAM coïncide

avec l'arrivée de Bernd Jager, psychologue hollandais, passé par Dusquesnes et la Californie. Celui-ci y enseigna des années 90 jusqu'à son décès en mars 2015.

4.3.3. Troisième théorie critique du paradigme naturaliste : l'approche de l'histoire des sciences en philosophie des sciences

La critique la plus récente du fondement exclusivement dualiste de l'activité scientifique date des années soixante et prend place aux États-Unis contrairement aux deux précédentes qui ont eu lieu sur le vieux continent. Elle provient d'une des dernières approches en philosophe des sciences, celle de l'histoire des sciences. Nous faisons référence surtout aux travaux de Paul Feyerabend et Thomas Kuhn, tous deux étudiants de Karl Popper.

Toute une génération de philosophes des sciences s'est consacrée à l'étude de l'histoire de la dynamique et de l'évolution de la structure de la science. Ainsi, en étudiant le rôle des anomalies dans l'histoire des sciences, l'impossibilité de parvenir à un résultat attendu ou d'expliquer un phénomène à partir d'une théorie, Thomas Kuhn parvient à une critique du critère de démarcation déductiviste sur lequel est bâtie l'entreprise des sciences empiriques. Il remet donc en question une position communément admise jusqu'ici en philosophie des sciences, position dont Karl Popper, son enseignant, est l'un des artisans. Il démontre par divers exemples historiques que les théories résistent aux anomalies. Les anomalies ne suffisent pas à falsifier une théorie. Elles y sont intégrées par des hypothèses ad hoc (Feyerabend, 1975 ; Kuhn, 1962). Ce constat pourrait expliquer pourquoi le paradigme naturaliste résiste aux anomalies cliniques en psychiatrie.

L'étude de l'histoire des changements de paradigmes, l'étude des révolutions scientifiques pour le dire autrement, révèle que la période extraordinaire au cours de laquelle se modifient les convictions des spécialistes, c'est-à-dire la succession de deux traditions de sciences normales, n'est pas un processus cumulatif, mais foncièrement discontinu. Il est impossible de comparer deux traditions de sciences normales qui se succèdent, comme la physique aristotélicienne et la physique galiléenne. Elles sont *incommensurables* : « En étudiant l'histoire, l'historien des

sciences peut s'écrier : quand les paradigmes changent, le monde lui-même change avec eux. » (Kuhn, 1962, p. 157). En étudiant la façon dont ont évolué les sciences physiques, on distingue qu'il existe une *incommensurabilité* des paradigmes concurrents (Feyerabend, 1975 ; Kuhn, 1962). Cette *incommensurabilité* est tant méthodologique que sémantique, les mots changent de sens : le ciel pour Aristote n'est pas le ciel de Galilée ou de Newton. Le monde lui-même change, le ciel sous lequel vivaient les Grecs de l'Antiquité n'est plus vraiment le ciel sous lequel évoluent les Européens au cours de la révolution scientifique au XVIIe siècle.

> Il suffit de rappeler combien de fois le monde a changé à la suite d'un changement dans une théorie fondamentale. Nous devons admettre qu'elles [les théories] traitent de mondes différents et que le changement résulte du passage d'une théorie à l'autre. C'est à un changement de ce genre-là que nous pensons quand nous disons qu'un changement de principes universels amène un changement du monde entier. (Feyerabend, 1975, p. 321)

Une des conséquences majeures de l'*incommensurabilité* consiste précisément en la remise en question du dualisme, c'est-à-dire la possibilité d'isoler les faits de leur contexte, de différentes strates historiques auxquelles ils appartiennent, pour les confronter aux théories (Feyerabend, 1975). L'étude de l'histoire de la dynamique de la structure de la science invalide la pensée objectiviste et son postulat de l'existence d'une réalité objective indépendante et pure, hors de l'histoire et de la culture, abritant des vérités absolues et intemporelles, puisque le monde et le sens des mots changent selon de grandes périodes de discontinuités, « il faut cesser d'isoler les faits de leur contexte historique et social et de leur prêter une (pseudo) réalité propre et indépendante » (Koyré, 1966, p. 393). Les essences et grandes lois scientifiques ne renferment pas leur signification en elles-mêmes, elles n'ont pas toujours existé sous d'autres formes en attendant d'être découvertes. Elles n'existaient tout simplement pas dans le paradigme précédent. Les théories apparaissent en même temps que les faits dont elles rendent compte.

> Les théories, elles non plus, n'évoluent pas par morceaux pour s'adapter à des faits qui ont été là tout le temps. Elles apparaissent plutôt en même temps que les faits auxquels elles s'adaptent, à la suite d'une reformulation révolutionnaire de la tradition scientifique antérieure. (Kuhn, 1962, p. 196)

Le constat de l'incommensurabilité mène à la nécessité de contextualiser les théories scientifiques. La science normale ne serait pas une activité objective, neutre, située hors de l'histoire et de la culture, aux prises avec des vérités éternelles et universelles, mais un phénomène socio-historique dont la signification émerge à partir du contexte et des valeurs de son époque. La psychologie, en tant que nouvelle science empirique de l'esprit, apparait comme une impasse épistémologique : son fondement objectiviste ne rend pas compte de sa propre perspective historique et culturelle sur la condition humaine. La psychologie s'est fondée en tant que science de manière décontextualisée, c'est-à-dire en approchant l'humain à partir d'une définition matérialiste supposément exclusive et définitive. Or, un tel fondement n'est pas une vérité absolue, mais le résultat des valeurs d'une certaine époque. La psychologie est apparue en même temps que le paradigme naturaliste. L'histoire des sciences, dernière branche de la philosophie des sciences, souligne la nécessité de contextualiser les phénomènes pour les comprendre.

La remise en question du dualisme nous conduit à la conclusion que la définition de l'être humain n'est pas définitive, mais résulte de certaines valeurs, de certains préjugés sur la nature du monde. La psychologie, ne visant l'humain qu'en tant qu'extension d'un monde matériel, parlerait plutôt d'un changement du rapport de l'homme à son monde, de la vision propre à une certaine époque de l'histoire (Koyré,1957), à une réorganisation inédite du monde à la suite d'une révolution scientifique, d'un changement de paradigme au XVIIe en Europe, plus que des caractéristiques de la vie humaine en elle-même : « It is an irony of history that this strange modern discourse on the human soul, this modernist psychology, has informed us so fully about modernity and so little about the soul. » (Jager,1991, p. 70). Nous souhaitons choisir une façon alternative de concevoir la personnalité et ses pathologies. Quel autre paradigme choisir ? Avec quels présupposés anthropologiques ? Quelle alternative existe-t-il aux présupposés objectiviste et matérialiste ? A partir de quel autre lieu observer la personnalité et le TPL ? Nous avons vu que ces présupposés du paradigme naturaliste n'étaient pas une vérité absolue et unique, mais plutôt le reflet des nouvelles valeurs d'une époque qui a vu

naitre une nouvelle science, un nouveau rapport au monde. Il y avait-il d'autres présupposés anthropologiques avant l'avènement du paradigme naturaliste en Europe depuis la révolution scientifique du XVIIe ? Quelles sont les façons alternatives de concevoir la condition humaine dans l'histoire de l'Occident avant la révolution scientifique ? En quoi le choix de l'une d'entre elles pourrait nous aider à envisager autrement le TPL ?

5. Troisième tâche de la philosophie des sciences, la tâche consultative : Le paradigme développemental comme alternative

Afin de choisir des présupposés anthropologiques alternatifs à ceux du paradigme naturaliste pour approcher la personnalité et ses pathologies, nous allons recenser les différentes conceptions de la condition humaine qui se succèdent dans l'histoire de l'Occident. A travers ces différents contextes historiques, nous dresserons un inventaire des anthropologies.

5.1. Revue des anthropologies selon le contexte historique : étude d'histoire de la conception de la condition humaine

Il n'existe pas un point de vue anthropologique unique au cours de l'histoire. Les perspectives sur la nature de l'être humain sont ancrées dans des contextes historiques. Selon les œuvres de Rémi Brague, professeur d'histoire des civilisations à l'université Paris-Sorbonne, deux périodes historiques majeures sont à distinguer concernant la civilisation occidentale : le prémoderne (civilisations grecque et judéo-chrétienne) et la modernité (de la fin du Moyen Âge à nos jours). Ce qui distingue ces deux âges de l'histoire de l'Occident consiste justement en un changement du cadre de référence à partir duquel l'homme définit son humanité (Brague, 2015). La transition entre ces deux périodes coïncide donc avec un changement anthropologique, un changement dans la façon de concevoir la condition humaine. C'est dans ce contexte qu'a pu naitre une science objective et biologique de l'esprit comme la psychologie, car la définition de la nature de l'être humain se posait désormais en des termes compatibles avec une telle science.

5.1.1. Anthropologie prémoderne : un cadre de référence extrinsèque

La période prémoderne est caractérisée par une anthropologie extrinsèque. L'ensemble des normes qui régissent et définissent l'humain prend sa source dans des points de référence extérieurs à l'homme lui-même. La Grèce Antique conçoit ainsi un contexte cosmologique à l'anthropologie : la définition de l'humain est préfigurée par le cosmos, l'ordre de la nature (Brague, 1999). L'ordre qui régit les corps célestes et leurs mouvements incarne une altérité vers laquelle l'homme doit se tourner pour parachever son humanité, constitutivement imparfaite. Le Moyen Âge judéo-chrétien conçoit un contexte théologique à l'anthropologie : la définition de l'humain réside dans des commandements divins, révélés par une histoire (Brague, 2005). Ici aussi, le ciel abrite une altérité par l'intermédiaire de laquelle l'homme se réalise. L'anthropologie prémoderne conçoit donc que la condition humaine est originellement incomplète. Sa source et sa légitimité résident dans ce qui est extérieur et antérieur à elle. Les cadres de conception prémodernes de la condition humaine conçoivent tous une certaine dénivellation, ce que Rémi Brague nomme « *la romanité* » (Brague, 1992). Elle contient une dimension métaphysique et implique une idée de développement moral de l'humain qui doit se tourner vers un extérieur pour atteindre une certaine maturité.

L'anthropologie prémoderne suppose que l'être humain n'est pas déjà complet à sa naissance et qu'il doit passer par une série d'étapes afin de s'affranchir d'une certaine immaturité et se réaliser pleinement. Ces étapes sont mises en scène à travers les péripéties et les voyages épiques de célèbres personnages dont témoignent de grands mythes et récits fondateurs. L'achèvement de leur maturité n'est donc pas seulement le résultat d'une maturation biologique. Il ne s'inscrit pas qu'à travers une transmission directe et systématique d'un patrimoine ou d'un leg, mais par un effort de réappropriation d'une source extérieure. C'est par un décentrement préalable vis-à-vis de soi-même, de son village natal, ou de sa propre communauté, et une série de voyages et de rencontres, que toute nouvelle génération parachève la construction de son identité et de sa personne (Jager, 1991).

Dans la Grèce Antique, le terme « *Paideia* » référait ainsi à cette éducation, ce cheminement initiatique pour devenir un habitant de la cité (Jager, 1991).

5.1.2. Anthropologie moderne : un cadre de référence intrinsèque

La modernité, que Rémi Brague situe à la fin du Moyen Âge, aux alentours de la chute de Constantinople en 1453 jusqu'à nos jours, se caractérise au contraire par le rejet même de toute fondation extrinsèque à l'anthropologie. La modernité s'ouvre à partir de l'abandon des contextes cosmologiques et théologiques comme source et légitimité de la condition humaine. Le projet moderne conçoit une anthropologie intrinsèque, en rupture avec les cadres extérieurs et la notion de dénivellation qui en découle. L'humain se définit par lui-même, et possède déjà en lui son origine. Il vient au monde déjà complet et achevé. L'idée d'un développement depuis une incomplétude originelle, impliquant le cheminement vers un ailleurs pour se réaliser est abandonnée. L'origine et la nature de la vie humaine sont données dans les caractéristiques mêmes de la matière qui le constitue : la biologie (Koyré, 1958). L'anthropologie moderne est une anthropologie naturaliste comme nous l'avons vu. Le psychique n'y est que l'expression du biologique. Ses pathologies y sont logiquement perçues en tant que des pathologies organiques. La psychologie s'est institutionnalisée dans ce contexte, avec la découverte de la circulation de l'influx nerveux cellulaire par des physiologistes : Fechner, Wundt, Titchener (Van Den Berg, 1980). Elle a ainsi adopté les méthodes empiriques de la physiologie, empruntée à la physique (Jager, 1991). Or ce paradigme fut source de nombreuses impasses à la fin du XIXe siècle dans le domaine de la psychiatrie. Comme nous l'avons vu, certaines affections sans bases neurologiques demeuraient incompréhensibles. Ce sont ces énigmes qui ont favorisé l'émergence d'anthropologies alternatives comme celle proposée par la psychanalyse. Malgré cette alternative, les disciplines scientifiques et médicales reposent toujours majoritairement sur un cadre de référence intrinsèque.

5.2. L'anthropologie prémoderne développementale, une alternative historique à l'anthropologie naturaliste

Nous envisageons donc mieux le poids des présupposés anthropologiques, c'est-à-dire de la façon de concevoir l'origine de l'humain, sur l'entreprise de la psychologie et la psychiatrie (Jager, 1996, 1997, 2010). Le choix d'une méthode devrait toujours être justifié par l'adhésion explicite à une certaine anthropologie. Ainsi, l'idée prémoderne de la réappropriation d'une source située à l'extérieur de soi, pour parachever une humanité originellement incomplète, semble relever d'une perspective développementale. Les diverses conceptions développementales de la personnalité provenant de grands modèles d'interventions cliniques des années 1990 (MBT, TFT, DBT), comme celle issue de la psychanalyse un siècle avant d'ailleurs, introduisent l'idée semblable d'un développement dont la source est en partie à l'extérieur. Elles diffèrent donc du cadre de référence intrinsèque de l'anthropologie moderne, et se rapprochent bien plus du cadre de référence extrinsèque de la conception prémoderne antique et judéo-chrétienne de la condition humaine.

A partir de cet inventaire historique des conceptions de la condition humaine, nous parvenons à la conclusion qu'une anthropologie développementale semble bien constituer l'alternative principale à l'anthropologie naturaliste, qui s'est déployée surtout depuis l'époque moderne en Occident. Quel serait l'intérêt d'y adhérer afin d'approcher la personnalité et ses pathologies ? Quels sont ses présupposés et en quoi sont-ils plus pertinents pour notre étude du TPL ? Selon nous, les modèles d'interventions cliniques des années 90, la psychanalyse, et la conception extrinsèque romaine et judéo-chrétienne de la condition humaine relèvent d'un même paradigme développemental au sein duquel nous distinguons les deux présupposés suivants :

1) Un présupposé développemental ou « principe génétique » : il y aurait un développement métaphysique, psychique, de la personnalité (sa formualtion peu varier) distinct d'un développement biologique exclusif. Ce développement se caractérise par un cheminement postnatal d'un état premier d'immaturité vers l'acquisition d'une maturité. De ce

point de vue, la formation de la personnalité n'est pas automatique, n'est pas une condition fixe, innée et héritée. Elle n'est pas un point de départ, mais une construction qui aboutit à une certaine organisation ;

2) Un présupposé relationnel ou un cadre de référence extrinséque : il y aurait une forme d'incomplétude, de dépendance constitutive de l'humain, et non une autosuffisance de fait à l'origine de la vie. La construction de la personnalité est plutôt une co-construction qui se fait à travers des interactions avec une source située au préalable à l'extérieur, et dans ce qui précède, ce qui est antérieur. Par là nous souhaitons intégrer dans notre perspective, à l'image de tous les paradigmes concurrents, l'importance capitale du contexte, du contexte dans lequel se développe la personnalité pour comprendre l'organisation ultérieure qu'elle revêt.

5.3. Le choix des présupposés anthropologiques du paradigme développemental pour l'étude de la personnalité et de ses pathologies

Nous avons exposé les présupposés, puis analysé les limites d'une anthropologie naturaliste pour la compréhension de la personnalité et de sa pathologie. Les disciplines scientifiques et médicales, depuis la révolution scientifique en Europe au XVIIe adhèrent implicitement à ce paradigme naturaliste. Cette définition de la condition humaine conduit à interpréter les phénomènes psychiques comme des épiphénomènes de nature biologique. Elle induit donc une théorie biologique du psychisme. Or, une théorie biologique du psychisme a orienté le champ de recherche de la psychologie et de la psychiatrie soit vers l'étude des organes et de leur pathologie, soit vers l'étude de facteurs environnementaux seulement, soit vers la présence de traits génétiques. Ces trois orientations, ainsi que les méthodes et outils qui en découlent, ont abouti à des théories de la personnalité scientifiquement imprécises, expérimentalement incohérentes, voire dans le pire des cas, socialement immorales. C'est cette définition qui a conduit à conceptualiser les troubles de la personnalité comme différentes catégories nosographiques non spécifiques, avec un faible pouvoir prédictif sur l'évolution des symptômes et leurs interactions. Cette

définition limite aussi bien la compréhension, le diagnostic et la prise en charge des individus souffrant d'un ensemble de signes cliniques mentaux chroniques et hétérogènes. Elle pourrait même participer à ce qu'ils soient stigmatisés.

Nous avons vu que les courants alternatifs à une théorie biologique du psychisme demeuraient marginaux. Ils se déploient à une époque donnée, avec des acteurs donnés, retombent avec le temps, se transmettent parfois dans l'ombre, avant d'être redécouverts et ainsi de suite. Ce fut en tout cas le sort de la psychanalyse et de la phénoménologie. Une seule contradiction à un paradigme, ou la proposition d'un autre plus cohérent avec des faits expérimentaux ne suffisent à le renverser. Comme nous l'avons vu, l'entreprise de la science moderne n'est pas vraiment déductiviste comme elle aime le croire. Elle est bien plutôt conservatrice (Feyerabend, 1975; Kuhn, 1962). Comme toute activité humaine, elle ne perçoit pas le changement d'un bon œil. Les progrès que promet la science sont donc lents à l'échelle de la vie d'une communauté humaine. Par exemple, la controverse scientifique sur l'origine de la vie dura près de deux siècles. Cette controverse qui opposa différentes théories, dont celle de la génération spontanée, commença au cours des années 1670 avec les premières observations des ovocytes et des animalcules spermatiques, et ne pris fin qu'avec la décision de l'Académie des sciences, le 20 février 1865, de trancher en faveur de Pasteur dans le débat qui l'opposait à Pouchet sur ce même sujet (Duris, 2010). Avec la psychanalyse et la phénoménologie, cela fait près d'un siècle maintenant qu'il existe des théories alternatives au naturalisme, pour approcher la condition de l'existence humaine et ses caractéristiques. Nous pouvons nous demander dans quelle mesure ces approches alternatives s'imposeront ou non un jour afin de nous aider à mieux appréhender les limites de l'identité humaine, de nous aider à concevoir tant ses paradoxes que ses affections.

Au cours de nos premières années d'étude à l'UQAM, nous avons été sous la direction de Bernd Jager qui enseignait une psychologie fondée à partir d'une anthropologie prémoderne, c'est-à-dire une conception grecque et judéo-chrétienne de la condition humaine. Ce choix l'amena notamment à la relecture et l'interprétation des grands récits et traditions occidentales antiques et

mésopotamiennes. Il considérait autant la phénoménologie, la psychanalyse, que l'herméneutique (l'interprétation des textes sacrés anciens) comme des disciplines à partir desquelles réorienter l'entreprise de la construction de la connaissance en psychologie. Ce vaste travail fut l'œuvre d'une vie académique. Nous choisissons également une anthropologie développementale, et plus précisément celle de la théorie psychanalytique, afin d'élargir le cadre d'étude sur la personnalité et ses pathologies. Nous montrerons comment les deux présupposés anthropologiques du paradigme développemental, auxquels adhère la psychanalyse, permettent de réorienter et de préciser les champs de la recherche et de la clinique autour du TPL. Nous avons maintenant explicité nos préjugés sur la nature de la personnalité, et énoncé le choix du lieu depuis lequel nous nous tiendrons pour observer. Nous allons maintenant nous intéresser à la façon dont apparaissent la personnalité et le TPL lorsqu'on les observe à partir d'une théorie psychologique du psychisme, telle que le propose la clinique psychanalytique.

CHAPITRE III

TROIS ESSAIS SUR LA THEORIE DE LA NAISSANCE PSYCHIQUE

> « Si les hommes savaient vraiment apprendre de l'observation directe des enfants, nous aurions pu nous épargner la peine d'écrire ce livre. » (Freud, 1905)

1. Introduction à la première partie

Rappelons la démarche qui nous conduit à investiguer ces trois essais sur la théorie de la naissance psychique pour la compréhension du développement de la personnalité et de sa pathologie.

Pour comprendre le trouble de personnalité limite, nous nous sommes d'abord demandé ce qu'est la personnalité de manière plus large. Nous avons situé que ce questionnement anthropologique s'inscrivait dans un paradigme naturaliste depuis le XVIIIe siècle en Europe. Ce cadre de pensée domine encore en majorité de nos jours dans les disciplines scientifiques et médicales. Il se fonde sur deux présupposés objectiviste et matérialiste. Il conduit à concevoir l'origine et les caractéristiques de la personnalité humaine comme le résultat des caractéristiques de sa maturation biologique. Nous avons exposé les limites de ce cadre de définition de la personnalité. De là, nous avons cherché des anthropologies alternatives depuis lesquelles concevoir la personnalité. Une courte rétrospective historique nous a permis de proposer une autre anthropologie, développementale. Cette alternative historique au naturalisme s'est manifestée à travers des courants théoriques divers. Nous avons identifié la psychanalyse comme l'un d'eux. Elle propose une compréhension de la condition humaine à partir de deux présupposés proches de ceux des époques prémodernes grecque et médiéviste. Ces présupposés sont les suivant :

1) l'être humain est incomplet à la naissance, il y a un développement psychique à part entière et non réductible au développement physique qui se poursuit bien au-delà de la gestation ;
2) la source de ce développement est à l'extérieur de l'individu, il est donc tributaire d'une relation avec un contexte, et non seulement le résultat des propriétés d'une matière déjà présente.

Nous souhaitons caractériser les étapes précoces de ce développement psychique pour mieux comprendre la façon dont se construisent la personnalité et sa pathologie. Pour cela, nous avons choisi d'étudier les travaux de trois médecins, pédiatres, psychiatres et psychanalystes contemporains de Freud : René Spitz, Margaret Mahler et Donald Winnicott. La lecture de leurs œuvres nous permettra de relire et d'approfondir la métapsychologie freudienne depuis une perspective développementale. Le choix de ces auteurs repose sur le fait qu'ils ont contribué chacun, d'une manière à la fois originale et complémentaire, à étendre le champ d'investigation des étapes précoces du développement psychique au cours d'un même contexte socio-historique. Ils sont tous nés à la fin du XIXe et sont décédés à la fin du XXe siècle. Ils ont tous commencé leur pratique médicale aux alentours de la formulation de la seconde topique, c'est-à-dire dans les années vingt. Ils ont surtout comme point commun d'avoir construit une pratique clinique auprès de jeunes enfants et de leurs familles, en s'interessant de près aux tout premiers moments de la vie, c'est-à-dire des étapes précoces qui mènent à la formation du soi. Ces étapes qui précèdent et qui aboutissent à la formation d'un soi, d'un appareil psychique correspondent aux étapes qui précèdent et qui aboutissent à ce que nous qualifions de « naissance psychique ». Chacun des essais suivant visant à caractériser les aléas de cette seconde naissance a été écrit pour pouvoir être lu indépendamment l'un de l'autre. Certaines de leurs étapes se recoupent ainsi nécessairement, et l'eventuel sentiment de répétition que pourrait inspirer leur lecture successive n'est pas accidentel ou fortuit mais prépare le lecteur à appréhender ce sur quoi ils se distinguent précisément, à savoir le parachèvement de la formation d'un soi, d'une personnalité propre.

2. La théorie développementale de la formation du soi par René Spitz

2.1. Biographie

Psychiatre et psychanalyste américain, René Árpád Spitz est né à Vienne en Autriche le 29 janvier 1887, et est décédé à Denver le 11 septembre 1974 à l'âge de 87 ans. Issu d'une famille juive aisée, il passa la majeure partie de sa jeunesse en Hongrie où il étudia la médecine. Il est diplômé de la faculté de Budapest en 1910, âgé seulement de 23 ans. Cela faisait déjà plus d'une décennie qu'était parue *L'interprétation des rêves* lorsqu'il découvrit la psychanalyse. Il décida alors de s'installer à Vienne à la suite de la Première Guerre Mondiale. Dans cette ville en pleine effervescence en cette première moitié du XXe, Spitz côtoya de près le milieu psychanalytique ainsi que ses principaux acteurs, dont Ferenczi, ou encore Freud lui-même. En tant que jeune médecin, il développa très tôt un intérêt pour le développement de l'enfant. Spitz enseigna la psychanalyse à l'École normale supérieure de Paris de 1932 à 1938. En 1939, année au cours de laquelle Freud décéda, il quitta l'Europe où le nazisme se faisait de plus en plus menaçant. Il se réfugia aux États-Unis et y enseigna dans diverses universités avant de devenir professeur permanent à Denver au Colorado en 1967. Il y exerça jusqu'à sa mort.

Spitz éprouva ainsi très tôt un intérêt pour la théorie freudienne du développement et de l'organisation de l'appareil psychique. Il nota que Freud procédait de manière indirecte pour décrire les premiers moments de la formation de l'appareil psychique, par l'analyse de patients adultes souffrant de névroses. Or, Spitz envisagea une approche plus directe de l'étude des premiers moments du développement psychique depuis l'étude de la vie du nouveau-né. Cependant, l'accès à l'expérience du nourrisson demeurait un défi puisque celui-ci ne possède pas encore la parole. René Spitz fut l'un des premiers à étendre le champ de la recherche psychanalytique à l'enfance, en proposant l'observation, directe et indirecte, de nourrissons, aussi bien malades que sains. Il explora alors le développement précoce du nouveau-né, lors de la première année de la vie, jusqu'à la naissance des premières relations.

De Spitz, on se rappelle surtout les travaux sur le syndrome de l'hospitalisme, dont la première parution date de 1945. En travaillant auprès des nombreux orphelins que fit la Seconde Guerre Mondiale aux États-Unis, il démontra que des carences maternelles précoces pouvaient induire des conséquences pathogènes graves chez le nourrisson. Il demeure néanmoins peu connu aujourd'hui. Pourtant, l'ensemble de son œuvre sur les premiers moments de la formation du soi, ainsi que l'importance de la qualité du lien qui unit le nourrisson à sa mère, lui valurent l'honneur d'être nommé au comité éditorial de la prestigieuse revue *The Psychoanalytic Study of the Child*, fondée en 1945 par Anna Freud, Heinz Hartmann et Ernst Kris. Il publia plusieurs ouvrages d'une certaine notoriété à l'époque, dont *A genetic field theory of ego formation* en 1959, et *The first year of life : A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations*, en 1963. C'est à partir de l'étude de ces œuvres sur la première année de la vie de l'enfant jusqu'à l'acquisition de la parole que nous débutons notre premier essai sur la naissance psychique.

2.2. Introduction : Les stades précoces du développement pendant la première année de vie

2.2.1. L'expérience de la première année de la vie

A partir de ses observations, Spitz suggère qu'un nouveau-né se développe d'un niveau qu'il qualifie de « quasi animal », jusqu'à acquérir progressivement les traits propres à l'espèce humaine, c'est-à-dire l'aptitude aux relations sociales (Spitz, 1959). L'enfant ne vient pas au monde avec un appareil psychique déjà formé, comme le sont par exemple ses autres organes tels que son cœur, ses poumons, ou son appareil digestif. La formation de l'appareil psychique se poursuit bien au-delà de la naissance (Spitz, 1959) par la prolongation d'un état de non-différenciation psychique : « Je me suis interdit et je le souligne, toute hypothèse sur la présence possible de processus intrapsychique chez l'enfant dès la naissance. Selon le concept de Freud, la pensée n'existe pas à la naissance. » (Spitz, 1963, p. 2).

Même si de notre point de vue la naissance physique apparait comme une venue au monde, du point de vue du nourrisson, cela pourrait ne pas être encore le cas. Spitz

réfute donc l'hypothèse communément répandue à son époque chez bon nombre de ses confrères analystes selon laquelle la vie psychique du nouveau-né serait déjà complexe dès la naissance, faite de conflits, d'oppositions d'instincts, de fantasmes, de sentiments de culpabilité, etc. Bien au contraire, selon lui le développement ne commence pas par des processus mentaux complexes, mais y aboutit. Le développement débute par des états primitifs, des états physiologiques préliminaires, instables, allant vers des formes de plus en plus complexes et stables. L'épanouissement des différentes pulsions, les fonctions mentales et leurs structurations n'émergeront que lentement et graduellement de cet état d'indifférenciation initiale. Néanmoins, l'absence d'activité psychique à la naissance ne signifie pas pour autant que le nourrisson est une « *tabula rasa* », comme l'évoquent les théories des philosophes anglais John Locke et John Stuart Mill au XIXe siècle. Comme Freud, Spitz suppose que le nouveau-né possède certaines tendances pulsionnelles dont l'organisation, les buts et les modes de décharges vont être façonnés au cours des premières années de la vie.

Pour René Spitz, le développement dans le domaine psychologique repose essentiellement sur l'établissement des relations objectales, ou plus simplement de l'accès aux relations sociales (Spitz, 1963). Au cours de ses œuvres, il ne cesse de répéter l'importance fondamentale de la formation de ces relations pour le développement de l'individu. Il suppose donc qu'au commencement, il n'y a pas de relation sociale intentionnelle entre le bébé et son entourage, du point de vue du bébé. Il n'est pas évident de se représenter une telle phase non relationnelle pour approcher l'expérience psychique du nourrisson, même si nous l'avons pourtant tous vécue au commencement, « le développement normal des relations objectales constitue le prélude du fonctionnement normal du psychisme, et est une condition non pas suffisante mais nécessaire à son éclosion. » (Spitz, 1963, p. 131). Ce n'est que progressivement vers la fin de la première année, avec la prise de conscience d'une altérité, que la démarcation entre un intérieur et un extérieur, entre un soi et le monde, rend possible une première relation.

2.2.2. Une perspective interactionnelle de l'éclosion psychique

Pour Spitz, la formation du psychisme jusqu'à son « éclosion » résulte de l'interaction réciproque de facteurs congénitaux et environnementaux (Spitz, 1963). Contrairement aux idées reçues, la recherche psychanalytique semble dès le début du XXe siècle insister sur le rôle du contexte dans le développement psychique, et notamment le rôle des figures de soins. En cela nous pourrions noter que la théorie psychologique proposée par la psychanalyse s'éloigne des présupposés naturalistes sur l'origine et l'interprétation des phénomènes humains. L'organisation de la vie pulsionnelle n'est pas innée, ni même purement organique. Au contraire, Spitz conçoit l'influence du milieu comme un champ de forces à partir duquel évolue un centre dominant d'intégration et d'organisation du psychisme.

> Deux courants coopèrent à la formation de la personnalité. L'un est le processus de maturation, l'autre le développement psychologique. Ce dernier est une modification conduisant à un degré croissant de différenciation, produit en partie par l'influence du milieu, mis en œuvre par des relations avec l'objet de satisfaction. (Spitz, 1959, p. 24)

Spitz évoque donc une perspective interactionnelle du développement, une théorie qui suppose que les phénomènes psychiques se construisent dans les interactions de l'enfant et de son entourage premier : ses parents.

Du point de vue des prédispositions physiologiques, pour Spitz chaque enfant vient au monde avec un « outillage congénital » propre. Cet outillage comprend lui-même trois sous-facteurs :

1) l'influence du matériel héréditaire contenu dans les gènes et les chromosomes ;
2) l'influence de la période de gestation, ou de la vie intra-utérine ;
3) l'influence de l'accouchement.

Concernant l'influence des facteurs environnementaux, il tient compte de deux particularités :

> 1) en premier lieu, il souligne une différence fondamentale entre la structure psychique de la mère et celle de l'enfant. Le nourrisson n'a pas une organisation de personnalité comparable à celle de l'adulte, son interaction

avec l'entourage est purement physiologique au début. Elle est une sorte de prolongement, de « parasitisme » ;

2) ensuite, l'entourage du bébé est extrêmement étroit au tout début, contrairement à celui de l'adulte. Son horizon se limite souvent à une seule personne, sa mère, ou son substitut, qui en plus n'est pas perçue comme une entité séparée mais un prolongement des besoins et de leurs satisfactions. Pour Spitz, lors de la première année, le nourrisson fait partie d'un système clos à deux composantes seulement.

Ce rapport à l'environnement évolue du parasitisme à la fusion, avant de s'ordonner et se hiérarchiser. La relation à la figure maternelle joue ici un rôle décisif (Spitz, 1963).

2.2.3. Les caractéristiques de l'embryogenèse psychique

Spitz (1963, p. 31) rend compte à quel point la première année de l'enfant est une période de transformation sans commune mesure : « C'est l'époque où l'enfant passe par un processus de transitions continues et de transformations rapides, violentes, voire même orageuses ». Selon lui, cette phase de bouleversement brusque et agité obéirait au principe d'un « développement dépendant » : le succès des premières étapes conditionne la réalisation des suivantes. Il fait donc l'hypothèse qu'il y aurait au cours de la première année des périodes critiques plus importantes, responsables de la réorganisation complète de la structure psychique. Il suppose qu'à chacune de ses périodes critiques opère un « facteur organisateur » respectif en s'inspirant de l'embryogenèse. En effet, dans cette discipline ce terme fait référence à l'action déterminante de certains agents de contrôle à certains moments clés de la formation du fœtus (Spitz, 1959). Sur ce modèle, il cherche donc à référencer des forces opérantes lors de « l'embryogenèse psychique ».

En plus de l'idée d'un développement dépendant, Spitz, suggère celle d'une « complaisance maturationnelle » : pour lui chaque aspect du développement psychologique trouverait des conditions de développement physiologique (ce qu'il nomme la maturation) favorables à sa réalisation lors de sa période critique :

« J'insiste sur le fait que la synchronicité de la maturation du développement constitue un caractère absolument essentiel du développement normal. » (Spitz, (1959, p. 58). Réciproquement, il conçoit donc qu'il est difficile d'acquérir certaines habiletés développementales à des stades ultérieurs, hors de leurs périodes critiques respectives. L'asynchronicité du développement psychologique et de la maturation conduirait plutôt à des conséquences pathologiques.

Nous allons maintenant voir en détail les stades du développement précoce décrits par Spitz, depuis l'embryogenèse psychique jusqu'à son éclosion, tout au long de cette première année. Nous verrons les rôles et caractéristiques des différents facteurs organisateurs au cours de cette seconde naissance, censée aboutir graduellement à l'acquisition des relations sociales. Nous verrons alors la façon dont ces facteurs organisateurs façonnent l'apprentissage des grandes aptitudes du développement psychologique. Spitz distingue trois stades successifs, dont le début est à chaque fois indiqué par l'apparition d'un comportement affectif spécifique : le stade préobjectal, le stade du précurseur de l'objet, et enfin le stade de l'objet proprement dit. Nous verrons ensuite le rôle central de la mère et de ses qualités au cours de l'embryogenèse jusqu'à l'éclosion psychique. Enfin, nous verrons les différentes façons par lesquelles les étapes qui conduisent à cette éclosion pourraient s'interrompre, jusqu'à altérer le bon développement de l'appareil psychique et l'acquisition des relations sociales.

2.3. Le stade sans objet ou préobjectal de 0 à 3 mois

Le premier stade commence à la naissance et persiste jusqu'à la moitié du troisième mois. A la naissance, le nourrisson est dans un état de non-différenciation, c'est-à-dire un état dans lequel il ne possède pas d'organisation ni de structure psychique bien établie, bien différenciée.

2.3.1. Un état de double indifférenciation à la naissance

L'organisation primitive du nouveau-né se caractérise par une double indifférenciation selon Spitz. Ainsi, il n'existe tout d'abord pas de frontière entre le soi et l'autre : le nourrisson n'est pas capable de distinguer sa propre personne de

ce qui l'entoure, ni de distinguer deux objets l'un de l'autre : « A ce stade primitif, l'enfant n'est pas en mesure de distinguer d'objet, et par objet j'entends non seulement l'objet libidinal, mais toutes les choses qui l'entourent. » (Spitz, 1963, p. 15). Par exemple, il perçoit les provisions maternelles, ce qui le nourrit, comme une partie de lui-même. Il est donc l'environnement immédiat qui l'entoure. En outre, il ne perçoit les signaux extérieurs que dans la mesure où ceux-ci troublent sa quiétude et sans assistance adaptée, ces signaux représentent potentiellement une source de déplaisir face à laquelle il est totalement démuni.

De même, il n'existe pas de séparation claire entre le somatique et le psychique (Spitz, 1963). Le physiologique et le psychologique ne font d'abord qu'un selon Spitz. Cet autre aspect de l'indifférenciation est encore moins évident à concevoir. Par exemple, il suggère que les comportements en réponse aux stimuli ne sont au mieux que des réflexes conditionnés élémentaires, inorganisés, aléatoires et donc non spécifiques. Pour lui, le psychisme s'érige à partir de ces prototypes physiologiques assez rudimentaires (Spitz, 1959). Il conçoit alors que les soins physiologiques, les soins qui visent à la régulation de la température, de la faim, des autres constances organiques comme le sommeil, la luminosité, l'exposition aux bruits, etc., sont au début aussi des soins psychologiques. Autrement dit ces soins physiques jouent d'emblée un rôle dans l'élaboration d'une vie psychique. Les structures, ainsi que les fonctions psychologiques vont se développer plus tard, en prenant pour modèles ces organisations strictement physiologiques, ainsi que leurs réponses.

Les premiers échanges, qui sont principalement de nature physiologique, sont donc aussi des préfigurations d'échanges psychologiques. Ainsi, la mère n'est pas seulement celle qui nourrit, elle est elle-même la nourriture. Le premier rapport à l'autre, l'autre qui n'est pas encore perçu, est donc littéralement un rapport d'incorporation, d'absorption puis d'expulsion. Nous avons rencontré le monde d'abord en le mangeant, en l'incorporant, puis en rejetant ce dont nous n'avions pas

besoin. Dans cette forme de transaction archaïque, la relation, n'en est pas une à proprement parler. Elle est au service de la survie d'un organisme très fragile.

2.3.2. La circulation pulsionnelle au stade préobjectal

Spitz rapproche sa conception du stade préobjectal à celle du narcissisme primaire de Freud, pour qui l'énergie pulsionnelle indifférenciée s'écoule d'abord vers la stabilisation de différentes constances physiologiques internes, sans vraiment chercher une action coordonnée, ni d'autres objets (Freud, 1913). Toute l'énergie pulsionnelle s'écoule donc vers le nourrisson lui-même. Le stade préobjectal, comme celui du narcissisme primaire, correspond donc à une phase plutôt paradoxale : le nourrisson se satisfait par lui-même, dans la mesure où il existe certains soins de base dans son environnement.

> Freud connote plutôt par le terme de narcissisme primaire un premier état de vie, antérieur même à la constitution d'un moi, et dont la vie intra-utérine serait l'archétype. La distinction de l'auto-érotisme et du narcissisme est alors supprimée. […] On désigne toujours par là un état rigoureusement « anobjectal » ou du moins « indifférencié », sans clivage entre un sujet et un monde extérieur. (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 264)
> Cet état primitif, qu'il nomme alors narcissisme primaire, serait caractérisé par l'absence totale de relation à l'entourage, par une indifférenciation du moi et du ça, et trouverait son prototype dans la vie intra-utérine dont le sommeil représenterait une reproduction plus ou moins parfaite. (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 262)

Le premier stade décrit par Spitz rejoint une perspective similaire de l'économie pulsionnelle. Lui aussi conçoit que toute l'énergie disponible est mise aussi au service de processus vitaux. Le nourrisson évolue dans un état diffus d'excitation plutôt déplaisant que plaisant, dont il va chercher à réduire les tensions le plus vite possible. Freud (1920) a aussi évoqué par le « principe du nirvana » que le nourrisson tend à rejoindre un état d'excitation minimum.

Si vers la fin du second mois le nourrisson commence enfin à percevoir visuellement l'approche de l'être humain et lui assigner une place à part entière parmi les « choses » de son environnement, cette reconnaissance ne survient encore qu'au moment de s'alimenter nous dit Spitz. En fait, il ne fait que répondre à un

signal extérieur en fonction d'un signal qu'il perçoit comme provenant de l'intérieur de son corps, un signal intéroceptif, « l'enfant ne perçoit pas un partenaire, ce n'est pas une personne, ce n'est pas un objet, mais seulement un signal » (Spitz, 1963, p. 21). Pour Spitz, comme pour Anna Freud et Heinz Hartmann, l'indifférenciation correspond donc à une absence de distinction structurale entre le Moi et le Ça, ainsi qu'une forme de circulation énergétique plutôt chaotique (Spitz, 1959). Au cours des deux premiers mois, le nourrisson va progressivement distinguer des valeurs agréables et désagréables à ce signal et lui assigner des provenances distinctes. Les premières réponses spécifiques, en réaction à ces perceptions de plaisir ou de déplaisir, sont les indices d'un premier changement au sein de cette économie archaïque.

2.4. Le stade du précurseur de l'objet de 3 à 8 mois

Le second stade, celui du précurseur de l'objet, débute aux alentours du troisième mois, avec l'édification du premier facteur organisateur : l'enfant répond par un sourire au visage de l'adulte. C'est un premier comportement affectif spécifique car il tranche avec la passivité et le caractère aléatoire des réponses précédentes. Si les manifestations du nourrisson à l'égard du visage de l'adulte sont majoritairement inorganisées jusqu'au deuxième mois, l'apparition d'une réponse sourire au troisième correspond dorénavant à une lueur d'activité, un acte intentionnel et volontairement dirigé (Spitz, 1963). A ce second stade, la structure psychique est encore embryonnaire. Pour Spitz c'est une phase de transition entre le stade du narcissisme primaire et celui du stade des relations d'objet.

2.4.1. Du sourire réflexe comme manifestation auto-érotique au sourire intentionnel du troisième mois : le premier organisateur psychique

Les signaux provenant de l'extérieur sont non seulement mieux perçus, mais vont dorénavant laisser des traces distinctes en mémoire à partir desquelles le nourrisson va commencer à s'orienter. Ainsi, la possibilité de retrouver à l'extérieur les traces du visage humain inscrit en mémoire lors d'expériences agréables, provoque une nouvelle réponse, un sourire volontaire et dirigé vers ce visage. Spitz ne suggère pas ici qu'un bébé ne sourit jamais avant ses trois mois. Cependant, le sourire des

trois mois représente pour lui un acte fondamentalement différent des sourires précédents. Si l'on se réfère à la phase préobjectale précédente, les sourires n'étaient jusque-là que des réflexes élémentaires et non spécifiques. Même si du point de vue de l'adulte, ces sourires semblaient lui être destinés, les activités qui se concentraient autour de la zone orale, dont le sourire fait partie, correspondaient surtout à des activités auto-érotiques. Elles témoignaient d'un certain état d'existence doublement indifférencié. Le nourrisson se sourit d'abord en quelque sorte à lui-même, dans la mesure où il ne se différencie pas de la source de ses provisions qui lui procure satisfaction, chaleur, réconfort et apaisement des tensions : « dommage que je ne puisse pas me donner un baiser, pourrait-on lui faire dire. » (Freud, 1905, p. 75). Avant trois mois, le sourire, au même titre que la succion, est à interpréter comme une activité par laquelle se manifestent les trois caractéristiques principales du premier stade du développement psychique : elle ne connait pas encore d'objet, elle est auto-érotique, et son but est déterminé par l'activité d'une zone érogène (Freud, 1905).

Le sourire des trois mois, le sourire en tant qu'acte intentionnel et orienté, raconte une toute autre histoire. Il témoigne d'une première forme d'activité de la pensée, d'un changement majeur parmi l'organisation et l'économie pulsionnelle. Et cette nouvelle organisation laisse deviner dorénavant un destinataire autre que le nourrisson lui-même. Le sourire n'est donc plus seulement un réflexe moteur et non spécifique.

> Le sourire n'est que l'indice lointain des processus qui ont effectivement lieu dans le psychisme de l'enfant. Il indique la séparation des systèmes conscient et inconscient.
> (Spitz, 1959, p. 16)

Le sourire intentionnel des trois mois indique une première division topographique de l'appareil psychique, celle du conscient et de l'inconscient. Ce geste parait si commun, si quotidien. Pourtant l'exécution de ce simple plissement sollicite l'action coordonnée de plus d'une dizaine de muscles. Si le nourrisson y parvient volontairement dorénavant, c'est que la circulation de l'énergie pulsionnelle trouve

une voie d'écoulement vers l'extérieur, par cette zone orale. La division topographique entre le conscient et l'inconscient évoque une autre, celle du Moi et du Ça. Un Moi rudimentaire commence à canaliser les décharges du Ça à travers le domaine corporel : il les favorise ou les inhibe par la maitrise progressive d'actions orientées. La réponse sourire des trois mois correspond donc à un premier « organisateur psychique » pour Spitz. Une perspective développementale l'amène à attribuer une si grande valeur à un acte aussi quotidien que le sourire d'un bébé.

2.4.2. La perception du pré-objet et la réorganisation pulsionnelle

Lors de ce second stade, le nourrisson va passer d'une quasi-totale passivité à une activité croissante. Il se détourne petit à petit de ses sensations intérieures, endogènes, pour s'orienter vers des expériences dont il perçoit la provenance extérieure. Mais s'il se tourne davantage vers des stimuli périphériques, il n'en reconnait encore que des attributs superficiels. Il perçoit par exemple des signaux du visage humain lors de certaines situations agréables, comme lorsqu'il est nourri ou lorsqu'il se sent apaisé. Spitz parle alors d'un précurseur de l'objet et non encore d'un véritable objet ou d'une véritable altérité. La perception du précurseur de l'objet et son inscription en mémoire vont favoriser la différenciation des pulsions libidinale et agressive (Spitz, 1963). D'un côté, une certaine partie de l'énergie pulsionnelle, la libido, va s'orienter vers les signaux extérieurs agréables, considérés par le nourrisson comme une partie de lui, et d'un autre côté, une autre partie de l'énergie pulsionnelle, l'agressivité, s'écoulera plutôt vers les signaux extérieurs désagréables, considérés par le nourrisson comme ce qui ne fait pas partie de lui. Différents modes de décharge corporelle vont alors remplir deux fonctions, à savoir se rapprocher de ce qui est bon, et éliminer ce qui ne l'est pas. Un tout autre type de rapport au monde, particulièrement clivé, apparait.

Si le premier rapport du nourrisson au monde a été de l'incorporer, de le manger, il va apprendre à se comporter d'une autre façon maintenant à son égard, selon qu'il perçoive des sensations plaisantes ou déplaisantes. Alors que le nourrisson continue de vouloir en absorber la partie bonne, il va se désolidariser de la mauvaise, de la

provenance de perceptions désagréables. Le monde d'abord absent du rapport du nouveau-né à l'existence s'y introduit sous les traits du danger que représentent la frustration et la privation. La perception du précurseur de l'objet, dont le sourire des trois mois représente un indice, implique ainsi une première discrimination entre un soi, partiellement différencié, et le monde, le plus souvent frustrant : « L'avènement de ce premier organisateur sépare le fonctionnement biologique gouverné par la satisfaction des besoins, du fonctionnement psychologique subordonné progressivement au principe de réalité. » (Spitz, 1963, p. 128). Ce point de transition à trois mois, montre selon Spitz un nouvel équilibre dans les forces qui régissent le développement : le psychologique apparait et s'installe au côté de la maturation. En tant que forme archaïque de communication consciente et réciproque, le sourire représente le précurseur et le prototype des relations sociales à venir. Le sourire du bébé représente le premier pas vers les relations objectales.

2.4.3. Le rôle des signaux et des affects de déplaisir dans l'amorce du processus d'éclosion du soi

Le nourrisson distingue déjà des manifestations de plaisir et de déplaisir depuis le deuxième mois. Il peut exprimer par exemple son mécontentement lorsqu'il se sent abandonné par l'adulte. Cependant, pour Spitz, les affects de déplaisir ne sont pas pour autant des expériences systématiquement nuisibles et aversives dont il faudrait à tout prix préserver le nourrisson. Plaisir et déplaisir contribuent de manière comparable à la formation de l'appareil psychique (Spitz, 1963). Ils s'associeront même dans la suite du développement pour constituer des fonctions et processus psychiques toujours plus complexes. Spitz met en garde la tentation d'une éducation qui viserait à priver le bébé de tout déplaisir lors de la première année. Ces deux expériences sont tout aussi nécessaires au développement de la perception, de l'action et de la pensée. Se priver de l'une comme de l'autre conduit inexorablement à un déséquilibre.

> L'importance de la frustration pour le développement ne saurait être surestimée, car elle est imposée par la nature même. Elle commence par la frustration formidable de l'asphyxie à la naissance, qui impose la respiration pulmonaire à la place de la circulation fœtale ; elle est suivie

> par les frustrations répétitives et continues de la faim et de la soif, enfin le sevrage l'obligera à se détacher de la mère. (Spitz, 1963, p. 49)

A partir de la fin de ce second stade, soit à partir de la seconde moitié de la première année, les émotions négatives dominent même l'expérience du nourrisson pour Spitz. Le bébé mord, frappe, lance, agrippe, arrache, donne des coups à son compagnon. Ces nouvelles activités, destructrices de notre point de vue, sont du point de vue du nourrisson des moyens de mieux manœuvrer les objets, humains ou non. Elles lui servent à mieux s'orienter, à mieux maitriser ses gestes, ses membres, et à mieux percevoir et communiquer.

Les décharges, en apparence destructrices, de la pulsion agressive par l'appareil musculaire et squelettique, favorisent ainsi la différenciation de bébé et du monde, du soi et du non soi, de l'animé et de l'inanimé, du familier et de l'étranger. Nous présageons là leur rôle majeur dans la formation des premières relations objectales, synonyme de l'éclosion du soi. Cependant, considérer le rôle positif des affects de déplaisir et de la destructivité du nourrisson pendant « la gestation psychique », ne revient pas à préconiser une permissivité sans limite et une absence de son contrôle à ces stades. Bien au contraire, Spitz souligne que l'énergie agressive apparait dans la relation au pré-objet bien avant la faculté du nourrisson à la neutraliser ou la sublimer. C'est pourquoi l'interdiction et les limites de l'adulte sont nécessaires d'ici à ce que les processus qui en permettent la gestion se développent et soient pleinement maitrisés.

2.5. Le stade de l'objet réel à partir de 8 mois

Le troisième stade, celui de l'objet réel débute au huitième mois par l'apparition du second organisateur psychique, la peur de l'étranger, et aboutit au dix-huitième mois par l'avènement du troisième organisateur : l'acquisition de la parole et la compréhension du geste social comme moyen de communication. Entre le huitième et dix-huitième mois, entre le second et le troisième organisateur psychique, va éclore un soi, une personnalité, qui poursuivait jusque-là sa gestation en conservant une forme embryonnaire, c'est-à-dire indifférenciée. Cette éclosion correspond à

un processus d'adaptation progressive à la réalité, qui n'était pas, ou peu perçue jusque là. Néanmoins, le nourrisson a toujours besoin du support du pré-objet, et demeure particulièrement vulnérable à sa perte.

2.5.1. Le second organisateur psychique : la peur de l'étranger des 8 mois

Entre six et dix mois apparait un second comportement affectif spécifique : le bébé se met à pleurer à l'approche d'un inconnu. Il tente de s'en protéger ou de fuir, en allant se réfugier généralement auprès de ses parents. Pour Spitz, cette angoisse qui se manifeste de manière plus singulière autour des huit mois correspond à une nouvelle période critique de changement parmi l'organisation et l'économie pulsionnelle. Ce qu'il qualifie par « la peur de l'étranger » constitue le second organisateur psychique (Spitz, 1963). Avec son avènement, à partir de la seconde moitié de la première année, le bébé manifeste une gamme de réactions affectives plus large et plus nuancée. Il devient également capable de choisir un objet préféré.

Le second organisateur psychique indique qu'un des objets de l'entourage de l'enfant occupe une place à part à ses yeux. La peur de l'étranger est donc le négatif de la formation d'un objet d'amour spécifique, l'objet libidinal :

> Le phénomène démontre que l'enfant est parvenu à réserver au visage de sa mère, une place unique parmi tous les autres visages humains. Car maintenant ce visage est préféré et les autres différents sont rejetés. Il a trouvé le partenaire avec qui il va construire des relations d'objet. (Spitz, 1963, p. 54)

Avec celui ou celle à qui appartient ce visage préféré, le bébé va construire une première relation véritable, réelle, séparée. Ce qui n'était encore qu'une phase pré-relationnelle ou une phase de relation partielle, va conduire à une première vraie relation objectale. La réalisation de cette étape du développement psychologique n'est ni automatique, ni systématique, ni un fait de droit de la maturation. Elle est le fruit d'une transaction complexe et répétée entre l'entourage et le bébé, entre le pré-objet et le soi embryonnaire en cours de différenciation (Spitz, 1959). Comme toute étape du développement psychologique, elle peut ne pas s'accomplir, ou être mal franchie, en l'absence de concordances favorables entre les conditions

environnementales et maturationnelles. L'éclosion du soi peut demeurer inachevée chez certains individus. La gestation du soi, dans sa forme embryonnaire indifférenciée, peut se poursuivre, ou réapparaitre, bien plus tard selon les modalités singulières de ce second réarrangement critique.

2.5.2. La coopération de la pulsion agressive et de la pulsion libidinale dans la formation des relations d'objet

Au stade précédent, la pulsion agressive et la pulsion libidinale se sont séparées, en s'orientant chacune respectivement vers un mauvais objet, le non-soi, et vers un bon objet, le soi en gestation. Le soi et le non-soi ne sont ici toujours pas clairement délimités. La définition d'une telle limite s'appuie sur le caractère de ce qui est plaisant ou déplaisant, et non sur une aptitude à percevoir un sens d'identité propre chez soi ou chez l'autre. Des parties déplaisantes du soi sont considérées comme non-soi et placées à l'extérieur, alors que des parties agréables du monde sont vécues comme le soi, et placées à l'intérieur. Il y a encore un peu du nourrisson dans le monde, et du monde dans le nourrisson.

A ce stade, les pulsions libidinale et agressive vont se rejoindre mais différemment de la manière dont elles étaient initialement intriquées lors du stade préobjectal. Lorsque le nourrisson peut vivre des expériences répétées de frustration et d'apaisement avec la figure de soin privilégiée, avec l'objet aimé, les deux pulsions ont la même cible. Les deux perceptions partielles, bonne et mauvaise, du pré-objet se superposent ainsi en une seule pour former l'objet libidinal, l'objet réel, la première altérité (Spitz, 1963). La peur de l'étranger indique donc le début d'une redirection commune des pulsions agressive et libidinale. Hartmann, Kris et Loewenstein insistent également sur le rôle de la collaboration de l'agressivité et de la libido dans la formation des relations d'objet, dans l'article *Comments on the formation of psychic Structure* (1946) paru dans la revue *The Psychoanalytic Study of the Child.* Pour Spitz, l'acquisition de l'aptitude à être en relation suppose donc la formation préalable de l'objet libidinal, de la perception d'une altérité globale à la fois indulgente et frustrante, à la fois aimée et détestée, aux alentours de la seconde moitié de la première année.

2.5.3. Aptitude à tolérer la frustration et neutralisation de l'agressivité

La seconde période critique du développement correspond donc à la coopération de la pulsion agressive et libidinale. La peur de l'étranger est l'indice du déroulement de ce second changement qui a lieu entre le huitième et le dix-huitième mois. Elle n'indique pas la fin de cette seconde grande réorganisation pulsionnelle et topographique, mais seulement le début. En effet, l'enfant ne pourra pas toujours se protéger du monde en se réfugiant auprès de l'un de ses parents. La fuite ou la protection par un partenaire uniquement bienveillant, perçu comme prolongement de soi, ne lui permettra certainement pas d'accéder à une existence autonome. L'enfant doit s'approprier d'autres moyens pour « faire face », littéralement, au monde qui se présente sous les traits inquiétants du visage de l'inconnu, de l'étranger. Pour se soulager des tensions et des décharges provoquées par cette rencontre, le jeune enfant pourrait envisager de vivre à jamais à l'abri, éviter la présentation de ce visage en ne quittant jamais ses parents, en ne leur tournant jamais le dos. Cela reviendrait également à refuser l'autonomie, à abandonner l'idée d'une existence propre. Il se condamnerait par là aussi à une forme de dépendance perpétuelle, incapable de tourner le dos à la mère ou au père pour faire face au vertige que provoque le regard en direction de l'inconnu.

Cependant, l'objet libidinal devient normalement lui aussi de plus en plus frustrant avec le temps. Le nourrisson apprend à supporter ces aspects frustrants de l'objet libidinal lorsqu'ils sont compensés par ses aspects bienveillants. L'intégration des perceptions agréables et désagréables de l'objet libidinal en un objet à la fois agréable et désagréable conduit donc progressivement l'enfant à développer une aptitude à tolérer la frustration et à ajourner la recherche de satisfactions, d'apaisement des tensions. De plus, la coordination des pulsions libidinales et agressives qui résulte de l'intégration de ces aspects clivés du pré-objet, permet l'exploration de nouvelles voies de décharge par le corps. Aussi modeste soit-il, c'est à partir de l'introduction d'un délai, d'un court répit entre le désir et l'action, entre la perception d'une tension et de son soulagement immédiat que l'enfant parvient à acquérir un moyen personnel de surmonter la tension et la peur que

provoque la rencontre avec ce visage inconnu, derrière lequel se cache en réalité un monde bien plus vaste.

Pour l'enfant, être capable de tourner la tête vers le visage de l'étranger, d'y plonger son regard, d'y sonder la beauté des traits, et l'histoire qu'ils racontent, c'est s'ouvrir au monde et à la possibilité de l'embrasser, comme il sourit et embrasse un visage familier. L'aptitude à tolérer la frustration et l'action coordonnée des pulsions concrétisent enfin l'éveil de la pensée et l'accès au principe de réalité. Spitz insiste donc une fois encore sur le rôle décisif de l'agressivité dans la poursuite du troisième stade du développement psychologique :

> « The articles *Notes on the Theory of Aggression* of Hartmaan, Kris and Loewenstein (1949, p. 21) basing themselves on a hypothesis introduced by Freud, state that the formation of permanent object relations is "dependent on the capacity of the individual to bear frustration", a view with which I fully concur and which I have frequently expressed. This capacity to bear frustration, or, as Freud expressed it, "to enforce the postponement of satisfaction" (Freud, 1920, p. 5) is more generally referred to as the reality principle. I postulate on the grounds of my interpretation of experimental findings that the infant must achieve the reality principle before any objective perception can take place. » (Spitz, 1953, p. 130)

En plus de favoriser une première forme d'orientation du soi vis-à-vis d'un monde au stade précédent, l'expression de la pulsion agressive, une fois ajournée, et neutralisée par la pulsion libidinale, trouve de nouvelles voies d'expression à travers l'appareil musculaire et la motilité.

> « By the time the baby is eight months old, it has acquired an orientation and co-ordination of the different parts of its body, thanks to the body image formed with the help of the distribution of the aggressive drive into the most varied systems. » (Spitz, 1953, p. 131)

Les nouvelles expressions de la pulsion agressive, mise à profit de la maitrise du mouvement et de l'action, offrent une scène plus sûre, depuis laquelle rencontrer l'étranger.

Ce détournement de la pulsion agressive relève des interactions avec un partenaire privilégié aux yeux de l'enfant.

> « It is the relationship with the love object which gives the infant the opportunity to release its aggressive drives in all the activities provoked in it by the actions of the object. That, after all, is well-known to nursing mothers who suffer from the tendencies of their infants to bite the nipple. It should be understood that we include in the manifestations of the aggressive drive also those activities which are not experienced as hostility, for instance grasping, etc. » (Spitz, 1953, p. 132)

Sans la possibilité de vivre de telles expériences avec un objet libidinal, l'ajournement et le détournement de la pulsion agressive risquent de ne pas s'achever. L'insuffisance de sa neutralisation est alors toujours synonyme de destruction : une destruction de l'autre, c'est-à-dire de l'objet, ou bien encore de soi lorsqu'elle ne s'écoule pas vers l'extérieur. La défusion de la pulsion agressive suppose l'absence de la capacité à distinguer l'objet réel, et donc la persistance d'une forme d'expérience psychique embryonnaire.

2.5.4. L'accès au monde et à la réalité par le visage de l'étranger

Le Moi est l'organisation psychique qui gère les échanges avec le monde extérieur (Laplanche et Pontalis, 1967). Comme nous l'avons vu, une telle organisation n'existe pas après la naissance selon Spitz, de même que le monde extérieur du point de vue du bébé. Cependant, même lorsqu'une ébauche du Moi se constitue sous l'impulsion de la division topographique annoncée par le premier organisateur psychique à trois mois, il est loin d'être aussi fonctionnel que chez l'adulte. L'enfant demeure pour longtemps encore vulnérable et dépendant. C'est ce que révèle sa réaction lorsqu'un étranger se présente à lui, « le développement de l'efficacité du Moi, de ses réserves, de son élasticité, dure des mois et des années, et se fait d'une manière lente et progressive. » (Spitz, 1963, p. 35). Pour René Spitz, le second changement dans la gestion des pulsions, qui se déroule entre le second et le troisième organisateur psychique, entre la peur de l'étranger et l'acquisition de la fonction symbolique du langage, représente une phase majeure de renforcement du Moi. Au cours de cette période, l'enfant va apprendre à associer perception et action, par l'intermédiaire de la maitrise du corps. La capacité de tolérer une plus grande amplitude de tension pendant un certain délai, et d'ajourner les décharges de la pulsion agressive, lui permet de réorienter celle-ci vers la maitrise du

déplacement, vers la précision des mouvements dans l'espace et le maniement des objets. Il gagne alors en autonomie et en maitrise, ce qui enrichit la nature des interactions qu'il peut proposer en retour à l'étranger.

Le Moi reproduit d'abord sur le plan psychique, les modes d'échanges archaïques des processus physiologiques qui liaient originairement le nourrisson et le monde, à savoir l'incorporation et la destruction. A partir d'interactions continues et répétées avec l'objet réel, dont les représentations partielles se superposent, le Moi va apprendre à diversifier et élargir ses modes d'échanges au-delà de ces deux options. Mieux outillé pour interagir, l'enfant peut alors administrer des fonctions de maitrise et de défense toujours plus complexes et nuancées. L'enfant va pouvoir gérer un peu plus par lui-même les rôles qu'administrait son partenaire privilégié, par exemple la locomotion, l'alimentation, l'exposition ou non à certains signaux, la décharge ou non de certaines tensions, etc. La peur et les tensions suscitées par le monde, qui s'est présenté à lui sous les traits d'un visage étranger, ne paraissent plus si intolérables qu'au premier abord. L'enfant possède des modes de gestion alternatifs des décharges. Il peut alors les mettre au service de cette rencontre, et plus seulement de sa propre survie.

Comme pour toute réalisation développementale coconstruite, il peut exister des possibilités d'interruptions ou de régressions à des modes d'échanges primitifs avec le monde, notamment si les fonctions du Moi s'affaiblissent, ou pire, si elle n'ont pas pu se renforcer en raison de l'absence du soutien d'un objet libidinal. L'incorporation du bon, l'élimination du mauvais, la fuite, l'agression, ou encore la recherche de protection auprès d'un partenaire perçu partiellement sont autant de modes de gestion archaïques du rapport au monde, susceptibles de ressurgir plus tard. Or, nous avons vu que le rapport au monde est d'abord incarné par le rapport au visage de l'étranger. L'attitude face au visage de l'étranger nous donne donc toujours une certaine indication sur le mode de gestion du rapport au monde. Le rapport à l'étranger qui se présente à nous est un indicateur du niveau de réalisation du développement psychique. La fuite ou l'agression en réponse à ce visage inconnu pointe ainsi inéluctablement vers la persistance ou le retour d'une

immaturité du développement psychique. Le recours à ces réactions est un aveu de faiblesse et de dépendance du Moi. Les manifestations d'hostilité ou de rejet à l'égard de l'étranger parlent de l'inachèvement de la seconde réorganisation majeure des pulsions qui conduit normalement à l'éclosion du soi.

2.5.5. Le troisième organisateur psychique : l'acquisition de la parole autour de 18 mois

L'apparition du troisième organisateur psychique coïncide avec l'achèvement de la seconde grande réorganisation pulsionnelle et topographique. Dans le mince délai qui sépare dorénavant le désir et l'action va s'immiscer le langage, le verbe, la communication symbolique. La compréhension du langage social, en tant que moyen de communication réciproque, complète la dernière marche vers la formation du soi et l'aptitude aux relations d'objet. L'acquisition de la parole, et plus précisément de la fonction symbolique du langage, constitue le troisième organisateur psychique (Spitz, 1963). Cette acquisition concrétise l'ajournement et la redirection des décharges de la pulsion agressive, au profit de la rencontre avec le monde, dont le visage de l'étranger est un émissaire.

2.5.5.1. Le langage gestuel et verbal auto-érotique

Bien avant ses dix-huit mois, le nourrisson a déjà recours à une forme de communication envers les objets de son environnement, qu'il ne distingue paradoxalement pas encore. Il réalise quelques gestes et émet quelques sons. Cependant, ce sont des décharges motrices non coordonnées qui apparaissent pour signaler des expériences de déplaisir. Sándor Ferenczi décrit la signification d'une telle gestuelle archaïque dans *Le développement du sens de réalité et ses stades* :

> L'enfant y a recours comme des signaux magiques dont l'émission réalise promptement la perception de la satisfaction. […] Ce que l'enfant ressent subjectivement au cours de ces processus ressemble probablement à ce qu'éprouve un véritable magicien qui n'a qu'un certain geste à faire pour provoquer à son gré dans le monde extérieur les événements les plus complexes. (Ferenczi,1982, p. 54)

Comme toute activité qui se déroule autour de la zone orale au stade préobjectal, il est à supposer que l'émission de son correspond d'abord à une activité auto-

érotique, destinée aussi à l'apaisement de tensions. Ces sons ne s'adressent pas à un objet réel, et n'invitent pas à un échange mutuel, puisque du point de vue du bébé, il n'existe pas encore d'altérité différenciée de lui. La parole ressemble d'abord à un acte, une décharge motrice réflexe en réaction à des signaux déplaisants. Elle est au service de l'adaptation de la réalité au besoin de l'enfant : « Et si l'enfant formule ses désirs en mots, son entourage dévoué s'empresse de les réaliser au plus vite. […] Il croit réellement détenir des pouvoirs magiques, il se trouve dans la période des pensées et des mots magiques. » (Ferenczi, 1982, p. 61). Le langage corporel, comme le langage vocal a une première fonction d'appel, une fonction utilitaire (Spitz, 1959). Ces signaux servent donc à exprimer des besoins, à alerter, et ne sauraient constituer une forme de communication réciproque, trait de caractère adulte spécifique à l'espèce humaine. Comment cet ensemble de sons va-t-il évoluer vers une fonction symbolique et communicationnelle ?

2.5.5.2. L'introduction au langage gestuel et verbal symbolique par l'interdiction

A la fin du troisième stade du développement psychique précoce, l'enfant va transiter d'un type de langage instrumental, une pré-conversation, à un modèle de communication intentionnel, c'est-à-dire une conversation avec un objet réel (Spitz, 1963). Cette transition nécessite une appropriation du symbole sémantique. Pour Spitz le premier symbole sémantique acquis par l'enfant provient de la compréhension du signe de dénégation et de la parole « non » (Spitz, 1963). A partir du moment où il acquiert la marche, vers le troisième semestre, l'enfant va se heurter de manière plus insistante à la répétition de ce signe. En effet, sa mère, qui le protégeait du monde jusqu'alors, va désormais devoir protéger le monde de sa soif d'expérimentation.

Par l'intermédiaire des décharges pulsionnelles qui ne sont pas encore totalement neutralisées, mais qui commencent à être dirigées au moyen de l'appareil musculaire, le bébé explore, inspecte, examine, ausculte. Tout objet ou être vivant de la maison, les plantes, les animaux domestiques, les ustensiles, etc., sont autant de territoires vierges sur lesquels s'exercer. Nous avons vu qu'il y avait une certaine

destructivité inhérente aux décharges de la pulsion agressive, mais que celles-ci étaient indispensables au renforcement du Moi, à la maitrise des gestes et du mouvement. Or, avec la locomotion et la possibilité de s'éloigner, le champ d'application de cette destructivité potentielle est décuplé. La figure maternelle doit donc compenser temporairement les facultés du Moi encore immature, afin de protéger les choses et les êtres environnants de ce mode d'être au monde de conquêtes et d'expériences. C'est autour de cette époque que la mère, ou son substitut change d'attitude envers le bébé. Elle doit instaurer une forme de première moralité : au côté de la câlinerie apparait la prohibition. Lors de cette période, le partenaire privilégié tourne la tête de droite à gauche, et prononce la parole « non » pour interdire à l'enfant de laisser libre cours à ses besoins. Ceux-ci deviennent alors des désirs, des souhaits.

Le début de la civilisation commence par la compréhension du symbole d'interdiction (Spitz, 1963). L'introduction du tabou dans la vie de l'enfant revient à introduire une certaine limite à des actes, à des espaces, à des choses, que l'enfant ne peut désormais franchir selon sa seule volonté. Le vase, le vieux chat de la maison, les ustensiles de cuisine, la route où passent les voitures en avant de la maison deviennent des espaces réglementés : ils sont mis à part, on ne peut y accéder seul et sans permission. Ils frustrent, ils imposent un arrêt qui évoque la présence d'un non-soi. L'enfant apprend que ces espaces sont régis par une sorte de seuil visible ou non, qui suggère la présence d'un autre que lui, un seuil dont la transgression entraine des conséquences pénibles : la discorde, le conflit : « avec la conquête du geste dénégatoire la communication à distance commence, l'action est remplacée par le verbe. Lutte ou fuite cesse d'être la seule alternative dans les rapports humains, la discussion peut commencer » (Spitz, 1963, p. 75). L'enfant, comme la civilisation occidentale judéo-chrétienne, fait ses premiers pas dans la moralité, c'est-à-dire dans l'appréciation d'un idéal de conduite, d'un principe de bien et de mal, sous la forme d'interdictions commandées par une voix extérieure, comme dans l'Ancien Testament : « *ne fais pas* » (Stern, 1954). Le recours privilégié à l'interdiction correspond donc à une forme de morale archaïque que

l'on retrouve dans certaines civilisations plus anciennes, où alors dans des contextes sociopolitiques plus contemporain en régression.

2.5.5.3. L'appropriation du langage verbal symbolique avec l'acquisition d'une morale personnelle

La prohibition, l'injonction de ne pas faire, correspond à une forme de pré-morale, commandée par l'objet libidinal, pour suppléer aux fonctions du Moi encore atrophiées. Si elle est nécessaire à la protection de l'enfant et du monde qui l'entoure au début, cette forme de pré-morale extérieure, contraignante, doit normalement disparaitre à mesure que l'enfant progresse dans son développement, c'est-à-dire avec l'intégration des perceptions clivées du pré-objet, avec la neutralisation de la pulsion agressive, donc avec le renforcement du Moi. En effet, cet ensemble de progrès le rend davantage apte à exercer une fonction morale de lui-même. Comme la locomotion, la morale est une fonction du Moi du nourrisson déléguée temporairement à un partenaire, le temps que s'achèvent les grands changements dans la gestion de sa vie pulsionnelle. Son partenaire est seulement dépositaire de cette fonction, jamais propriétaire. Prolonger excessivement le recours à une pré-morale prohibitive condamnerait l'enfant soit à la soumission et à l'asservissement, c'est-à-dire à abandonner et réprimer sa vie pulsionnelle propre ; soit au contraire au rejet prématuré de toute forme de morale avant d'avoir suffisamment acquis l'aptitude à l'exercer lui-même (Jager, 1990). Dans les deux cas, l'enfant resterait prisonnier de sa propre immaturité, ne pouvant concilier la poursuite de la prise en charge de ses propres pulsions avec la rencontre du monde.

Dans le cas où le partenaire délègue bien cette fonction, en proportion des progrès développementaux réalisés entre le second et le troisième organisateur psychique, l'enfant parvient à une forme de morale personnelle et positive. Il n'a plus besoin d'interdictions extérieures et arbitraires. L'apparition de l'objet réel, avec une meilleure perception du soi et du non soi, fait naitre en l'enfant un sens personnel du sacré et du tabou (Stern, 1954). L'enfant peut agir de manière active et intentionnelle pour les respecter. Il n'a plus à subir un respect passif, inspiré par la crainte de la transgression, ou de représailles. La primauté d'une morale positive en

accord avec la vie pulsionnelle, et conforme à une volonté personnelle d'agir, vient donc en second temps chez l'enfant. Karl Stern, psychiatre et psychanalyste allemand, exilé à Montréal à la suite de la Seconde Guerre Mondiale, avait proposé d'y voir un parallèle avec le développement moral de la civilisation judéo-chrétienne (Stern, 1954). La perception de l'objet réel et l'aptitude à tolérer la frustration libèrent le langage de sa fonction utilitaire. Lorsque l'enfant prend la responsabilité de la fonction morale qu'il n'était pas en mesure d'exercer du fait de son immaturité, le langage n'est plus seulement utilisé pour assouvir ou contenir les expressions non contrôlées de la pulsion agressive. L'usage de la parole ne se limite plus à commander, ordonner, ou interdire. La parole permet aussi de « bénir », du latin « *bene dicere* », c'est à dire étymologiquement de « dire du bien », du bien du visage de l'étranger perçu dès lors comme séparé, comme mauvais, mais aussi comme bon.

2.5.5.4. Au commencement (des relations d'objet) était la parole

Le troisième organisateur psychique indique que la parole n'est plus uniquement un acte qui vise à adapter la réalité aux besoins. Nous retrouverons ce fantasme dans les histoires folkloriques, les fables où des héros usent de toutes sortes d'incantations magiques pour transcender les contraintes de la réalité. La compréhension du geste dénégatoire et le renforcement du Moi mettent la parole à disposition de l'enfant pour interagir avec le visage de l'étranger, du monde, du non soi. Le langage permet dès lors de s'adapter à la réalité, à la présence de l'autre : « la pensée consciente au moyen de signes verbaux est donc la plus haute réalisation de l'appareil psychique, la seule qui permette l'adaptation à la réalité en retardant la décharge motrice réflexe et la libération du déplaisir. » (Ferenczi, 1982, p. 60). La disparition de la peur de l'étranger, et la mise à profit de la pulsion agressive au service de sa rencontre, inaugurent un nouveau mode d'être au monde : celui de la conversation. La fonction symbolique du langage correspond à l'aptitude de franchir les distances autrement que par l'action, pour explorer le monde ou pour revenir vers le foyer familial. Le langage risque toutefois de ne pas acquérir cette fonction symbolique et de demeurer une activité auto-érotique, ou un signal

utilitaire au service de la réduction des tensions si le développement psychique est interrompu avant la réalisation de ce stade.

Les relations d'objet, les relations mutuelles et réciproques entre le soi différencié et le monde, commencent donc en même temps que la parole. Le dernier stade du développement psychique décrit par Spitz nous amène à revisiter l'incipit des évangiles écrits par Jean, selon lequel : *« Au commencement était le verbe* », ou *« Au commencement était la parole* ». Le terme diffère selon les traductions du Grec « *logos* » de la version originale. Selon la perspective développementale proposée ici par Spitz, nous aurions plutôt tendance à dire que le verbe ou la parole sont plutôt au commencement des relations d'objet, au commencement de la maturité, et non des premiers instants de la vie :

> Au commencement n'était pas le verbe. Au commencement il n'y avait pas le discours, ni même le logos. Au commencent était le Ça, et le Ça était en l'homme, et le Ça était l'homme. Il était au commencement avec l'homme. Tout par lui a été fait, et sans lui n'a été fait rien de ce qui n'existe. (Adaptation libre de la Genèse)

L'étude de la première année de la vie par René Spitz amène à considérer qu'il y a un commencement avant le commencement auquel se réfère le Nouveau Testament : au commencement était le stade préobjectal, au commencement était l'indifférenciation, au commencement était la vulnérabilité et le besoin absolu de soins. Au commencement étaient les décharges non coordonnées des pulsions. Au commencement fut l'agressivité clivée et la peur de l'étranger. Au commencement étaient la dépendance et la soumission à la morale prohibitive. La parole quant à elle vient plutôt à la fin, à la fin du développement psychique.

L'aboutissement des étapes du développement psychique précoce conduit l'enfant à la possibilité d'une communication intentionnelle, symbolique et réciproque avec des objets réels. En l'absence d'interactions adéquates avec un partenaire privilégié, l'enfant risque de ne pas pouvoir transcender son premier rapport au monde indifférencié, ni même le second clivé, pour parvenir à des échanges mutuels plus fructueux. Si l'action n'a pu être remplacée par le verbe, si la conquête du geste

dénégatoire et de la communication à distance a été entravée, si l'ajournement et la réorientation des expressions de la pulsion agressive sont insuffisants, il y a de fortes chances pour que le monde demeure inaccessible. Comme face à un étranger effrayant avec qui on ne peut converser, la seule alternative est la lutte ou la fuite.

Les travaux de René Spitz sur la première année de vie du nourrisson nous ont permis de caractériser les étapes précoces du développement psychique. Spitz apporte à la perspective développementale de la psychanalyse l'idée d'une embryogenèse psychique, dont un soi différencié va éclore progressivement durant la première année. Le sourire intentionnel des trois mois représente le signe avant-coureur de cette éclosion. Spitz précise la signification de la phase préobjectale pour appréhender le premier mode d'être au monde indifférencié du nourrisson, et questionne ses conséquences sur la façon dont s'organise la vie psychique, notamment à partir de la peur de l'étranger. Pour lui, le développement psychique précoce s'achève avec la formation des premières relations d'objet. Si nous comprenons mieux la nature du développement psychique, il nous reste encore à en préciser le rôle qu'y tient la relation du nourrisson et à sa mère.

2.6. La mère en tant que moi auxiliaire, une matrice pour l'acquisition des relations d'objet

2.6.1. Petit détour éthologique par l'analyse du rôle des femelles dans le processus de reproduction des mammifères vivipares nidicoles

2.6.1.1. Les différents types d'aboutissements du processus de reproduction chez les mammifères nidifuges et nidicoles

Dans ces deux prochaines sous sections nous proposons une réflexion éthologique qui nous éloigne temporairement des propos de l'auteur, mais seulement dans le but de mieux y revenir pour approfondir sa notion de Moi auxiliaire. Ainsi, il existe deux types de reproduction chez les mammifères : la reproduction ovipare et la reproduction vivipare. Etymologiquement, vivipare vient du latin « *viviparus* », composé de « *vivus* » : vivant, et de « *pario* » : engendrer. Une espèce est dite vivipare lorsque l'embryogenèse a lieu à l'intérieur du corps de la femelle, et que celle-ci ne pont pas d'œufs. Pour la quasi-majorité des mammifères, c'est le corps

de la femelle et non celui du mâle qui porte le développement embryonnaire. C'est donc son corps qui fournit les apports nutritifs à la progéniture lors de la gestation. C'est ce qu'on appelle la matrotrophie, du latin « *mater* » : « mère » et du grec ancien « *trophê* » : nourriture, soit littéralement se nourrir de la mère. La reproduction, pour ne pas dire la survie, des mammifères vivipares est donc infiniment redevable à une forme de soins maternels qui a lieu déjà lors de la gestation.

De plus la reproduction des mammifères conduit à deux types de progénitures : il y a les espèces nidifuges et les espèces nidicoles. Etymologiquement, nidifuge est composé du latin « nidus », pour nid, et du suffixe « *fugere* » qui signifie fuir. Ce sont les espèces dont la progéniture vient au monde en étant capable de quitter le nid peu de temps après l'éclosion ou la parturition. Quelques heures après sa naissance, la progéniture est capable de se déplacer comme un adulte de l'espèce. Il n'y a pas de longue période de protection et d'approvisionnement de la part des parents. Les mammifères nidifuges sont ceux dont le temps de gestation est long, c'est-à-dire de l'ordre de plusieurs mois, voire plus d'une année. Par exemple, on compte plus de six cents jours pour les éléphants, entre trois cents et quatre cents pour les girafes, les chevaux et les vaches, entre cent et deux cents pour les lions, les moutons et les ours. Quelques heures après la parturition, un poulain, un éléphanteau, un veau, un ourson sera capable de se dresser sur leurs pattes, courir, suivre leurs parents, fuir un danger, etc.

Au contraire chez les espèces nidicoles, du latin « nidus » et du suffixe « *colere* » pour cultiver, habiter, la progéniture vient au monde impuissante et démunie. Elle est incapable de se déplacer et de se nourrir par ses propres moyens. Elle nécessite la protection des parents pendant une longue période. Le terme « altrice » est synonyme de « nidicole ». Le terme « précoce » recouvre celui de « nidifuge » :

> « Altricial referring to the type of ontogeny seen in vertebrate species characterized by large litters, short gestations, and the birth of relatively undeveloped, helpless young, compare with precocial. » (Oxford Dictionary of Biology, 2015)
> « Altricial is applied to young mammals (e.g. rats, mice, cats, dogs) that are helpless at birth. Their eyes and ears are sealed, and they cannot

> walk, maintain their body temperature, or excrete without assistance. » (Oxford Dictionary of Ecology, 2010)

Altrice provient de la racine latine « *alere* » qui signifie soigner, s'occuper de, élever, nourrir. Nidicole, ou altrice, désigne généralement des mammifères dont le temps de gestation est plus court. Par exemple, on compte environ soixante jours pour le chien et le chat. Parmi les oiseaux, on y classe notamment les faucons, les hérons, les hiboux, les passereaux. Chez les espèces d'oiseaux altrices, les femelles contribuent moins à la nutrition de la progéniture lors de la période prénatale. Leurs œufs sont généralement plus petits. Cependant, chez ces espèces, la progéniture, en l'occurrence les oisillons, sont particulièrement immatures à la naissance, ce qui nécessite un engagement post-natal accru des femelles, contrairement aux espèces nidifuges ou précoces.

2.6.1.2. Les paradoxes de la reproduction vivipare nidicole de l'espèce humaine

La reproduction vivipare de l'espèce humaine est de type nidicole ou altrice. Or, de ce constat découlent plusieurs paradoxes : l'humain est le seul mammifère dont le temps de gestation est à la fois très long, presque trois cents jours, et dont la progéniture est altrice, c'est-à-dire particulièrement impuissante et dépendante de la protection des parents sur une période très longue. Un enfant apprend à maitriser la locomotion seulement après un an, si ce n'est plus, alors qu'un poulain se redresse sur ses pattes quelques heures après la naissance. Ce paradoxe de la nature marque le type de reproduction de notre espèce. La période de soins maternels lors de la gestation, lors de la période prénatale, la matrotrophie, se prolonge bien après la naissance. L'allaitement peut être considéré comme une forme de matrotrophie extra-utérine, c'est-à-dire que le nouveau-né continue de se nourrir littéralement de la mère bien après sa naissance.

Si un tel déterminisme existe sur le plan biologique, un déterminisme qui marque d'une manière singulière les phénomènes de reproduction, de gestation et d'accouchement pour l'espèce humaine, il serait pour le moins étonnant qu'il n'ait absolument aucune influence sur les phénomènes relevant de la vie psychique. De

plus, il serait étonnant que le rôle de l'homme et de la femme soit parfaitement interchangeable, ou remplaçable par n'importe quel autre environnement neutre, sans spécificité, au cours de cette période, sur le plan psychologique, alors que cela est loin d'être le cas déjà sur le plan biologique. Depuis la fin du XXe siècle, la technologie s'immisce plus que jamais dans les processus de reproduction humaine. Il existe depuis plusieurs décennies, toute sorte de technologies afin de faire des enfants sans coït, sans faire l'amour pour le dire de manière plus populaire, et de faire l'amour sans faire d'enfant. Par exemple, de nos jours, différents moyens techniques ordinaires participent à dissocier l'acte du coït et la fécondation : les pilules contraceptives et l'IVG où interruption volontaire de grossesse permettent de généraliser le contrôle des fécondations ; la PMA ou procréation médicalement assistée permet d'amorcer des processus de fécondation in vitro ; la GPA ou gestation pour autrui permet de porter un enfant par procuration. Il est à se demander d'ailleurs jusqu'où s'arrêtera cette contribution de la technologie. Peut-être arriverons-nous un jour prochain à congeler des gamètes et à créer un utérus artificiel pour affranchir totalement le processus de procréation des limites de la nature. La médecine moderne, impuissante pendant presque deux millénaires, détient aujourd'hui un pouvoir de création quasi *ex nihilo*. Hans Jonas, étudiant de Husserl, dans son ouvrage *Le principe de responsabilité* paru en 1973, interrogeait déjà la façon de penser cette nouvelle macroresponsabilité à l'échelle de l'humanité et pas seulement à celle de l'individu. Ce qui est techniquement possible est-il toujours éthiquement souhaitable ? C'est aussi une question que s'est posée Gunter Anders, étudiant de Heidegger et premier conjoint d'Anna Arendt, en 1956 dans son ouvrage *L'obsolescence de l'homme*. La technologie est à la veille de changer le rapport de l'espèce à sa procréation. Mais comment tracer une limite, et qui tiendra le crayon ? Pour le moment, c'est encore sur la femme que repose le rôle de porter la vie sur une période de plus de deux cent quatre-vingts jours, durant lesquels son corps se transforme sans commune mesure.

Si la recherche psychanalytique insiste autant sur le rôle premier des soins maternels, le plus souvent administrés par la mère, c'est qu'elle met en évidence,

par l'étude des premiers moments de la vie, ses limites et ses paradoxes biologiques, spécifiques de la constitution de l'espèce humaine. À la vue de la vulnérabilité prolongée dans laquelle l'enfant vient au monde, et son accès diphasé à l'autonomie, à travers deux phases de puberté entrecoupées de plusieurs années jusqu'à l'adolescence (Stern, 1975), l'engagement des parents prend des proportions démesurées en comparaison aux autres espèces. Là où les autres progénitures, chez les mammifères, ne passent que quelques mois avec leurs parents avant d'accéder à l'autonomie, l'enfant va passer presque deux dizaines d'années avant de se voir conférer cette option. L'accès à la majorité dans la plupart des pays d'Occident[1] est ainsi fixé au moins à 18 ans.

2.6.2. La nécessité d'un Moi auxiliaire pour parachever le développement psychique lors des stades de vie précoces

2.6.2.1. Un déterminisme relationnel, induit par la nécessité de compenser la faillite de la constitution biologique de l'espèce

Nous ne pouvons nous soustraire aux contraintes du processus de reproduction de l'espèce imposé par la nature pour considérer les contributions respectives de la mère et du père dans le développement psychique de l'enfant. C'est en ce sens qu'il faut comprendre le second présupposé de la perspective développementale de la psychanalyse sur la condition humaine. En effet, sans une source extérieure de provision lors des premiers moments de la vie, le nouveau-né ne survivrait pas tout simplement. Les limites biologiques de notre mode de reproduction engendrent une progéniture qui ne sera viable qu'au bout de plusieurs années. L'immaturité prolongée de cette progéniture impose à l'entourage un engagement à lui fournir des soins vitaux, dans lesquels la mère et le père ont des rôles spécifiques, non interchangeables. Pour René Spitz, cette contrainte constitutive qui est encore plus évidente lors de la première année de vie, conduit la mère à endosser un rôle de « Moi auxiliaire » : elle prend en charge certaines fonctions vitales, tant biologiques que psychiques, qui seront assumées plus tard par l'enfant. Elle se substitue à un

[1] Il serait d'ailleurs ici intéressant de poursuivre cette réflexion en questionnant la façon dont les jeunes accèdent au statut adulte à travers diverses cultures et diverses époques.

mode de fonctionnement inadapté aux exigences de la réalité, afin de l'aider à poursuivre son développement (Spitz, 1963).

S'il n'y a plus de doutes aujourd'hui sur la nature des contributions physiologiques respectives de l'homme et de la femme quant à la dimension physiologique du processus de reproduction, la question a le mérite d'être posée en ce qui concerne la dimension psychologique de ce processus. Si la vie psychique n'est pas un sous-produit de la biologie, et si elle ne commence pas à la naissance, alors d'où vient-elle ? L'interrogation sur son origine, ainsi que sur les contributions de la mère et du père dans sa transmission à une nouvelle génération, occupent en fait la recherche psychanalytique.

A contre-courant d'une époque particulièrement misogyne et matérialiste, la théorie psychanalytique remet au premier plan, à la fin du XIXe siècle, le rôle primordial de la mère, ainsi que sa contribution sans commune mesure dans l'achèvement du processus de reproduction de l'espèce humaine, et dans l'accès à l'autonomie. Lorsque l'on étudie les premiers moments de la vie, l'impuissance extrême et prolongée du nourrisson à l'issue d'une période de gestation déjà longue, on parvient à la conclusion que le processus de reproduction de l'espèce humaine est un échec en comparaison à celui des autres mammifères. L'accouchement aboutit à une progéniture non viable sans l'assistance et les soins prolongés de la mère sur une période plus longue que la gestation. Ce raté de la reproduction induit un déterminisme relationnel. Ainsi, pour René Spitz, plus l'on remonte dans les premiers moments de la vie jusqu'à la naissance, plus la survie du nourrisson est dépendante de l'entourage immédiat. Ce premier type de rapport au monde, unique par rapport aux autres espèces, marque d'une manière à la fois indélébile et mystérieuse l'origine de la vie psychique chez l'espèce humaine (Stern, 1975).

2.6.2.2. La mère, un partenaire décisif lors de la première année de la vie

Plus l'on remonte loin dans le développement de l'individu, plus l'étude du nouveau-né revient à l'étude de son entourage (Spitz, 1959). Au début, cet

entourage n'est autre que la mère, celle qui porte physiquement à l'intérieur d'elle le futur enfant pendant près de neuf mois, et qui le nourrit d'elle-même pendant une période presque aussi longue après qu'il ait quitté cet abri. Et à moins d'un prodigieux miracle, comme seuls les mythes antiques savent les mettre en scène, par exemple l'histoire de la fondation de Rome par Rémus et Romulus, deux jumeaux abandonnés à la naissance recueillis et allaités par une louve, le nouveau-né humain, laissé à son propre sort, succomberait rapidement.

> On pourrait objecter que la mère n'est pas le seul être humain de l'entourage de l'enfant, qu'il y a le père, les frères et les sœurs, et qu'ils ont nécessairement leur importance. Et que le milieu culturel a une influence sur l'enfant même s'il n'est que dans sa première année. C'est un fait indéniable ; cependant dans notre culture occidentale, tout ceci est transmis à l'enfant par la mère ou par son substitut. (Spitz, 1963, p. 27)

Ainsi selon Spitz, on sous-estimerait le rôle que joue la mère, et plus précisément son attitude affective dans le développement psychique normal qui conduit à la formation des relations objectales. Il considère que c'est à partir de la relation à la mère que nous parvenons à former toutes les relations sociales ultérieures, car c'est à travers elle que s'élabore la capacité à diriger les affects fusionnés sur un objet réel.

> Toutes les relations ultérieures, la relation amoureuse, la relation hypnotique, la relation de la foule avec le chef et enfin les relations interpersonnelles ont leur première origine dans la relation mère-enfant. (Spitz, 1963, p. 132)
> Les éléments intangibles qui entrent dans la relation mère-enfant, […] ces influences forment et dirigent la personnalité de l'enfant. (Spitz, 1963, p. 38)

Un ton univoque qui tranche pour le moins avec celui des publications contemporaines. Le mot « maman » a quasiment disparu du vocabulaire de la littérature scientifique sur le développement affectif de l'enfant près d'un demi-siècle plus tard. Les articles des modèles développementaux des années quatre-vingt-dix, comme ceux de Kernberg, ou encore de Fonagy, l'ont remplacé par des termes neutres et pour le moins abstraits : environnement affectif, *caregiver* (donneur de soin), *caretaker* (soignant naturel), *mature mind*. Parler de la mère, en

l'appelant par son nom, parait presque dérangeant. Pourtant, nous l'avons vu précédemment, l'homme et la femme ont des rôles biologiques distincts au cours du phénomène de reproduction de l'espèce. Ces rôles impactent la façon dont ils contribuent à la compensation des fonctions vitales atrophiées chez leur progéniture.

2.6.3. Les qualités et les rôles de la mère comme « auxiliaire du Moi »

La relation mère-nourrisson constitue donc un couple très spécial, un couple imposé par la biologie même. Cette relation est plutôt isolée du reste de l'environnement. Il existe d'ailleurs différents qualificatifs pour la désigner de manière spécifique : Freud utilise le terme de « masse à deux », George Simmel la désigne de « dyade » : « si l'on a appelé l'amour un égoïsme à deux, c'est cent fois vrai du couple mère-enfant » (Spitz, 1963, p.39). Selon René Spitz, la relation mère-nourrisson favorise la poursuite du développement psychique si elle est satisfaisante autant pour la mère que pour le nourrisson (Spitz, 1963). Or, dans ce couple spécial, ce qui est satisfaisant pour l'un est loin de l'être pour l'autre. De plus, la mère peut tolérer l'insatisfaction, alors que pour le nourrisson ce n'est absolument pas le cas durant ses premiers mois de vie. Cette relation satisfaisante semble plutôt déséquilibrée du fait de la vulnérabilité constitutive de l'enfant. La façon dont ce dernier parvient à se sentir satisfait se modifie selon ses progrès au cours des trois stades successifs du développement précoce. Une relation maternelle satisfaisante doit forcément suivre elle aussi une évolution successive analogue. On pourrait dire que les rôles de la mère en tant que Moi auxiliaire évoluent en miroir au fur et à mesure de l'organisation et des prises de fonction du Moi de l'enfant. Plus son Moi est immature, plus les fonctions sous tutelle maternelle sont nombreuses et importantes, et inversement. Elle siège par procuration en attendant de pouvoir déléguer les fonctions de protection et de gestion des échanges avec l'extérieur.

Au stade préobjectal, le Moi n'existe pas encore. Le nourrisson est donc passif et impuissant. Ses besoins sont plus proches de la physiologie que la psychologie (Spitz, 1963). La recherche de satisfaction dans la relation mère/enfant doit donc

d'abord tenir compte des particularités de ce premier stade. Une relation satisfaisante du point de vue du nourrisson correspond ici à l'aménagement d'un climat exempt de tensions ou de signaux de déplaisir. La mère, en tant que Moi auxiliaire, doit préserver le nourrisson des signaux trop intenses, provenant aussi bien de son organisme (faim, sommeil, propreté) que du monde sur lequel il n'a aucune prise (son, luminosité, température, danger).

> Pendant la première moitié de sa première année toute la sécurité de l'enfant dépend de l'attitude de la mère. La sécurité acquise pendant cette période se traduira par un développement rapide au cours de la seconde moitié de cette année-là. (Spitz, 1963, p. 82)

La constance, la stabilité et la clarté des signaux affectifs apaisants, provenant de la mère, participent à instaurer un climat de sécurité à ce stade.

Lorsque le bébé devient moins passif à partir du stade du précurseur de l'objet, le Moi rudimentaire commence à assurer certaines fonctions, comme l'exploration de voies de décharges de la pulsion agressive par le corps, le mouvement, et la locomotion. La mère cède un peu de sa gestion. Cependant, elle doit aider le bébé à trouver des voies de décharges accessibles et sécuritaires. Pour qu'une relation soit satisfaisante ici, elle doit pouvoir offrir à l'enfant la possibilité de continuer à profiter des excitations de son monde interne, tout en continuant à venir au monde de manière sécuritaire. La mère module cette phase de plus grandes activités. Elle est en effet celle la plus à même d'accueillir les tendances agressives et amicales des phases d'excitations si caractéristiques des interactions et des jeux de cette époque, sans représailles ni ressentiment. Cela signifie pour elle d'incarner à la fois le bon et le mauvais, c'est-à-dire de continuer à exister en tant qu'objet gratifiant entre les moments de frustration et de destruction. Ce rôle investi par le Moi auxiliaire est peut-être le plus important pour la poursuite du développement précoce vers l'éclosion du soi. Nous avons vu que l'intégration du bon et du mauvais oriente la libido et l'agressivité sur un même objet. C'est de cette façon que l'objet devient réel aux yeux de l'enfant.

Si l'attitude affective de la mère est bien une rampe d'accès à la réalité, des pavés sur la route des relations objectales, nous comprenons alors que René Spitz puisse

concevoir un lien direct entre des interactions inappropriées avec la mère et des troubles du développement de l'appareil psychique, se traduisant principalement par un appauvrissement des relations objectales.

2.7. Classification des troubles du développement psychique selon les types de carence relationnelle

2.7.1. La pathologie en tant que déséquilibre développemental

Pour résumer, afin de spécifier notre hypothèse d'une naissance psychique, nous avons cherché à préciser la façon dont se forme une limite entre l'intérieur et l'extérieur, entre le soi et le monde lors des étapes précoces du développement psychique. Selon les travaux de René Spitz sur la première année de vie, ce développement conduit le nourrisson d'une phase embryonnaire indifférenciée, la phase préobjectale, à l'éclosion d'un soi différencié, synonyme de la formation des relations d'objet. En ce sens, nous comprenons mieux la nature de ce développement psychique comme un développement du rapport à la réalité, qui n'est pas perçue à la naissance. L'aptitude à la distinguer et à s'y lier est un aboutissement qui ne survient qu'à la condition d'une relation adéquate avec une figure maternelle. La relation mère-enfant est garante de l'accès à la réalité selon Spitz (1963, p. 84) : « si la relation mère-enfant est normale le développement psychologique de l'enfant devrait se dérouler sans perturbations et sans troubles. » Tous les accomplissements allant de l'embryogenèse à la naissance psychique, en tant que co-constructions, sont susceptibles de ne pas aboutir adéquatement, voire pas du tout si la qualité ou la quantité de cette relation est altérée.

Pour René Spitz, les psychopathologies résultent de perturbations du développement psychique, des mauvais franchissements lors des étapes précédentes qui conduisent à la formation des relations objectales, l'accès à la maturité psychique, l'accès à la réalité. Une absence de sécurité et de satisfaction dans la relation maternelle entrave la poursuite de la gestation du psychisme ainsi que son éclosion : « les influences psychologiques nocives proviennent de relations mère/enfant qui ne sont pas satisfaisantes. » (Spitz, 1963, p. 86) Le soi, alors inachevé, accède de manière déformée et déviée aux objets. L'individu demeure

dans un rapport immature à la réalité. C'est ce que Spitz appelle « *une formation déficiente du Moi* » ou un « *déséquilibre du développement* » (Spitz, 1959, p. 53). Plus l'on remonte loin dans le développement, plus l'étude du nouveau-né revient à l'étude de son entourage, c'est-à-dire de la relation mère-enfant. Il en serait de même pour la psychopathologie : plus l'on a affaire à des déficiences graves du Moi et des relations appauvries aux objets, plus l'on remonte loin dans le développement, et donc plus l'étude de la psychopathologie revient à l'étude de l'entourage, l'étude de l'attitude affective de la figure maternelle.

Au cours de ses observations, Spitz répertorie deux grandes catégories de trouble du développement psychique, selon le type de relation à la mère : d'un côté les troubles psychotoxiques résultant d'une déformation qualitative de cette relation, c'est-à-dire d'interactions inadéquates ; de l'autre les troubles de carence affective résultant d'une déformation quantitative de cette relation, c'est-à-dire d'une insuffisance, voir d'une absence d'interactions. Le syndrome de l'hospitalisme fait partie de la seconde catégorie.

Tableau 3.1: Classification des troubles psychogènes de l'enfant reliés à l'attitude maternelle prévalente selon Spitz (1963, p. 85)

CLASSIFICATION DES TROUBLES PSYCHOGÈNES DE L'ENFANT RELIÉS A L'ATTITUDE MATERNELLE PRÉVALENTE

	Attitudes maternelles	Maladies de l'enfant
Troubles psycho-toxiques	1° Rejet primaire passif	Coma du nouveau-né (Ribble).
	2° Rejet primaire actif	Vomissements du nouveau-né et maladies respiratoires.
	3° Sollicitude primaire anxieusement exagérée	Coliques du premier trimestre.
	4° Hostilité déguisée en angoisse	Eczéma infantile.
	5° Oscillation rapide entre gâterie et hostilité agressive..	Hypermotilité (balancement).
	6° Sautes d'humeur cycliques .	Jeux fécaux.
	7° Hostilité consciemment compensée	Hyperthymie agressive de Bowlby.
Carence affective	1° Privation affective partielle	Dépression anaclitique.
	2° Privation affective totale...	Marasme.

2.7.2. Les troubles psychotoxiques, conséquences de la déformation qualitative de la relation à la mère

2.7.2.1. Des intoxications somatiques aux distorsions objectales

Nous avons vu précédemment que la sécurité de l'enfant dépend principalement de l'attitude affective de la mère lors de la première moitié de la première année. C'est la qualité de ses signaux, déterminés par sa propre personnalité, qui garantit un bon développement psychique à ce stade où l'enfant est particulièrement impuissant et passif.

Or, des signaux affectifs instables ou incohérents en provenance de la mère peuvent nuire au climat de sécurité indispensable au nourrisson à ce stade. Ces signaux vont agir à la manière d'une toxine psychique (Spitz, 1963). Dans le domaine de la chimie, une toxine est une substance qui provoque l'intoxication, voire la destruction d'un organisme vivant. Spitz utilise le terme « trouble psychotoxique » pour désigner les signes cliniques provoqués par cette forme d'intoxication qui fait suite à une exposition prolongée à des signaux désagréables. Ces signaux peuvent intoxiquer l'ensemble du processus de différenciation du soi jusqu'à la formation des relations d'objet. Une déformation de la qualité de la relation à la mère risque alors d'interrompre ou de déformer l'accès à la réalité. Spitz utilise le terme de « distorsion objectale » pour qualifier l'altération de la formation des relations objectales conséquente à ces signaux toxiques (Spitz, 1963).

Par ailleurs, rappelons que lors du premier stade précoce du développement psychique, il y a aussi une non-différenciation du somatique et du psychique chez le nouveau-né. Les signaux affectifs toxiques vont donc se propager par le soma, c'est-à-dire irradier les processus physiologiques du nourrisson. Ainsi, à cette époque, on peut observer les stigmates d'une relation inadéquate entre la mère et le nourrisson surtout au niveau somatique, alors qu'après la formation du Moi, ces répercussions se manifestent majoritairement par des troubles du comportement. Spitz supposent que certains troubles physiologiques qui se manifestent ultérieurement chez l'adulte pourraient même correspondre à des régressions partielles à ce stade archaïque où le somatique et le psychique étaient indifférenciés.

Lors de la première année de la vie, le somatique et le physiologique ont été des voies de diffusion des signaux affectifs toxiques émis par l'environnement et contre lesquels il n'était pas encore possible de se protéger. Les phénomènes de somatisation renverraient à la réutilisation de cette voie de service organique, qui n'est jamais totalement condamnée (Spitz, 1963). Il nous parait moins surprenant à présent que les troubles psychotoxiques référenciés dans la première partie du tableau précédent soient des perturbations d'ordres physiologiques.

2.7.2.2. Caractéristiques des différentes toxines et de leur distorsion développementale respective

Quels sont ces différents types de toxine ? Par quelles formes de nuisances se manifestent-elles à travers le développement de l'enfant ? Quels en sont les impacts cliniques potentiels ?

Nous allons dans un premier temps étudier les toxines associées à des attitudes d'hostilité ou d'anxiété de la part de la mère (1°, 2°, 3° et 7° du tableau). Nous verrons ensuite les toxines qui correspondent à des fluctuations de l'humeur de la mère, aussi bien sur le court que sur le long terme (5° et 6°).

- Une des plus dangereuses toxines résulte des comportements de rejet de la part de la mère (1°). Une hostilité franche de celle-ci à l'encontre de l'ensemble de sa maternité peut mettre en danger la vie du nourrisson en provoquant une détérioration des signes vitaux, comme des problèmes respiratoires, ou gastriques comme des vomissements, voire des situations plus graves de coma.

- Les attitudes anxieuses de la mère (2°) se traduisent quant à elles par une sur-sollicitation du nourrisson : elle pourrait vouloir refréner trop hâtivement toutes formes de manifestations de déplaisir de l'enfant en lui présentant systématiquement par exemple nourriture ou tétine, quelle que soit la nature de sa demande. Cette toxine pourrait se manifester par de l'hypertonicité chez l'enfant, et un besoin accru de décharger ses pulsions, le premier organe de décharge étant la bouche.

- Les attitudes anxieuses de la mère qui dissimulent une forme d'hostilité inconsciente (3°) se traduisent par la manifestation de signaux affectifs incohérents. Ces signaux sont fluctuants, parfois exagérés, parfois compensés par des signaux contraires, selon les culpabilités et les angoisses de la mère mais pas selon les interactions réelles avec l'enfant et ses besoins. Une telle instabilité au sein du monde interne de la mère peut détériorer la capacité du nourrisson à s'identifier à elle. A certains moments, elle peut se montrer beaucoup moins tactile. Or, les contacts physiques sont indispensables au nourrisson pour établir une forme d'identification primaire lors de la première moitié de la première année.

  L'irrégularité des signaux provenant de la mère limite la capacité du nourrisson à la percevoir et à porter ses traces en mémoire. Il risque de ne pas parvenir à la distinguer des étrangers, et de ne pas éprouver la peur normalement attendue aux environs des huit mois à leur rencontre. Pour René Spitz, un retard marqué ou une absence du second organisateur, témoigne déjà d'une déformation de la formation des relations d'objet.

> L'angoisse de huit mois n'est pas un symptôme pathologique, au contraire c'est un symptôme de progrès dans le développement de la personnalité, un symptôme montrant que l'enfant a atteint la capacité de distinguer ami et étranger. Donc ce n'est pas la présence de cette réaction d'angoisse chez l'enfant de huit mois qui doit être considérée comme pathologique, mais son absence. Cette absence nous avertit que l'enfant est retardé dans son développement affectif. Ce retard est forcément dû à une déformation des relations objectales, et nous chercherons sa cause dans la relation de l'enfant avec sa mère. (Spitz, 1963, p. 105)

- Dans le cas d'une forme d'hostilité compensée de manière plus consciente (7°), l'enfant peut être amené à représenter davantage un objet de gratification narcissique aux yeux de la mère qu'un objet d'amour. Cette toxine se manifeste par un décalage du développement psychique chez l'enfant : il va préférer le monde des objets inanimés plutôt que le contact humain, envers lequel il peut même réagir avec hostilité.

- Quelles sont enfin les conséquences d'alternances d'humeurs de la mère entre douceur et hostilité ? Lorsque ces alternances se produisent sur le court terme (5°), elles limitent l'accès du nourrisson à des relations d'objet stables. Ce dernier n'arrive pas trouver un objet libidinal vers lequel diriger ses décharges pulsionnelles. L'enfant peut alors être tenté d'en trouver un substitut en sa propre personne. Les balancements manifestent une déviation des décharges par son propre corps. Des alternances d'humeurs sur des périodes plus longues (6°) génèrent quant à elles de l'incertitude en plus du balancement.

2.7.3. Les troubles de carence affective, conséquences d'une déformation quantitative de la relation à la mère

2.7.3.1. L'incidence des carences affectives sur le destin de la pulsion agressive

Même si une relation inadéquate à la mère peut causer une diversité de symptômes physiologiques préoccupants lors de la première année comme nous venons de le voir, les troubles psychotoxiques demeurent tout de même moins graves que les troubles de carences affectives. Ceux-ci sont liés à une insuffisance, voire une absence totale de relation à la mère : « l'absence de toute relation objectale causée par la carence affective arrête tout développement dans tous les secteurs de la personnalité » (Spitz, 1963, p. 121). A partir de ses nombreux travaux dans les orphelinats et les hôpitaux dans les années qui suivirent la Seconde Guerre Mondiale, René Spitz observe qu'un nouveau-né privé de relation à sa mère, ou à un substitut maternel, se voit privé des « provisions libidinales » pourtant nécessaires à la poursuite de son développement psychique vers la formation des relations d'objet (Spitz, 1963). Selon le principe du développement dépendant et de la complaisance maturationnelle, les étapes antérieures mal franchies entravent le bon franchissement des étapes suivantes. Le processus d'éclosion psychique lui-même risque de s'enrayer, ou pire de ne pas se produire du tout. Des retards majeurs parmi le double travail de différenciation, entre le somatique et le psychique, entre le soi et le monde, ne pourront peut-être jamais être compensés.

Un nourrisson qui vit dans un environnement carencé ne parvient pas à trouver d'objet stimulant dans le monde extérieur pour détourner les décharges qui s'écoulent d'abord vers des paramètres physiologiques internes. Difficile de sourire intentionnellement à un précurseur de l'objet absent. Si la décharge de la pulsion agressive vers l'extérieur est impossible, elle ne peut pas être ajournée, ni même mise à profit du renforcement du Moi. Sans la perception d'abord clivée du pré-objet, puis d'un objet réel à la fois agréable et désagréable, la pulsion agressive n'a pas l'opportunité de fusionner avec la pulsion libidinale. Elle se retourne alors sur le seul objet disponible, à savoir le nourrisson lui-même. Rappelons que lorsqu'elle est neutralisée, la pulsion agressive, réorientée par l'appareil musculaire, est mise au service d'un meilleur contrôle des mouvements et de l'action. La capacité de la tolérer favorise la différenciation, et donne accès à la réalité. Cependant, lorsqu'elle n'est pas neutralisée, la pulsion agressive « défusée » se manifeste par la détérioration et la destruction, au mieux de l'objet, au pire du nourrisson lui-même (Spitz, 1963). L'ampleur de la destructivité reflète alors l'ampleur de la carence.

Dans le cas où la carence est partielle, le retournement de l'agression non fusionnée et non neutralisée sur le nourrisson se manifeste principalement par des symptômes de dépression : c'est ce que Spitz qualifie de « dépression anaclitique » :

> Le nourrisson devient incapable d'assimiler la nourriture, il devient la proie de l'insomnie. Plus tard, ces enfants s'en prennent à eux même activement, en cognant de la tête contre les barreaux, en se frappant la tête du poing, en s'arrachant les cheveux par poignées. (Spitz, 1963, p. 121-122)

Dans les cas plus dramatiques où la carence est totale, le retour de l'agression non fusionnée et non neutralisée se manifeste par une forme de marasme, un marasme qui conduit inéluctablement à la mort du bébé.

2.7.3.2. Le syndrome de l'hospitalisme ou l'exemple d'une interruption fatale de la gestation psychique en l'absence d'une figure maternelle

L'évolution des signes cliniques, que René Spitz décrit par le syndrome de l'hospitalisme en 1945, illustre la façon dont la pulsion agressive se retourne

progressivement sur l'enfant en l'absence d'une figure maternelle, d'un Moi auxiliaire. A la suite de la Seconde Guerre Mondiale, de nombreux bébés dépérissaient dans les orphelinats et les hôpitaux, notamment en France, au Royaume-Uni et aux États-Unis, selon une évolution clinique similaire. Il y a d'abord les pleurs qui expriment de la détresse. Puis apparait une forme de repli sur soi, avec le refus de s'alimenter et l'indifférence aux contacts. Enfin surgit un marasme marqué par un ralentissement anormal, voire un arrêt total de la croissance, jusqu'à la mort (Spitz, 1945). Ces symptômes étaient imputés la plupart du temps à des tares génétiques ou à des troubles alcooliques chez les parents. La dégradation de l'état de ces enfants était donc malheureusement perçue comme une fatalité. Pourtant, à partir de ses travaux sur les premiers moments de la vie ainsi que sur l'importance de la qualité de la relation maternelle, René Spitz démontra que l'origine et l'évolution de ces symptômes étaient loin de représenter une condamnation irrévocable ou un phénomène médicalement incompréhensible.

Bien avant la publication de ses ouvrages sur les caractéristiques du développement précoce autour des années soixante, il publia une première étude en 1945 dans la revue *The Psychoanalytic Study of the Child* dans laquelle il compara deux groupes de nouveau-nés. D'un côté, il y avait ceux nés en prison et ayant un contact partiel avec leur mère au cours de la journée. De l'autre, il y avait ceux abandonnés à la naissance en orphelinat, et privés de tout contact prolongé avec une figure humaine significative, en dehors des courts instants d'alimentation et de soins. L'évolution des signes cliniques décrite précédemment, qualifiée par Spitz de « syndrome d'hospitalisme », était temporaire pour les enfants du premier groupe qui étaient exposés de manière partielle à l'absence de leur mère dans le milieu carcéral. Cependant, ces manifestations cliniques évoluaient durablement, pour ne pas dire dramatiquement, chez les enfants du second groupe qui étaient exposés de manière quasi-totale à l'absence d'une figure maternelle (Spitz, 1945). René Spitz remarque donc que ces signes sont réversibles lorsque les nourrissons renouent un contact avec leur mère ou un substitut affectif. Cependant, selon le principe du développement dépendant, il y a des périodes critiques lors desquelles l'effet d'une

carence est plus dramatique qu'à d'autres. Les organisateurs psychiques en sont des repères. René Spitz permet de comprendre cette évolution clinique comme la contrepartie de carences affectives, c'est-à-dire comme un trouble grave du développement psychique, interrompu prématurément en l'absence de provisions affectives vitales. Les conclusions de cette étude, à l'époque, incitèrent à la réorganisation de services hospitaliers et pénitenciers accueillant des nouveau-nés, afin de réduire autant que possible les temps de séparation avec la mère, ou d'en proposer un substitut lorsque c'était possible.

Les troubles psychotoxiques, et les troubles de carence affective sont des exemples de troubles de la gestation et de la naissance psychique. Ces troubles illustrent des spécificités de cette seconde naissance, à savoir que son évolution est tributaire du type de contact proposé par l'entourage au nouveau-né. La naissance psychique peut être altérée si les interactions sont inadéquates, c'est-à-dire insatisfaisantes du point de vue du nourrisson. Contrairement à la première naissance physiologique, la naissance psychique semble réversible. Si les interactions sont insuffisantes ou absentes, les premiers moments embryonnaires du développement psychique, caractérisés par une double indifférenciation, peuvent ressurgir ou se manifester à nouveau. Voilà une singularité du développement psychique par rapport au développement physique. La maturation n'est pas réversible. Les états embryonnaires du fœtus qui précèdent la naissance physique sont à jamais franchis. Ce n'est pas le cas pour le développement psychique : les formes embryonnaires de vie psychique ne disparaissent jamais vraiment. Une régression vers ces formes d'existences psychiques archaïques peut se manifester par des désordres somatiques, des troubles de l'humeur, des comportements d'agressivité, ou encore la déformation des relations d'objet.

2.8. Conclusion

2.8.1. Une dimension relationnelle indispensable au développement

Le point de vue de René Spitz sur la première année de vie du nourrisson nous amène à considérer de manière plus large la nature du processus de reproduction de

l'espèce humaine, reproduction qui normalement conduit à la transmission des traits adultes. Pour René Spitz, le nouveau-né humain ne vient étonnamment pas au monde en possédant l'ensemble des traits représentatifs de son espèce. A la naissance, qui concrétise un processus de maturation physiologique d'environ trois cents jours, l'enfant est complètement démuni. Tout processus psychique élaboré est inexistant. Le nourrisson vient donc au monde sans vraiment y venir, car au tout début de sa vie, le monde n'existe pas encore de son point de vue. Il n'habite pas non plus son corps. En fait, il n'a pas de corps car il ne se vit pas comme étant délimité. Il semble particulièrement complexe de parvenir à nous représenter une fois adulte cet état que nous avons pourtant tous connu, un état où il n'y avait pas plus d'intérieur que d'extérieur. L'être du nourrisson est littéralement dans ce qui l'entoure. Il « est » le monde. C'est la raison pour laquelle René Spitz affirme que l'étude du nourrisson dans ses premiers moments revient en fait surtout à l'étude de son entourage, le monde avec lequel il n'est pas différencié.

Il est très étonnant de constater que le processus de reproduction chez l'espèce humaine n'aboutit pas directement à la transmission des traits adultes, à savoir les relations objectales. La vie commence par une longue période d'impuissance, de passivité et dénuement. Livré à lui-même, avec les seules aptitudes que lui garantissent sa gestation, l'enfant n'aurait pas survécu plus de quelques heures. Contrairement aux autres espèces, le phénomène de « reproduction physiologique » n'assure pas à lui seul l'avènement d'une prochaine génération douée des attributs adultes de la génération précédente chez l'espèce humaine. Ce processus est inachevé. L'accès à la maturité, à savoir la formation des relations d'objet, la subordination des pulsions neutralisées à une organisation plus élaborée, le principe de réalité, est tributaire d'une sorte de gestation psychologique qui se poursuit après la parturition et dont le degré d'achèvement est déterminé par la qualité des soins reçus de la mère ou de son substitut. La reproduction humaine suppose une dimension relationnelle en plus d'une dimension biologique. C'est ce qui la différencie du type de reproduction des autres mammifères. Autant l'une que l'autre de ces dimensions sont indispensables à la pérennité de l'espèce.

2.8.2. Les pathologies psychiques comme troubles de la gestation et de l'éclosion du soi

S'il existe des risques pour l'intégrité de la progéniture lors de la période de gestation dans le ventre de la mère et au moment de la naissance, il est à supposer qu'il en existe également lors de la poursuite de la gestation psychique et au moment de son éclosion. La détérioration ou l'absence de soins maternels adéquats entrave la bonne poursuite de la période qui doit aboutir normalement à l'éclosion d'un soi différencié. Les psychopathologies sont les signes de perturbations du développement psychique, provoquées par certains types d'interactions inadéquates avec l'entourage. Ce ne sont pas des phénomènes qualitativement distincts. Nous rejoignons ici le principe économique du fonctionnement psychique énoncé par Freud. Quelles que soient leurs variétés et leurs intensités, les psychopathologies pointent toujours vers des degrés plus ou moins aboutis de naissance psychique, avec leurs déficiences d'organisation et de fonctionnement respectives. L'achèvement de ce processus étant principalement d'origine relationnelle, les psychopathologies seraient à mettre en lien avec les caractéristiques du climat relationnel qui ont prévalu tout au long de la gestation psychique jusqu'à l'éclosion. De manière générale, les psychopathologies pourraient représenter l'inaboutissement du versant psychologique de la reproduction humaine qui assure normalement l'accès à la maturité de l'espèce, l'accès à une vie autonome satisfaisant aux exigences de la réalité. La deuxième naissance à partir de laquelle le nourrisson vient enfin au monde est un processus fragile, co-construit et dépendant des interactions avec l'entourage. La formation des trois organisateurs, avec leur implication pour la circulation de l'énergie pulsionnelle, n'est pas une garantie de la nature. Si la pathologie correspond à l'interruption ou à la régression à l'une de ces phases immatures, alors nous nous attendons à y retrouver à peu de choses près des caractéristiques communes comme :

- des états proches de la double indifférenciation. Ils renvoient aux difficultés de bien repérer ce qui provient du monde intérieur, de ce qui provient du monde extérieur et/ou à bien interpréter psychologiquement des expériences somatiques. Ces états peuvent se manifester par la distorsion des

phénomènes normaux de projection et d'introjection, par des phénomènes d'identification projective, ou encore par des perturbations d'ordre somatique ;

- une perception partielle de l'objet et de soi. Ce sont les représentations agréables et désagréables qui servent de guide à la distinction entre le soi et le non-soi. Ces difficultés sont connues sous le nom de clivage ;

- une fusion partielle ou une défusion de la pulsion agressive. Celle-ci demeure alors insuffisamment neutralisée. Or la pulsion agressive joue un rôle central dans le processus de différenciation, et l'accès à la réalité objectale. Cela peut se traduire par un écoulement non contrôlé de la pulsion agressive contre l'objet et/ou contre soi. En se diffusant encore vers l'intérieur, la défusion des pulsions peut aussi se manifester par des comportements d'agitation anxieuse ou de dépression.

- un Moi déficient muni de fonctions rudimentaires, c'est-à-dire une aptitude limitée à gérer les décharges et les échanges avec le monde extérieur. Cela se traduit par une faible tolérance à la frustration, des comportements impulsifs et des passages à l'acte. La capacité limitée à retarder et rediriger les décharges de la pulsion agressive au profit de la maitrise du mouvement et de l'action nécessite la poursuite de la prescription d'une morale prohibitive de la part de l'entourage ou de la société. L'acte ne remplace pas toujours la parole. Celle-ci sert alors encore majoritairement à ordonner, commander et interdire ;

- une mauvaise acquisition de la fonction symbolique du langage et des opérations cognitives qui s'y rattachent (la réversibilité de la pensée décrite par Piaget, la pensée abstraite, etc.). La communication à distance est entravée. La difficulté à comprendre les aspects symboliques et communicationnels des gestes et de la parole se manifeste par des désordres relationnels, des conflits, et à terme l'isolement.

Ces perturbations développementales pourraient être présentes à une échelle de gravité plus ou moins grande selon que la régression ou l'interruption du développement psychique soit plus ou moins lointaine. Si les psychopathologies correspondent à la persistance anachronique de l'immaturité du développement psychique, alors tout traitement devrait viser la reprise de ce développement, c'est-à-dire vers la formation et la stabilisation des relations d'objet, en proposant des conditions environnementales similaires à celles normalement rencontrées à l'époque dans la mesure du possible.

2.8.3. Le parachèvement du développement psychique menacé par la détérioration de la relation mère-enfant

La négligence de la dimension relationnelle de la reproduction humaine, c'est-à-dire la dévalorisation de l'importance des premières relations, dont le rôle joué par la mère ou son substitut dans la formation des relations d'objet, peut détériorer l'accès à la maturité du développement psychique, jusqu'à compromettre le processus de reproduction de l'espèce.

Nous avons vu que la pulsion agressive joue un rôle particulièrement important dans le processus d'éclosion, et la formation des relations sociales. Or, si un objet libidinal ne permet pas de la neutraliser suffisamment, si cette énergie n'est pas apprivoisée, elle risque de demeurer une force de destruction farouche se retournant contre les objets dont elle était censée favoriser la reconnaissance. Les psychopathologies et la délinquance seraient des modes d'expression détournés de la pulsion agressive, n'ayant pu être subordonnés et investis dans leur fonction première d'élaboration de l'objet réel lors du développement psychique.

> Dans la suite ces malades seront incapables de se rattraper et de former ces relations qu'ils n'ont jamais eues en leur temps. Ils ne seront pas en mesure d'établir une relation sur un plan plus élevé, comme celui de l'identification, parce qu'ils n'ont jamais su former la relation la plus élémentaire, la relation anaclitique avec la mère. La pauvreté de leurs relations infantiles se traduira par la pénurie de leurs relations sociales. Spoliés de la nourriture affective qui était leur droit, ils auront recours à la seule voie qui leur reste, à la violence, à la destruction d'un ordre social dont ils sont les victimes. De nourrisson sans amour ils deviendront des adultes pleins de haine. (Spitz, 1963, p. 136-137)

Les pathologies mentales, les déviances sociales, et les actes de délinquance sont des signes de la persistance d'une certaine immaturité du développement psychique, le signe que la pulsion agressive n'a pas été suffisamment éduquée. Leur augmentation croissante dans les pays occidentaux depuis la fin du XIXe siècle indiquerait selon Spitz (1963) une détérioration des conditions qui favorisent l'achèvement du développement psychique.

Un appauvrissement des relations d'objet pointerait ultimement vers une détérioration du cheminement qui y conduit : la dimension relationnelle de la reproduction humaine. Si les traits adultes propres à l'espèce humaine, les relations d'objet, se transmettent lors d'une période de gestation psychique tributaire de la qualité des interactions avec l'entourage, alors une multiplication de phénomènes pathologiques ne peut donc que pointer vers l'inaboutissement du processus de transmission des traits proprement humains et la dégradation des interactions qui en sont responsables, à savoir la relation à la mère ou à son substitut. Ainsi, pour René Spitz (1963), l'augmentation des phénomènes pathologiques en Occident au début du XIXe siècle est la contrepartie des transformations sociales qui ont modifié le cadre de la famille : l'effondrement des institutions traditionnelles et l'industrialisation effrénée de la fin XIXe. L'éparpillement des familles et le réajustement arbitraire des rôles de ses membres selon des critères économiques auraient eu des répercussions sur les soins maternels. L'isolement des individus les uns des autres, ainsi que la confusion des règles et des rôles sociaux, ce qu'Émile Durkheim nomme l'anomie, ont certainement impacté la qualité des interactions précoces. Ainsi, les changements majeurs de mode de vie et de valeurs d'une civilisation à une certaine époque peuvent donc favoriser ou restreindre l'accès à la maturité du développement psychique.

En ce sens, la recrudescence d'aménagements culturels, comme l'essor de la psychiatrie au cours du XIXe siècle, et la recrudescence d'asiles et d'hôpitaux pour accueillir les individus atteints de « maladies nerveuses » très peu décrites auparavant, ne témoignerait pas seulement de progrès. Ces aménagements seraient aussi des réponses à un appauvrissement global de l'aptitude aux relations d'objet.

Ils indiqueraient le prix toujours plus élevé à payer pour être capable de former et maintenir un rapport à la réalité. Pour lui, ce sont des palliatifs à des problèmes causés par notre civilisation elle-même (Spitz, 1963).

> Il devient impératif de remonter à la source même du mal, pour y créer une psychiatrie sociale préventive, si nous voulons protéger notre civilisation entière contre le péril que présente la détérioration rapide des conditions requises pour le développement normal des premières relations objectales. La psychiatrie et la psychanalyse sont appelées à réparer les dégâts causés chez les individus par les contraintes qui ont leur origine dans notre forme de société. (Spitz, 1963, p. 135)

C'est par l'étude des premières relations objectales pour René Spitz, l'étude de la façon dont se construit la personnalité humaine, la redécouverte de la dimension relationnelle et son rôle primordial au cours d'un développement psychique, que la psychiatrie et la psychanalyse participeraient à élargir la compréhension des psychopathologies au-delà des frontières de l'anatomie, de la physiologie ou de la génétique. Ce n'est que comme cela qu'elle peut se montrer réellement thérapeutique (Spitz, 1963).

Mieux reconnaitre la contribution décisive et inestimable de la mère ou de son substitut lors des phases précoces du processus de formation du soi, c'est favoriser les conditions d'accès à la maturité et la poursuite du développement psychique jusqu'à la formation des relations d'objet. Ce sont dans les interactions concrètes de la vie quotidienne, entre le père, la mère, et leurs enfants, qu'a lieu la seconde naissance de l'être humain, celle qui forge la qualité de ses futures contributions aux relations sociales, relations elles-mêmes conditions de l'aboutissement du développement psychique des nouvelles générations, et ainsi de suite.

Margaret Mahler, psychiatre et psychanalyste exilée aux États-Unis comme René Spitz, a participé elle aussi à l'étude de cette route qui conduit le nourrisson de l'immaturité à la maturité, de la dépendance à l'individuation, du ventre à la civilisation, de la peur de l'autre au dialogue. Elle décrit ces étapes précoces de la formation du soi et les conséquences de leurs altérations à partir de l'étude des syndromes autistiques et des syndromes de psychoses infantiles.

3. Des origines symbiotiques de la vie psychique aux vicissitudes de la séparation selon Margaret Mahler

3.1. Biographie

Psychiatre et psychanalyste américaine, Margaret Schönberger Mahler est née en Hongrie à Sopron le 10 mai 1897 et est décédée le 2 octobre 1985 à New York. Elle n'était encore qu'une adolescente lorsqu'elle rencontra Sandor Ferenczi. Elle étudia la médecine à l'université de Budapest à partir de 1917, et obtint son diplôme à l'université de Vienne en 1922. Puis, elle se spécialisa dans un premier temps en pédiatrie, avant de se tourner vers la psychiatrie. Elle entama alors une analyse avec Hélène Deutsch en 1926 dans le but de travailler avec des enfants. Au cours de l'année 1938, sous la menace du nazisme, elle quitta l'Autriche avec son mari, pour se réfugier à New York. Elle y devint enseignante à l'université de Columbia de 1941 à 1955. Elle y enseigna également de 1955 à 1974 au Collège de Médicine Albert Einstein.

A New York, elle devint membre de deux instituts de recherche sur le développement psychique de l'enfant : *The Institute of Human Development* et *The Educational Institute*. C'est dans ce contexte que Margaret Mahler décida de se consacrer à l'étude de la psychose chez les enfants. Elle fonda alors avec Manuel Furer le célèbre centre de recherche *Masters Children's Center* en 1957, dédié exclusivement à l'observation et au traitement des psychoses infantiles. Elle y envisagea ses théories sur le développement précoce normal et pathologique de l'enfant. Elle y observa, comme René Spitz, le rôle essentiel de la qualité des soins maternels tout au long des phases précoces du développement psychique.

Si le nom de Margaret Mahler est jusqu'à aujourd'hui associé au processus de séparation et d'individuation, le reste de ses travaux sur les phases précoces du développement psychique du nourrisson en relation avec sa famille, pendant lequel survient précisément cette séparation, n'a étonnamment pas bénéficié de la même postérité. Pourtant, le concept d'individuation/séparation ne prend tout son sens qu'en étant situé dans le contexte bien plus large des phases archaïques qui le

précède et qui y conduit. Margaret Mahler découvre ces phases à partir de cas de psychoses infantiles traités au *Masters Children's Center*. Elle les présentera dans son premier ouvrage paru en 1968 : *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation, vol. I : Infantile Psychosis.* En 1975, elle publia un second ouvrage majeur : *The Psychological Birth of the Human Infant : Symbiosis and Individuation.* Après l'étude des psychopathologies infantiles, c'est-à-dire la description des formes d'échec du développement psychique précoce, elle proposa cette fois une étude de ses étapes normales. Elle y précisa les différents moments qui constituent le processus de séparation, processus qu'elle qualifia déjà de « naissance psychique »[1].

3.2. Introduction : de l'étude de la psychose infantile à l'hypothèse d'une naissance psychique

3.2.1. Contributions de la métapsychologie appliquée à l'étude des psychoses infantiles au milieu du XXe siècle

Depuis le début du XIXe siècle prédomine en psychiatrie une perspective principalement organogénique de la psychose (Bleuler, 1911). Plusieurs impasses persistent parmi ce contexte d'interprétation naturaliste de la vie psychique, dont notamment l'origine héréditariste des psychopathologies sévères et l'absence de concordance avec d'éventuelles traces de lésions organiques (Freud, 1915). La métapsychologie freudienne émerge alors comme une alternative à cette conception exclusivement biologique du psychisme et de sa pathogenèse, notamment par la description des grandes étapes de transition qui conduisent l'enfant vers l'acquisition extra-utérine d'un appareil psychique et des structures synonymes de sa maturité. C'est à partir du complexe d'Œdipe que Freud envisage principalement la formulation d'une telle alternative développementale. Cependant, l'immaturité extrême des premiers moments de la vie psychique et ses pathologies, les phases préœdipiennes, furent encore un terrain à investir pour la psychanalyse au milieu

[1] Nous avons été surpirs à notre lecture de Mahler d'y lire ce terme que nous avions préalablement choisi dans le cadre de notre projet d'étude visant à mieux comprendre le TPL. Ce terme a été curieusement peu repris après elle et c'est un heureux hasard que de l'avoir formulé à nouveau sans avoir jamais consulté ces travaux jusque là.

du XXe siècle. Melanie Klein, René Spitz et Margaret Mahler, influencés par Sandor Ferenczi, se consacrèrent notamment à appliquer la nouvelle technique freudienne aux enfants et aux psychotiques.

A partir des années cinquante, à Manhattan, Margaret Mahler, exilée depuis une dizaine d'années, se consacre exclusivement à l'étude des psychoses infantiles et aux formes graves d'autisme au *Master of Children's Center*. Les enfants psychotiques et autistes lui semblaient incapables de se vivre comme étant complètement séparés de leur entourage tant physique qu'humain. Cette absence de délimitation dans leur identité l'amena à se questionner de manière plus globale sur la formation d'un tel sentiment chez l'être humain. Comment parvient-on à se vivre comme un être différencié avec un sentiment d'identité propre ? Est-ce un aboutissement de la longue période de gestation dans le ventre de la mère ? Vient-on alors au monde avec ce sentiment déjà formé ? Si oui, pourquoi ces enfants ne semblent-ils pas en posséder ? Et si non, comment se forme un sens de soi ?

> « What was the ordinary way of becoming a separate individual that these psychotic children could not achieve? What was the hatching process like in the normal infant? How could we understand in detail the ways in which the mother – as catalyst, activator, or organizer- contributed to these processes? […] At what time the human organism develops from a biological to a psychobiological organization ? » (Mahler, 1975, p. 9)

L'absence d'un sens de soi délimité dans les psychoses infantiles conduit donc Margaret Mahler à s'interroger sur les étapes précoces normales qui conduisent le nourrisson à se vivre comme un être séparé de ce qui l'entoure.

Mahler définit l'identité individuelle comme la première conscience d'un sentiment d'exister et de former une entité à part entière (Mahler, 1975). Elle enracine ces interrogations sur la nature et l'origine de l'identité, sur ce sens de soi, à partir de l'hypothèse freudienne du développement d'un appareil psychique. Contrairement à une opinion communément admise à son époque, elle considère ainsi que le sentiment de posséder une existence propre, le sentiment de se vivre comme une totalité, délimitée à la fois par un intérieur et un extérieur, n'est pas déjà présent à

la naissance (Mahler, 1968). D'un point de vue développemental, la conscience de soi et de l'autre ne serait pas innée, mais résulterait plutôt d'un long cheminement qui se déroule seulement après l'accouchement. Le sens de soi, l'identité, ne s'acquiert alors qu'à l'issue d'un processus ultérieur de séparation par rapport au monde, puis d'individualisation :

> « The biological birth of the human infant and the psychological birth of the individual are not coincident in time. The former is a dramatic observable, and well circumscribed event; the latter a slowly unfolding intrapsychic process. […] We refer to the psychological birth of the individual as the separation individuation process; the establishment of a sense of separateness from, and relation to, a world of reality. » (Mahler, 1975, p. 3)

Ce processus se déroule selon elle à partir du milieu de la première année de vie et se poursuit jusqu'à la fin de la seconde.

3.2.2. Les hypothèses d'une origine symbiotique de l'identité humaine

Pour comprendre l'absence d'un sens de soi et de l'autre circonscrit chez certains enfants, Mahler va donc s'intéresser à la période au cours de laquelle ce sentiment devrait se former : les deux premières années de la vie. Pourtant le type de matériel préverbal à y exploiter pourrait représenter une contrainte dans l'accès au monde interne des jeunes enfants

> « The observation of motor, kinesthetic, and gestural phenomena of the entire body can have great value. It permits one to infer what is going on inside the child; that is to say, the motor phenomena are correlated with intrapsychic events. This is particularly true in the first years of life. The motor and kinesthetic pathways are the principal expressive, defensive, and discharge pathways available to the infant, long before verbal communication takes their place. We can make inferences from them to inner states because they are the end products of inner states. » (Mahler, 1975, p. 15)

Mahler considère que l'observation des premières expériences préverbales et cénesthésiques (combinaison de sensations organiques participant à une conscience personnelle de l'existence de son corps comme une entité propre) permet bein d'avoir une image juste de l'expérience psychique des enfants.

Ces années d'observations vont la conduire à formuler deux hypothèses qui viennent compléter et préciser la théorie psychanalytique du psychisme. La première est l'hypothèse d'une origine symbiotique de la condition humaine. Le bébé est inapte à affronter seul les privations qu'impose le monde après l'accouchement. Les fonctions vitales nécessaires à sa survie sont particulièrement atrophiées et doivent être suppléées par une matrice de soins extra-utérine. Il n'a absolument pas conscience de l'origine de ces soins, au commencement. Il ne va les percevoir que progressivement. Mahler décompose alors la phase originelle d'indifférenciation du narcissisme primaire en deux sous-phases : l'une « autistique » au cours de laquelle l'indifférenciation est absolue, l'autre dite « symbiotique » marquée par une indifférenciation déjà plus relative : « it describes that state of undifferentiation, of fusion with mother, in which the I is not yet differentiated from the not-I and in which inside and outside are only gradually coming to be sensed as different. » (Mahler, 1975, p. 44). La seconde hypothèse découle de la première. Si l'imperfection du processus de reproduction de notre espèce impose une telle dépendance postnatale aux soins maternels, alors il devrait forcément exister aussi un processus de séparation et d'individuation ultérieur qui mette fin à cette forme d'union originelle imposée par la nature : « this separation individuation phase is a kind of a second birth experience which one of us described as "a hatching" from the symbiotic mother-child common membrane » (Mahler et Gosliner, 1955, p. 196). Comme tout achèvement du développement psychique, et contrairement aux processus du développement biologique, cette seconde naissance est réversible (Mahler, 1975). La différenciation, dont la formation d'une conscience de soi et de la réalité découle, n'est pas une acquisition définitive. A un moment ultérieur de la vie peut donc ressurgir le sens de soi primitif indifférencié, ou fusionné, qui lui est antérieur. La délimitation des frontières de l'identité et du corps avec le monde est non seulement inachevée à la naissance, mais pourrait fluctuer longtemps après son acquisition.

Dans la perspective de mieux comprendre l'approche développementale de la psychanalyse, et son intérêt pour approcher le TPL, nous allons revenir en détail sur

chacune des étapes qui conduisent le nourrisson à la différenciation et la formation d'un sens de soi pour Mahler. Nous décrirons d'abord les deux phases normales d'indifférenciation autistique et symbiotique. Puis nous verrons les différentes sous-étapes du processus de séparation-individuation que l'auteure propose. Par la suite, nous considérerons le rôle fondamental de catalyseur qu'elle attribue aux soins maternels. Enfin, nous verrons les différents types d'échecs du franchissement de ces étapes, qui conduisent à différentes formes de troubles du développement d'un sens de soi.

3.3. La phase autistique de 0 à 2 mois

La phase autistique a lieu durant les huit premières semaines de vie environ. Elle se caractérise par l'absence totale d'une conscience de l'existence de la mère en tant qu'agent dont provient la satisfaction des besoins. Les soins maternels y constituent une sorte de barrière qui isole et protège le nouveau-né du monde. Pourtant il n'en est jamais aussi dépendant.

3.3.1. La poursuite du parasitage intra-utérin, une expérience de toute-puissance

Mahler conçoit les tout premiers moments qui suivent la naissance comme une prolongation de la vie fœtale. Pour elle, le nourrisson, comme le fœtus, est donc une forme de parasite (Mahler, 1968).

Au cours de la gestation et la formation de ses organes dans le ventre de la mère, le fœtus obtient de manière passive les provisions qui lui sont essentielles par des échanges avec le placenta et le liquide amniotique. Si tout se passe bien durant cette période, il bénéficie de nourriture, de chaleur et de protection sans interruption et sans le moindre effort. Une interruption serait d'ailleurs synonyme de rupture des conditions nécessaires à sa survie et engendrerait inéluctablement sa mort. C'est là la définition même d'un parasite en biologie. Ce terme renvoie le plus souvent à une bactérie, une plante ou un animal qui vit au sein d'un organisme hôte afin de s'y procurer les provisions nécessaires à sa survie (Oxford Dictionary of Environment and Conservation, 2017). Ferenczi (1913) propose également une

telle analogie dans *Le développement du sens de réalité et ses stades* : « Tous les enfants vivent dans l'heureuse illusion de la toute-puissance dont ils ont effectivement bénéficié autrefois. » (Ferenczi, 1982, p. 62). Selon lui, l'être humain en devenir vit réellement une toute-puissance inconditionnelle prénatale : le fœtus a tout ce qu'il souhaite immédiatement et sans condition.

La naissance apparait ainsi comme une perturbation d'un état idyllique que le nourrisson souhaite retrouver. Son entourage va œuvrer à le lui procurer par une sorte de système clos extra-utérin. Le liquide amniotique et le placenta, matrices physiologiques, ne sont plus là, mais leurs fonctions vont être rétablies par l'entourage. La mère est considérée comme une véritable matrice sociobiologique de soins (Mahler, 1968). Elle va le nourrir par son sein, le réchauffer par sa peau, le transporter dans ses bras, l'apaiser par le son de sa voix, filtrer les stimulations extérieures, comme le bruit ou la lumière :

> Les personnes qui prennent soin de l'enfant comprennent instinctivement ce désir, et dès qu'il manifeste son déplaisir par des cris et de l'agitation, elles le mettent dans des conditions qui se rapprochent le plus possible de la situation intra-utérine. (Ferenczi, 1982, p. 50)

Bien qu'elle soit illusoire pour son entourage, l'expérience de la toute-puissance prénatale va donc se prolonger du point de vue du nourrisson.

3.3.2. L'orbite autistique, prolongation de l'expérience de la toute-puissance

On note un rapprochement indirect entre l'auto-érotisme et la phase autistique chez Mahler. Durant cette phase il n'existe ni objet, ni Moi, et encore moins de chemin préétabli menant de l'un à l'autre (Mahler, 1975). Le nourrisson y est autocentré. Étymologiquement, « autisme » provient de l'allemand « *autismus* » (Laplanche et Pontalis, 1967). Ce terme provient lui-même du grec « autós », qui signifie soi-même. Eugen Bleuler l'utilise pour la première fois en 1911 dans *La Démence précoce ou le groupe des schizophrénies* pour qualifier un symptôme secondaire qu'il rapproche de « l'auto-érotisme » pour Freud (Bleuler, 1911). D'après *Le vocabulaire de la psychanalyse*, c'est dans les trois essais sur la théorie de la

sexualité que l'on retrouve une première définition du terme « auto-érotisme » : « caractère d'un comportement sexuel où le sujet obtient la satisfaction en recourant uniquement à son propre corps. » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 42). Pour Freud l'auto-érotisme correspond ainsi à la phase la plus primitive du développement au cours de laquelle la satisfaction, c'est-à-dire l'apaisement des tensions internes ou externes, peut être obtenue sans utiliser d'objet extérieur que soi-même. Chaque besoin commence à se satisfaire pour son propre compte de manière assez anarchique sans qu'il n'existe une organisation d'ensemble, une image de soi et du corps global.

> Il est nécessaire d'admettre qu'il n'existe pas dès le début, dans l'individu, une unité comparable au Moi ; le Moi doit subir un développement. Mais les pulsions auto-érotiques existent dès l'origine. (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 43)

Après la naissance, l'entourage, et plus précisément la mère, prodigue des soins sans lesquels le nourrisson ne survivrait pas plus de quelques heures. Paradoxalement, celui-ci n'est pas en mesure de distinguer les actions de sa mère des siennes qui sont censées l'aider à réduire ses sources de déplaisirs. Il s'attribue à lui-même l'origine de l'apaisement de ses besoins. De son point de vue, il se suffit à lui-même ; en plus d'être autocentré, il ressent une auto-suffisance qui, d'après la perspective de son entourage, serait bien entendu fictive : « I have applied to the first weeks of life the term *normal autism*; for in it, the infant seems to be in a state of primitive hallucinatory disorientation in which need satisfaction belongs to his own omnipotent, autistic orbit. » (Mahler, 1968, p. 7). En physique, une orbite est la trajectoire incurvée d'un objet céleste soumis à la force d'inertie d'un autre objet dont il ne peut se soustraire (Oxford Dictionary of Astronomy, 2018). « Orbite » peut aussi être employée pour désigner une aire d'activité, ou d'intérêt, une zone d'influence (Larousse, 2018). Mis ensemble, l'expression « orbite autistique » peut sembler contradictoire, puisqu'elle signifie que le nourrisson gravite autour de lui-même, qu'il est lui-même captif de sa propre inertie. C'est pourtant là tout le paradoxe de l'expérience de ces premiers moments de vie. La quête de l'apaisement

des besoins ressemble plus à cette époque à une forme de repli paradoxal d'un soi indifférencié du monde sur lui-même.

Pour Ferenczi, la toute-puissance de la période intra-utérine va se prolonger sur un mode hallucinatoire au sein de cette matrice de soins (Ferenczi, 1913). Cette matrice entretient de l'intérieur l'illusion de l'omnipotence du nourrisson (Mahler, 1975).

3.3.3. La recherche d'un équilibre homéostatique

Nous l'avons vu, le processus de reproduction chez l'humain aboutit à une progéniture qui n'est pas encore viable à la naissance. La phase autistique est la première phase postnatale censée pallier cet échec. La phase autistique assure bien ici une forme d'homéostasie (Mahler, 1975). Le terme « homéostasie » provient du grec « s*tasis* » : état, position, et *« homoios* » : égal, semblable. Il qualifie la tendance d'un système biologique à se réguler soi-même, à se maintenir à un état d'équilibre qui résiste aux changements (Oxford Dictionary of Ecology, 2015). Les soins maternels assurent ainsi la gestion des variations de température, de luminosité, de bruit, et des constantes métaboliques. Comme dans l'utérus, cette matrice sociobiologique tend à ramener à l'équilibre les seuils des paramètres physiologiques du nourrisson : « The task of the autistic phase is the achievement of homeostatic equilibrium of the organism within the new extramural environment, by predominantly somathopsychic, physiological mechanisms. » (Mahler, 1975, p. 43). Protégé de ces fluctuations, l'organisme a la liberté d'utiliser pleinement ses ressources dans le but de favoriser sa propre croissance.

Dans cette bulle, seuls les phénomènes physiologiques dominent (Mahler, 1975). L'entourage et le nourrisson forment d'abord une unité d'échanges biologique puisque qu'à la naissance le nouveau-né passe la plus grande majorité de son temps à moitié éveillé et à moitié endormi, dans un état quasi viscéral. Ce n'est que par la stimulation provenant des soins de son entourage qu'il parvient à s'éloigner de cette passivité végétative (Mahler, 1975). Une plus grande sensibilité aux signaux périphériques marque alors un premier déplacement de l'activité

pulsionnelle des organes de l'abdomen, de l'estomac, vers la périphérie du corps, les organes de la perception.

3.4. La phase symbiotique de 3 à 8 mois

Vers la fin du second mois, la bulle autistique qui protégeait le nourrisson du reste du monde commence à se fissurer. Avec l'éveil de son activité sensorielle et le déplacement de la libido de l'intérieur vers ses extrémités, il capte davantage de signaux d'où semblent provenir les réponses à ses besoins. Le nourrisson investit de manière active cette source de soins. C'est le second stade du développement psychique selon Mahler : la phase symbiotique. Ce second stade constitue une phase de transition entre le narcissisme primaire et les relations d'objet. Les ébauches d'une première délimitation apparaissent mais restent encore vagues.

3.4.1. Expansion et diversification des rôles de la bulle autistique : la formation d'une membrane commune avec la mère

Aux alentours des trois mois, le nourrisson n'est toujours pas apte à répondre par lui-même à ses besoins. Sa survie doit toujours être suppléée par des soins provenant de son entourage. Le nourrisson, jusque-là replié sur lui-même comme dans une bulle protectrice, ne percevait pas la matrice de soins maternels d'où lui provenait pourtant l'apaisement de ses tensions. Cela va changer avec le déplacement de l'investissement de l'énergie libidinale des viscères, des constantes physiologiques, autrement dit de lui-même, vers la périphérie de la bulle : la mère, depuis laquelle proviennent réellement les réponses à ses besoins (Mahler, 1975). Sa bulle protectrice devient alors une membrane réceptrice. Il perçoit mieux la source de ces signaux, et peut alors les investir.

La coquille de protection maintenant sensible aux signaux périphériques va alors s'étendre à la mère comme s'ils formaient tous deux dorénavant une seule et même entité omnipotente. La phase symbiotique correspond à la fusion de ces deux êtres bien distincts physiquement, unie par une sorte de membrane psychique commune :

> « The essential feature of symbiosis is hallucinatory or delusional, somatopsychic omnipotent fusion with the representation of the mother

> and, in particular, the delusion of a common boundary of the two actually and physically separate individuals. » (Mahler, 1975, p. 45)

D'abord captive de sa propre force d'inertie, l'orbite du nourrisson s'élargit autour de ce premier couple. Il n'est plus vraiment un parasite, un organisme biologique qui vit passivement à la solde d'un autre. Il n'est pas pour autant indépendant. La vie à deux commence par cette forme de coexistence qui est loin d'être mutuelle, et qui ira en se complexifiant sans jamais vraiment prendre fin, excepté lors de phases de régression majeure. D'ailleurs « symbiose » vient du grec ancien « *syn* » qui signifie ensemble, et « *bios* » qui signifie vie. C'est littéralement le fait de vivre ensemble, d'être lié. En biologie le terme renvoie à l'aide mutuelle que deux organismes d'espèces différentes vont tirer de leur relation intime (Oxford concise Medical Dictionary, 2015).

3.4.2. La différenciation de la qualité des expériences comme bonnes et mauvaises, prélude de la séparation du soi et du monde

Le changement du type d'investissement des signaux intéroceptifs, les viscères, vers les signaux extéroceptifs, l'entourage, constitue une étape fondamentale dans le développement psychique et la délimitation d'un sens de soi et de l'autre :

> « The infant's inner sensations form the *core* of the self. They seem to remain the central crystallization point of the "feeling of self", around which a "sense of identity" will become established (Greenacre, 1958; Mahler, 1958b; Rose, 1964, 1966). The sensoriperceptive organ – the "peripheral rind of the ego", as Freud called it - contributes mainly to the self's demarcation from the object world. » (Mahler, 1975, p. 47)

La sensibilité de cette membrane commune favorise le progrès des fonctions perceptrices et mnésiques du nourrisson. Elle lui permet de discriminer deux grandes qualités élémentaires aux signaux qu'il perçoit parmi les soins qui lui sont prodigués et d'en garder une trace. Il différencie de bonnes expériences, plaisantes, et de mauvaises expériences, celles qui sont déplaisantes. Le souvenir laissé par leur répétition va constituer une « image corporelle », c'est-à-dire une première délimitation d'un « soi corps » auquel est associé le bon, contrairement au non-soi, ce qui ne relève pas de ce corps et qui est associé au mauvais.

> « Image of the love object, as well as images of the bodily and later the psychic self, emerge from the ever-increasing memory traces of pleasurable (good) and unpleasurable (bad) instinctual, emotional experiences, and perceptions with which they become associated. » (Mahler, 1975, p. 49)

La relation du nourrisson à la mère va évoluer selon un modèle de deux comportements, qui vont alterner respectivement en fonction de ces deux expériences élémentaires bonne ou mauvaise. En effet, le nourrisson va avoir tendance à vouloir absorber, incorporer le bon, et à éjecter, repousser le mauvais. Cette distinction perceptive en engendre une autre, celle des deux pulsions, libidinales et agressives, qui étaient jusque-là indistinctement mélangées. La pulsion agressive va lui servir à expulser les sensations désagréables, alors que la pulsion libidinale va lui permettre d'investir les bonnes. La phase symbiotique donne donc lieu à un mécanisme de clivage entre les bons aspects de la figure maternelle et ses mauvais, ainsi que l'alternance des mécanismes d'introjection et de projection selon que l'une ou l'autre de ces représentations soient perçues. A ce moment, le nourrisson se comporte comme s'il percevait non pas une mais deux figures maternelles, et agit en conséquence : il devient mauvais, agressif avec la mauvaise, et affectueux, doux avec la bonne (Mahler, 1975). C'est avec cette dernière qu'il veut fusionner. Il agit ainsi comme s'il était lui aussi alors par moment deux nourrissons différents. L'idée que la mère puisse être une seule et même entité, à la fois bonne et mauvaise, parait à ce stade inconcevable. Cela lui demanderait d'assumer également qu'il puisse y avoir une partie de mauvais en lui, une partie qu'il devrait refréner et apprivoiser.

La capacité de discriminer le bon et le mauvais indique l'amorce d'une division structurale pour Mahler, tout comme le sourire des trois mois est l'indice d'une division topographique entre conscient et inconscient pour Spitz. Une instance primitive sera appelée à intervenir dans l'orientation et le mode de décharge des deux pulsions libidinale et agressive. Cette forme de médiation entre des signaux bons et mauvais, entre intérieur et extérieur, sera le prélude du fonctionnement d'un

Moi rudimentaire. Au cours de cette seconde phase, le psychologique se fait petit à petit une place au côté du biologique.

3.4.3. Un préalable indispensable à la naissance psychique : l'origine symbiotique de la condition humaine

Comme la phase autistique, la phase symbiotique permet de pallier les insuffisances de la constitution de l'espèce humaine. Il y a néanmoins une différence majeure avec la phase autistique : le nourrisson ne se considère plus comme l'origine unique des provisions qui l'apaisent. L'illusion de la fusion avec la mère lui assure cependant la prolongation de l'homéostasie et de l'expérience de la toute-puissance intra-utérine dont il bénéficiait. On ne peut mesurer la juste valeur de cette union sans réaliser l'ampleur de la précarité de notre condition post-natale comparée à celle des autres espèces. La réalité n'est pas plus accessible à l'homme qu'aux autres animaux au vu de son état premier d'existence. C'est seulement au terme de l'investissement d'une source de provision extérieure, dont la nature ne l'a préalablement pas équipé, qu'il peut prétendre y accéder. Ce détournement de soi vers l'autre par nécessité forge en plus le souvenir impérissable d'une idylle. La phase symbiotique a été le vestige d'une première histoire d'amour qui ne cessera d'en inspirer bien d'autres : « The normal symbiotic phase marks the all-important phylogenetic capacity of the human being to invest the mother within a vague dual unity that forms the primal soil from which all subsequent human relationships form. » (Mahler, 1975, p. 48). Qu'en aurait-il été si l'homme était venu au monde mieux équipé, si par exemple, comme le poulain ou l'éléphanteau, l'homme avait pu se déplacer au bout de quelques heures seulement ? Ce détournement de soi vers la mère aurait-il même jamais existé si la nature ne l'eût imposé par nécessité ?

Les phases autistique et symbiotique diffèrent la rencontre prématurée du nourrisson avec la réalité, en prolongeant l'équilibre psychophysiologique prénatal. Elles constituent un prérequis essentiel au processus de séparation au cours duquel se forme enfin un sentiment de soi et de l'autre circonscrit.

3.5. La phase de séparation-individuation de 6 à 36 mois

La troisième étape du développement psychique est la plus importante. C'est la phase au cours de laquelle le soi, fusionné à la mère, va éclore, et quitter les hospices de la coquille qui le protégeait du monde : « The term separation or separateness refers to the intra psychic achievement of a sense of separateness from mother and, through that, from the world at large. » (Mahler, 1975, p. 7-8). Mahler la désigne par deux termes qui ont chacun leur importance : la « séparation » au cours de laquelle le nourrisson émerge de la relation symbiotique ; puis « l'individuation » où il accède aux caractéristiques qui lui sont propres en tant qu'individu. Cette phase se déroule en quatre sous-phases dont nous allons décrire en détail les contributions dévelopementales : la perception d'une réalité jusque-là indiscernable, ainsi que l'aptitude à former des relations réciproques avec celle-ci.

3.5.1. La première sous-phase : la différenciation de 6 à 10 mois

Au cours de cette première sous-phase apparaissent plusieurs indices affectifs qui annoncent le début du processus d'éclosion du soi. Par divers comportements spécifiques, le nourrisson signifie que la mère est devenue une personne importante pour lui. Il fait déjà une première distinction préférentielle entre elle et d'autres objets environnants. Par exemple, Mahler (1975) fait référence au premier et second organisateurs psychiques décrits par Spitz, à savoir le sourire volontairement orienté et la peur de l'étranger, qui apparaissent respectivement entre le troisième et huitième mois. De même, aux alentours des sept à huit mois, elle rapporte une autre tendance « *checking back pattern* » qui consiste à suivre la mère du regard pour s'assurer de sa présence même lorsque cette dernière s'éloigne. C'est selon elle un indice important de progrès dans le développement cognitif et émotionnel normal : « the seeking of distance during the differentiation subphase seemed to be accompanied by greater awareness of mother as a special person. » (Mahler, 1975, p. 61). Si l'arrimage à la mère, première ambassadrice du monde extérieur, se déroule de manière optimale et ajustée, la différenciation peut continuer sa douce et graduelle expansion au-delà de l'orbite symbiotique.

3.5.2. La deuxième sous-phase : les activités de 10 à 15 mois

Avec la protection que lui procurent les soins de sa mère, le nourrisson va pouvoir s'éloigner progressivement d'elle pour découvrir le monde. La deuxième sous-phase se caractérise principalement par l'exploration et la locomotion.

Si les étapes précédentes ont suffisamment compensé la vulnérabilité constitutive du nourrisson, son sentiment de toute-puissance intra-utérine va se prolonger jusqu'à l'apparition de l'autonomie. C'est alors le début d'une formidable histoire d'amour entre le monde et le jeune enfant (Mahler, 1975). Mais attention, tomber amoureux du monde à ce stade signifie dans une certaine mesure être amoureux de soi-même, car l'enfant ne s'en différencie pas encore. Pour Mahler, le narcissisme primaire atteint ici un maximum :

> Chez Freud le narcissisme primaire désigne de façon générale le premier narcissisme, celui de l'enfant qui se prend lui-même comme objet d'amour avant de choisir des objets extérieurs. Un tel état correspondrait à la croyance de l'enfant à la toute-puissance de ses pensées. (Laplanche & Pontalis, 1967, p. 264)

Dans un esprit de conquête et de grandeur démesuré, mais toutefois normal à cet âge, le bébé s'en va repousser toujours plus loin les frontières du territoire où s'exercent ses pouvoirs magiques : « The chief characteristic of this practicing period is the child's great narcissistic investment in his own functions, his own body, as well as in the objects and objectives of his expanding reality. » (Mahler, 1975, p. 71). Il consacre une grande partie de son énergie pulsionnelle à la pratique et la maitrise de l'action et du mouvement envers son monde environnant aussi bien humain qu'inanimé (Mahler, 1975). Le bébé perçoit alors qu'il y a toujours plus à voir, à entendre et à toucher. Ce monde regorge de merveilles à découvrir et à s'approprier. La possibilité de s'éloigner physiquement de la source des soins maternels n'est pas pour autant synonyme d'une prise de distance psychique. Si l'orbite de son investissement libidinal s'étend toujours davantage, jusqu'à accroitre les sphères du monde qui lui semblent familières, le nourrisson n'en a pas moins besoin de sa mère, bien au contraire : « The child walks alone with his eyes fixed on his mother's face, not on the difficulties in his way. » (Kierkegaard dans

Mahler, 1975, p. 72). Au cours de cette sous-phase d'expérimentation, elle devient donc un port d'attache, un point de ravitaillement à ses besoins, par contact physique, ou à défaut par le regard ou la parole. Elle incarne un « *home base* » (Mahler, 1975) : une maison, un chez-soi dont on ne peut s'éloigner qu'à la condition du maintien d'une connexion.

3.5.3. La troisième sous-phase : le rapprochement de 15 à 24 mois

A la moitié de la seconde année, à partir du quinzième mois, commence la sous-phase de rapprochement, de loin la plus critique de toutes les sous-phases du processus de séparation et d'individuation. Cette avant-dernière étape du processus de séparation équivaut au premier niveau d'une identité propre. Elle est véritablement l'instigatrice de la naissance psychique (Mahler, 1975). Elle débute avec l'acquisition de la locomotion, et s'achève avec l'acquisition du symbole et la maitrise du langage, les débuts de l'intelligence représentationnelle selon Piaget. Même si les étapes précédentes y ont préparé le bébé, la rencontre avec la réalité n'en demeure pas moins un processus d'adaptation particulièrement douloureux et fragile qui met à rude épreuve les liens qui l'unissent à son compagnon symbiotique, et dont la perte se fait plus que jamais menaçante.

3.5.3.1. L'effondrement de la toute-puissance, la fin du narcissisme primaire de 15 à 18 mois

Avec la marche, le bébé s'en va exercer sur des contrées lointaines les dons que lui confère son sentiment de toute-puissance. Or durant ses conquêtes, la distanciation progressive à la mère, la base d'où provient l'apaisement de ses besoins, le confronte plutôt à vivre des expériences nouvelles et répétées d'impuissance. Lui qui s'avance en souverain réalise qu'il est en fait cruellement petit, faible et sans défense vis-à-vis d'un monde qui le plus souvent l'accable, lorsqu'il s'y présente sans ses pouvoirs magiques, autrement dit : seul. « The world is not his oyster, he must cope with it more or less "on his own", very often as a relatively helpless, small, and separate individual, unable to command relief or assistance merely by feeling the need for it. » (Mahler, 1975, p. 78). A partir du quinzième jusqu'au dix-huitième mois, seul et démuni, il prend conscience de la disproportion de sa

grandeur, et c'est non sans peine qu'il doit y renoncer pour s'adapter aux exigences du monde qu'il découvre. Le bébé réalise clairement que la source de son omnipotence, sa mère, sa partenaire symbiotique, est une entité à part entière, séparée, avec des intérêts propres.

L'épanchement de son sentiment de toute-puissance et la prise de conscience de son autonomie l'exposent comme jamais à la peur effroyable de perdre les faveurs de l'objet libidinal, la peur d'être séparé de la mère. Cette période coïncide donc avec une augmentation normale de l'anxiété. Elle se manifeste aux environs des dix-septième et dix-huitième mois par de l'insatiabilité. Le bébé y expérimente une gamme plus large et spécifique d'émotions, dont la déception et la colère (Mahler, 1975). Ainsi, l'humilité qui prédomine durant toute cette sous-phase contraste avec l'apparente fatuité de la précédente. Pour Mahler elle peut parfois même s'apparenter à une forme temporaire de dépression, rejoignant ici la conceptualisation de Melanie Klein :

> « We learned that gradualness of the replacement of the pleasure principle by the reality principle – the gradualness of the awareness of the intrapsychic process of differentiation of the self-representations, from the object representations through identificatory processes – is a tortuous route.» (Mahler, 1975, p. 226)

Or un tel désenchantement n'est pas encore supportable. Il nécessite la présence d'un Moi fort, d'une structure de gestion et de décharge des tensions intérieures dont le bébé est encore dépourvu. Il va devoir s'en protéger : l'agitation et l'hyperactivité sont des premiers moyens pour se défendre contre la tristesse qu'engendre la perte de l'unité symbiotique originelle (Mahler, 1975).

3.5.3.2. La crise du rapprochement de 18 à 20 ou 24 mois

Avec une plus grande conscience d'être séparé, le nourrisson pressent qu'il ne peut user encore bien longtemps de l'illusion de son omnipotence symbiotique. Il ne peut continuer à exister comme s'il ne formait qu'une seule et même entité avec la figure maternelle.

Un immense dilemme va alors se poser, un dilemme que Margaret Mahler nomme « la crise du rapprochement », et dont la résolution correspond à l'aboutissement de la maturité du développement psychique :

> « The rapprochement struggle has its origin in the species specific human dilemma that arises out of the fact that, on the one hand, the toddler is obliged by the rapid maturation of his ego, to recognize his separateness, while on the other hand, he is yet unable to stand alone and will continue to need his parents for many years to come. » (Mahler, 1975, p. 229)

Le nourrisson est partagé entre le désir de grandir et celui de régresser, autrement dit, il vacille entre l'autonomie et la conservation de la toute-puissance symbiotique. D'un côté il a envie d'être indépendant et séparé, mais cela lui impose de renoncer à la protection et au pouvoir que lui procurait la symbiose. Il s'expose ainsi à la peur et l'insécurité que suscite le monde à la vue de son impuissance. Il est alors menacé par l'angoisse de séparation. D'un autre coté il entretient le souhait de conserver coûte que coûte le statu quo de la toute-puissance de l'union à la mère, mais pour cela il doit renoncer à l'éventualité d'une existence individuelle et autonome. C'est au prix de son identité et de sa liberté qu'il peut prolonger l'illusion de la réalisation magique de tous ses désirs. Cependant cette prolongation l'exposerait par là à la peur d'être englouti par la figure maternelle : il serait alors menacé dans ce cas par l'angoisse de castration.

Ce conflit se manifeste par des demandes et des comportements contradictoires adressés à la mère. Tantôt le bébé l'écarte, tantôt il la sollicite avec avidité (Mahler, 1975, p. 95). La prise de distance de la sous-phase des activités s'accompagne donc aussi d'une peur de l'abandon. On assiste alors paradoxalement à une forte demande d'amour en plus des actes de répulsions. Tout le problème consiste alors à trouver la bonne distance vis-à-vis de l'objet libidinal : trop proche, la sécurité et le pouvoir omnipotent sont préservés mais le monde est inaccessible ; trop loin, le monde est à portée de main mais il est menaçant et frustrant. Debout sur ce seuil, tourmenté par l'indécision, le bébé oscille avec tumulte d'un bord, puis l'instant d'après de l'autre. C'est la période où l'on observe généralement des changements rapides

d'humeur, de l'insatisfaction et des crises de colère plutôt stériles, que l'on a coutume de considérer comme des caprices.

3.5.3.3. Les réactions à la séparation lors de la crise du rapprochement de 18 à 21 mois

Pour Margaret Mahler cette crise du rapprochement opposant séparation et symbiose porte en elle les racines d'enjeux uniques à l'existence humaine, et qui peuvent perdurer toute la vie. C'est à travers ce dilemme de l'autonomie et de la toute-puissance que se construit le rapport de l'être humain à la réalité, au monde objectif, et que se définit aussi le prix à payer pour pouvoir être capable d'en tenir compte et de s'y lier, sans trop craindre pour la préservation de son intégrité.

Compte tenue de la grande précarité qui caractérise la vie du nouveau-né, et qui se prolonge bien après l'accouchement, l'acquisition de la locomotion, même si elle survient aux alentours du milieu de la seconde année, arrive prématurément. Comme l'accouchement, elle précipite la rencontre avec le monde extérieur avant que le nouveau-né ne puisse y survivre par ses propres moyens. Or, ce n'est qu'à l'issue de longues années de soins parentaux que cela sera réellement le cas. Poussé un peu trop tôt par les élans de son développement biologique, et spolié d'une aide parentale encore vitale, le premier rapport de l'être humain à la réalité est celui d'une menace insurmontable, contre laquelle il faut se défendre pour survivre à la vue de son impuissance constitutive. Le rapport à la réalité n'est donc ni donné ni définitif lors de la naissance physique. Au contraire, c'est une construction postérieure, fragile et révocable.

Pendant la crise du rapprochement, le nourrisson va déployer un ensemble de comportements destinés à restaurer son sentiment de sécurité face à cette menace qu'il n'est pas prêt à affronter seul. Il revendique, parfois avec fougue, l'assistance qui lui était gracieusement octroyée auparavant, et dont il n'était pas vraiment conscient de l'origine. Sans la restauration temporaire de ces provisions, la construction de ce rapport risquerait de demeurer telle quelle pour toute la vie : un danger dont il faut se protéger au prix d'efforts incessants et irrépressibles. C'est la raison pour laquelle Mahler propose un lien évident entre la crise du rapprochement

et la genèse des névroses (Mahler, 1975) : c'est le dénouement de cette crise qui détermine pour chacun, selon son histoire symbiotique et sa constitution, le coût de l'accès à la réalité et de l'indépendance, donc de la maturité.

Les réactions à la crise du rapprochement qui d'un point de vue médical seraient des symptômes, sont d'abord des moyens mis en œuvre afin de restaurer l'illusion de la toute-puissance et la sérénité qu'elle procure. Ces réactions, aussi inopportunes qu'elles paraissent, sont d'abord des tentatives de retrouver la figure maternelle. Par exemple l'avidité affective, l'insatiabilité, ainsi que les accès de rage caractéristiques de cette période sont des manifestations qui pointent toutes vers le souhait que se rétablissent la magie et l'insouciance de la phase symbiotique : « It was characteristic of children at this age to use mother as an extension of the self – a process in which they somehow denied the painful awareness of separateness » (Mahler, 1975, p. 95). En outre, l'agitation et l'hyperactivité sont également des moyens de se protéger de la tristesse que le Moi encore faible du jeune enfant ne peut surmonter.

Une autre mesure de protection caractéristique de cette époque est le clivage : la division du soi et de la réalité en deux parties, l'une bonne, incarnant l'espoir de l'union symbiotique, et l'autre mauvaise, sur qui diriger les mécontentements suscités par la bonne, afin de sauvegarder l'espoir de reformer l'alliance originelle avec cette dernière : « the observers lent themselves particularly well to the child's exercise of this defense, becoming the target of his impotent rage reactions, in order to protect the good mother image from his destructive anger. » (Mahler, 1975, p. 99). Un recours excessif à ces mécanismes est caractéristique de la symptomatologie décrite dans les cas de trouble de la personnalité limite à l'âge adulte (Mahler, 1971) : les changements rapides de l'humeur, l'avidité affective, l'agitation, l'instabilité du rapport au monde des objets, en lien avec l'oscillation entre le désir de grandeur et la peur excessive de l'abandon. La persistance de ces mécanismes typiques de cette sous-phase en des proportions immodérées pourrait donc indiquer un inachèvement du processus développemental de la construction

du rapport à la réalité, un inachèvement de la seconde naissance chez ces individus. Ils lutteraient toujours pour se protéger d'une réalité menaçante, embourbés dans le dilemme de la symbiose et de la séparation.

3.5.3.4. Le rôle de l'agressivité dans la naissance du soi, le début du narcissisme secondaire

Apprendre à vivre au contact de la réalité sans se sentir trop menacé et sans devoir en payer un trop grand prix pour y évoluer, constitue l'aboutissement le plus élevé du développement psychique. Il correspond à la formation des relations d'objet pour Spitz, et suppose la résolution du dilemme de la symbiose et de la séparation pour Mahler. Comment se résout-il ? Jusqu'à maintenant, rappelons que le nourrisson se sent petit et impuissant, son sentiment de grandeur ayant subi une première déconvenue face à la réalité. Sa quête du retour à l'unité symbiotique ne peut lui apporter que des quiétudes temporaires. A terme, elle est décevante. De plus cette solution coûte cher : le prix de la liberté. La résolution du dilemme suppose donc la possibilité de pouvoir fonctionner de manière autonome, sans être trop envahi par l'angoisse d'une séparation avec l'objet maternel et de la perte de son amour. La pulsion agressive a ici un rôle fondamental à jouer dans l'achèvement de cette seconde naissance et l'éclosion d'un soi autonome.

> « Throughout the whole course of separation-individuation, one of the most important developmental tasks of the evolving ego is that of coping with the aggressive drive in the face of gradually increasing awareness of separateness. » (Mahler, 1975, p. 226)

La pulsion agressive est particulièrement sollicitée au cours du processus de séparation. Nous avons vu en effet que l'éloignement accentue l'alternance des comportements de rejet et de demande d'amour à l'égard du partenaire symbiotique, c'est-à-dire une alternance de manifestations de la pulsion agressive et de manifestations de la pulsion libidinale. A ce stade, les décharges de ces deux pulsions vont se précipiter, au point de se chevaucher : la partenaire symbiotique, la mère, est susceptible de devenir simultanément la cible des pulsions libidinales et agressives. En tant que cible privilégiée des deux pulsions, elle va donc incarner à la fois le bon et le mauvais. Elle va être perçue à la fois à l'intérieur et à l'extérieur.

En tolérant l'ambivalence des décharges qui lui sont ainsi destinées au cours de cette période d'instabilité, elle permet au jeune enfant d'intégrer ces deux qualités élémentaires : se vivre lui aussi à la fois comme bon et mauvais, comme un intérieur au contact d'un objet extérieur. Une intégration des représentations de soi et de l'objet, chacun perçu à la fois comme bon et mauvais, permet à la pulsion agressive de fusionner avec la pulsion libidinale. L'agressivité ainsi fusionnée est dite neutralisée (Mahler, 1975). Cette énergie potentiellement destructrice, préalablement libre et non contrôlée, réagissant à l'éloignement en œuvrant dans le sens d'un retour à l'union symbiotique, va se subordonner à une instance de gestion personnelle : le Moi. En étant neutralisée, elle va pouvoir être contrôlée, et redirigée à profit vers des buts favorisant la différenciation, et non la symbiose comme c'était le cas jusqu'à présent.

Une meilleure gestion de l'agressivité est donc la condition à une consolidation d'une image de soi plus réaliste. Elle est indispensable à la poursuite du processus de séparation. L'enfant va ainsi acquérir une alternative à la toute-puissance pour rencontrer le monde de manière individuelle, en dépit de sa petitesse et de sa vulnérabilité. Il va pouvoir investir une partie de la pulsion agressive neutralisée pour renforcer son propre soi. C'est le début du narcissisme secondaire, et la fin du dilemme de la symbiose et de la séparation :

> « This would ensure the beginning of investment of the self with sound secondary narcissism, allow the apparatuses of the ego to attain secondary autonomy, and last but not least, allow for cathexis of the object world with a measure of neutralized libido, thus promoting sublimation. » (Mahler, 1975, p. 226)

C'est donc par la pulsion agressive que se profile le chemin qui conduit du narcissisme primaire – l'illusion de la toute-puissance du couple formé avec les parents – au narcissisme secondaire, le fonctionnement autonome. Dans *Le vocabulaire de la Psychanalyse*, Laplanche et Pontalis (1967) conçoivent ainsi le narcissisme secondaire comme un retour de la libido sur le moi, après qu'elle se soit retirée de ses investissements objectaux. C'est donc la neutralisation de la pulsion agressive, mise ainsi au service du Moi, qui permet au nourrisson de

résoudre le dilemme de la phase de rapprochement, c'est-à-dire d'être séparé sans se sentir trop menacé (Mahler, 1975).

3.5.3.5. La résolution de la crise du rapprochement à partir de 21 mois

A partir de 21 mois, avec l'intégration des représentations de soi et de l'objet, et la neutralisation de la pulsion agressive œuvrant sous la juridiction d'un Moi, le bébé, qui n'en est plus vraiment un, parvient à trouver une distance optimale avec la mère, depuis laquelle il parvient à tolérer le sentiment d'être une entité séparée sans trop en souffrir. Les indices caractérisant la crise du rapprochement s'évanouissent graduellement. L'avidité affective en réponse à la peur de l'abandon s'estompe, tout comme les accès de rage revendicatrice pour posséder un contrôle omnipotent. La crise du rapprochement se résout quand le bébé trouve enfin la bonne distance entre le soi et le monde des objets, c'est-à-dire la distance à partir de laquelle il peut contempler la réalité sans que cela ne soit trop risqué (Mahler, 1971).

Depuis cette distance, le bébé, qui devient un enfant, rencontre le monde sous un tout autre jour. Le monde n'est plus une simple extension de sa grandeur dont il est éperdument amoureux et qu'il possède sans condition à l'image d'un despote tout-puissant. Séparé de la mère, privé de ses pouvoirs magiques d'autrefois, dorénavant humble, et conscient de sa vulnérabilité, c'est en tant qu'altérité qu'il va à la rencontre du monde. Un tout autre type d'histoire d'amour avec le monde peut alors commencer : une relation mutuelle et réciproque entre des entités reconnues comme séparées. L'amour jusque-là auto-érotique devient objectal. De plus, l'impossibilité d'un retour à l'union fusionnelle avec la mère ne signifie pas la perdre. Bien au contraire, elle va lui apparaitre elle aussi d'une tout autre façon, et ce même lorsqu'elle est absente. Le langage et le jeu sont ainsi d'autres façons de retrouver la mère, de l'invoquer et de se lier à elle tout en s'éloignant. Bien plus qu'un signe de renoncement à la bonne omnipotence d'antan, ils en sont une célébration. La pratique des activités symboliques porte les vestiges de la phase symbiotique, époque de prospérité et d'opulence. Les cultiver c'est entretenir le merveilleux

souvenir de cette première histoire d'amour perdue, à travers laquelle le monde nous est un jour apparu si séduisant.

Voici une revue des grandes acquisitions du développement psychique auxquelles conduit l'achèvement de la sous-phase de rapprochement selon Mahler (1975) :

1) Le développement du langage et l'utilisation du pronom Je ;
2) L'internalisation des exigences parentales et de leurs règles : le début du Surmoi ;
3) L'aptitude à exprimer les désirs et les fantaisies à travers le jeu et le symbole : par exemple le fait de jouer avec une balle, la lancer et la retrouver pour représenter la séparation et les retrouvailles avec un objet au sens social ;
4) La relation au père devient socialement plus significative ;
5) L'identité du petit garçon ou de la petite fille se rattache à son genre respectif ;
6) La gamme d'émotions de l'enfant s'élargit : il est capable de vivre la tristesse, et d'être empathique.

3.5.4. La quatrième sous-phase : la consolidation de l'individualité de 24 à 36 mois

La dernière étape du processus de séparation et d'individuation, qui se déroule aux environs de la fin de la seconde année de vie jusqu'à la fin du milieu de la troisième, est principalement une période de consolidation du sentiment d'existence autonome et délimité qui s'est développé considérablement avec l'achèvement du dilemme de la symbiose et de la séparation. Cette sous-phase scelle la contribution décisive de la pulsion agressive dans le processus d'éclosion d'un soi différencié, et dans la formation des relations d'objets. A son issue, avec la locomotion et l'aptitude à s'éloigner en toute sécurité de sa source de provisions pour investir un monde d'objets toujours plus large, l'enfant acquiert un peu plus les traits adultes propres à son espèce. La consolidation de l'individuation et la permanence affective de l'objet parachèvent enfin l'atteinte d'une maturité dans la formation précoce de l'organisation et du fonctionnement de l'appareil psychique.

3.5.4.1. La délimitation d'un sentiment d'identité à partir d'une image de soi et de l'autre intégrée

Lors de la phase autistique, nous avions vu que le nourrisson était indifférencié du monde qui l'entourait. Il ne se percevait pas encore comme une entité délimitée par un corps. Il était la matrice extra-utérine qui l'entourait et qui lui prodiguait des soins. Il était le monde environnant à l'origine de son homéostasie. A ce stade il était exclusivement orienté vers la recherche de cet équilibre psychophysiologique pour apaiser ses tensions. Avec le déplacement de l'énergie libidinale des organes abdominaux vers les organes périphériques et sensoriels, le nourrisson se décentra de son expérience viscérale et s'orienta selon deux types d'expériences, bonnes ou déplaisantes. Lors de la phase symbiotique, la répétition de ces deux expériences a laissé une trace en mémoire, pour former une première image corporelle, une première forme de frontière. En fait, le nourrisson n'y percevait pas vraiment de monde distinct de lui. Il commençait seulement par séparer ce grand tout originel en deux : d'un côté le bon, de l'autre le mauvais.

Ainsi à l'intérieur, il y a le bon monde, la bonne mère, le bon nourrisson. A l'extérieur il y a le mauvais monde, la mauvaise mère, le mauvais nourrisson. Cette première forme de séparation constitue un mode d'être au monde normal et très archaïque, auquel nous nous référons par le terme de « clivage ». Nous avons vu que cette nouvelle façon de s'orienter dans le monde a donné des directions distinctes aux deux pulsions de bases : l'énergie libidinale a investi le bon, et l'énergie agressive le mauvais. La synthèse des souvenirs de ces deux signaux élémentaires morcelés, soit bons, soit mauvais, en deux autres totalités chacune à la fois bonne et mauvaise, un soi d'un côté, et un monde de l'autre, constitue le prélude à la formation d'une identité propre : « Establishment of mental representations of the self as distinctly separate from representations of the object paves the way to self-identity formation. » (Mahler, 1975, p. 117). L'enfant est incapable d'une telle synthèse lors de la phase symbiotique. Il n'y parviendra qu'à partir de la troisième année, avec la phase de séparation et d'individuation.

> « We may assume that confluence and primitive integration of the scattered "good" and "bad" memory islands into two large, "good" and "bad" part images of the self, as well as split "good" and "bad" part

> images of the mother, do not occur before the second year of life. […] In the further course of normal development there is unification of the split images of objects and of self, and a unified object representation becomes demarcated from a unified self-representation. » (Mahler, 1968, p. 46)

L'intégration de ces représentations de soi et de l'objet, dorénavant distinctes l'une de l'autre, aboutit à la formation d'un sentiment d'identité propre, délimité par un corps. Cette intégration suppose parallèlement la fusion des pulsions agressive et libidinale. La pulsion agressive ainsi fusionnée, dite « neutralisée », joue un rôle décisif dans la formation d'une permanence affective de l'objet.

3.5.4.2. L'institution de la permanence affective de l'objet grâce à la pulsion agressive neutralisée

Nous avons vu précédemment que lors de la sous-phase de rapprochement, les exigences et les frustrations du nourrisson s'accentuent à l'égard de la mère. La perception de la mère comme une personne entière qui peut à la fois apaiser et frustrer, une personne à la fois bonne et mauvaise, image *a priori* impossible à concilier, permet au nourrisson de tolérer les mauvaises expériences entremêlées de bonnes. Ayant une cible commune, la pulsion agressive doit être neutralisée et réinvestie d'une autre manière afin de protéger le bon en soi et en l'objet.

> « Identity formation presupposes structuralization of the ego and neutralization of the drives. The unifying of the good and bad object unto one whole representation fosters the fusion of the aggressive and libidinal drives. » (Mahler, 1968, p. 35)

La nouvelle énergie neutralisée permet d'investir et d'intérioriser une nouvelle représentation, plus juste, de la mère. Lorsque cette image sécurisante devient plus facilement accessible à l'intérieur du psychisme de l'enfant, la permanence affective ou émotionnelle de l'objet est considérée comme établie : « By object constancy we mean that the maternal image has become intrapsychically available to the child in the same way as the actual mother had been libidinally available – for sustenance, comfort and love. » (Mahler, 1968, p. 222).

La formation de la permanence affective de l'objet est la dernière étape qui conduit à la maturité du développement psychique : les relations d'objet (Hartmann, 1952). Elle est le point culminant de la phase de séparation et d'individuation puisqu'elle offre à la pulsion agressive un tout autre destin : servir la relation à l'objet, servir le rapport à la réalité, plutôt que l'apaisement égoïste des tensions viscérales précédemment associées à la survie.

> « The establishment of affective (emotional) object constancy (Hartmann, 1952) depends upon the gradual internalization of a constant, positively cathected, inner image of the mother. This to begin with, permits the child to function separately. » (Mahler, 1975, p. 109)

La formation de la permanence de l'objet revient alors à la transition progressive du principe de plaisir vers le principe de réalité (Hartmann, 1952; Mahler, 1975). Elle permet à l'enfant d'accepter la réalité telle qu'elle est, sans la craindre ou essayer d'y échapper par le retour à la symbiose.

La réalité est donc introduite graduellement à l'enfant par l'intermédiaire d'un partenaire. Les trois étapes de la formation de la permanence affective de l'objet sont alors pour Mahler (1975) :

1) La disponibilité intrapsychique d'une bonne image de la mère, en laquelle l'enfant peut compter, croire et faire confiance. Cette image ne peut se former que si l'enfant a pu réellement bénéficier de la disponibilité physique de la mère durant les phases autistique et symbiotique ;
2) L'investissement progressif de cette représentation par la pulsion libidinale, mais aussi par la pulsion agressive lors de la sous-phase de rapprochement ;
3) La fin du recours au clivage du monde en deux parties morcelées, bonne et mauvaise, comme moyen de défense par défaut contre une réalité perçue comme menaçante.

Pour Mahler, la permanence affective de l'objet s'appuie sur la réalisation préalable de la permanence cognitive de l'objet autour des dix-huit à vingt mois, telle que décrite par Piaget. Ce préalable consiste en l'acquisition cognitive d'une

représentation symbolique intériorisée de l'objet (Piaget, 1937) : « attainment of libidinal object constancy is much more gradual than the achievement of object permanency, and at the beginning at least, it is a faculty that is waxing and waning and rather impermanent. » (Mahler, 1968, p. 24). Pour Mahler il existe un retard normal au cours du développement psychique entre la formation de la permanence de l'objet, « *object permanency* », étudiée par Piaget, et la permanence affective de l'objet, « *libidinal object constancy* », étudiée par Hartmann.

3.5.4.3. L'acquisition d'un sentiment de sécurité intérieure et d'une capacité à faire confiance : les clés de la maturité et de la santé mentale

A partir de la troisième année, la confiance suscitée par cette image interne de la mère permet à l'enfant de restaurer un peu de son estime de soi qui s'était effondrée lorsqu'il s'était présenté seul face à la réalité. Il parvient à retrouver en lui et d'autres adultes un peu des qualités maternelles dont il a réellement bénéficié lors de la phase symbiotique : il accède à un sentiment de sécurité intérieure. Or c'est à partir du moment où l'enfant parvient à restaurer par ses propres moyens son sentiment de sécurité et de valeur, autrement que par la recherche d'un retour à la symbiose omnipotente, qu'il lui est possible de trouver la distance à partir de laquelle la réalité lui parait vivable. Le sentiment de sécurité qui découle de la permanence affective de l'objet est un marqueur de la naissance psychique et de la santé :

> « The principal condition for mental health, so far as pre-oedipal development is concerned, hinge on the attained and continuing ability of the child to retain or restore his self-esteem in the context of relative libidinal object constancy. » (Mahler, 1975, p. 118)

L'intériorisation d'un sentiment de sécurité représente la principale acquisition de la sous-phase de consolidation. Elle transparait en amont de l'élaboration de toutes les autres fonctions psychiques et cognitives plus complexes qui apparaissent à ce stade, à savoir la communication verbale et le langage symbolique ; l'épreuve de la réalité (aptitude à séparer un monde interne, les fantasmes, la subjectivité initiale des phases autistique et symbiotique, d'un monde externe, l'objectivité) ; le sens du

temps (aptitude à différer la recherche de l'apaisement des tensions, ainsi qu'à tolérer la frustration et les angoisses induites par la séparation). C'est d'ailleurs à partir de l'âge de trois ans que l'on considère en France l'enfant prêt pour l'entrée à l'école. Ce premier départ du foyer familial vers la société plus élargie coïncide généralement avec l'accession à la sous-phase de consolidation (Mahler, 1975).

Pour Mahler, cette dernière sous-phase reste ouverte tout au long de la vie. Comme tout achèvement du développement psychique, l'acquisition de ce sentiment de sécurité intérieure et des instances psychiques dont elle découle, est réversible (Maher, 1975, p. 112). La formation d'une identité propre et du rapport à la réalité n'est donc pas systématique et encore moins définitive. Le Moi peut s'affaiblir et perdre sa capacité à restaurer de lui-même sa sécurité. La distance à partir de laquelle la réalité paraissait alors vivable peut solliciter des aménagements coûteux, voir disparaitre : « The rapprochement crisis still casts its shadow upon the developmental progress towards emotional object constancy; progression ever so often is punctuated by regression, ambivalence. » (Maher, 1975, p. 114). Pire, ce sentiment de sécurité intérieure n'est pas de nature congénitale, c'est-à-dire biologique, mais relationnelle. Son développement est tributaire de la qualité des interactions et des soins vécus lors de la phase symbiotique. L'altération de ces provisions peut donc impacter tous les processus ultérieurs aboutissant à la formation d'un sentiment d'existence autonome et délimité. Si les représentations du monde et du soi demeurent clivées, que la pulsion agressive ne puisse pas être neutralisée, il parait peu probable que le nourrisson puisse s'éloigner avec confiance de son partenaire omnipotent, et trouver une distance fructueuse depuis laquelle contempler la réalité par lui-même, sans que cela ne représente un risque. Et lorsque la réalité constitue une menace, le dilemme de la séparation et de la symbiose n'est jamais bien loin. Margaret Mahler associe les phénomènes cliniques sous-jacents au trouble de personnalité limite à une forme d'appauvrissement de la constitution du Moi, restreignant un accès fertile à la réalité.

Les travaux de Margaret Mahler sur les trois premières années de vie de l'enfant permettent de clarifier le premier présupposé anthropologique développemental, tel

que formulé par la psychanalyse. La recherche psychanalytique insiste sur la grande vulnérabilité constitutionnelle du nourrisson, qui exige la prolongation d'une forme d'union extra-utérine sans pareil au sein du règne du vivant. De l'hypothèse d'une telle symbiose pour survivre aux affres d'une réalité à laquelle nous ne sommes pas préparés découle une autre, celle de l'existence d'une phase normale de séparation qui y succède, sorte de seconde naissance au cours de laquelle le nourrisson vient enfin au monde, et prend véritablement conscience de son existence en tant qu'entité autonome. La naissance psychique correspond précisément aux vicissitudes de ce processus de séparation différé de la parturition. Il reste enfin à clarifier l'importance de la relation maternelle dans l'aboutissement de cette éclosion à retardement.

3.6. La mère, organisatrice symbiotique de la naissance psychique

3.6.1. La nécessité d'un « partenaire symbiotique »

Il existe un décalage paradoxal entre la durée du développement embryonnaire et la vulnérabilité de la progéniture dans le processus de reproduction de l'espèce humaine. Or, plus la progéniture est vulnérable à l'issue de l'accouchement, plus l'assistance est exigeante et longue, et donc plus cette période revêt une signification importante pour la suite du développement qui conduit à l'acquisition de l'autonomie et des traits adultes propres à l'espèce. Si l'achèvement du processus de reproduction de tous les mammifères altrices dépend en grande partie d'une assistance parentale, l'impact de ce déterminisme relationnel sur le développement humain doit être immense eu égard de l'étendue de la période de dépendance qui suit la naissance. C'est précisément en considérant les caractéristiques de ces premiers moments de vie que Margaret Mahler en vient à formuler l'hypothèse d'une origine symbiotique de la condition humaine, autrement dit que l'acquisition d'un sentiment d'existence autonome prend ses sources dans les soins maternels.

Pour Mahler, le rôle de l'entourage est avant tout de protéger le nouveau-né pour que les ressources précaires de celui-ci ne soient pas sollicitées prématurément par le monde. L'entourage va exercer pour un temps les fonctions que le nourrisson

exécutera plus tard de lui-même lorsqu'il sera davantage prêt à le faire. Comme pour la majorité des mammifères altrices, la personne la plus à même de jouer ce rôle est généralement la mère. Mahler (1975) l'appelle « le partenaire symbiotique » du nourrisson, concept qu'elle associe de très près au « Moi auxiliaire » proposé par Spitz. Cette partenaire accorde le droit de ne pas tenir compte de la réalité pour un temps : elle permet de se soustraire de la faim, de la solitude, du froid, de la peur, et de toutes autres stimulations aversives :

> « The symbiotic partner, this auxiliary ego is called upon to save the infant from the pressure of having to develop his own resources prematurely. Premature ego development would imply that the infant – during the phase of primary narcissism took over functions from the mother. » (Mahler, 1975, p. 16)

Pour parvenir à s'ajuster aux besoins vitaux du jeune enfant, elle crée une sorte de membrane à la fois protectrice et réceptrice qui confine le nourrisson de la réalité. Mahler associe alors la « symbiose » aux comportements de « holding » décrit par Winnicott.

3.6.2. Une « sage-femme » pour la naissance psychique : le rôle fondamental de la mère lors de la sous-phase de rapprochement

Le partenaire symbiotique donne un sursis à la rencontre avec la réalité, le temps que se poursuive avec sérénité le développement des ressources requises pour supporter par soi-même l'autonomie. Durant ce répit qui s'étend jusqu'aux alentours des 15 mois, la mère n'est qu'un point de ravitaillement. Elle n'est pas considérée pour ce qu'elle est, une entité indépendante avec une existence propre. Or, la poursuite de la maturation biologique, et notamment le renforcement des muscles qui permettent la locomotion, va venir bousculer prématurément cet équilibre. Le nourrisson, seulement vacataire des pouvoirs de son partenaire symbiotique, est encore une fois poussé trop tôt vers le monde. Le rôle de la mère doit alors évoluer pour alléger les épreuves qui viennent avec ce nouvel élan précoce vers l'autonomie : « Somewhere around 15 months, mother was no longer just "home base", she seemed to be turning into a person with whom the toddler wished to share his ever-widening discoveries of the world. » (Mahler, 1975, p. 90).

Comme nous l'avons vu, le sentiment de sécurité du nourrisson s'effondre avec la sous-phase de rapprochement. La tentation de la retrouver par le retour à l'union toute-puissante est grande. Or, la poursuite irréversible du développement biologique rend ce retour impossible. Le bébé n'est plus aussi chétif et recroquevillé sur lui-même qu'au moment de sa naissance. Le rôle de la mère se complexifie alors. En effet, par sa présence elle incarne dorénavant à la fois l'espoir d'un retour possible à la fusion omnipotente, et son contraire, l'impossibilité d'un tel retour. Elle va payer le prix de ce paradoxe en devenant tour à tour désirée et rejetée, aimée et haïe, détruite et sauvée :

> « One cannot emphasize too strongly the importance of the optimal emotional availability of the mother during the rapprochement subphase. […] The mother's continued emotional availability is essential if the child's autonomous ego is to attain optimal functional capacity, while his reliance on magic omnipotence recedes. » (Mahler, 1971, p. 410)

La fin du narcissisme primaire, avec la fin de l'illusion de la toute-puissance, induit par la rencontre à la réalité, est sans doute l'épreuve la plus dure que l'humain ait à traverser de toute sa vie. Jamais un renoncement ne sera si souffrant que ce premier. Les suivants n'en seront d'ailleurs que sa reviviscence. La disponibilité affective de la mère, qu'elle soit désirée ou rejetée, aimée ou haïe, représente une stabilité sur laquelle s'appuyer à travers ce tourment.

Sans la continuité de la présence affectueuse d'une mère à ce moment critique, peut-être même jamais l'espèce humaine n'aurait-elle pu surmonter la dépendance pour accéder à l'autonomie :

> « Spitz (1965) calls the mother the auxiliary ego of the infant. Similarly, we believe the mothering partner's "holding behavior", her "primary maternal preoccupation "in Winnicott's sense, is the symbiotic organizer – the midwife of individuation, of psychological birth. » (Mahler, 1975, p. 47)

Mahler considère de fait la mère comme l'instigatrice de la naissance psychique. C'est elle qui est à l'origine de l'intégration du bon et du mauvais en une première représentation globale du soi et du monde. C'est donc elle aussi qui est à l'origine

de la fusion des pulsions, de laquelle résulte la neutralisation de l'agressivité. C'est elle, qui, en bout de ligne, permet la réorientation de cette énergie vers l'investissement d'une représentation intrapsychique, investissement qui doit aboutir à l'acquisition du sentiment de sécurité intérieure grâce auquel le nourrisson parvient à s'éloigner et trouver la distance d'où le monde lui est tolérable.

3.6.3. Les soins maternels comme catalyseurs du développement psychique

La réalisation de la naissance psychique, qui consiste en la construction progressive d'un rapport à la réalité, dépend des soins maternels qui détournent de son destin la fonction biologique de la pulsion agressive, c'est-à-dire l'apaisement égoïste des tensions viscérales, pour la mettre à profit de l'adaptation au monde des objets, au monde social.

> « The more the symbiotic partner has helped the infant to become ready to hatch from the symbiotic orbit smoothly and gradually, that is, without undue strain upon his own resources, the better equipped has the child become to separate out and to differentiate his self-representations from the hitherto fused symbiotic, self plus object representations. » (Mahler, 1968, p. 18)

Plus cette première relation est adéquate, plus le dilemme de la symbiose et de la séparation à des chances de s'achever, et donc plus l'expérience auto-érotique initiale du monde cède sa place à une réalité objectale, sans que le coût à payer de l'autonomie en soit trop grand.

Pour Mahler, la mère influence ainsi le développement psychique à l'image d'un catalyseur (Mahler, 1975). En sciences naturelles, ce terme désigne une substance qui altère le déroulement d'une réaction chimique, mais qui n'est pas consumée et demeure inchangée à la fin de la réaction (Oxford concise Medical Dictionary, 2015). Au sens figuré, il renvoie à un élément qui provoque une réaction par sa seule présence (Larousse, 2018). Cette substance ici serait la sécurité qu'inspire la disponibilité émotionnelle de la mère. La sécurité qui provient de la continuité des soins maternels durant les trois premières années de la vie altère le déroulement du processus de reproduction, elle retarde l'autonomie. Si les catalyseurs accélèrent

généralement les réactions chimiques, ici au contraire les soins maternels ralentissent la venue psychique au monde. C'est par cette altération du tempo du développement précoce que la pulsion agressive peut être déviée de sa fonction première, la survie, pour être investie dans les relations sociales. Ce ralentissement conduit paradoxalement aux conditions nécessaires à l'autonomie : l'acquisition de la sécurité intérieure, si précieuse à la résolution du dilemme de la symbiose et de la séparation. Mahler distingue ainsi trois facteurs concernant la mère susceptibles d'impacter la qualité de ses soins : la structure de sa personnalité (c'est-à-dire le degré de réalisation de son propre dilemme de la symbiose et de la séparation) ; la façon dont s'est développée sa fonction parentale ; ses fantasmes conscients et surtout inconscients vis-à-vis de son enfant.

Si au commencement c'est la relation qui sert la pulsion, si c'est au monde de s'adapter à la vulnérabilité de l'individu naissant, l'accès à la maturité du développement psychique procède à un renversement : dorénavant c'est à la pulsion de servir les relations. L'individu devenu moins vulnérable par le sursis qui lui est accordé va être capable de s'adapter à la réalité, à l'altérité :

> « The more abruptly, suddenly, and prematurely the infant becomes aware of the external world beyond the symbiotic orbit, through such a fragment of pre ego precocity, the more difficult it seems to become for him to ward off fear of early symbiotic object loss. In order that the awareness of separateness not be too traumatic, there is a great need for the mother to be endowed with a particularly sensitive empathy. » (Mahler, 1975, p. 117)

La qualité des interactions maternelles précoces détermine la construction du rapport à la réalité et l'accès à l'autonomie. Dès lors, il n'est pas à exclure que leur appauvrissement puisse altérer le rapport à la réalité. Sans la juste reconnaissance de leur valeur dans la formation de l'organisation et du fonctionnement psychique, il se pourrait que les générations suivantes ne puissent dépasser le stade de l'égocentrisme originel, pour former des relations mutuelles et réciproques avec le monde.

3.7. Les différentes formes de trouble du processus de séparation individuation

3.7.1. Les pathologies en tant que déviances du développement psychique

Rappelons que c'est à partir de l'étude des formes d'autismes et de psychoses infantiles que Mahler s'est intéressée aux étapes normales qui conduisent l'enfant à se vivre comme une entité autonome et délimitée. L'hypothèse d'une origine symbiotique de la condition humaine la conduit à réinterpréter ces affections comme la conséquence d'un trouble du développement psychique à partir duquel se forme normalement un sentiment d'existence autonome :

> « It is our hypothesis that the various types of psychosis in children can be understood as psychopathological distortions of normal phases of development of the ego and its functions within the early mother-child relationship. » (Mahler, 1968, p. 66)

Pour elle l'absence d'une identité propre, l'absence d'une conscience de soi délimitée par un corps, renvoie à la déviance d'une phase d'indifférenciation originelle normale des premiers moments de la vie :

> « Several formulations about infantile psychosis center around the idea that these pathological formations represent regressions to very early, yet normal phases of development : regression, that is, in the sense of a change in the relationship to the actual human object, and that this relationship is equivalent to that of, let us say, the 3 to 8 months infant and his mother in the normal symbiotic phase, or to the preobjectal relationship that is characteristic of the new born and one or 2 months old infant and his mother in the normal autistic phase. » (Mahler, 1968, p. 54)

Les signes d'une persistance de la phase symbiotique ou autistique chez ces enfants pointent dans la direction d'un échec global du processus de séparation qui doit normalement y succéder. En effet, c'est bien au cours de ce processus qu'un sentiment d'identité est censé se former, à travers une construction plus large d'un rapport à la réalité.

> « The normal separation individuation is the first crucial prerequisite for the development and maintenance of the sense of identity. Psychotic child never attains a feeling of wholeness, of individual entity, let alone "a sense of human identity". […] Autistic and symbiotic infantile

> psychoses were seen as two extreme disturbances of the sense of identity. » (Mahler, 1975, p. 11)

Les formes d'autisme et de psychose infantile ne seraient donc pas seulement le résultat d'une malformation congénitale et génétique. Dans son premier ouvrage *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation* (1968), Margaret Mahler fait la description des formes de déviances des phases normales du développement.

3.7.2. Les déviances de la phase autistique : le syndrome autistique

Comme nous l'avons vu, les soins prodigués lors de la phase autistique tentent de retarder la rencontre d'une réalité particulièrement menaçante pour le nourrisson. Ils annulent autant que faire se peut les conditions imposées par l'accouchement en aménageant des conditions extra-utérines proches de celles de la gestation. Nous avons vu également que ces soins en provenance de la mère stimulent le nourrisson. Ils lui permettent de se décentrer de sa propre orbite pour s'orienter vers la source périphérique d'où ils proviennent. En se tournant ainsi vers la mère, le nourrisson fait ses premiers pas sur la route qui le conduira doucement, mais sûrement au monde humain. Le syndrome autistique correspondrait à une régression ou une persistance de ce mode d'être au monde qui a normalement lieu entre 0 et 2 mois (Mahler, 1968).

Le début de la phase symbiotique dépend de la perception de stimulations périphériques par le nourrisson. L'impossibilité d'user des fonctions d'un partenaire symbiotique induit un risque de demeurer replié sur sa propre orbite autistique. Selon Mahler deux cas de figure pourraient y conduire :

- chez les enfants dont la constitution est normale, c'est l'accumulation de traumatismes sévères qui rend l'assistance maternelle hors d'état d'usage ;
- chez les enfants ayant une constitution plus fragile, une assistance maternelle habituelle semble insuffisante pour être utile.

Le nourrisson privé de l'usage des signaux affectifs provenant de la mère est tel un navire privé du phare qui devrait le guider jusqu'au port du monde humain :

> « In cases of early autism, organismic distress of such magnitude affects the organism at such an early stage of maturity that it certainly destroys

> the perception of the mother as functioning on his behalf. […] The most conspicuous symptom is that the mother as representative of the outside world seems not to be perceived at all by the child. She does not seem to exist as a living beacon of orientation in the world of reality. Neither the self, nor even the bodily self, seems to be distinguished from the inanimate objects of the environment. » (Mahler, 1968, p. 64)

Sans cette balise que représentent les signaux maternels, les eaux qui l'entourent lui paraissent hostiles, et à juste titre. Son embarcation est précaire et les côtes du monde réel sont jonchées de récifs. Seul et sans aide, le risque de s'y échouer est trop grand.

L'autisme constitue alors la réponse la plus primitive à la menace d'anéantissement suscitée par une rencontre brutale et prématurée avec la réalité (Mahler, 1968). C'est une armure blindée érigée contre tout ce qui incarne de près ou de loin l'ombre d'un tel contact.

> « The entire symptomatology and behavior pattern of the infantile autistic syndrome takes shape around the fact that the autistic infant or child is unable to utilize the auxiliary executive ego functions of the symbiotic partner, the mother, to orient himself in the outer or inner world. » (Mahler, 1968, p. 67)

Les contacts humains, sous les traits desquels se présente initialement le monde, présagent l'anéantissement. Le syndrome autistique va alors se manifester par un retrait spectaculaire vis-à-vis de toutes relations au monde social comme lors de la phase d'indifférenciation originelle. Nous comprenons alors pourquoi Mahler considère l'autisme comme une tentative de se « dédifférencier », et de « désanimer » le monde humain, le monde social :

> « The most striking feature is his spectacular against any demand of human, of social contact. […] They cannot cope with unsolicited and unexpected stimulation from the external world. […] Their psychotic defense mechanisms aim at dedifferentiation and deanimation of inner and outer reality. » (Mahler, 1968, p. 70)

Du processus autistique de « dédifférenciation » résulte le retour à un manque de distinction primordial entre le monde du vivant et le monde du non-vivant. D'un côté le monde humain parait dévitalisé pour ne pas dire déshumanisé. Cela inclut

l'absence d'un sentiment d'existence dans son propre corps. D'un autre côté, le monde matériel, l'environnement inanimé semble animé, presque humanisé. Le monde humain, indiscernable, est inaccessible.

Seul et sans armes, privé de ravitaillement et à bout de force après le long voyage qu'a été la naissance, le nourrisson ne peut se lancer dans ce nouveau périple qu'est la construction du rapport à la réalité. Le syndrome autistique résulterait d'une compensation insuffisante de l'imperfection du processus de reproduction de l'espèce par la dimension relationnelle qui devrait freiner la rencontre prématurée avec la dure réalité pour la rendre accessible.

3.7.3. Les déviances de la phase symbiotique : le syndrome de psychose symbiotique

En avançant dans les phases du développement normal, le nourrisson se décentre de son orbite à partir de deux mois s'il capte bien les signaux périphériques d'où lui provenait normalement l'apaisement de ses tensions. La phase symbiotique commence alors par l'extension de la bulle autistique à cette source de soins. Le nourrisson fusionne avec le partenaire, dont la force et les ressources vont restaurer son homéostasie prénatale. L'illusion d'un tel pouvoir permet au nourrisson de poursuivre son développement jusqu'à ce qu'il soit un peu plus en mesure d'affronter par lui-même les épreuves d'une vie autonome. Le syndrome de psychose symbiotique renvoie à une persistance, ou un retour, à ce niveau d'indifférenciation déjà plus avancé qui a lieu entre 3 et 8 mois, celui de la fusion avec un partenaire tout-puissant.

Ici aussi, la fonction de catalyseur des soins maternels échoue à compenser la vulnérabilité du nourrisson et à le protéger de la menace sous-jacente à une autonomie prématurée :

> « In certain predisposed but extremely rare cases the maturational spurt of locomotion and other autonomous ego functions, when coupled with a concomitant lag in emotional readiness for functioning separately from mother, gives rise to organismic panic. It is panic that causes ego fragmentation and thus results in the clinical picture of symbiotic infantile psychosis. » (Mahler, 1975, p. 13)

Lors de la phase précédente, le nourrisson s'était protégé de cette rencontre fortuite avec le monde par la dédifférenciation. Il s'était replié dans sa bulle autistique en se gardant bien d'approcher tout contact humain. Ici c'est dans l'illusion du sentiment de toute-puissance que procure la fusion avec la mère qu'il parvient à se réfugier.

> « Restitution in symbiotic psychosis is attempted by way of somatic delusions and hallucinations mother image, or sometimes through hallucinated fusion with a condensation of father-mother images. Reality testing remains fixed at, or regresses to, the omnipotent delusional stage of the symbiotic mother infant relationship. The boundaries of the self and the nonself are blurred. Even the mental representation of the body self is unclearly demarcated. » (Mahler, 1968, p. 73)

Le syndrome de psychose symbiotique correspond à une autre forme de réponse à la menace d'anéantissement suscitée par une rencontre brutale et prématurée avec la réalité :

> « The phenomenon that is more or less overtly common to all psychotics is the blurring, if not complete failure of distinction, of affective discrimination between the social, the human object world and the inanimate environment. […] Neither the instinctual drives themselves, nor the drives and the ego, nor the object and the subject, are differentiated. » (Mahler, 1968, p. 53-54)

Comme lors de la phase symbiotique, l'enfant risque de continuer à s'orienter selon une perception clivée et partielle de la réalité : une bonne qu'il souhaite absorber et une mauvaise qu'il tente d'expulser. Incapable de concevoir une représentation globale de l'objet, à la fois bonne et mauvaise, les pulsions ne pourront pas se fusionner et neutraliser l'agressivité pour la mettre au service du processus de différenciation. Au contraire, l'agressivité non détournée de son destin se consacre toujours au rétablissement d'un équilibre homéostatique vital. Le mode de relation avec le monde demeure une alternance clivée des mécanismes primitifs d'introjection du bon et de projection du mauvais. La vie demeure une lutte pour la survie, une lutte contre l'anéantissement qu'a représenté et représente toujours la réalité lorsqu'elle est rencontrée seule et trop tôt.

La prolongation de la symbiose omnipotente signifie donc l'échec du processus de formation d'une identité séparée et réaliste :

> « In the symbiotic psychosis syndrome, self-differentiation from the mother during the separation-individuation phase has failed, and the delusional symbiotic omnipotent fusion with the mother is still being maintained. » (Mahler, 1968, p. 74)

La déviation de l'union censée préparer l'enfant à une vie autonome aboutit logiquement à des degrés divers de troubles de la formation d'un sentiment d'identité autonome et délimité. Par ces exemples, nous comprenons que la naissance psychique est un processus fragile, loin d'être garanti par notre seule constitution. Ses différentes formes et degrés de pathologie sont la preuve qu'il est possible de naitre biologiquement sans forcément que la naissance psychique s'achève. Pour Mahler les troubles de cette seconde naissance, qui altèrent durablement la construction du rapport à la réalité, sont des tristes prérogatives réservées à l'espèce humaine, la seule à devoir naitre deux fois.

3.7.4. Les déviances de la sous-phase de rapprochement : les ajustements borderline

En progressant toujours parmi le développement post-natal, nous avons vu que la sous-phase de rapprochement, la troisième phase du processus de séparation-individuation, est de loin la plus critique de toutes. Avec l'effondrement de son sentiment de toute-puissance lors des activités, le nourrisson est partagé entre la poursuite de la découverte du monde et la préservation de sa sécurité en revenant vers la mère, plus que jamais avide de sa présence. Nous avons vu alors que la disponibilité émotionnelle de celle-ci joue un rôle déterminant dans la résolution de ce dilemme, notamment par l'acquisition d'un sentiment de sécurité intérieure. C'est en effet par cette aptitude que l'enfant parvient à trouver une distance à partir de laquelle la réalité lui parait vivable sans qu'il n'ait à craindre pour son intégrité. Le trouble de personnalité limite, trouble que Margaret Mahler nomme aussi « ajustement borderline » renvoie à la persistance ou à un retour à la sous-phase de rapprochement.

> « In literature it is the borderline pathology that authors single out as paradigmatic of fixation or regression, traceable to certain aspects of the formative events of the separation and individuation process (Kernberg, 1967; Kohut, 1966). » (Mahler, 1971, p. 415)

Parmi les différents troubles de la formation d'un sentiment d'identité, ses manifestations sont les plus complexes et les plus hétérogènes.

3.7.4.1. L'impact de l'indisponibilité émotionnelle de la mère durant la sous-phase de rapprochement

Plus le nourrisson est préparé à affronter la séparation, plus ses propres ressources se renforcent et lui permettent d'amortir le choc de la découverte du sentiment d'une existence autonome. Inversement plus le nourrisson est confronté tôt aux exigences d'une vie autonome sans qu'il n'y soit préparé, plus la rencontre avec la réalité est brutale, et ses conséquences néfastes sur la résolution de la crise du rapprochement :

> « Psychologists and psychiatrists routinely expect, that the earlier the occurrence of traumata and the more unfavorable the earliest phases of extrauterine existence – the symbiotic phase, the differentiation subphase and the practicing subphase – the greater the proclivity to later, severe personality difficulties, borderline pathology, or even psychosis. » (Mahler, 1975, p. 203)

Pour Mahler deux facteurs sont susceptibles de contrarier le processus d'éclosion du soi : une constitution périnatale anormale ; et/ou une accumulation de traumatismes développementaux dans les relations au partenaire symbiotique. Par « traumatismes » Mahler entend des interactions ponctuées par une attitude émotionnelle imprévisible ou intrusive des parents :

> « The less predictably reliable or the more intrusive the love object's emotional attitude in the outside world has been, the greater the extent to which the object remains or becomes an unassimilated foreign body – a bad introject. » (Mahler, 1975, p. 117)

La nécessité d'expulser un excédent de mauvaises sensations va déclencher une déferlante de décharges de la pulsion agressive qui va indistinctement submerger le mauvais comme le bon côté de l'objet maternel et du nourrisson. La pulsion agressive qui n'est ni neutralisée ni mise au service du moi, affaiblit ce dernier, au

lieu de le renforcer. Le nourrisson en ressort davantage vulnérable et impuissant face à la réalité. Pour Mahler, l'affaiblissement des fonctions du Moi se manifeste par des crises précoces de colères, c'est-à-dire des caprices, ainsi que par une tendance à contraindre les figures parentales à continuer de remplir des fonctions qui incomberaient normalement petit à petit à son propre Moi :

> « The too sudden and too painful realization of their helplessness has resulted in a too sudden deflation of their previous sense of their own omnipotence, as well as of the shared magical omnipotence of the parents, in Edith Jacobson's (1954) sens. These are the toddlers who, in the third year in particular, show a tendency to split the object world into "good" and "bad" and for whom the "mother in the flesh" (Bowlby, 1958), "the mother after separation" (Mahler, 1971), is always disappointing and whose self-esteem regulation is most precarious." » (Mahler, 1975, p. 117-118)

N'ayant pas eu l'opportunité d'apprendre à restaurer par lui-même son propre sentiment de sécurité et de valeur, l'enfant en devenir va réclamer avec une insistance proportionnelle à la menace de la réalité le retour à la symbiose toute-puissante. L'indisponibilité émotionnelle de la mère durant la période des activités rend la conquête du monde rébarbative. Après de brèves et laborieuses tentatives, l'enfant écourte sa phase d'exploration pour revenir vers la mère avec la ferme intention de s'y agripper davantage.

> « The less emotionally available the mother is at the time of rapprochement, the more insistently and even desperately does the toddler attempt to woo her. In some cases, this process drains so much of the child's available development energy that, as a result, not enough energy, not enough libido, and not enough constructive (neutralized) aggression are left for the evolution of the many ascending functions of the ego. » (Mahler, 1975, p. 80)

Constamment préoccupé par la disponibilité de la mère, il parvient difficilement à investir son énergie libidinale dans le monde qui l'entoure et la maitrise de son propre corps.

> « Probably as a result of this deficit in mothering, rather than because of any constitutional factor, Teddy was a lethargic baby who did not seem to care to investigate the world around him. His attention cathexis seemed to be turned inward » (Mahler, 1975, p. 170)

Le nourrisson ne tombe pour ainsi dire pas amoureux du monde, et ne peut donc se fier à la trace si chère de ce doux souvenir pour lui inspirer de prochaines aventures.

3.7.4.2. Exemples de perturbations du processus de séparation en fonction du type d'union symbiotique à la mère

Les ajustements borderline sont beaucoup plus hétérogènes que le syndrome autistique et le syndrome de psychose symbiotique. Les pathologies de la naissance psychique peuvent revêtir mille et un visages à ce stade tumultueux du développement, selon le type de traumatismes auxquel le nourrisson a été exposé jusque là. Qu'elle soit précipitée ou qu'elle s'étire à outrance, l'altération du processus de séparation impacte la formation d'un sentiment d'identité de diverses manières. Ces déviances se répercutent non seulement à court terme sur les étapes suivantes du processus de séparation, mais aussi plus durablement sur la façon même dont s'organise la personnalité, c'est-à-dire la façon dont est géré le rapport à la réalité, le contact entre l'intérieur et l'extérieur, entre le soi et le monde. Mahler propose quelques exemples de cas pour illustrer la pluralité d'équilibres précaires subséquents au dilemme de la séparation et de la symbiose.

A) Dans une première situation, une mère décrite comme narcissique répondait de manière mécanique à son nourrisson dans la phase symbiotique. Ce dernier ne parvint pas à fusionner avec elle et à la vivre comme une extension de lui-même. Lorsque certains autres enfants de son âge commençaient à prendre une part plus active dans l'éloignement et le rapprochement à la mère, lui se tournait au contraire vers lui-même en recherchant des stimulations agréables par son propre corps, par exemple en se balançant. Le nourrisson revenait à une sorte de satisfaction auto-érotique plutôt que d'expérimenter des comportements de prise de distance et de rapprochement. Ne parvenant pas à se fier aux soins maternels pour pallier sa vulnérabilité constitutive, ce nourrisson ne put se séparer que tardivement, et dû en plus pour le faire puiser trop tôt dans ses propres ressources, comme s'il devait lui-même jouer le rôle de la mère. Une fois séparé il manifesta les signes du développement d'un faux self, état auquel

aboutit le processus de séparation lorsque les ressources de l'enfant sont sollicitées à l'extrême (nous y reviendrons au prochain chapitre).

B) Dans une autre situation, Mahler décrit un type d'union symbiotique inadéquat en lien avec la dépression d'une mère quelque temps après l'accouchement. Ici, l'enfant manifesta un retard dans les comportements affectifs spécifiques de la première sous-phase de séparation, qui indiquent l'existence d'une distinction préférentielle vis-à-vis de la mère. Il n'avait pas encore réalisé les progrès perceptifs et mnésiques nécessaires afin de la percevoir en tant que partenaire privilégié. Dans ce cas où l'enfant semblait souffrir d'une pénurie de provisions maternelles, la phase symbiotique se prolongea comme pour laisser le temps à ces deux moitiés de mieux s'arrimer l'une à l'autre, et de mieux se rencontrer.

C) Une relation symbiotique semblait insatisfaisante cette fois car une mère ressentait une grande ambivalence à la fois envers son enfant et son rôle de mère. Cette ambivalence se traduisait par une imprévisibilité de son attitude émotionnelle lors de la phase symbiotique. Ici la relation s'améliora étonnamment avec l'apparition de la distance de la période d'activités. Celle-ci rendit la mère plus à l'aise dans son rôle.

D) Un autre nourrisson évoluant au sein d'une relation symbiotique pénible commença à s'engager prématurément dans le processus d'éclosion. Il manifesta des réactions d'angoisse intense à l'approche des étrangers :

> « The unsatisfactory symbiotic phase had prevented this child from accumulating sufficient reservoir of that basic trust, of that normal narcissism which provides the solid base from which to reach out confidently into the "other – than- mother" world. Having differentiated, this child was easily overwhelmed by anxiety and distress because his autonomously developing ego capacities were precocious and, therefore, vulnerable. » (Mahler, 1975, p. 59)

Nous allons poursuivre l'illustration de la diversité des formes d'altération du processus de séparation et de la formation d'un sentiment d'identité, en nous arrêtant de manière détaillée sur le cas de Wendy. Ce cas nous permettra de mieux comprendre la façon dont se manifestent ces ajustements précaires du processus de séparation, ainsi que leur correspondance avec ce qui sera qualifié plus tard de cas limite.

3.7.4.3. Le cas de Wendy

Le cas de Wendy est reporté par Margaret Mahler dans le chapitre 10 de la troisième partie de l'ouvrage *The psychological birth of the human infant* (1975). Elle y traite les sous-phases du développement de cinq enfants qu'elle a suivi au *Masters Children's Center*. Lors de la sous-phase des activités, la mère de Wendy ne parvenait pas à soutenir ses explorations et ses assauts dirigés vers la conquête d'un monde plus vaste. Privée de la prolongation du sentiment de toute puissance lors de l'acquisition de la locomotion, son histoire d'amour avec le monde n'a pu commencer.

L'acquisition de la marche provoqua chez Wendy plus de caprices, plus de crises de rage et de comportements passifs agressifs que chez la moyenne des enfants de son âge. Pour Wendy, la crise du rapprochement ne se concrétisa pas tout de suite par une meilleure gestion des décharges de la pulsion agressive, et sa réorientation vers le renforcement de son Moi ou la différenciation à sa mère. Au contraire Wendy démontra une tendance à revenir constamment à sa mère, réclamant une proximité physique d'une époque révolue, comme si elle avait régressé jusqu'à être à nouveau un bébé totalement dépendant. De petites frustrations pouvaient ainsi aisément la bouleverser. C'est seulement par un retour à la symbiose qu'elle pouvait combler à nouveau la pénurie de provisions qui lui était nécessaire pour restaurer son sentiment de sécurité et de valeur :

> « The usual progression from practicing to rapprochement was not observable in Wendy, since she never reached the point of enjoying the world without close proximity to her mother. In mother's absence Wendy seemed to have an over whelming need to remain the narcissistic baby. She did not speak much, she did not play much, she did not relate to people much. If she could not find someone to comfort

> her or care for her, she would eventually comfort herself. When mother was gone there was no good mother image intrapsychically available to Wendy. There was speculation that this difficulty in object constancy had to do with Wendy's aggression and ambivalence. » (Mahler, 1975, p. 160)

Wendy fit quelques pas vers un sentiment d'identité propre lorsque sa pulsion agressive fut davantage neutralisée et investie dans la restauration de son sentiment de sécurité et de sa valeur. Même si son Moi se consolida, Wendy demeura néanmoins toujours très contrôlante dans ses interactions. La restauration de sa sécurité par la symbiose demeura son mode privilégié de gestion des angoisses :

> «Without of having any trace of psychosis (this child was fully aware of her separateness) Wendy seemed to refuse to accept and acknowledge the first level of identity, that of being a separate and individual entity and of having her own individuality. She seemed to accept her own identity only as the baby of her mother, in a pretended kind of dual unity. » (Mahler, 1975, p. 167)

Naitre psychiquement en plus de naitre biologiquement était trop lui demander. Cela outrepassait les ressources dont elle a pu bénéficier jusqu'à présent pour combler ses propres limites constitutives. Le prix à payer par Wendy pour tenir compte de la réalité et de son existence autonome semblait si cher qu'elle ne put le débourser de sa propre poche. L'adage selon lequel il vaut mieux être seul que mal accompagné est loin d'être une vérité pour les déviances de ce stade de développement. Pour un enfant n'ayant été que partiellement préparé à affronter une existence autonome, il vaut mieux continuer à être mal accompagné par une partenaire symbiotique défaillante que seul. Difficile de tomber amoureux du monde et d'y trouver sa place lorsque la vie ne se résume qu'à une lutte pour préserver son intégrité, ainsi que d'une défense de ses rares provisions.

3.7.4.4. L'ajustement borderline du dilemme de la symbiose et de la séparation

Pour Mahler, le TPL ferait partie des ajustements borderline, c'est-à-dire serait un exemple d'un ajustement insatisfaisant du dilemme de la symbiose et de la séparation :

> « In rare cases in which the subphase development was severely disordered or unsuccessful, we found, as did others such as Frijling-Schreuder (1969), Kernberg (1967), and G. and R. Blanck (1974), that borderline phenomena or borderline states, and even psychosis, may result. » (Mahler, 1975, p. 6)

Tout se passe comme si l'enfant était resté coincé sur ce seuil qui aurait dû adoucir son premier rapport à une réalité à laquelle il n'était pas préparé. Avec l'échec de cet allègement, il est pris au piège d'une pseudo-autonomie : il ne peut renoncer au besoin de conserver l'illusion de sa toute-puissance, autrement dit la symbiose, pour affronter le monde.

> « In general the potential danger signals during this phase include greater than average separation anxiety, more than average shadowing of the mother or continual, impulse-driven "darting away" from the mother, with the aim of provoking her to give chase; and finally, excessive sleep disturbances. » (Mahler, 1975, p. 89)

On retrouve alors dans la symptomatologie complexe du TPL l'oscillation impétueuse des comportements de rejet et de recherche de proximité, réactions si contradictoires, mais ô combien typiques de la crise du rapprochement. Il n'y a aucune nuance possible au registre de la vie affective hormis ces deux modes d'expression extrêmes : l'illusion de la grandeur et la peur de l'anéantissement à l'idée de perdre l'amour de l'objet.

Or nous avons vu que c'est précisément la résolution de ce dilemme qui détermine la construction d'un rapport sain à la réalité, ainsi que le prix à payer afin d'y fonctionner indépendamment, sans être trop envahi par l'angoisse de l'absence de la figure maternelle ou de la perte de son amour. Nous avons vu également que ce dénouement survient par l'acquisition d'un sentiment de sécurité intérieure et la permanence affective de l'objet, acquisition indispensable pour restaurer sa sécurité et sa valeur par soi-même :

> « Cumulative (developmental) traumata (cf. Khan, 1964) in the anal and especially in the phallic phase may constitute a road-block in the way of object constancy, as well as in the way of a preliminary consolidation of the child's individuality. » (Mahler, 1975, p. 119)

Si le processus développemental qui conduit à la permanence affective de l'objet ne peut se réaliser, le dilemme de la symbiose et de la séparation devient insoluble. L'enfant est pour ainsi dire piégé dans une zone intermédiaire, conscient de sa différenciation, mais paradoxalement incapable de la supporter seul. La pratique d'activités symboliques comme le jeu et le langage, qui sont normalement des aires de repos sur le chemin vers l'autonomie devient alors stérile. Ici, l'invocation de la mère ne suffit pas à combler le vide laissé par son absence :

> « One of the main differences between the normally developing infant and the extreme disturbance in psychosis and possibly also in later borderline pathology seemed to us to be represented by the same circumstances by which Winnicott (1953) gauged the normalcy and pathology of the transitional object (cf. also Furer, 1964; Kestenberg, 1968; Roiphe and Galenson, 1973; Bak, 1974). » (Mahler, 1975, p. 55)

Nous reviendrons sur la pathologie de l'objet transitionnel au prochain chapitre.

3.7.4.5. La difficulté à délimiter son identité et trouver sa place vis-à-vis du monde

Le TPL pointe vers l'enrayage de ce processus complexe de séparation. Une accumulation de traumatismes relationnels jusqu'à la phase de séparation, altère les fonctions perceptrices du nourrisson, qui ne parvient pas à intégrer les représentations partielles bonnes et mauvaises de la mère et de soi. Le nourrisson continue à rejeter la mauvaise mère pour pouvoir s'unir à la bonne. Le prolongement du clivage altère la formation d'une première image corporelle du soi, et restreint le cadre de référence qui permet de commencer à distinguer le soi du non-soi.

> « In borderline and less severe pathology, there is serious interference with the maturation of ego functions, and especially with the establishment of stable self and object representations, but without a break with reality and the predominance of psychotic defenses. » (Mahler, 1968, p. 231)

Par la suite, sans la perception d'un objet qui puisse être à la fois bon et mauvais, la pulsion agressive risque de ne pas fusionner avec la pulsion libidinale. En n'étant que partiellement neutralisée, elle ne peut que partiellement servir le renforcement

du Moi et la différenciation. Difficile donc de continuer à s'éloigner sans se sentir trop menacé par la réalité en l'absence d'un accès suffisant à ses propres ressources pulsionnelles : l'éloignement suscite la crainte démesurée de l'abandon et de la perte de l'amour de la mère. L'abandon crée un appel d'air qui se traduit par une avidité affective insatiable, imposant un retour à la symbiose toute-puissante pour l'apaiser : « In many borderline psychotic adults, we find the same attempt to maintain a fantasy of infantile magical omnipotence, partly based on a similar regression to a self and object dual unity. » (Mahler, 1968, p. 231). Au lieu de se mettre au service des relations d'objet, la pulsion agressive non détournée sert toujours la survie, c'est-à-dire l'apaisement de tensions qui s'éveillent avec la locomotion.

Sans l'acquisition d'un sentiment de sécurité intérieure l'enfant demeure ainsi un nourrisson du point de vue psychique, un nouveau-né vulnérable qui ne peut tolérer le sentiment de posséder une identité qui lui est propre et séparée. Incapable de restaurer par ses propres moyens son sentiment de sécurité et de valeur autrement que par le retour à la symbiose omnipotente, il lui est impossible de trouver la distance à partir de laquelle la réalité lui parait vivable. L'éloignement est invivable : « The central problem was their incessant search for their place in life - their search for an identity (Ross, 1967). » (Mahler, 1968, p. 27). Cependant si l'éloignement est insupportable et déclenche une peur excessive de l'abandon, le retour est impossible ou du moins il n'est qu'illusoire. A moins de prétendre vivre dans un monde qui serait accessible tout étant fusionné, l'espoir de retrouver le statu quo de l'union toute-puissante ne peut-être qu'à chaque fois frustré, et donc provoquer de nouveau un éloignement qui suscite un sentiment d'abandon, et ainsi de suite. Le rapprochement qui est indispensable est aussi intolérable. L'exploration ne se résume ainsi qu'à une répétition d'allées et venues stériles. La parabole du porc-épic, que Schopenhauer décrit dans son ouvrage *Parerga und Paralipomena* en 1851, et que Freud cite dans son article *Psychologie collective et analyse du moi* (1921), illustre assez bien cette impasse :

> Essayons de nous représenter la manière dont les hommes se comportent les uns à l'égard des autres, au point de vue affectif. D'après la célèbre parabole de Schopenhauer sur les porcs-épics souffrant du froid, personne d'entre nous ne supporterait un rapprochement trop intime avec ses semblables : un jour d'hiver glacial, les porcs-épics d'un troupeau se serrèrent les uns contre les autres, afin de se protéger contre le froid par la chaleur réciproque. Mais, douloureusement gênés par les piquants, ils ne tardèrent pas à s'écarter de nouveau les uns des autres. Obligés de se rapprocher de nouveau, en raison du froid persistant, ils éprouvèrent une fois de plus l'action désagréable des piquants, et ces alternatives de rapprochement et d'éloignement durèrent jusqu'à ce qu'ils aient trouvé une distance convenable où ils se sentirent à l'abri des maux. (Freud, 1921, p. 35)

Dans le cas d'un ajustement borderline du dilemme de la symbiose et de la séparation, ils ne parviendraient pas à trouver cette distance convenable. Pour échapper au froid, ils se rapprochent trop et se piquent. Pour échapper aux pics, ils s'éloignent et souffrent du froid.

Pour conclure, si la dimension relationnelle nécessaire à compenser l'échec de la biologie échoue à son tour à approvisionner le nourrisson sur le chemin sinueux qui doit le mener de la naissance à la construction d'un rapport sain à la réalité, si pour un temps limité un partenaire privilégié ne lui permet pas de se soustraire à la faim, au froid, à la peur et à la solitude, alors il pourrait ne jamais parvenir à renoncer à cette prérogative si chère par la suite. La sclérose du développement à une pseudo-autonomie, qui refuse la différenciation et revendique farouchement le droit de se soustraire aux limites de la dure réalité, masque en fait un terrible aveu de faiblesse et de dépendance. Cette forme d'autonomie serait donc synonyme d'immaturité. Le monde ne pourra jamais vraiment y être apprécié sans une source de sécurité extérieure, un peu comme si la respiration pulmonaire n'avait pas été bien formée durant la gestation, nécessitant de prendre partout avec soi une bouteille d'oxygène. Pas d'amour objectal, mutuel et réciproque, sans autonomie véritable. L'autre n'est pas perçu comme une altérité, mais comme une bouteille d'oxygène : un moyen de compenser les fonctions d'un Moi fragilisé. Ainsi à l'image des « *guerriers Sith* » de la saga *Stars Wars*, nous remarquons la prolongation d'une alliance narcissique quasi exclusive entre le nouveau-né psychique et son partenaire symbiotique tout-

puissant. Tel est le malheureux sort auquel sont condamnés ceux qui ne sont jamais parvenus à affronter ce premier et si douloureux renoncement à la toute-puissance originelle. A ceux qui ont chuté et qui y ont survécu, la récompense est de trouver sa place dans le monde, trouver cette fameuse distance à partir de laquelle l'on peut continuer à s'éloigner et constater combien ce monde est bon.

3.8. Conclusion

3.8.1. Le sentiment d'identité propre, vestige d'un sentiment océanique

La tentative de Margaret Mahler d'élucider le mystère des pathologies caractérisées par l'absence ou la détérioration d'un sentiment d'identité délimité et propre chez certains enfants l'a conduit à spécifier l'importance primordiale des soins parentaux dans l'accès à la maturité et à l'autonomie. Mahler conçoit que la transmission des traits qui conduit le nouveau-né à survivre par ses propres moyens n'est pas d'ordre biologique mais repose sur une intervention extérieure se consacrant à retarder tant que possible l'éclosion, le temps que se développe certaines fonctions vitales constitutivement atrophiées.

L'acquisition du sentiment d'une existence autonome est ainsi l'aboutissement d'un processus de développement au sein d'une interaction. C'est en cela que Mahler formule l'hypothèse d'une origine symbiotique de la condition humaine. Dans ses tout premiers moments de vie, l'être humain ne possède pas le sens d'une existence autonome. Il lui serait insupportable. La mère le lui allège en prolongeant le sentiment intra-utérin de ne faire toujours qu'un avec une matrice de soins non différenciée.

> « Originally the ego includes everything, later it separates off an external world from itself. Our present ego feeling is, therefore, only a shrunken residue of a much more inclusive – indeed, an all embracing – feeling which corresponded to a more intimate bond between the ego and the world about it. If we may assume that there are many people in whose mental life this primary ego feeling has persisted to a greater of less degree, it would exist in them side by side with the narrower and more sharply demarcated ego feeling of maturity, like a kind of counterpart to it. In that case, the ideational contents appropriate to it would be precisely those of limitlessness and of a bond with the

> universe – the same ideas with which my friend Romain Rolland elucidated the "oceanic" feeling. » (Mahler, 1971, p. 421)

Le sentiment d'identité qui se forme alors à l'issue de la crise du rapprochement par l'apprivoisement de la pulsion agressive n'est en fait qu'une infime relique de l'union symbiotique toute-puissante que l'on a réellement vécue un jour avec la mère et dont on a dû se séparer non sans peine pour accéder à la maturité. Pour Margaret Mahler, le sentiment océanique décrit par le romancier Romain Rolland, contemporain et correspondant de Freud, ce sentiment d'être lié à quelque chose d'infini qui nous transcende, serait une forme de résurgence de ce sens de soi immature, originellement fusionné à un partenaire par nécessité. Ayant tous vécus cette première forme d'amour immersive, il ne serait pas étonnant que nous en gardions chacun un souvenir plus ou moins vif même après la séparation. Les brides de ce sentiment océanique sont sûrement la principale source d'inspiration de nos histoires amoureuses. Elles constituent notre préhistoire psychique.

3.8.2. Les psychopathologies comme persistance de moyens de survie archaïques

Si c'est bien par l'aptitude à renoncer à la toute-puissance symbiotique que l'on parvient à trouver une distance depuis laquelle le monde parait vivable, que se passe-t-il dans les cas où on l'a peu ou pas possédé préalablement ? La symbiose omnipotente et la revendication de son retour n'ont pas été un luxe, ou le fruit d'un caprice au cours des phases précoces du développement. A un certain moment, elle a été pour nous tous une question de vie ou de mort. Elle signifiait la disponibilité et la présence affectueuse de la mère pour pallier un fonctionnement atrophié. En mettant les relations objectales au service d'une vie pulsionnelle autocentrée, la symbiose a été un moyen de survivre à l'existence austère, voire misérable, à laquelle la nature nous avait *a priori* prédestinés. Difficile donc de demander à quelqu'un de s'en priver s'il n'en a pas bénéficié. On ne peut sevrer que ce qu'on a nourri, et on ne peut séparer que ce qui a d'abord été lié. En cas contraire, la peine serait double. S'attendre à ce que la crise du rapprochement se résolve normalement si la phase symbiotique ne s'est pas déroulée de manière adéquate serait un affront,

une terrible injustice à l'égard de l'enfant. Il risque plutôt de ne jamais parvenir à renoncer aux avantages qu'elle devait lui procurer. Ce que l'on considère assez péjorativement comme des caprices correspond en fait aux tentatives maladroites d'un être plutôt faible, pour apaiser ses tensions. S'accrocher à la toute-puissance et à la symbiose, c'est littéralement rechercher la proximité de la mère, c'est ne pas supporter par soi-même le poids de la réalité. Ne pas y renoncer c'est continuer à répondre à ses tensions d'une manière maladroite comme un nouveau-né. Ici, la déviance est synonyme d'immaturité.

Le nourrisson carencé du sentiment de toute-puissance le revendiquera tout de même. Il le revendique par « plaisir », au sens où plaisir signifie encore « survie ». Autrement dit, le nouveau-né qui n'a pas reçu les soins maternels dont il a été en droit de disposer à une certaine époque, continue à lutter contre la souffrance insupportable que susciterait la perte de l'amour de la mère auquel est irrémédiablement associée sa survie. Vouloir la toute-puissance, c'est ne pouvoir envisager une vie séparée de la mère.

> « Thus, certain behaviors, such as the relative lateness of his specific attachment to mother (compensation by prolonged symbiosis), or later, his excessive clowning, which at superficial observation might have been interpreted as maladaptive, were definitely found to be adaptive for his own particular needs in his particular situation. » (Mahler, 1975, p. 169)

Les comportements déviants, signes de la non-renonciation à la toute-puissance, sont des moyens de survie adaptés lorsqu'on les situe dans un contexte développemental singulier. Les symptômes sont les reliquats anachroniques de moyens qui œuvraient par défaut jadis afin de restaurer le sentiment de sécurité et de valeur, mis à rude épreuve à chaque rencontre prématurée avec la réalité, avant que la pulsion agressive ne soit mise au profit de la différenciation. En ce sens, certains symptômes évoquent la façon dont s'est déroulée la phase symbiotique, la façon dont s'est formée la permanence affective de l'objet. Ils racontent l'histoire de la formation d'un sentiment d'identité séparée. Et ce dont ils témoignent en

général est l'insuffisance du sentiment de sécurité intérieure, et donc de la persistance d'une immaturité du développement psychique.

> « What we observe at the outset can be explained by disordered development, very deep drive and ego regression, or lack of development, in combination with a very primitive defense organization. Some of the phenomena suggest primitive levels of ego-id functioning. » (Mahler, 1968, p. 162)
> « The observer's inability to understand the child's intention is probably due to the fact that the child has regressed to or is fixated at a stage at which the drives lack differentiation. » (Mahler, 1968, p. 163)

Il existe diverses manifestations cliniques témoignant du recours à un mode de survie archaïque. Par exemple, pour Mahler (1968, p. 164) l'écholalie (que l'on observe dans l'autisme), l'utilisation d'une autre personne et notamment de certaine de ses parties comme une extension de soi (que l'on observe dans certaines organisations perverses), ainsi que les attentes excessives envers un partenaire considéré comme omnipotent (que l'on observe dans les cas de dépendance) indiquent une certaine immaturité, une forme de séparation incomplète entre le soi et l'objet. La façon dont s'organisent les défenses relève ainsi du niveau de développement selon les phases de la naissance psychique (Mahler, 1968). Le retrait autistique de toute stimulation humaine par la « désanimation », comme lors de la phase autistique, constitue le moyen de défense le plus puissant et le plus archaïque. Nous pouvons l'illustrer par un court extrait du cas de BS :

> « When the good images in the outside world are insufficient or unusable to counter act the menace of demoniacal inner powers that harass, attack, and almost annihilate the ego from within […]; or if both parental images become completely deflated and useless against castration threat; if, against consuming introjected bad objects and the hostile world no object image in the outside world can be depended upon – then the break with reality and withdrawal into an inner world serve the function of survival. » (Mahler, 1968, p. 144)

Comme lors de la phase symbiotique, l'illusion de la fusion avec un objet tout-puissant semble constituer également une forme de substitution pour le Moi fragile de l'enfant qui ne peut supporter la séparation. Ici nous allons nous référer à un extrait du cas d'Aro :

> « The almost disorganized child sought to obtain strength and nourishment from the higher good powers (God, father, etc). Only the good objects are ego syntonic and can be tolerated within. Only by constant alternation of ejection of the bad object incorporation of the good object can Aro succeed in replenishing his empty and disorganized self. It seems that during his psychotic episodes Aro's regressive behavior, entailing alternating primitive introjection projection mechanisms, is similar to the patterning of the relationship between the normal symbiotic infant and mother, in which incorporative and ejective mechanisms alternate. » (Mahler, 1968, p. 132-133)

Nous ne pouvons donner ici qu'une représentation assez schématique de la clinique de Mahler. Nous suggérons directement d'approfondir ce paragraphe par la lecture des cas de Stanley, Lotta, Aro et BS dans *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation.*

3.8.3. Le thérapeute en tant que substitut maternel

Si l'acquisition d'un sentiment d'existence autonome relève plutôt de l'aboutissement d'un processus développemental interactionnel, il y a de fortes chances pour que les déviances proviennent d'interactions inadéquates qui aient altéré le cours de ce développement. Mahler propose donc de promouvoir la reprise de ce développement vers la formation et la consolidation d'un sentiment d'identité par une « *expérience symbiotique correctrice* » : « The goal is to reestablish a relationship that offers the only real promise for the child's growth and development. » (Mahler, 1968, p. 184). Elle envisage que le processus de sépararion et individuation conduisant à l'autonomie puisse s'achever si l'on supplée à l'insuffisance de la relation symbiotique.

3.8.3.1. Le traitement des enfants autistes par la relation thérapeutique à trois : la mère, l'enfant et le thérapeute

Mahler envisage que le thérapeute puisse promouvoir la formation du lien symbiotique qui soustrait pour un temps l'enfant à la dure réalité et l'invite à se détourner de sa propre orbite. Il doit lui permettre d'utiliser les fonctions d'un partenaire symbiotique afin de se protéger d'une autonomie prématurée et donc

menaçante, autrement que par la désanimation et le retrait. Le but est donc de l'aider à transiter de la phase autistique à la phase symbiotique : « The therapist, the therapeutic institution itself, had to become a mothering principle to the mother. » (Mahler, 1968, p. 200). Le thérapeute supplée les soins maternels auprès de l'enfant, et de la famille, mais ne doit pas s'attendre à ce que la provenance de ces soins soit déjà perçue. Après tout, il ne peut apparaitre que sous les traits d'un point de ravitaillement, et pour cause : l'enfant se présente à lui à un stade d'indifférenciation, c'est-à-dire sans un sens délimité de soi et de l'objet.

> « The place of the mothering principle in the child with autistic defense organization may perhaps be comparable with that stage of the normal symbiotic phase at which the baby dimly recognizes that ministrations that reestablish homeostasis are coming from a good outside environmental source. » (Mahler, 1968, p. 198)

En procurant à l'enfant la possibilité de vivre de bonnes interactions, en plus des mauvaises, il lui offre les bases d'une première forme d'orientation dans le monde, prérequis pour une séparation ultérieure du soi et de l'objet.

> « Providing an experience of comfort rather than one of intense discomfort – is that it acts as a buffer between him and his environment. We believe that, while the child perceives such discrete attributes of the therapist as voice or feeling tone or nearness, he does not seem to realize clearly where they come from. We liken this experience to what had been called the transitional phenomenon (Winnicott, 1953). Slowly the child comes to take for granted soothing atmosphere emanating from the therapist. He then seeks out this comfort and gradually recognizes its source in the person of the therapist, who however, is not yet a whole separate human object to him.» (Mahler, 1968, p.198)

Les signaux affectifs provenant du thérapeute peuvent ainsi guider l'enfant jusqu'au rivage du monde humain, se substituant au phare maternel qui n'a pas été perçu.

3.8.3.2. Le traitement des enfants psychotiques

Pour le traitement des psychoses infantiles, Mahler vise également la reprise des phases précoces du développement psychique qui ont été insatisfaisantes ou manquées. Afin d'aider l'enfant à transiter de la phase symbiotique à la phase de séparation et individuation, le rôle du thérapeute en tant que substitut maternel est

d'incarner la fonction de catalyseur qui retarde tant que possible l'éclosion, le temps que l'enfant soit davantage en mesure d'affronter la réalité sans qu'elle lui paraisse trop dangereuse. Il lui accorde le délai de dépendance qui lui a sans doute fait défaut. Il met à sa disposition, d'une manière plus prompte à être utilisée, des fonctions auxiliaires à son Moi immature.

> « A fundamental principle of this mode of treatment is that the therapist works toward becoming a substitute mother figure. He offers himself as a symbiotic partner, and allows and aids the child to relive – re-experience, - in a way, more normally, yet more age adequately, the early phases of psychic life that are so important to separation individuation and independent functioning. […] The psychotic child is, from, the beginning of treatment, and continues afterward to be, more dependent upon his mother or a mother substitute. […] A substitute for the mother- in a one to one relationship – must be regarded as an essential part of the treatment program at all times. » (Mahler, 1968, p. 183-184)

Même si cela semble contre-intuitif, une plus grande dépendance à ce stade est un signe de progrès. Cela signifie que l'enfant fait désormais confiance à son partenaire. Encore faut-il qu'il ait un lien avant d'envisager une séparation. La formation d'une union symbiotique est donc un prérequis au renoncement synonyme de maturité.

Mahler distingue trois objectifs principaux dans le traitement des enfants psychotiques :

1) La restauration, ou la formation, d'une meilleure image corporelle de soi. Cette première délimitation de son soi dans un corps constitue en effet la première ébauche d'un sens d'identité ;
2) Le développement parallèle de l'aptitude aux relations d'objet. Cela suppose une consolidation des frontières entre soi et l'objet, et une intégration de leur représentation ;
3) La réhabilitation ou la construction de fonctions développementales altérées ou manquantes de son Moi, dont notamment l'aptitude à gérer les décharges pulsionnelles et à investir une image intérieure sécurisante.

Elle conçoit qu'une fonction éducative incombe au thérapeute afin d'aider l'enfant à mieux se repérer à la fois dans son monde intérieur et dans le monde extérieur. Par exemple il pourrait l'aider à comprendre davantage le fonctionnement de son propre corps ainsi que la diversité des relations sociales.

3.8.3.3. La signification des manifestations agressives pour appréhender la complexité de certaines manifestations cliniques ultérieures

Au-delà de sa destructivité apparente, la pulsion agressive joue paradoxalement toujours un rôle majeur dans la conservation de la vie. Avant d'être détournée pour contribuer à la vie psychologique et la différenciation, elle se consacrait déjà résolument et aveuglément à la préservation de la vie biologique. Ainsi, avant d'être investie dans une image interne sécurisante, elle se déchargeait vers l'extérieur, à l'attention d'un partenaire censé rétablir l'homéostasie. Et avant encore, avant d'investir les organes perceptifs périphériques conduisant à la perception d'une matrice de soin extra-utérine, elle se destinait à préserver les organes viscéraux d'un certain seuil de tension. Les voies de décharge de la pulsion agressive, ses modes de manifestation, sont des marqueurs du développement psychique. Elles permettent de situer un individu sur une échelle développementale, d'appréhender son degré d'accès à l'autonomie et à la maturité. Une attention toute particulière doit être systématiquement apportée au sort de la pulsion agressive et à ses modes de manifestation.

Jusqu'à ce qu'il soit normalement scellé par la résolution de la crise du rapprochement, le sort de la pulsion agressive subit deux changements majeurs au cours du développement précoce. A deux reprises, les interactions avec un partenaire symbiotique vont venir agir sur son orientation et la détourner de ses modes de décharge par défaut. Le premier grand détournement est celui de l'investissement des sources de stimulations extérieures, celui qui donne lieu au décentrement de l'orbite autistique pour la fusion symbiotique. Ce renversement du mode de décharge de l'intérieur vers l'extérieur est le signe d'un premier progrès développemental et perceptif : « The shift from a self-aggression to externally

directed aggression occurs within the context of a general shift from autistic withdrawal to an interest in the external world. » (Mahler, 1968, p. 218). En l'absence de ce premier grand détournement, si les signaux maternels sont difficilement perceptibles, il se peut que la pulsion agressive conserve sa voie originelle autocentrée. Bien que de toute évidence contre-productive de notre point de vue, les manifestations auto-agressives sont pourtant les premiers moyens de régulation des tensions.

> « The auto-aggression is not simply a discharge phenomenon. […] The auto-aggressive activity, like some autoerotic activities, is probably also an attempt on the child's part at defining the body self-boundaries, an attempt to feel alive, even if at the price of enduring pain. » (Mahler, 1968, p. 215)

Le second grand détournement correspond au retour d'une partie de l'investissement pulsionnel de l'extérieur vers l'intérieur, celui qui conduit à l'acquisition d'un sentiment de sécurité et à la formation de la permanence affective de l'objet. Ce renversement n'est possible que lorsque la pulsion agressive a été préalablement neutralisée par sa fusion à la pulsion libidinale, sous l'influence des interactions avec le partenaire symbiotique lors du dilemme de la symbiose et de la séparation : « When the situation is altered, and when intensity of the tension and the self-destructive activity is diminished, theses capacities can function to aid maturation and development. » (Mahler, 1968, p. 218). Dans le cas de l'échec de ce second grand détournement, la défusion des pulsions génère toujours un surplus d'agression non neutralisé (Mahler, 1968). Bien que destructrices de notre point de vue, ces manifestations agressives à l'égard des représentations clivées sont néanmoins des tentatives maladroites pour protéger un soi partiellement différencié.

> « Any aggressive display is accompanied by considerable anxiety. Some of the apparent aggression may be linked with the child's attempt to establish a separate self from the mother, which is reminiscent of similar behavior in 6 to 8 months old infants, who push against the mother's body within a setting of progressing separation individuation from her. » (Mahler, 1968, p. 218)

Un excès d'agressivité, qu'il soit autocentré ou destiné à un aspect partiel de l'objet, est donc signe d'immaturité et d'impasse développementale.

Si c'est bien par un apprivoisement graduel de la pulsion agressive que l'être humain parvient à trouver sa place dans le monde, il apparait inévitable de se confronter à des excès de manifestations agressives de diverses formes lorsque ce processus s'enraye. La mise en place de limites fermes et claires concernant les interactions sociales quotidiennes ou les phases de jeux est essentielle pour protéger à la fois l'enfant et le monde de cette immaturité :

> « The change in direction and quality of the aggression comes about through the therapist's effort: she acts as a buffer by physically shielding the child from hurting himself; she interprets his feelings and makes it clear to the child that she cannot let him hurt himself, that his body is to be cared for and loved and not to be harmed. Her "soothing presence" results in a neutralization of the child's aggression, while her libidinal input helps the child to invest his own libido in his body, a mechanism very similar to the nursing mother's libidinization of her baby's body. » (Mahler, 1968, p. 216)

Mahler nous indique que l'immaturité n'est pas une fatalité. La mise en place de mesures pour contenir et éduquer la pulsion agressive constitue une tâche essentielle pour qui souhaite accompagner enfants ou adultes sur le long chemin qui conduit du cocon autistique à l'horizon d'un ciel social plus vaste.

Donald Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglo-saxon s'est également consacré largement à l'étude de ce parcours initiatique guidant l'être humain vers cette seconde naissance. Il a décrit lui aussi les étapes précoces de la formation d'un soi différencié, ainsi que les conséquences auxquelles aboutit l'altération d'un tel processus. Il a souligné notamment l'importance des phénomènes qui permettent d'adoucir la route qui conduit à la réalité.

4. Le cheminement de l'enfant depuis la dépendance grâce au soutien de sa famille et de son entourage d'après Donald Winnicott

4.1. Biographie

Pédiatre et psychanalyste anglais, Donald Woods Winnicott est né le 7 avril 1896 à Plymouth et est décédé à Londres le 25 janvier 1971 à l'âge de 74 ans. Il est le cadet d'une fratrie de trois enfants dont le père fut un marchand prospère, impliqué dans la vie politique locale. Sa mère, plutôt décrite comme dépressive, décéda avant qu'il n'ait eu atteint sa trentième année. Il étudia la médecine durant la Première Guerre Mondiale, et obtint son diplôme en 1920. Il se spécialisa très tôt en pédiatrie dès 1923, avant d'obtenir un poste cette même année au *Paddington Green Children's Hospital* où il exerça jusqu'à sa retraite en 1963, soit pendant près de quarante ans. C'est là qu'il conçu la majeure partie de son œuvre en associant d'une manière inextricable la clinique et la théorie, autrement dit la pédiatrie et la théorie du développement psychique d'inspiration freudienne. Tout au long de sa vie, l'on retrouvera ce double engagement clinique et développemental.

La création de la Société britannique de psychanalyse à Londres par Ernest Jones en 1919, et l'arrivée de Melanie Klein peu de temps après, suscita un vent d'enthousiasme autour de la recherche analytique dans le milieu anglo-saxon durant l'entre-deux-guerres. Winnicott, alors jeune médecin, passionné par la clinique de l'enfant, réalisa une analyse de dix ans auprès de James Strachey (membre fondateur de cette société et traducteur officiel de Freud avec Jones), puis auprès de Joan Riviere. Sa formation analytique le conduit à en devenir un membre actif dès 1935. Il en fut même le président plus tard à deux reprises de 1956 à 1959, puis de 1965 à 1968.

Cependant peu avant la Seconde Guerre Mondiale, cette société subit d'intenses luttes internes, opposant les partisans de Melanie Klein à ceux d'Anna Freud. Winnicott, lui, se tint à l'écart en rejoignant un groupe d'indépendants, *The Middle Group*, tout comme John Bowlby. Il partagea d'ailleurs avec ce dernier une grande préoccupation quant au sort des enfants évacués pendant la Seconde Guerre Mondiale. Winnicott fut ainsi nommé psychiatre consultant pour superviser les

soins offerts à ces enfants. En outre, son engagement à vouloir préserver et promouvoir les conditions favorables au bon développement des enfants le conduit à intervenir au sein des médias populaires de son époque. Il fut ainsi invité à donner près d'une soixantaine de lectures par la BBC entre 1943 et 1966.

Winnicott fut une figure emblématique de la seconde génération du mouvement psychanalytique au XXe siècle. Ses contributions influencèrent plusieurs générations de cliniciens, même hors de son approche. On associe de nos jours son nom à des concepts comme « objet transitionnel », « mère suffisamment bonne », ou encore « vrai self et faux self ». Pourtant la diffusion de cette accumulation de termes hors contexte a pu, paradoxalement, nous éloigner de l'essence de sa pensée développementale, une pensée difficile à synthétiser par définition. La surprenante notoriété de *Jeux et réalité* en comparaison à ses nombreux autres écrits en est une bonne illustration. Cette collection d'articles publiés de manière posthume en 1971 est, en effet, loin de constituer la matière la plus représentative de l'œuvre qu'il a accomplie de son vivant, comme le sont par exemple ses nombreuses années de lecture hebdomadaire à la BBC, regroupée dans *The Child and the Family* en 1957. Ces concepts deviennent abstraits, perdent de leurs significations lorsqu'ils sont coupés du champ d'investigation psychanalytique bien plus large sur les premières années de la vie de l'enfant avec son entourage social. C'est par l'exploration des travaux de Winnicott sur le développement de l'être humain depuis ses premiers moments de vie au sein de sa famille que nous concluons notre série d'essais sur la naissance psychique ainsi que les troubles auxquels son échec et ses failles peuvent conduire.

4.2. Introduction : le développement émotionnel en tant que cheminement de la dépendance à l'indépendance

4.2.1. L'extension de l'investigation psychanalytique freudienne à la clinique des enfants au début du XXe siècle en Angleterre

Jeune pédiatre londonien, Winnicott, s'intéresse très tôt aux applications de la psychanalyse auprès des enfants. Après une dizaine d'années de formation auprès de la société britannique, il décide d'entreprendre une nouvelle analyse auprès de

Joan Riviere à partir de 1936, une des proches collaboratrices de Melanie Klein. De la théorie psychanalytique freudienne, théorie dont il ne cessera de revendiquer la filiation tout au long de sa carrière, il retient surtout l'idée d'un développement psychique, ou plutôt d'un développement émotionnel comme il préfère le dire :

> « Certainly it would be good here and now for me to stick to my last, which is child psychiatry and the theory of emotional development of the child that belongs to psychoanalysis and therefore ultimately to Freud. » (Winnicott, 1986, p. 55)

L'idée de la construction d'un appareil psychique responsable de l'établissement d'un rapport à la réalité préalablement absent en amène une autre, celle des conditions favorisant l'aboutissement de ce parcours : « psychoanalysis came to the rescue in the first place by providing a theory of emotional development - the only theory, really. » (Winnicott, 1988b, p. 40). Cette perspective alternative de la condition humaine et de ses pathologies tranche résolument avec la perspective naturaliste dominante en médecine à cette époque. Les déviances sociales, telles que les phénomènes de délinquance ou de marginalisation, ainsi que les psychopathologies n'y étaient que fatalité, interprétables uniquement en termes d'épiphénomènes biologiques.

Partant de la théorie psychanalytique, Winnicott n'aura alors de cesse d'appliquer et de diffuser ce qu'elle implique pour la clinique des enfants et la psychiatrie en général. Il comprend la pathologie comme la persistance d'une immaturité de ce développement émotionnel que nous avons tous vécue, et la santé comme l'accès à sa maturité : « In psychiatric terms, the normal or healthy individual can be said to be one who is mature; according to his or her chronological age and social setting, there is an appropriate degree of emotional development. » (Winnicott, 1986, p. 241). Penser de manière développementale c'est toujours avoir à l'esprit ces étapes qui vont de l'immaturité à la maturité, ainsi que les conditions qui en favorisent la progression. C'est aussi garder à l'esprit que l'une des particularités de ce processus est sa réversibilité. Les premiers moments ne sont jamais vraiment abandonnés, si bien que les attentes et besoins primitifs peuvent ressurgir de manière anachronique aux côtés de ceux plus matures.

A partir de la clinique des névroses, Freud décrit le passage qui conduit l'enfant de l'immaturité à la maturité par la transition du principe de plaisir au principe de réalité, du prégénital au génital, du narcissisme primaire à l'amour objectal. Le complexe d'Œdipe en est la pierre angulaire. Cependant le manque d'investigation des pathologies les plus sévères et d'observation de nouveau-nés par Freud, a écarté de son champ d'investigation les phases les plus primitives de ce développement émotionnel. La génération d'analystes anglo-saxons dont Donald Winnicott a fait partie s'est ainsi consacrée à l'exploration de ces moments précoces de la vie humaine, c'est-à-dire les étapes préœdipiennes, prégénitales, préobjectales. Les traitements des pathologies telles que l'autisme, les psychoses, ou encore les états limites leur doivent beaucoup.

4.2.2. De l'exploration des étapes primitives du développement émotionnel à la découverte d'une dépendance originelle absolue

Winnicott travailla la majeure partie de sa carrière dans une société londonienne accablée par deux grandes guerres, qui voit se multiplier les orphelins, les délinquants, les enfants victimes de maintes souffrances, ayant perdu parfois parent et foyer. Son contexte clinique ne fut pas vraiment celui de la Vienne de Freud :

> « Freud was able to discover infantile sexuality in a new way because he reconstructed it from his analytic work with psycho neurotic patients. In extending his work to cover the treatment of borderline psychotic patient it is possible for us to reconstruct the dynamics of infancy and infantile dependence, and the maternal care that meets his dependence.» (Winnicott, 1965, p. 55)

Plus il remonte loin, aux origines de la vie et du développement émotionnel, plus il aperçoit la fragilité constitutive de la condition humaine face aux exigences du monde, et l'incapacité de les surmonter par soi-même. La dépendance est un fait dit Winnicott, un fait que nous avons tous vécu en toute ignorance (Winnicott, 1965). Si cela n'avait pas été le cas, nous n'aurions sans doute pas survécu. Les épreuves du monde réel ne sont initialement pas supportables sans des soins prolongés.

Selon lui, une psychologie, une approche de la vie psychique, n'a de sens que si elle est fondée sur l'étude de cette période de dépendance originelle et des processus

psychiques primitifs qui en découlent. La dépendance est à la psychologie ce que l'embryologie est à la médecine. Elle représente les premiers moments de la vie, et il serait plus qu'étonnant qu'elle ne laisse aucune trace sur la formation et le fonctionnement ultérieur de la vie psychique :

> « Everywhere the analyst's researches have strengthened the hands of those who think in terms of the emotional growth of the journey of the individual from dependence to independence, and the progress of the child towards becoming gradually and in due time (after and not during adolescence) identified with society, taking part as an adult in society's maintenance and alteration. » (Winnicott, 1986, p. 182)

Selon lui, le développement émotionnel représenterait donc un cheminement progressif de cette dépendance absolue congénitale jusqu'à une forme d'indépendance, qu'il associe à la capacité de prendre part activement à la préservation du monde social.

Si, d'après la perspective développementale de la psychanalyse, le nouveau-né vient au monde dans un état d'indifférenciation c'est-à-dire sans percevoir un monde distinct de lui, alors cela signifie qu'au commencement l'être humain est totalement dépendant d'un monde dont il n'a étonnamment pas conscience de l'existence. Winnicott devine ici le paradoxe fondamental de la condition humaine:

> « The infant at the beginning does not perceive objectively, but lives in a subjective state, being the creator of all. Gradually, in health the infant becomes able to perceive a world that is a not me world, and to attain this state the infant must be cared for well enough at the time absolute dependence. » (Winnicott, 1986, p. 16)

L'accès à l'indépendance n'est donc pas seulement qu'une question d'hérédité, ou de maturation biologique. L'indépendance n'est pas une prérogative de notre espèce, acquise à l'issue des longs mois de gestation intra-utérine. On y accède en fait à travers un doux mensonge professé par l'entourage : si nous avons pu atteindre l'âge adulte et l'autonomie, c'est qu'en amont une assistance nous a rendu la réalité vivable à notre insu, c'est-à-dire bien au-delà des moyens dont nous disposions normalement pour l'affronter : « in so far as we are reasonably mature or healthy as adults, each one of us must recognize that a good start to one's life was provided

by someone » (Winnicott, 1964, p. 85). Découvrir la dépendance des premiers moments de la vie, c'est donc inévitablement découvrir le rôle fondamental de l'environnement qui a la tâche d'y répondre.

4.2.3. La nécessité d'un bon début dans la vie : la dépendance absolue, révélatrice de la primauté de la relation parent-enfant

L'approfondissement des phases les plus primitives du développement émotionnel permet à Winnicott de mesurer combien l'environnement joue un rôle crucial pour pallier la faiblesse congénitale de l'être humain dans ses premières années de vie :

> « If human babies are to develop eventually into healthy, independent, and society-minded adult individuals, they absolutely depend on being given a good start, and this good start is assured in nature by the existence of the bond between the baby and the mother, the thing called love. » (Winnicott, 1964, p. 17)

Qu'un analyste pointe l'environnement comme facteur déterminant de la formation de la personnalité humaine parait chose étrange. Pourtant Winnicott ne fait que relayer un des grands messages de la théorie psychanalytique :

> « What Heinz Hartmann referred to as the average expectable environment, I myself have referred to as ordinary devoted mother, and others have used similar terms to describe a facilitating environment which must have certain qualities if the maturational processes in the individual child are to take effect and the child is to become a real person in the sense of feeling real in a real world. » (Winnicott, 1986, p. 236)

Il va rendre alors un hommage sans précédent aux qualités de l'amour parental dans l'accomplissement du destin des individus et des sociétés à joindre un monde réel partagé, au-delà de l'égocentrisme auquel la nature nous avait condamnés.

Si la santé correspond à la maturité du développement émotionnel, et si maintenant la progression vers cette maturité dépend de soins maternels prodigués à une époque où nous en étions totalement dépendants, cela signifie que la santé mentale résulte de la constance d'un ensemble de soins qui favorise la continuité du développement émotionnel (Winnicott, 1986). L'étude d'une théorie détaillée des soins dispensés aux jeunes enfants fournirait donc également une théorie de l'élaboration de la santé

et des troubles psychiatriques. En tant que pédiatre, puis psychiatre, Winnicott consacra ainsi toute sa carrière à l'étude du développement de l'être humain parmi sa famille, au sein de son environnement social. Ses publications portent ce message avec évidence et naïveté. Parmi celles-ci on recense par exemple : *The Ordinary Devoted Mother and Her Baby* (1949), *Mother and Child, a Primer of First Relationships* (1957), *Through Paediatrics to Psycho-Analysis* (1958), *The Child, the Family and the Outside World* (1964), *The Family and Individual Development* (1965), *Maturational Processes and the Facilitating Environment* (1965), ou encore *Home Is Where We start From* (1986) paru à titre posthume. C'est ainsi que, pour lui, la psychanalyse et la pédiatrie s'alimentent et se complètent mutuellement. La première lui fournit une théorie sur la santé, alors que la seconde, par la clinique et l'observation des enfants auprès de leur famille, lui permet d'appliquer et d'approfondir cette théorie.

Du ventre de la mère aux bras des parents, de leur bras à leur maison, puis enfin de la maison au monde plus vaste des relations sociales, nous allons revenir en détail sur les phases primitives de ce développement émotionnel qui engage parents et enfants au sein d'un long processus d'interactions quotidiennes. Nous verrons d'abord les deux phases normales de dépendance. Ensuite, nous verrons le cheminement progressif et les acquisitions qui aboutissent à une forme d'indépendance. Puis, nous prendrons le temps d'explorer la façon dont Winnicott rend hommage au dévouement des mères au quotidien. Enfin, nous examinerons les différents types de faillites de ce cheminement vers la santé. Nous verrons la façon dont les altérations de ce développement impactent la formation d'une personnalité, ainsi que la construction d'un rapport viable à la réalité.

4.3. La dépendance absolue entre 0 et 6 mois

La phase de dépendance absolue caractérise les six premiers mois de la vie. L'enfant ne perçoit pas encore l'existence d'un monde extérieur, distinct de lui, d'où lui proviennent pourtant les soins maternels indispensables à sa survie. Winnicott considère que cette phase précède celle où s'établit une relation à deux avec la mère,

abordée par Melanie Klein, et *a fortiori* celle de la relation à trois, à laquelle Freud s'est davantage intéressé. Il qualifie cet état d'indifférenciation par l'expression : *« the one body relationship »*. Sa principale caractéristique relève d'un surprenant paradoxe : l'enfant est à la fois extrêmement dépendant et totalement ignorant de sa dépendance :

> « I would say that initially there is a condition which could be described at one and the same time as of absolute independence and absolute dependence. There is no feeling of dependence, and therefore that dependence must be absolute. » (Winnicott, 1958, p. 163)

L'enfant ne parvient à surmonter la faiblesse singulière de ses premiers moments que si son environnement s'adapte préalablement à cette contradiction.

4.3.1. Une unité initiale individu-environnement

4.3.1.1. Un état primitif subjectif de non-intégration

Winnicott suppose que le bébé vit dans un monde antérieur à l'apparition de l'objectivité (Winnicott, 1958, 1965). Dans son esprit rudimentaire, il n'y a pas encore de séparation entre ce qu'il est, et ce qu'il n'est pas :

> « There was no external world at the beginning although we as observers could see an infant in an environment. » (Winnicott, 1958, p. 99-100)
> « The infant is at this first and earliest stage in a state of mergence, not yet having separated out mother and "not me" objects from the "me". » (Winnicott, 1965, p. 97)

S'il n'existe pas de frontière entre ce qui relève du soi et du non-soi, Winnicott considère qu'il n'en existe pas plus entre le corps et le psychique. Au cours de cet état d'indifférenciation, le bébé est morcelé à la fois dans l'espace et dans le temps (Winnicott, 1988a). Il « tombe » en morceau jusqu'à ce qu'on l'aide à rassembler le tout dans une entièreté. L'intégration du soi ne doit donc pas être prise pour acquise, comme une tendance innée. Au contraire, Winnicott considère que la mise en relation de l'esprit, du corps et du monde résulte d'un ensemble de processus interactionnels complexes ayant lieu à la suite de la gestation (Winnicott,1988a). Dans ses premiers moments d'existence, l'enfant, qui ne se vit pas comme séparé

de la source des soins maternels et dont l'esprit n'habite pas le corps est en fait absolument dépendant de son environnement. Il est nécessairement affecté par tout ce qui s'y passe : la réalité y représente une source constante de menace. Un apport de l'environnement parait nécessaire pour surmonter les privations qu'elle induit : « The further back one goes the more one sees it is true that there is no sense in talking about the individual without all the time postulating a good enough environmental adaptation to the individual's need. » (Winnicott, 1958, p. 266). Pour Winnicott, il est alors indispensable de parler d'une unité individu-environnement plutôt que de parler d'un individu dans les moments qui suivent la naissance.

4.3.1.2. Le « holding » : les soins prodigués au soi non-intégré.

Au début de la vie, l'enfant est l'environnement et l'environnement est l'enfant (Winnicott, 1958). Plus l'on remonte dans les premiers moments du développement émotionnel, plus l'étude de l'être humain implique l'étude de son environnement immédiat : « There is no value whatever in describing babies in the earliest stages except in relation to the mother's functioning. » (Winnicott, 1965, p. 57). Pour Winnicott, l'action de la mère pallie les manques de provisions dont souffre d'abord l'être humain pour achever sa venue au monde. En exerçant un ensemble de soins adaptés, la mère va faire en sorte de les lui présenter d'une façon qui ne le mette pas en péril :

> « Ordinarily the woman enters into a phase, a phase from which she ordinarily recovers in the weeks and months after the baby's birth, in which to a large extent she is the baby and the baby is her. » (Winnicott, 1988a, p. 7)
> « There is opportunity for the feeling of oneness between two persons who are in fact two and not one. These things give the baby the opportunity to be. […] Here is the basis for what gradually becomes, for the infant, the self-experiencing being. » (Winnicott, 1988b, p. 7)

Winnicott décrit ainsi la constitution d'une forme d'union spéciale, à travers laquelle la mère va changer pour pouvoir s'adapter aux besoins de son bébé comme aucun autre environnement, et exercer ainsi à sa place ses fonctions qui sont encore atrophiées.

Afin que la poursuite de cette existence fragile ne soit pas perturbée, quelqu'un doit satisfaire au plus près les besoins de chaque enfant. Si ses besoins sont principalement d'ordre physique à ce stade, alors la personne en charge devrait également prodiguer un ensemble de soins physiques : « Love at this stage, can only be shown in terms of body care. » (Winnicott, 1965 p. 58). Margaret Mahler qualifie de « *symbiose* » la mise en place d'une homéostasie psycho-physiologique entre la mère et l'enfant lors de cette période. Winnicott n'aime pas employer ce terme dont le champ lexical est trop proche de la biologie à son gout. Il a recours au terme *« holding »* pour désigner un ensemble de soins corporels et physiques par lesquels la mère témoigne une grande considération aux besoins de l'enfant :

> « All the very early details of physical care are psychological matters for the infant. The mother makes an active adaptation to the infant's needs, and at the start this adaptation can be remarkably complete. The mother knows, instinctively as people say, what need is just about to become pressing; she presents the world to the Infant in the only way that does not spell chaos. Also by expressing love in terms of physical management and in the giving of physical satisfactions she enables the infant psyche to begin to live in the infant body. » (Winnicott, 1964 p. 183)

Le « *holding* » ne peut être réduit à la façon dont la mère porte physiquement le bébé dans ses bras. En fait, il s'agit de la façon dont la mère porte son enfant au sens propre comme au sens figuré ; la façon dont elle prend en charge un ensemble de fonctions que le bébé exercera plus tard de lui-même (Winnicott, 1964), comme :

- La protection contre les agressions extérieures et les manques physiologiques : la régulation de la faim, de la soif, de sa température, des stimulations auditives et visuelles ;
- La gestion de la sensibilité de sa peau et de ses muscles : le touché, le déplacement, les contacts ;
- La gestion des routines propre à la nuit et au jour qui sont spécifiques à chaque enfant : le sommeil, les besoins de propreté, d'activité et de repos ;
- L'intégration des sensations diverses qui enrichissent son existence, mais qu'il ne peut porter lui-même : l'excitation, les sentiments de colère, de chagrin, les formes d'anxiété encore inconcevables pour son esprit.

4.3.1.3. La pré-intégration d'un soi par la fonction « holding »

Pour Winnicott cette période où le soi primitif est éparpillé coïncide avec la période des processus primaires, des identifications primaires, de l'auto-érotisme et du narcissisme primaire (Winnicott, 1965). D'après le *Vocabulaire de la Psychanalyse*, cela signifie deux choses : d'un point de vue topique le système préconscient-conscient n'est pas encore apparu et le système inconscient prédomine ; des points de vue économique et dynamique, les énergies pulsionnelles sont libres et ne s'écoulent pas de manière contrôlée (Laplanche et Pontalis, 1967). Le bébé ne peut donc y ajourner sa recherche de satisfaction immédiate en explorant d'autres voies de décharge. Il fonctionne selon le principe de plaisir et cherche à diminuer, coûte que coûte, de manière assez anarchique, ses tensions. Une première forme d'intégration de ce soi encore morcelé va avoir lieu à ce stade grâce aux soins corporels. Le support indéfectible des fonctions d'un soi maternel et l'exposition graduelle au caractère dur et décevant de la réalité adoucissent la rencontre du nouveau-né avec un monde qu'il n'était pas préparé à rejoindre si vite. Une personnalité propre peut alors se construire à partir de la répétition de ces expériences de soins précoces. Ce début d'intégration en une première forme d'entité entière se traduit par une augmentation des activités motrices et sensorielles.

Deux éléments en apparence opposés vont commencer à s'accumuler parmi les souvenirs personnels du bébé, comme dans une sorte de magasin psychique : des aspects agréables, soutenants, amicaux ; et des aspects désagréables, hostiles et persécutants. Cette opposition provient tout simplement de la nature même, parfois satisfaisante, parfois frustrante, des expériences de soin que l'enfant rencontre au cours de la vie quotidienne :

> « Toward the end of this day in the life of any healthy infant as a result of inner work done, the infant has good and bad to offer. The mother takes the good and the bad, and she is supposed to know what is offered as a good and what is offered as bad. » (Winnicott, 1958, p. 269)

L'évolution de l'état de non-intégration vers la pré-intégration correspond donc à la formation d'une opposition interne triviale, mais tout à fait normale à cet âge, entre le bien d'un côté, et le mal de l'autre.

4.3.2. La férocité des premières impulsions à l'encontre de la réalité : description des modes d'expression archaïques de l'amour

L'enfant commence à exister dans son corps à travers deux expériences fondamentales, celles qui sont bonnes et celles qui sont mauvaises. Cette opposition va orienter un premier rapport manichéiste à la réalité, avec deux types de réactions tout aussi opposés. Winnicott (1965, 1986) considère ces réactions comme les premières modalités d'expression de l'amour de l'enfant à l'égard d'un monde qui n'est que partiellement perçu.

4.3.2.1. L'avidité : une forme d'amour instinctuel égoïste

La dépendance absolue de l'enfant, dépourvu des moyens nécessaires pour apaiser par lui-même ses tensions, se traduit par une forme d'avidité envers les soins maternels qui remplissent cette fonction. L'avidité reflète l'urgence à incorporer les provisions nécessaires à la survie en cette période de détresse et de pénurie. L'enfant ne rencontre le monde que dans la mesure où celui-ci est au service de ses besoins et il s'en retire une fois satisfait :

> « The mother, as an object, plays a part in this life so far as she brings satisfaction and removes discomfort. When the infant's needs are fulfilled, when it feels warm, comfortable, with pleasant gastric sensations, it withdraws interest from the object world and falls asleep. When it is hungry, cold and wet, or disturbed by intestinal sensations, it turns for help to the outside world. From the 5 or 6 months of life the relationship of the child to the mother is a rather simple one. The mother is the instrument which satisfies the child's bodily needs. » (Anna Freud dans Winnicott, 1958, p. 160)

A ce stade gouverné par les sensations de besoins, de plaisirs, de satisfactions et d'inconfort, l'amour de l'enfant pour le monde ne peut être qu'égoïste et matériel (A. Freud, 1949). L'enfant ne perçoit du monde qu'une extension de la sensation de plaisir qu'il lui procure. Rappelons qu'aussi asymétrique et instrumentale soit-elle, l'avidité n'est que l'expression de la nécessité d'une unité initiale entre

l'individu et l'environnement afin de survivre. Ainsi, il n'est pas étonnant que l'avidité soit l'une des premières formes d'amour que les parents doivent normalement se consacrer à assouvir.

4.3.2.2. L'agressivité consubstantielle à l'amour instinctuel

L'augmentation des activités motrices, conséquente à la pré-intégration du soi, fait apparaitre progressivement un autre type de rapport à la réalité aux côtés de l'avidité : les premières impulsions qui se dirigent vers la mère paraissent aussi cruelles et destructrices.

> « Instinctual drives enter the relationship of the infant to the mother right from aggressive elements, and also there is all the hate and anger that arise from frustration. The aggressive element in, and associated with, the excited love impulses makes life feel very dangerous. […] The most primitive and early impulses are felt ruthlessly. » (Winnicott, 1964, p. 108)

Cependant, Winnicott précise qu'à ce stade les impulsions destructrices dirigées vers le monde n'ont rien à voir avec une volonté de détruire, mais plutôt de rechercher l'apaisement indispensable de tensions associées à la survie :

> « Prior to integration of the personality there is aggression. A baby kicks in the womb; it cannot be assumed that he is trying to kick his way out. A baby of a few weeks trashes away with his arms; it cannot be assumed that he means to hit. A baby chews the nipple with his gums; it cannot be assumed that he is meaning to destroy or to hurt. At origin aggressiveness is almost synonymous with activity. » (Winnicott, 1958, p. 204)

Les comportements brutaux du bébé sont les précurseurs de moyens de communication et d'interactions avec le monde. C'est pourquoi Winnicott considère, en dépit des apparences, que ses manifestations agressives sont des expressions d'amour dans sa forme primitive, du point de vue de l'enfant : « In the whole aggressive destructive impulse is contained a primitive type of object relationship in which love involves destruction. » (Winnicott, 1965, p. 74). Les destructions réelles qu'elles provoquent ne peuvent être qu'accidentelles et secondaires au but premier de satisfaction des besoins. La destruction ne devient

une responsabilité imputable au soi que lorsque celui-ci est suffisamment organisé et intégré pour orienter les décharges pulsionnelles.

4.3.2.3. Une phase normale de « destructivité innocente » ?

Pour Winnicott, on ne peut tenir le jeune enfant responsable des interactions qu'il entretient à son insu avec une entité dont il n'a même pas la totale conscience de l'existence. Ce premier mode de relation tumultueux est ainsi inné. Il ne peut être adopté que par défaut à la vue de l'état initial d'indifférenciation de l'enfant :

> « He (the baby) does not yet appreciate the fact that what he destroys when excited is the same as that which he values in quiet intervals between excitements. His excited love includes an imaginative attack on the mother's body. Here is aggression as a part of love. » (Winnicott, 1958, p. 206)

L'enfant ne peut contenir les aspects destructeurs qui font partie intégrante des premières formes de relation à l'entourage. Il ne peut ni en reconnaitre les conséquences sur les autres ni sur lui. Dans les premiers moments du développement émotionnel, il est vain de chercher une forme de culpabilité qui serait associée à cette cruauté, nous dit Winnicott. Si du point de vue des adultes les impulsions primitives sont cruelles, elles ne le sont pas pour l'enfant. Elles sont « pré-cruelles », car le soi de l'enfant n'est pas encore suffisamment fort et organisé pour considérer le poids de leur conséquence et en assumer seul la responsabilité :

> « If there is a destructive element in the early feeding impulse the infant is at first not concerned with the consequences. […] At first the infant is carried away by impulses, and only very gradually there comes realization that the thing attacked in an excited feeding experience is a vulnerable part of the mother, the other human being who is so much valued. » (Winnicott, 1964, p. 108)

Les actes de l'enfant ne deviendront réellement cruels que lorsqu'il parviendra à distinguer clairement la mauvaise mère frustrante et la bonne mère apaisante comme une seule et même personne. Longue est la route qui conduira à cette intégration. Ce n'est qu'à cette condition qu'il pourra considérer les conséquences de sa propre agressivité sur la bonne mère et l'en protéger. L'acquisition d'un sens de responsabilité envers les autres, et donc l'aptitude à différer et rediriger les

impulsions agressives, découle de l'intégration du soi. Dans un état de non-intégration, l'agressivité fait donc partie d'une phase normale du développement émotionnel : « The normal child enjoys a ruthless relation to his mother, mostly showing in play, and he needs his mother because only she can be expected to tolerate his ruthless relation to her. » (Winnicott, 1958, p.154). Winnicott considère ainsi que cette période de dépendance absolue est une phase de « pré-responsabilité », ou « *pre concern* » selon son terme original, caractérisée par une forme d'amour instinctuel féroce.

4.3.3. Le paradoxe de la création du monde et l'illusion de l'omnipotence

En déployant tout un ensemble de soins adaptés aux besoins et à la perspective solipsiste de son enfant, la mère infléchit la menace que constituait la réalité. Elle atténue l'ampleur du choc de cette rencontre prématurée de sorte que l'enfant puisse continuer à venir au monde en toute sécurité, et ce malgré le caractère destructeur de ses premières impulsions et son ignorance totale des provisions mises à sa disposition.

> « At the start a mother must be able to give her baby the sense of possession, and the feeling that he has control over her. […] With the experience of primary selfishness in his bones the baby will be able to become unselfish later without too much resentment. » (Winnicott, 1964, p. 138)

Winnicott considère que cette façon d'introduire la réalité permet à l'enfant de vivre une expérience d'égocentrisme qui lui est fondamentale pour renforcer un soi faible et atrophié. Le bébé vit alors une expérience de contrôle magique du monde, une expérience omnipotente. Ses fantasmes et ses rêves éveillés ne sont que des moyens de transformer la réalité extérieure selon ses désirs (Winnicott, 1988a). Il existe donc une phase normale du développement émotionnel précoce au cours de laquelle l'enfant est réellement un dictateur magicien. Un geste de sa part suffit pour faire apparaitre les ressources abondantes qui étanchent sa soif et assouvissent sa faim. Un autre geste, et toute présence aversive ou rivale est éliminée. Lors de cette période circonscrite dans le temps, tout enfant eut normalement le pouvoir de créer ou de détruire à outrance, sans se soucier des conséquences de ses actes.

> « The communication to the baby is: “comes at the world creatively, create the world; it is only what you create that has meaning for you”. Next comes: “ the world is in your control “. From the initial experience of omnipotence, the baby is able to begin to experience frustration and even to arrive one day at the other extreme from omnipotence, that is to say, having a sense of being a mere speck in a universe. » (Winnicott, 1988b, p. 101)

Par cette façon d’introduire le monde à l’enfant, par une adaptation quasi parfaite qui lui procure une illusion de toute-puissance, on aborde enfin le paradoxe qui caractérise tant la phase de dépendance absolue pour Winnicott. Du point de vue de l’enfant qui n’est pas encore différencié, le monde ne lui est pas antérieur. La précarité de son premier état d’existence est telle qu’il ne possède ni les aptitudes perceptives ni les processus psychiques nécessaires à cette prise de conscience. De son point de vue, il n’arrive donc pas dans un monde qui s’efforce de s’adapter à lui. Il est le créateur de ce monde, ainsi que de toutes les bonnes choses qui s’y trouvent. Il s’en arroge sans partage les pouvoirs :

> « The mother is presenting the world to the baby. In this way, by her high degree of adaptation at the beginning, the mother enables the baby to experience omnipotence, to actually find what he creates. The net result is that each baby starts up with a new creation of the world. And on the seventh day we hope that he is pleased and takes a rest. » (Winnicott, 1986, p. 49)

L’enfant pense créer ce qu’il ne fait *a priori* que trouver. Il pense s’autosuffire alors qu’il est en fait absolument dépendant de l’hospitalité d’un monde dont il n’a pas idée de la présence. Pourtant si ce monde bienveillant n’avait pas été déjà là, il n’aurait jamais pu le créer. Un tel paradoxe doit être accepté et non résolu (Winnicott, 1964, 1986).

L’acquisition des traits adultes propres à l’espèce et à l’indépendance, nécessite ainsi une forme d’adaptation du monde aux besoins de l’enfant après la naissance. Exercée le plus souvent par la mère, cette adaptation consiste en un ensemble de soins qui visent à ralentir la venue au monde de l’enfant :

> « To sum up this first stage of my simplified scheme for describing the developing human being, the infant and small child is usually cared for

> in a reliable way, and this being cared for well enough builds up in the infant to a belief in reliability, on to this a perception of the mother or father or grand-mother or nurse can be added. To a child who has started life in this way the idea of goodness and of a reliable and personal parent or god can follow naturally. » (Winnicott, 1965, p. 97)

Faisant front à l'ignorance et l'ingratitude, la famille procure une précieuse expérience illusoire de toute-puissance à l'enfant, expérience qui va lui servir de base à la construction ultérieure d'un rapport plus mutuel et objectif avec la réalité.

4.4. La dépendance relative de 6 à 24 mois

La seconde phase du développement émotionnel est de loin la plus critique. L'enfant dont les besoins ont été comblés au bon moment et à la bonne place est devenu davantage dépendant de sa mère. Tous deux forment alors une unité dont ne va émerger que progressivement une personne à part entière. Après avoir vécu parmi la douce ignorance de la dépendance, un monde extérieur, hors de portée, du contrôle omnipotent est introduit non sans peine :

> « By a complex process the infant separates out objects and then the environment from the self. […] One of many consequences of this new development is that infant comes to have an inside. A complex interchange between what is inside and what is outside now begins, and continues throughout the individual's life, and constitutes the main relationship of the individual to the world. » (Winnicott, 1986, p. 72)

Lors de la phase de dépendance relative, l'enfant vient au monde une seconde fois, ou plutôt, il y achève enfin son arrivée. Entre le sixième et le vingt-quatrième mois aboutit donc le processus postnatal de différenciation du soi à travers le tumultueux phénomène de sevrage, c'est-à-dire à travers un échec graduel de l'infléchissement du monde aux besoins de l'enfant. A l'issue de cette seconde phase, deux êtres humains séparés vont se faire face : l'enfant et la mère. C'est le début de la relation à deux, ou « *the two body relationship* » selon les termes de Winnicott, renvoyant explicitement par-là aux travaux de Melanie Klein.

4.4.1. La poursuite du processus d'intégration du soi

L'intégration correspond au développement du sentiment qu'une personne existe dans un corps pour Winnicott (1988a). Pour que l'enfant au soi initialement morcelé y parvienne, deux progrès sont nécessaires : la mise en relation du corps et de l'esprit, puis la mise en relation de ce soi nouvellement délimité à ce qui n'est pas lui-même, c'est-à-dire au monde.

4.4.1.1. La mise en relation du corps et de l'esprit

Nous avons vu qu'il n'existe préalablement pas de frontière qui distingue l'être du jeune enfant du monde qui l'entoure. L'appropriation d'un sentiment d'existence à partir de la sensation de posséder un corps propre n'est pas une qualité innée. C'est un aboutissement du développement qui survient dans les mois qui suivent la naissance si les conditions requises ont été rencontrées. Ces conditions correspondent à un certain savoir-faire dans la façon de prodiguer des soins au jeune enfant. Ainsi par des réponses physiologiques adéquates aux besoins viscéraux de l'enfant, et par son art de dispenser toute sorte de soins physiques, comme par exemple le fait de réchauffer, porter, baigner, bercer, ou même appeler l'enfant, la mère participe au rassemblement des morceaux d'activités et d'expériences de celui-ci en une entité unifiée à l'intérieur d'une membrane : « Repeated quit experiences of body care gradually build up what may be called satisfactory personalization. » (Winnicott, 1958, p. 151). Cette membrane n'est autre que la surface de la peau de l'enfant. Le sentiment d'une existence propre commence donc par le sentiment d'exister à partir d'un corps. Le soi est d'abord un soi corporel, conglomérat d'une diversité d'expériences et de sensations rassemblées dans un lieu intérieur commun, associées à la personne unique de l'enfant. Winnicott (1988a) décrit ainsi ce procédé par le terme de « *personnalization* ».

Ce n'est que lorsque la peau en vient à jouer ce rôle de membrane qu'il est alors pertinent de postuler d'une existence intérieure, une réalité psychique interne. Parmi l'expérience du monde de l'enfant apparaissent donc enfin un intérieur et un extérieur. De son point de vue, ce premier monde interne se localise d'abord dans

son estomac (Winnicott 1988a). Abrité ainsi par sa peau, prenant ses quartiers parmi son intériorité, l'enfant possède alors un lieu où il se sent être, un lieu à partir duquel il va pouvoir se dresser pour contempler le monde. Le corps devient la maison de l'esprit, un lieu d'habitation propice à l'éclosion de la vie psychique. L'unification d'un soi sous cette frontière-peau fait progresser l'enfant d'un stade d'existence diffus à un stade d'existence psychosomatique individuel (Winnicott, 1988a).

4.4.1.2. La mise en relation du soi au non-soi

La poursuite du processus d'intégration conduit l'enfant à devenir une unité plus ou moins délimitée par sa peau, ou autrement dit une personne vivant dans un corps, avec un intérieur et un extérieur. L'intérêt de l'enfant va se porter alors aussi bien vers l'une ou l'autre de ces réalités. La suite du développement émotionnel va ainsi consister en la mise en place d'échanges continus entre ces deux types de monde où évolue l'enfant, dont le ventre en représente la première intersection.

Les échanges qui vont mettre en relation le monde du soi et du non-soi se basent directement sur le modèle des échanges physiologiques et corporels archaïques qui liaient déjà l'enfant au monde à son insu (Winnicott 1988a). Par sa bouche, l'enfant incorporait une partie du monde extérieur, et par ses organes d'excrétion il expulsait une partie de son monde intérieur. Son estomac était alors le centre névralgique de cet échange. A partir de maintenant, deux mécanismes mentaux, l'introjection et la projection vont jouer des rôles similaires à ceux de l'incorporation et de l'élimination (Winnicott, 1965). En introjectant, l'enfant met un peu du monde extérieur à l'intérieur, et en projetant l'enfant met un peu de son monde intérieur à l'extérieur :

> «What is inside is part of the self though not inherently so, and it can be projected. What is outside is not part of the self, but again not inherently so, and it can be introjected. In health, a constant interchange goes on as the child lives and collects experiences, so that the external world is enriched by the inner potential, and the inner is enriched by what belongs outside. » (Winnicott, 1965, p. 99)

Nous avons vu précédemment qu'une opposition s'était formée dans la mémoire de l'enfant à partir de la répétition des expériences de soins. D'un côté il y a le bon, ce

qui a été agréable à l'apaisement des besoins, et de l'autre le mauvais, ce qui y a été hostile. Les échanges entre le monde intérieur et extérieur vont aménager une nouvelle scène à cette opposition : l'enfant va chercher à absorber le bon, à l'associer au monde intérieur, et à expulser le mauvais, à le projeter sur le monde extérieur. Ce clivage va donc devenir un point de repère à la poursuite de la différenciation du soi. Les aspects satisfaisants de la mère sont considérés comme une partie du soi, une partie à prendre à l'intérieur, et les aspects frustrants comme une partie à rejeter, une partie extérieure au soi. A partir de ce premier arrangement, l'enfant va parvenir à considérer l'existence individuelle et séparée de la mère, au-delà de l'union qu'ils formaient. Il va distinguer progressivement qu'elle n'est pas seulement une extension de son être. Cette prise de conscience va représenter un premier outrage à son sentiment d'omnipotence.

4.4.2. La nécessité d'une aire intermédiaire sur le parcours qui conduit à la construction d'un rapport à la réalité

4.4.2.1. Le choc des réalités

La délimitation d'une intériorité donne à l'enfant un accès plus ou moins direct à une réalité extérieure. Cependant, cet accès est encore précipité à la vue de sa faiblesse et de son incapacité à répondre par lui-même à ses besoins. Sa survie dépend toujours de soins, d'autant plus qu'il prend maintenant conscience de sa dépendance et de son impuissance quant à la provenance de ces soins.

> « Life is inherently difficult for child, and no infant can avoid showing evidence of its difficulties […]. Even the most kindly, understanding background of home life cannot alter the fact that ordinary human development is hard. » (Winnicott, 1964, p. 125)

Ce nouvel élan vers le monde extérieur expose à toutes sortes de privation et reflète combien les gestes du quotidien qui nous paraissent si simples peuvent représenter une source majeure de contrariété pour un enfant. Ce dernier s'aperçoit à quel point le monde est un endroit exigeant, parfois cruel. Il découvre la réalité comme étant une insulte à son existence (Winnicott, 1965).

Winnicott identifie deux sources de difficultés désormais inhérentes à la vie de l'enfant. Dans un premier temps, le monde intérieur va entrer en collision avec ce monde extérieur, *a priori* décevant et frustrant. La réalité extérieure va ainsi imposer à la réalité intérieure de renoncer à certains de ses privilèges, comme par exemple l'expression spontanée des impulsions par lesquelles les tensions étaient apaisées, ainsi que le sentiment d'omnipotence magique :

> « From what do the difficulties arise ? Firstly, there is the fundamental clash between the two kinds of reality, that of the external world which can be shared by everyone, and that of each child's personal inner world of feelings, ideas, imagination. […] Even the best external reality is disappointing because it is not also imaginary, and although perhaps to some extend it can be manipulated, it is not under magical control. » (Winnicott, 1964, p. 128)

L'accentuation des protestations et des crises de colère, voire de rage, est l'indice apparent de ce choc des réalités qui se déroule en arrière-fond.

Dans un second temps, l'enfant fait une autre terrible découverte : il réalise le caractère éminemment destructeur des idées de son monde interne qui accompagnent les moments d'excitation et d'activités :

> « When feeding, a child is liable to feel the urge to destroy everything that is good, the food, and the person who has the food to give him. […] And, along with this, there comes a feeling that there will be nothing left, if everything has been destroyed. » (Winnicott, 1964, p. 128-129)

A l'ombre de l'impuissance s'ajoute donc maintenant celle de l'annihilation. Le risque de renoncer définitivement à toutes impulsions afin d'éviter ces menaces est une éventualité, mais cela signifierait de renoncer aussi au monde interne. L'enfant ne ferait que remplacer sa domination par celle du monde extérieur. Il s'y soumettrait par crainte, au prix de sa personne. La mise en relation de ces deux réalités semble représenter un défi qu'il ne peut relever seul.

4.4.2.2. Le recours à l'illusion pour amortir la rencontre prématurée des deux réalités

Si l'accès à la réalité extérieure, amorcé après la délimitation, représente un trop grand risque pour la conservation du monde interne de l'enfant, alors il lui faut

trouver une voie de contournement qui tienne davantage compte des limites de sa constitution. Pour Winnicott (1965), nul être humain ne peut se soustraire de la tension générée par l'épreuve de la mise en relation du monde intérieur et du monde extérieur. Cette épreuve, qui revient à lier d'une manière acceptable ce qui est subjectivement conçu à ce qui est objectivement perçu, commence lors des premiers moments du développement émotionnel précoce, et ne prendra jamais vraiment fin (Winnicott, 1965). Une telle épreuve nécessitera un effort tout au long de la vie. La considération de cet autre monde, un non-soi, implique que l'enfant puisse y adapter une certaine partie de son monde intérieur, et renoncer à la férocité spontanée de ses impulsions : « Yet nothing can be given up that has not first been found and possessed. » (Winnicott, 1964, p. 128). L'accès à la réalité ne peut se faire que de manière indirecte, par l'aménagement d'un détour, qui diffère ce moment où l'être humain doit trancher entre une perception subjective ou une conception objective du monde. L'enfant ne pourrait pas consentir à renoncer à une partie de son monde intérieur pour accepter les règles d'un autre s'il n'avait pu vivre auparavant une expérience satisfaisante de son intériorité. Les soins maternels doivent donc préserver pour un temps le statu quo entre les deux réalités.

La première étape du chemin qui conduit à l'acceptation et à la construction d'un lien à une réalité extérieure passe donc par la préservation temporaire et non contestée de la réalité intérieure, même si celle-ci échappe aux règles de la vie réelle, comme celles du temps, de l'espace, ou encore de la logique :

> « There is no disillusionment (acceptance of the reality principle) except on a basis of illusion. » (Winnicott, 1986, p. 47)
> «Giving good enough environmental conditions, the individual child found ways of absorbing the insult. » (Winnicott, 1986, p. 40)

En continuant à s'adapter au monde intérieur de son enfant, la mère lui présente un monde extérieur moins menaçant qu'il ne l'est vraiment. Elle lui en facilite l'arrimage grâce à l'illusion selon laquelle il peut d'abord s'y soustraire des exigences, ainsi que des souffrances : « The mother's sensitive adaptation to the infant's needs started off the idea of the world as a good place. The world went to

meet the infant, and so the infant could go out to meet the world. » (Winnicott, 1964, p. 80). La mère fait du monde une place suffisamment agréable et hospitalière afin qu'en son enfant s'enracine la croyance d'y trouver tout ce qu'il y souhaite. Elle lui insuffle la confiance qu'il existe ainsi bel et bien une façon riche et tolérable de lier intérieur et extérieur. Pour Winnicott, il n'y a d'autre solution saine qui puisse résoudre le problème de la mise en relation des deux réalités à l'exception de l'aménagement d'un tel détour temporaire.

4.4.2.3. L'aire intermédiaire d'expérience, le détour incontournable vers le monde

A partir de cette période, et jusqu'aux environs de quatre à six ans, les enfants évoluent dans deux mondes à la fois :

> « Children are not supposed to know exactly what the world is like. They must be allowed to have what would be called delusions. » (Winnicott, 1964, p. 72)
> « The point is that we don't clamp down reality on the little child, and we hope that we shall not have to clamp it down even when the child is five or six years old. […] This real world has much to offer, as long as its acceptance does not mean loss of the reality of the personal imaginative or inner world. » (Winnicott, 1964, p. 71)

Il est normal à cet âge que les adultes admettent comme objectif ce que les enfants perçoivent à partir de leur seule subjectivité. C'est ce que l'on fait à chaque fois que l'on joue aux jeux dont les enfants sont l'auteur : on prend part pour un moment à leur monde intérieur sans leur en contester la légitimité, sans chercher à y exposer des contradictions évidentes. C'est un privilège réservé à l'enfance. La revendication ultérieure d'une telle prérogative serait inadaptée selon Winnicott :

> « We allow the infant this madness, and only gradually ask for a clear distinguishing between the subjective and that which is capable of objective or scientific proof. […] If an individual claims special indulgence in respect of this intermediate area we recognize psychosis, we use the epithet mad. » (Winnicott, 1958, p. 224)

L'expérience du monde que l'on partage alors avec les enfants correspond à une parcelle de leur monde interne, que l'on désigne d'imaginaire depuis notre perspective, mais qui ne l'est pas forcément depuis la leur.

Winnicott qualifie cet aménagement « d'aire intermédiaire d'expérience ». C'est un exemple de la façon dont le recours à l'illusion permet d'amortir temporairement le choc des réalités : « In infancy this intermediate area is necessary for the intuition of a relationship between the child and the world, and is made possible by good enough mothering at the early critical phase. » (Winnicott, 1958, p. 241). L'aménagement d'une telle aire intermédiaire incontestée lors de la petite enfance constitue donc le fameux détour qui va pouvoir soulager la tension de la rencontre de l'enfant avec le monde. En partageant cet espace d'expérience, le statu quo des réalités est préservé. Le moment de choisir entre une réalité extérieure qui a été créée ou qui n'a été que trouvée est repoussé le plus tard possible, jusqu'à ce que ce choix ne représente plus une privation trop grande pour le monde interne. Aussi contradictoire que cela puisse paraitre à nos yeux, on va consentir pour un temps que du point de vue de l'enfant, la réalité soit à la fois créée et trouvée, que son monde interne soit donc à la fois à l'intérieur et à l'extérieur. Par l'hypothèse de l'aménagement d'une telle aire intermédiaire dans l'enfance, Winnicott démontre de quelle façon l'environnement contribue de manière indispensable au cours des premiers moments de la vie, à la construction d'un rapport à la réalité.

4.4.2.4. Caractéristiques des phénomènes et objets transitionnels de l'aire intermédiaire

Parmi cette aire intermédiaire, Winnicott qualifie certains phénomènes et certains objets de « transitionnels », au sens où ils renvoient précisément à la façon dont l'illusion est utilisée lors de cette période de « transition » entre l'indifférenciation et la différenciation de l'enfant :

> « It is not the object itself, of course, that is transitional; it represents the infant's transition from a state of being merged with the mother to a state of being in relation to the mother as something outside and separate. » (Winnicott, 1964, p. 168)

Cette notion de phénomène transitionnel occupe une place centrale dans sa théorie du développement émotionnel : elle y joue un rôle de premier plan sur le chemin qui conduit l'enfant d'une incapacité originelle à percevoir un monde extérieur dont il dépend pourtant, à sa reconnaissance progressive et à l'aptitude à s'y lier :

> « I have introduced the terms “transitional object” and “transitional phenomena” for designation of the intermediate area of experience between the thumb and the teddy bear, between the oral erotism and true object relationship, between primary creative activity and projection of what has already been introjected, between primary unawareness of indebtedness and the acknowledgment of indebtedness (“Say : ta !”). […] There is the third part of the life of a human being, a part that we cannot ignore, an intermediate area of experiencing, to which inner reality and external life both contribute. It is an area which is not challenged, because no claim is made on its behalf except that it shall exist as a resting place for the individual engaged in the perpetual human task of keeping inner and outer reality separate yet interrelated.» (Winnicott, 1958, p. 230)

A partir de ses observations sur l’état de dépendance absolue depuis lequel l’être humain vient au monde, Winnicott fait donc la découverte de la nécessité de phénomènes et objets transitionnels dans la résolution du problème de la mise en relation de l’intérieur et de l’extérieur, de l’enfant avec le monde. Il est nécessaire que les soins qui sont prodigués lors de la petite enfance tiennent compte de la subjectivité initiale et du malheur que représente son renoncement. L’aménagement d’une aire intermédiaire entre ce qui est subjectivement et objectivement perçu, par le recours à l’illusion, permet donc de soulager le processus général de la formation d’un soi et d’un rapport à la réalité, tous deux initialement absents.

La description suivante des caractéristiques des phénomènes et objets transitionnels provient du chapitre XVIII : *Transitional Objects and Transitional Phenomena* du recueil d’articles *Through paediatrics to psycho-analysis* (1958) :

- les objets transitionnels précédent l’instauration de l’ancrage à la réalité. Même s’ils sont présentés on accorde à l’enfant temporairement le droit de s’en conférer la création ;
- par leur intermédiaire, le sentiment d’omnipotence se prolonge. La relation à ces objets va faciliter la transition du petit enfant d’un contrôle omnipotent magique à un contrôle par la manipulation ;
- ces objets représentent la première possession de l’enfant qui ne soit pas une extension de lui-même. Ils revêtent ainsi une importance fondamentale dans la première relation à tout ce qui n’est pas soi. Ces possessions ne sont ni

des objets internes au sens où l'entend Melanie Klein, ni des objets externes pour l'enfant ;

- Ces objets vont être exposés à une forme d'amour instinctuel féroce ;
- Ces phénomènes, auxquels appartient le fait de jouer, sont des moyens de restaurer un sentiment de sécurité mis à mal par le choc prématuré des deux réalités. L'acte de jouer, de partager des expériences dans cette aire, devient une forme de défense contre l'anxiété, et plus précisément contre une forme d'anxiété dépressive, suscitée par la rencontre de la réalité extérieure, la remise en question du sentiment d'omnipotence :

> « Children play to master anxiety, or to master ideas and impulses that lead to anxiety if they are not in control. » (Winnicott, 1964, p. 144)
> « Playing is always exciting because it deals with the existence of a precarious borderline between the subjective and that which can be objectively perceived. » (Winnicott, 1964, p. 146)

- Les phénomènes culturels, tels que les arts ou les phénomènes propres aux religions, relèvent également de cette aire d'expérience intermédiaire qui a été admise dans l'enfance. Si la tension de la mise en relation de l'intérieur et de l'extérieur représente bien une tâche sans fin au cours de la vie, alors l'aménagement de ces espaces intermédiaires ne cessera d'être salutaire pour préserver le rapport à la réalité extérieure, même au-delà de l'enfance.

En ayant eu la chance de bénéficier de cet espace intermédiaire et d'avoir pu y partager sa subjectivité sans qu'elle lui eût été discutée, le monde vient à l'enfant sous les traits invitants de son imagination et de sa créativité. L'enfant possède enfin quelque chose dont on peut envisager graduellement le priver. Dès ces premières utilisations, l'illusion préparait la venue de la désillusion. En effet, cette voie de contournement empruntée par l'enfant pour rejoindre le monde n'est, et ne doit rester qu'une voie temporaire.

4.4.3. Le processus du sevrage et l'aboutissement de la naissance du soi

4.4.3.1. La tâche de désillusionnement

Illusion et désillusion sont les deux facettes d'une même médaille, deux évènements complémentaires, qui renvoient en fait à un seul phénomène, celui de l'art d'introduire le monde à l'enfant à petite dose afin qu'il n'en soit pas trop perturbé. L'illusion n'a ainsi été utilisée que dans la mesure où elle serait un jour retranchée. Sa suite logique est la désillusion, ce que l'on appelle communément le sevrage :

> « The healthy infant in each one of us only gradually becomes able to perceive objectively the mother whom at first he created. This painful process is what is called disillusionment, and there is no need actively to disillusion a small child; rather can it be said that actively the ordinary good mother holds back disillusionment, and allows it only in so far as she feels the infant can take it, and welcome it. » (Winnicott, 1964, p. 164)

Inéluctablement, l'enfant va maintenant devoir trancher entre deux perspectives dont on a permis jusque-là la cohabitation : il va falloir discerner ce qui relève de sa propre subjectivité de ce qui relève d'un monde perçu objectivement, c'est-à-dire percevoir que l'objet créé a été en fait présenté au bon moment et au bon endroit. Il devra ainsi se montrer reconnaissant envers la source de sa provenance.

La tâche de désillusionnement correspond aussi à des formes de soins précoces dont la responsabilité incombe aux parents. Par exemple, lorsque ceux-ci jugent l'enfant prêt, ils vont s'exercer à lui apprendre à remercier lorsque quelqu'un répond à l'un de ses besoins. Le simple fait de dire « merci » de manière intentionnelle représente un changement majeur de perspective sur le monde. Il signifie que l'enfant reconnait que certains objets ou certains phénomènes, comme l'ours en peluche ou la nourriture, proviennent en fait du monde et non de sa propre création. Dire merci, c'est avoir conscience d'être redevable d'une faveur qui nous est adressée par un autre, un ailleurs, qui n'est pas seulement une extension de soi. La gratitude indique pour Winnicott (1964) que les besoins deviennent peu à peu des désirs et des souhaits. Le délai qui s'immisce entre la manifestation d'une demande et sa réponse est le reflet de l'acceptation d'une réalité autre que la sienne.

Même si cela varie d'un enfant à l'autre, Winnicott identifie le moment du sevrage à partir de certains indices issus de l'observation : l'acquisition de l'aptitude à jouer à lancer des choses avec l'attente qu'elles lui soient ramassées et retournées. Cette façon de jouer indiquerait que l'enfant devient capable de gérer la privation et l'absence de ses parents : il les autorise, en quelque sorte à pouvoir s'éloigner et à revenir : « Eventually the individual human being relinquishes being the wheel, or the whole gearbox, and adopts the more comfortable position of a cog. » (Winnicott, 1986, p. 50). Cependant, accepter la privation et les limites imposées à l'exercice de l'omnipotence est loin de se dérouler sans heurt. La découverte du monde tel qu'il est, avec son lot d'exigences et de souffrances quotidiennes, n'est pas sans soulever une nouvelle vague de protestation et de revendication. Les manifestations agressives, ainsi que les réponses du monde à leur encontre, vont prendre ici des proportions considérables.

4.4.3.2. Destruction et réparation : le rôle déterminant de la pulsion agressive dans la construction et la consolidation du rapport à la réalité

4.4.3.2.1. La double signification de la pulsion agressive

L'augmentation des manifestations agressives à l'égard du monde lors de la période de désillusionnement n'est pas uniquement réactionnelle à l'introduction de la réalité à l'enfant. Elle y est bien antérieure. Nous avons précédemment vu qu'il y avait une dimension agressive inhérente à la façon dont le petit enfant interagissait initialement avec le monde. Au début, l'activité et l'exploration sont synonymes d'agression, mais d'une agression non intentionnelle puisque l'enfant n'a d'abord pas conscience du monde, et ne peut donc y distinguer les conséquences de ses actes. Au cours du développement émotionnel précoce, l'agressivité a donc deux significations. Elle transparait dans deux contextes : d'un côté elle provient de l'une des deux sources d'énergie pulsionnelle avec lesquelles l'enfant vient au monde, et de l'autre elle se manifeste en conséquence aux frustrations. Pour Winnicott, l'agressivité occupe un rôle central dans la formation du soi et du rapport au monde : « Aggression is always linked in this way with the establishment of a clear distinction between what is the self and what is not the self. » (Winnicott, 1964, p.

234). Il est alors essentiel de revenir sur l'évolution du destin de cette pulsion « agressive » lors des premiers moments de la vie pour bien en mesurer ses implications.

4.4.3.2.2. La destruction hallucinée par le soi indifférencié

Afin de comprendre l'origine et le sens de l'agression et de la destruction au cours des premiers moments de la vie de l'être humain, il est nécessaire de revenir succinctement sur la notion du « Ça », l'une des trois instances de l'appareil psychique selon la seconde topique proposée par Freud. L'une des premières apparitions du terme remonte à 1923 dans *Le moi et le Ça* (Laplanche et Pontalis, 1967). Le Ça ressemble ainsi à peu de chose près au système inconscient de la première topique. C'est la première des instances psychiques, l'instance originelle à partir de laquelle le Moi et le Surmoi vont progressivement émerger, en tant que son extension. Comme le système inconscient, le Ça est associé à une forme de chaos. Il n'a pas d'organisation et fonctionne de manière assez anarchique (Laplanche et Pontalis, 1967). Freud (1923) considère le Ça comme le grand réservoir de l'énergie psychique, constitué de deux types de pulsions : la libido et la pulsion agressive. A l'origine, ces énergies y circulent librement, sans contraintes ou sans être coordonnées par un centre de gestion. Ces deux pulsions recherchent d'abord un apaisement immédiat des tensions qui perturbent la survie du nouveau-né, et ce parfois sur un mode hallucinatoire. Freud (1923) se réfère au terme de « processus primaire » pour qualifier ce type de fonctionnement. A ce stade, les manifestations agressives sont consubstantielles même à la vie, puisque c'est l'une des deux énergies du Ça, seule instance qui caractérise l'être du petit enfant : « Behind "It" all is magical destruction. » (Winnicott, 1964, p. 238).

Pour Winnicott, la destruction comme la création magique sont des phénomènes tout à fait normaux parmi l'expérience de vie du nourrisson qui n'est pas encore différencié : « In infantile magic, the world can be annihilated by closing of the eyes and recreated by a new looking and a new phase of needing. » (Winnicott, 1964, p. 238). La destruction et la création imaginaire s'éveillent avec l'appel des besoins

qui apparaissent après la naissance. Elles proviennent du fait que l'enfant cherche à restaurer l'équilibre idyllique qu'il a vécu dans le ventre maternel. Par les soins qui lui sont prodigués, il retrouve cette douce sensation, ce qui lui évite de déployer une destructivité intérieure massive et incontrôlée. Un premier changement concernant la pulsion agressive a lieu lorsqu'elle n'est plus seulement magique, et hallucinée, mais lorsqu'elle parvient à se diriger vers le monde à travers des décharges motrices.

4.4.3.2.3. La destruction déchargée par le soi au cours de la différenciation

En bénéficiant d'une certaine adaptation du monde à ses besoins, l'enfant évite de subir l'annihilation magique du monde, et parvient à trouver une forme d'expression plus tangible de la pulsion agressive. Ce n'est qu'alors qu'il commence à faire preuve d'une destructivité apparente. La destruction magique laisse place à des coups et à des cris :

> « In this way actual aggression is seen to be an achievement. As compared with magical destruction, aggressive ideas and behavior take on a positive value, and hate becomes a sign of civilization, when we keep in mind the whole process of the emotional development of the individual, and especially the earliest stages. » (Winnicott, 1964, p. 239)

Même si cela peut paraitre contre-intuitif, l'aptitude à frapper correspond à un progrès sur le chemin de la différenciation de l'enfant et du monde :

> « Early infantile hitting lead to a discovery of the world that is not the infant's self, and to the beginnings of a relationship to external objects. What will quite soon be aggressive behavior is therefore at the start a simple impulse that leads to a movement and to the beginnings of exploration. » (Winnicott, 1964, p. 234)

Les décharges motrices, plutôt brutales et non mesurées, sont les signes d'une activité d'un Moi rudimentaire. Si le Moi est une instance provenant du Ça, et que ce dernier constitue bien son réservoir pulsionnel, alors il parait normal que par le Moi s'exprime l'une des deux énergies du Ça, à savoir la pulsion agressive. La destructivité fait partie intégrante d'un mode de relation inné au monde. Elle est un des aspects d'une forme d'amour très primitive. En étant aimé par l'enfant lors de

cette période, on doit également s'attendre à être blessé (Winnicott, 1964). L'enfant va devoir exploiter autrement cette formidable source d'énergie pour la réinvestir dans les grandes tâches de la vie telles que jouer, travailler et se lier.

4.4.3.2.4. La destruction réparée par l'objet et l'achèvement de la différenciation

Apprendre à gérer et mettre à profit une telle énergie destructrice congénitale sans devoir y renoncer définitivement constitue un véritable pivot du développement émotionnel. En effet, maintenant que l'enfant exerce en acte sa destructivité et non plus seulement par l'imagination, les personnes et les objets de son monde environnant vont subir des attaques et des tentatives de destruction répétées. S'ils y survivent, c'est-à-dire s'ils n'y appliquent pas de représailles et qu'ils offrent à l'enfant une possibilité de réparer les conséquences de ses actes, alors ils seront perçus par lui comme étant extérieurs et distincts, comme des entités à part entière de plein droit, et non plus seulement comme des entités projectives, simples fruits de sa création :

> « In other words, she (the mother) has one job when the baby bites and scratches and pulls her hair and kicks, and that is to survive. The baby will do the rest. If she survives, then the baby will find a new meaning to the word love. » (Winnicott, 1988b, p. 31)

Si aimer incluait jusque-là détruire, à partir de maintenant, aimer va aussi inclure réparer et protéger de la destruction. Pour Winnicott (1958, 1965) c'est bien la pulsion agressive qui crée la qualité de l'extériorité : lorsque l'enfant ne parvient pas à détruire l'objet qui lui est subjectif, c'est-à-dire qui selon lui appartient à son monde interne, l'objet prend alors place hors de lui, et lui apparait comme étant dorénavant un objet objectif, un objet provenant d'une réalité extérieure, autre que la sienne. Cet objet échappe désormais à son contrôle omnipotent.

Le déroulement de la séquence destruction/survie/réparation place ainsi l'objet en dehors de soi et façonne une notion de réalité extérieure aux yeux de l'enfant. Cependant, tout le fondement de cet apprentissage provient de la capacité des choses et des individus du monde environnant à survivre aux attaques :

> «Because of their own properties things can survive, in spite of our dream, in spite of the backcloth of destruction in our unconscious fantasy. The world now begins to exist as a place in its own right; a place to live in, not as a place to fear or to be complied with or to be lost in, or to be dealt with only in day-dream or fantasy-indulgence. » (Winnicott, 1986, p. 264)

Pour illustrer l'importance de cette qualité fondamentale dont l'environnement doit faire preuve, Winnicott prend pour exemple un enfant qui sous le coup de la rage, se met à pleurer avec l'impression de détruire toute chose aux alentours, et dont l'entourage, malgré cela, demeure imperturbablement calme et serein. Cette expérience aide cet enfant à prendre conscience qu'il y a une différence entre ce qu'il perçoit et ce qui se passe réellement. L'absence de représailles de l'entourage à la destruction de l'enfant lui permet ici de faire la part des choses entre faits et fantaisies, entre monde interne et réalité extérieure. Il peut alors se consacrer à réparer ce qu'il pensait avoir détruit.

En endossant le tourment de cette période où destructions et réparations se suivent et se succèdent, l'entourage de l'enfant lui offre l'opportunité inestimable de prendre enfin conscience des aspects destructeurs de ses interactions primitives avec le monde et de protéger désormais ceux qui s'y trouvent. La séquence destruction/survie/réparation va détourner la libre circulation de la pulsion agressive au cours de cette période critique.

4.4.3.3. La fusion des pulsions agressive et libidinale : l'accès à la position dépressive

Rappelons que l'expérience interne du monde de l'enfant est organisée selon le souvenir de deux tendances inconciliables, celles qui lui sont agréables et celles qui lui sont hostiles. L'enfant à qui l'on permet de vivre dans deux mondes à la fois, de vivre l'intérieur à l'extérieur va donc également expérimenter le monde extérieur à l'image du morcellement de son monde intérieur. Sa représentation de la mère, et plus globalement du monde, est littéralement dédoublée, ou autrement dit clivée selon ces deux tendances. Il n'a pas alors conscience que la cible de ses tentatives de destruction, celle vers qui circulent les décharges de la pulsion agressive, est

également la source qui lui prodigue les sensations qui lui sont si apaisantes, celle vers qui se dirigent plutôt les décharges de la pulsion libidinale. Or, désormais, l'enfant va prendre conscience que celle qu'il attaque est aussi celle qu'il aime :

> « Mother is an environment mother and at the same time an object mother, the object of excited loving. In this latter role she is repeatedly destroyed or damaged. The child gradually comes to integrate these two aspects of the mother and to be able to love and to be affectionate with the surviving mother at the same time. » (Winnicott, 1965, p. 102)

La succession des séquences de destruction/survie/réparation va offrir à l'enfant l'occasion de s'apercevoir que son amour et son agressivité ont en fait une cible commune. Contrairement au clivage du monde interne, la mère va désormais apparaitre comme une seule et même personne, douce et hostile. En étant ainsi aimée et haïe, elle devient réelle, une entité extérieure et séparée. L'intégration de ces représentations morcelées va susciter alors une certaine ambivalence entre l'amour et la destruction : « Fusion is the achievement of emotional development in which the baby has become able to experience erotic and aggressive drives toward the same object at the same time. » (Winnicott, 1965, p. 74). L'acquisition de l'aptitude à tolérer cette ambivalence, c'est-à-dire de l'aptitude à pouvoir aimer et haïr le même objet, est le signe que la circulation de la pulsion agressive a subi un second changement majeur : elle s'est fusionnée à la pulsion libidinale. La pulsion agressive fusionnée peut alors être mise à profit tout en préservant le monde de ses aspects destructeurs.

Lorsque l'enfant prend conscience de l'agressivité qui accompagne ses manifestations primitives d'amour à l'encontre d'un monde extérieur dont il dépend, il vit une période de remise en question qui l'incite à renoncer à l'exercice de la toute-puissance. C'est par la peine et la tristesse qu'il va désormais réagir aux pertes et aux frustrations :

> « Sad crying is something very complicated, something which means that your infant has already gained his place in the world. He is no longer a cork floating on the waves. He has already started to take responsibility for environment. Instead of just reacting to circumstances he has come to feel responsible for the circumstances. » (Winnicott, 1964, p. 66)

Ces manifestations dépressives sont donc les marqueurs d'un réajustement de l'enfant face à la réalité, en conséquence du désillusionnement : l'enfant tolère le monde tel qu'il est, c'est-à-dire comme un endroit exigeant et décevant. Winnicott rejoint donc les conclusions de Melanie Klein sur la valeur de l'accès à une position dépressive normale au cours du développement émotionnel précoce :

> « Our view of depression, then, is closely bound up with our concept of ego strength and of self-establishment and of the discovery of a personal identity, and it is for this reason that we can discuss the idea that depression has value. » (Winnicott, 1964, p. 66)

A moins qu'elle n'ait été acquise, l'avènement de la position dépressive demeure le problème central de la vie de tout être humain. Elle signifie qu'un compromis a été trouvé face à l'épreuve de la mise en relation de l'intérieur et de l'extérieur. Elle indique que le choc des réalités est devenu supportable, au point que le détour qui avait été aménagé par l'utilisation de l'illusion ne représente plus la seule alternative pour rejoindre le monde.

4.5. Vers l'indépendance à partir de 24 mois et au-delà

Après que le monde lui eut été présenté de manière à ce que son existence fragile ne soit pas trop menacée, l'enfant a adopté une posture davantage objective : il accepte l'idée qu'il puisse exister une réalité extérieure qu'il n'ait pas créée, ainsi que les conséquences que cela implique. Il peut admettre son impuissance face à ce monde externe et travailler à le préserver en refrénant une forme d'expression destructrice innée de son monde interne. En renonçant, non sans peine, à sa posture de toute-puissance, il admet enfin que le monde fasse son entrée, quitte à rompre l'union exclusive qui le liait à sa mère. Winnicott (1958, p. 277) associe le complexe d'Œdipe, décrit par Freud, à une relation à trois avec la mère et le père, ou dit dans ses termes : « *the three body relationship* ». A partir de deux ans, l'enfant prend une part plus active à la préservation d'un monde social élargi dont il a conscience de dépendre. Cette dernière phase reste ouverte, elle est asymptotique, on peut s'en approcher mais jamais la dépasser définitivement. Elle consiste en un effort constant afin d'accepter une certaine interdépendance avec le monde environnant.

4.5.1. Le développement d'un sens des responsabilités

La découverte par l'enfant qu'il peut blesser les personnes et les choses qu'il aime du fait des aspects destructeurs de ses impulsions spontanées fait naitre en lui une sorte d'anxiété inédite (Winnicott, 1965). Il va craindre les conséquences de sa destructivité sur la personne aimée, notamment la perte de son amour. L'avènement de cette anxiété, ainsi que l'aptitude à la tolérer va jouer un rôle fondamental dans l'acquisition de la responsabilité, de l'aptitude à préserver son environnement de la destruction initialement intrinsèque à l'amour.

Lorsque l'enfant expérimente la possibilité de restaurer les dommages qu'il a causés, il acquiert une certaine confiance. Il ne craint plus sa propre destructivité. Il va même l'explorer d'une façon propre à enrichir son monde interne au lieu de l'appauvrir. En effet, il lui est de moins en moins nécessaire d'en inhiber une certaine partie puisqu'avec les succès des réparations, il peut apprécier des sensations corporelles et des idées, même si elles contiennent des fragments de cruauté. L'enfant pénètre ainsi dans un cercle d'expériences où vont quotidiennement se rejouer : l'expression d'une forme d'amour destructrice, l'anxiété à l'idée d'avoir blessé des êtres chers, le soin de réparer les dégâts, et à nouveau l'expression d'une forme d'amour mais déjà un peu moins destructrice, et ainsi de suite :

> « The infant gradually becomes able to tolerate feeling anxious about the destructive elements in the instinctual experiences, knowing that there will be opportunity for repairing and rebuilding. […] We can see the sense of guilt developing along with the establishment of the infant's confidence in the reliability of the environment, and we also see the capacity for a sense of guilt disappearing, along with the loss of confidence and the reliability of the environment, as when a mother has to be away from her infant, or when she is ill or perhaps just pre-occupied. » (Winnicott, 1964, p. 97)

Avec l'indulgence d'une figure maternelle, prête à recevoir de telles attaques, et à rester en dépit des dommages infligés, l'enfant va apprendre à tolérer cette nouvelle anxiété, qualifiée par Winnicott (1993, p. 108) de sentiment de culpabilité.

L'acquisition de la culpabilité est à la base du développement d'un sens des responsabilités. C'est ce que Winnicott (1958) désigne par le terme anglais « *concern* ». Son apparition signifie que l'agressivité a été intégrée par l'enfant afin d'en préserver ceux qui lui sont chers. Son monde interne n'est alors plus clivé avec le bien d'un côté et le mal de l'autre. Il se perçoit comme un être entier, tant mauvais que bon. Dès lors, ses actions, auparavant « pré-cruelles » de son point de vue, lui apparaissent cruelles (Winnicott, 1964). Cette transition en amène naturellement une autre, le passage de l'irresponsabilité à la responsabilité. La culpabilité coïncide donc avec l'éveil d'un souci quant aux impacts de la férocité de ses impulsions :

> « Guilt is related to the idea of destruction where love is also operating. It is this anxiety that drives the child towards constructive or actively loving behavior in his limited world, reviving the object, making the loved object better again, rebuilding the damaged thing. » (Winnicott, 1965 p. 103)

La sécurité provenant de l'expérimentation des séquences de destruction/survie/ culpabilité/réparation, participe donc à détourner les tendances destructrices de la pulsion agressive à des fins constructives et sociales :

> « In the maturing individual child there appears another alternative to destruction, and a very important one. This is construction. I have tried to describe something of the complex way in which, under favorable environmental conditions, a constructive urge relates to the growing child's personal acceptance of responsibility for the destructive side of his or her nature. It is a most important sign of health in a child when constructive play appears and is maintained. » (Winnicott, 1964, p. 236)

Au lieu d'asservir le monde dans le seul intérêt d'apaiser les besoins de l'enfant, cette pulsion va maintenant servir à la construction et la préservation d'une relation entre l'enfant et le monde dont il dépend.

4.5.2. Le développement d'un sens moral

Le développement d'un sens moral, qui correspond à l'aptitude à croire en certaines valeurs, et à discerner ce qui est bien de ce qui est mal ainsi qu'à agir en tant que tel, ne constituerait pas un enjeu éducatif selon Winnicott (1986). Autrement dit ce n'est pas le seul fruit d'une transmission intellectuelle ou théorique de proscriptions

ou d'autorisations préexistantes. L'avènement de cette aptitude reflète plutôt un certain niveau d'aboutissement du développement émotionnel précoce. C'est un indice qui témoigne de l'accès à une forme de maturité parmi le développement :

> « Someone must let the child know what we in this family and in this bit of society at the present time happen to believe in. But this completing process is of secondary importance, because if belief in has not been reached then the teaching of morals or religion is mere Keaten pedagogy, and is generally accepted as objectionable or ludicrous. » (Winnicott, 1965, p. 94)

Pour Winnicott, l'enfant parvient donc par lui-même à discerner ce qui est bien de ce qui est mal à partir du moment où il acquiert un sentiment de culpabilité, c'est-à-dire à partir du moment où il parvient à tolérer l'anxiété que lui suscite sa propre destructivité, et à la réinvestir plutôt à des fins constructives : « Values are intimately bound up with the capacity for guilt feeling. » (Winnicott, 1965, p.25).

L'apparition de la culpabilité chez l'enfant rejoint les fonctions exercées par le surmoi freudien, à l'issue du Complexe d'Œdipe. En effet, la conception du sevrage chez Winnicott (1958) et le complexe d'Œdipe chez Freud pointent tous deux vers une même transition : celle de la relation dyadique à la triade. Plus précisément, il s'agit du passage d'une forme d'amour omnipotente et exclusive à la mère, une forme d'amour passive, résolument égoïste qui exclut par principe tout partage, et qui implique l'élimination des rivaux (comme le père par exemple) ; vers une forme d'amour active, prête à partager l'objet aimé, qui consente à renoncer à l'exclusivité et à tolérer les tensions provoquées par son absence, au point de pouvoir s'identifier aux rivaux, en plus de les craindre. En conséquence, sevrage et complexe d'Œdipe, sont les marqueurs de la transition cruciale de l'amour auto-érotique vers l'amour objectal, du principe de plaisir au principe de réalité.

L'aptitude à pouvoir faire confiance, et à croire de manière plus générale, relève également des acquisitions personnelles de l'enfant sur le chemin qui le conduit à la réalité, et non de l'enseignement de principes de nature morale et religieuse : « Actually moral education does not work unless the infant or child has developed in himself or herself by natural developmental process the stuff that, when it is

placed up in the sky, is given the name god. » (Winnicott, 1965, p. 94). La maturité du développement émotionnel amène donc l'enfant à être prêt à croire, par lui-même, en quelque chose que l'on peut amalgamer à ce que les adultes considèrent comme étant plus tard Dieu. Le développement d'une capacité à croire, ou plutôt à « croire en », a été surtout fondamentale lors du choc des réalités et du problème de la mise en relation de l'intérieur et de l'extérieur. A ce moment, sans la capacité à croire en la bonté du monde, en deçà de sa rugosité apparente, peut-être la tension de la mise en relation de l'intérieur et de l'extérieur ne se serait-elle jamais atténuée, au point de demeurer une perpétuelle menace face à laquelle se défendre au prix d'efforts incessants. Seul l'aménagement d'une aire intermédiaire d'expérience par une personne attentionnée à la détresse de l'enfant a pu permettre de rejoindre le monde avec confiance. L'acquisition de la capacité à « croire en » a été le fruit d'une certaine façon d'introduire le monde à l'enfant afin qu'il lui apparaisse d'abord hospitalier.

4.5.3. L'indépendance comprise comme interdépendance

L'apparition du sentiment de culpabilité représente donc un pas majeur dans la direction des premières relations sociales. A partir du moment où l'enfant parvient à détourner les décharges de la pulsion agressive pour réparer et reconstruire, il est enfin prêt à tolérer le renoncement à une partie de son monde interne que lui impose la relation à la réalité extérieure :

> « Maturity of the human being is a term that implies not only personal growth but also socialization. Let us say that in health, which is almost synonymous with maturity, the adult is able to identify society without too great a sacrifice of personal spontaneity or personal impulse. The adult is able to attend to his or her own personal needs without being antisocial and indeed, without a failure to take some responsibility for the maintenance or for the modification of society as it is found. » (Winnicott, 1965, p. 83)

La réparation et la (re)construction sont les signes d'une certaine maturité dans le développement émotionnel. L'enfant perçoit non seulement le monde extérieur, mais assume en plus de lui-même des restrictions pour le préserver. Au sein de la

nouvelle génération capable de supporter la peine et la culpabilité, la civilisation peut prendre sa place, et redémarrer à nouveau.

La première phase du développement émotionnel commençait par un surprenant paradoxe : l'enfant était à la fois extrêmement dépendant et totalement ignorant de sa dépendance. La dernière phase va se conclure par un autre paradoxe non moins étonnant : l'enfant indépendant n'est pas une entité isolée du monde, au contraire, c'est celui capable d'assumer une certaine interdépendance avec ce monde qui le précède et le complète : « True independence develops, with the child able to live a personal existence that is satisfactory, while involved in society's affaire. » (Winnicott, 1965, p. 91). En effet, si l'enfant peut prendre un peu plus en charge les fonctions qui étaient assurées jusque-là par son entourage, comme se nourrir, se réchauffer, se protéger, c'est qu'il a développé un moyen acceptable de se lier au monde par lui-même, et d'y trouver les réponses à ses besoins, sans s'y sentir trop menacé au point de devoir s'en protéger de manière coûteuse, ou bien de recourir à l'unique alternative de l'aire transitionnelle. L'indépendance, synonyme de maturité, implique donc toujours parallèlement la socialisation, autrement dit la formation des relations objectales : « The basis of the capacity to be alone is a paradox : it is the capacity of being alone (for the small child) while someone else is present (in presence of his mother). » (Winnicott, 1965, p. 30). La capacité à être seul en présence de l'autre, que Winnicott considère comme le degré le plus élaboré de maturité du développement émotionnel, consiste alors en la capacité paradoxale à être seul… en relation avec un monde séparé. Néanmoins, cette maturité est fugace. Les risques de voir persister ou resurgir la dépendance ne sont jamais à écarter. Par exemple, si l'objet n'a pas survécu à la destruction, si l'opportunité de réparer n'a pu être expérimentée, sans doute la pulsion agressive demeure-t-elle insuffisamment fusionnée, sans doute même, la culpabilité n'advient-elle pas pour détourner les décharges de la pulsion agressive à des fins sociales. Il se peut alors que le monde puisse demeurer l'insulte par laquelle il s'est d'abord présenté, si bien que l'enfant ne cesse d'y revendiquer le privilège du prima de sa subjectivité pour y survivre, pris au piège de l'illusion de l'aire transitionnelle. Et même dans le cas

où les étapes précédentes se sont concrétisées, des périodes de retour vers la dépendance surviennent, notamment autour de l'adolescence. Il est coutume d'y observer des fluctuations du sens des responsabilités et du sens moral.

A ceux prêts à sacrifier une partie de leur spontanéité en faveur de la préservation du monde extérieur, la récompense est immense : apprivoiser l'espace intermédiaire pour en faire un lieu d'échanges inépuisables entre intérieur et extérieur, un seuil fertile qui abrite la pratique de toutes activités culturelles. C'est le sens même de la racine étymologique du mot sevrage, qui évoque le début de « l'habitation » :

> « "To be weaned" means to have accepted living a life that will remain forever at some concrete and unsurpassable distance from the beckoning paradise of absolute unity of self and other, of God and mankind. […] In both the Promethean and the modern, Freudian myth of humanization, our separation from the gods and from the maternal body is understood as the unavoidable precondition for inhabiting a human world. "Weaning" means literally and etymologically "to become capable of dwelling or *wohnen*". » (Jager, 2014, p. 16)

Nous avons décrit les étapes du développement émotionnel qui aboutissent à la capacité d'être seul tout en participant au monde plus vaste des relations humaines. Il nous reste maintenant à revenir en détail sur l'immense contribution des soins maternels destinés aux petits enfants quant à la réussite d'un tel cheminement.

4.6. La mère, un environnement facilitateur indispensable à la formation d'un lien entre l'enfant et le monde social

4.6.1. La préséance du maternel dans les soins prodigués aux petits enfants

4.6.1.1. Se risquer à parler d'amour maternel ?

Chez Winnicott, développement émotionnel et soins maternels sont tellement intriqués, qu'il est difficile d'envisager de les approcher séparément. Cela s'illustre par l'une de ses fameuses assertions selon laquelle « There is no such thing as a baby », traduit par « un bébé seul n'existe pas » (Winnicott, 1964, p. 88). Nous avons déjà introduit, au fur et à mesure du cheminement de la dépendance absolue à l'interdépendance, une certaine évolution dans le rôle que l'entourage est amené

à jouer auprès de l'enfant. Nous avons surtout mis de l'avant l'importance de la façon de présenter le monde, de sorte que l'enfant puisse y venir malgré son manque de préparation à affronter par lui-même les aléas de l'existence. Nous allons ici nous arrêter davantage sur les caractéristiques spécifiques de ce premier environnement. Winnicott l'associe à la mère, à un point susceptible de paraitre dérangeant à notre époque. Jamais dans les écrits d'aucun autre auteur étudié jusqu'à présent, le mot « maternel » n'était revenu aussi souvent : « Allow me to use the term maternal to describe the total attitude to babies and their care. The term paternal must necessarily come a little later than maternal. » (Winnicott, 1986, p. 154). Il serait tentant de n'y voir là que le fruit de mœurs rétrogrades et conservatrices. Pourtant, il nous faut mettre de côté ce préjugé pour plonger vraiment dans la compréhension de ce lien conceptuel que Winnicott propose entre la dépendance absolue de l'enfant au cours des phases les plus archaïques du développement émotionnel, et le rôle incommensurable qu'y joue la mère. Après tout, un tel lien n'est peut-être pas étranger du fait que peu d'auteurs ne se sont approchés, autant que lui, de la très grande précarité qui entoure notre venue au monde. Nous y avons été absolument dépendants, et absolument signifie absolument, insiste-t-il.

4.6.1.2. Une perspective non idéalisée de l'amour maternel : le dévouement face à la dépendance

Sans la maitrise de ses membres, qui sont encore particulièrement atrophiés, sans l'aptitude à comprendre et à communiquer la nature des sources d'inconfort qui perturbent le fil d'une existence très ténue, le nourrisson est totalement à la merci de l'environnement qui l'entoure. Il requiert ainsi l'entière disposition d'un individu, apte à l'assister avec bienveillance et sans ressentiment. Pour Winnicott (1986, p. 191), l'être humain capable d'une telle abnégation envers l'enfant est une femme, et généralement c'est la mère : « It is necessary to say that at first everyone was absolutely dependent on a woman ».

Au commencement, et comme c'est le cas pour la grande majorité des mammifères nidicoles, la mère est elle-même cet environnement qui facilite la survie de son enfant. Cependant, l'une des singularités de notre espèce consiste en l'intensité et

l'étendue de la dépendance de la progéniture, et donc parallèlement, l'intensité et l'étendue de l'engagement parental nécessaire pour y répondre.

Si Winnicott évoque tant l'importance de l'amour maternel dans le passage de l'immaturité à la maturité du développement émotionnel, il ne le fait certainement pas dans une perspective idéaliste, romantique, ou encore culpabilisante. S'il y vient, c'est d'abord à partir d'un point de vue plutôt pratique, à l'issue de l'étude des premiers moments de l'existence humaine. Son point de départ est le suivant : face à la dépendance absolue, la seule connaissance des techniques de soins à prodiguer ne suffit pas. Face à ce degré de dépendance, il n'y a nulle autre réponse que celle du dévouement :

> « The word devotion can be rid of its sentimentality and can be used to describe the essential feature without which the mother cannot make her contribution, a sensitive and active adaptation to her infant's need – needs which at the beginning are absolute. This word, devotion, also reminds us that in order to succeed in her task the mother need not be clever. » (Winnicott, 1958, p. 220)
> « Success in infant care depends on the fact of devotion, not on cleverness or intellectual enlightenment. » (Winnicott, 1958, p. 238)

Une dépendance absolue signifie sans équivoque la nécessité d'une adaptation constante et quasi parfaite aux besoins de l'enfant par un être humain. Cet être humain doit pouvoir se mettre à la place de l'enfant, comme seul un être humain le peut, et non comme le résultat de l'application d'un protocole, dont l'exécuteur serait interchangeable. Or, certaines transformations à l'issue de la grossesse préparent justement la mère à un tel état.

4.6.1.3. La préoccupation maternelle primaire

Winnicott décrit l'existence d'un ensemble de transformations psychiques et physiologiques chez les femmes, aux environs de l'accouchement, qui va amplifier leur capacité à s'identifier à leur enfant : « Towards the end of the pregnancy and for a few weeks after the birth of a child, the mother is preoccupied with (or better given over to) the care of her baby, which at first seems like a part of herself. » (Winnicott, 1965, p. 85). Il désigne cette phase d'identification quasi psychiatrique

(Winnicott,1965, 1988b) comme un état de « préoccupation maternelle primaire », ou selon ses propres termes « *the primary maternal preoccupation* ». Par cet état, la sensibilité des mères est amplifiée. Un lien particulier la relie à son enfant, qui lui permet de discerner ce dont il a besoin, et le moment le plus approprié pour le lui offrir, comme aucune machine ne pourrait imiter (Winnicott, 1988b, p. 36-37). Winnicott rapproche cet état de préoccupation à celui de la relation symbiotique décrite par Margaret Mahler. Pour ces deux psychanalystes, le rôle de la mère à la naissance est déjà biologiquement conditionné du fait même de la nécessité de poursuivre l'équilibre intra-utérin de certains paramètres physiologiques vitaux (Winnicott, 1988a). Cette disposition à s'adapter aux besoins de l'enfant se manifeste alors par l'expression d'une forme de soins physiques, le « *holding* » :

> « The prototype of all infant care is holding. And I mean human holding. » (Winnicott, 1988b, p. 37)
> « "I am human reliable – not because I am a machine, but because I know what you're needing; and I care, and I want to provide what you need." This is what I call love at this stage of development. » (Winnicott, 1988b, p. 97)

La nature n'a donc pas été si cruelle en privant initialement l'enfant du contrôle de certaines de ses fonctions vitales. Celles-ci ne sont que déléguées temporairement à la personne qui l'a porté pendant près de 285 jours, celle qui lui a partagé sa nourriture, son sang, son corps, celle qui aurait pu laisser jusqu'à sa vie au moment de lui en offrir une. Peut-être le secret de l'humanité réside-t-il dans l'étonnant prolongement relationnel de cette tutelle biologique, comme si la nature avait voulu que l'être humain, durant cette période de dépendance extra-utérine, ait le temps de prendre vraiment conscience du don maternel immense qui est au fondement de son existence. L'aptitude à se lier et à préserver le monde social serait en ce sens l'expression indirecte de la reconnaissance de l'être humain pour l'amour maternel dont il se sait infiniment redevable.

4.6.2. Principale caractéristique de l'environnement facilitateur : un environnement humain suffisamment bon

4.6.2.1. L'imperfection humaine révélatrice du monde réel

Le dévouement qui se traduit par une adaptation parfaite aux besoins de l'enfant n'est qu'une des deux facettes par laquelle s'exprime l'amour maternel selon Winnicott (1964). Si un tel degré de perfection est nécessaire dans les premiers moments de la vie afin de permettre à l'enfant de se faire une conception vivable de la réalité, elle est insuffisante pour lui rendre accessible cette réalité. Pour Winnicott une adaptation parfaite relève de la magie, et ne vaut pas plus qu'une hallucination. Seule la machine est parfaite, et un monde humain ne saurait offrir une telle prérogative bien longtemps, du fait même de l'imperfection de sa nature.

> « Babies do not need well on mechanical perfection. They need human being around them who both succeed and fail. I like to use words "good enough". Good enough parents can be used by babies and young children, and good enough means you and me. » (Winnicott, 1993, p. 123)

Pour que l'environnement facilitateur puisse guider l'enfant vers le monde, il doit avoir une qualité humaine.

Une autre facette, non idéalisée, de l'amour maternel, correspond donc en sa capacité à se montrer humaine, c'est-à-dire imparfaite. Même la plus dévouée des mères, puisqu'elle est humaine, ne peut être au mieux que « suffisamment bonne » (Winnicott, 1958). Ses échecs sont tout aussi importants que ses succès. En effet, ses échecs suscitent également une forme d'adaptation puisque l'imperfection rend le monde davantage conforme à la réalité humaine et éloigne l'enfant de l'hallucination, ou de la représentation des objets comme prolongation de son monde intérieur. La possibilité de vivre des frustrations répond à un besoin grandissant de posséder une identité propre, car un monde perçu comme séparé est forcément frustrant :

> « There is no possibility whatever for an infant to proceed from the pleasure principle to the reality principle or towards and beyond primary identification unless there is a good enough mother. The good enough mother is one who makes active adaptation to the infant's need,

> and active adaptation gradually lessens, according to the infant's growing ability to account for failure of adaptation and to tolerate the results of frustration. » (Winnicott, 1958, p. 237-238)

En tant qu'environnement facilitateur, la mère commence à répondre à l'urgence de la dépendance absolue de manière quasi parfaite, puis de manière suffisamment bonne, avec la croissance graduelle de l'aptitude de l'enfant à surmonter ses défaillances sans que sa survie soit remise en question. Le caractère suffisamment bon de l'environnement humain est donc déterminant car il rend possible la rencontre du monde réel pour l'enfant. Néanmoins, en devenant réel, le monde devient d'autant plus frustrant. Les tentatives de destruction de l'enfant s'accentuent, des tentatives auxquelles il va falloir survivre, pour que le monde ne disparaisse pas déjà lors de sa découverte.

4.6.2.2. La survie aux tentatives de destruction, le pont vers le monde réel

La réalité apparait à l'enfant à travers la frustration, lorsqu'il bénéficie de moins en moins souvent de réponses parfaites à ses besoins. Winnicott introduit alors une nuance fondamentale concernant la nature des frustrations provenant du caractère suffisamment bon (ou nécessairement imparfait) de l'environnement facilitateur :

> « A mother must fail in satisfying instinctual demands, but she may completely succeed in not letting the infant down, in caretaking for ego needs, until such a time as the infant may have an introjected ego supportive mother, and may be old enough to maintain this introjection in spite of failures of ego support in the actual environment. » (Winnicott, 1958, p. 312)

Les frustrations provenant de l'environnement sont à termes inévitables, certes, mais elles ne signifient pas de laisser tomber l'enfant, ni de céder face à sa destruction en y réagissant par des formes de destructivité ou la fuite. L'environnement facilitateur doit donc survivre, continuer à prodiguer des soins malgré les frustrations et leurs conséquences.

Pour Winnicott (1986), être suffisamment bon suppose donc d'échouer parfois à répondre aux besoins, mais de ne jamais échouer à survivre aux conséquences de la

frustration. Survivre, c'est insuffler à l'enfant une sécurité fondamentale, l'assurance qu'on ne le laissera jamais tomber. Peu importe la destructivité qu'il exerce, les poutres qui portent la maison seront toujours debout, ses parents n'auront pas disparu, et le monde sera là, intact, prêt à lui faire face à nouveau. L'enfant, confronté à ses dégâts et à l'impératif de réparer, va ressentir un malaise, une tension désagréable qu'il va vouloir éviter à l'avenir : la culpabilité va l'inciter à explorer d'autres façons de vivre son agressivité plus sainement pour lui et l'environnement :

> « The child absolutely requires an environment that is indestructible in essential respects: certainly carpets get dirtied and the walls have to be re-papered, and an occasional window gets broken, but somehow the home sticks together, and behind all this the confidence that the child has in the relationships between the parents; the family is a going concern. When a deprivation occurs in terms of a breakup of the home, especially an estrangement between the parents, a very severe thing happens in the child's mental organization. Suddenly his agressive ideas and impulse become unsafe. » (Winnicott, 1986, p. 94)

Si la frustration rend le monde réel, la survie de l'entourage permet au monde de le demeurer afin que l'enfant y accède. Autrement dit le caractère humain de l'environnement facilitateur, le fait qu'il soit suffisamment bon, permet à l'enfant de continuer à venir au monde en sécurité :

> « According to this thesis a good enough environmental provision in the earliest phase enables the infant to begin to exist, to have experience, to build a personal ego, to ride instinct and to meet with all the difficulties inherent in life. […] Without the good enough environmental this self never develops. The feeling of real is absent and if there not too much chaos the ultimate feeling is of futility. » (Winnicott, 1958, p. 304-305)

Le caractère « suffisamment bon » de l'environnement humain représente donc un élément essentiel pour l'avènement de la naissance psychique. C'est sous son influence que la pulsion agressive de l'enfant est détournée de ses fonctions primitives égoïstes pour être mise à profit de la poursuite d'une vie indépendante, et sociale.

4.6.3. Le tribut de la santé mentale au dévouement quotidien des mères

4.6.3.1. Le tabou du maternel ?

Pourquoi insister autant sur le rôle fondamental des soins maternels dans l'achèvement du développement émotionnel ? Serait-il possible à notre époque de tenir ces propos sans prendre le risque d'être perçu comme misogyne ou essentialiste ? Pourquoi la quasi-totalité des articles des modèles développementaux contemporains dont nous avons traité en introduction se réfèrent-ils aux soins prodigués à l'enfant par l'intermédiaire de mots neutres, désincarnés, sans sexe et sans genre, comme : « organisme », « environnement mature », « donneurs de soins », « esprit mature », « individu significatif » ? Pourquoi semble-t-il si difficile d'évoquer les mots « maman », « papa », « amour », « maison » dans une réflexion scientifiques aujourd'hui ? Quelle est l'origine du malaise qui s'éveille en évoquant seulement l'idée de questionner le rôle de l'amour maternel dans le développement de la personnalité ?

Parler de dévouement et de soins maternels, comme le fait Winnicott, c'est aussi remettre au premier plan un constat pénible : la dépendance et la fragilité de la condition humaine. Le maternel pointe ainsi inéluctablement la dépendance à la base même des premiers moments de l'existence. Évoquer la contribution inestimable du maternel ne peut qu'ébranler toute forme de sentiment d'omnipotence. De nos jours, ce sentiment revêt sûrement bien d'autres noms, comme par exemple celui « d'autodétermination », « autoréalisation », « d'émancipation », « d'empowerment » ou même de « liberté » dans une certaine mesure. Nous pressentons ainsi une certaine tension contemporaine entre le maternel, et une certaine définition de la liberté comprise comme auto-suffisance. Karl Stern relève une telle aversion socio-culturelle vis-à-vis du maternel dans son ouvrage *The flight from women* (1965). Il y fait le constat d'une défiance moderne vis-à-vis de cette qualité, et en dénonce les conséquences néfastes tant à l'échelle des individus que des peuples. Nous avons vu, en effet, que c'est précisément par

la prise de conscience de la dépendance et de la gratitude envers le maternel que s'achève la construction d'un rapport plus objectif à la réalité.

La négation de la reconnaissance vis-à-vis du maternel revient alors à nier la fragilité constitutive de la condition humaine, et participe donc à préserver l'illusion de la toute-puissance. Or, il parait difficile d'atteindre la position dépressive, douloureuse transition vers le principe de réalité, sans reconnaissance de la dépendance, sans valorisation du maternel. Le tabou du maternel tient la position dépressive et les menaces de privation qu'elle représente hors du champ perceptif. Une civilisation qui dévaloriserait le maternel exprimerait ironiquement par là sa propre immaturité, c'est-à-dire son inaptitude à assumer le sacrifice et la peine immense que suscite la confrontation à la réalité telle qu'elle est. Une civilisation qui éluderait sa gratitude envers le maternel, avouerait d'elle-même sa propre faiblesse en tentant paradoxalement de la nier.

4.6.3.2. En deçà du tabou, un témoignage de reconnaissance

Nul autre auteur n'a rendu pareil hommage à la façon dont les mères contribuaient si singulièrement à la préservation et à la transmission de la santé des individus, autant que des sociétés, en œuvrant comme elles savent déjà très bien le faire au quotidien. Si leur assistance est silencieuse, elle n'en est pas moins vitale. En grandissant nous gardons peu de traces conscientes de la période de dépendance absolue que nous avons traversée, ainsi que l'abnégation dont a dû faire preuve notre entourage pour y répondre :

> « But I have one special reason why I feel we must be able to apportion aetiological significance (not blame), and that is in no other way can we recognize the positive value of the ordinary devoted mother factor – the vital necessity for every baby that someone should facilitate the earliest stages of the processes of psychological growth, or psychosomatic growth, or shall I say the growth of the most immature and absolutely dependent human personality. » (Winnicott, 1988b, p. 9)

Si Winnicott insiste autant sur le maternel, ce n'est pas tant dans la perspective de véhiculer un stéréotype avilissant de la condition féminine, de blâmer, ou encore moins d'y associer la cause de certains maux psychiques. Son étude des premiers

moments de l'existence humaine le conduit presque logiquement à vouloir promouvoir à sa juste valeur la voie d'accès à la santé, à la maturité, à la vie culturelle et à la civilisation :

> « Psychoanalysis tends to show that the basis of mental health is not only hereditary, and is not only a matter of chance events; the basis of mental health is being actively laid down in the course of every infancy when the mother is good enough at her job, and in the span of every childhood that is being lived in a functioning family. Psychoanalysis research gives maximal support, therefore, for the good-enough mother in her natural good enough handling of her infant, to paternal cooperation when it is in existence and continues to function satisfactorily, and to the family as a going concern, especially in the two developmental nodes: that of the toddler age and that of adolescence.» (Winnicott, 1986, p. 179)

En parlant de la mère, Winnicott suppose toujours les parents et la maison, au sens de foyer, car la mère n'existe pas d'elle-même de manière isolée. C'est le contexte global dans lequel l'enfant vient au monde vers lequel il ne cesse de pointer :

> « Ordinary good parents do build a home and stick together, thus providing the basic ration of child care and thus maintaining a setting in which each child can gradually find the self and the world, and a working relationship between the two. » (Winnicott, 1986, p. 124)

Winnicott n'a ainsi toujours prétendu qu'à vouloir protéger et revaloriser ce qui garantit à l'être humain une existence riche et vivable : une entrée dans la vie suffisamment bonne. Sinon, la construction du soi demeure fragile et inachevée. Le rapport de l'enfant au monde risque de ne pas aboutir, ou alors de demeurer particulièrement précaire et instable, fluctuant au gré des réactions provoquées par les insultes du monde et non au gré de la spontanéité singulière de sa personnalité.

> « It is unfortunately only too true that if a child is not started off well enough then the cultural heritage might just as well never have been and the beauty of the world is only a tantalizing color that cannot be enjoyed. » (Winnicott, 1988b, p. 25)

Nous allons voir enfin, les différentes formes de perturbations du développement émotionnel selon Winnicott.

4.7. Les différentes formes de ruptures du développement émotionnel précoce

4.7.1. Penser la santé et la pathologie en termes de degré d'achèvement du développement, de la dépendance absolue à l'indépendance

Winnicott associe la santé mentale à la finalisation du processus développemental qui se déroule normalement au commencement de la vie de l'enfant, lorsque tout se passe bien : « Health is maturity, maturity appropriate to the age. […] In emotional development of a human being, if there are no hitches or distortions in the developmental process, there is health. » (Winnicott, 1964, p. 85). Si elle est synonyme de maturité, la santé mentale requiert alors la réussite des trois grandes tâches développementales dont nous venons de retracer l'acquisition : la personnalisation, l'intégration, et enfin l'établissement d'un contact avec la réalité. Elle se manifeste également par la capacité à se montrer responsable envers un monde social élargi, en tant que personne entière ayant une conscience d'elle-même et des autres. L'accès à la santé passe donc par l'achèvement du sevrage, que nous avons associé précédemment au complexe d'Œdipe : la capacité de prendre une certaine distance par rapport au monde archaïque et subjectif de la petite enfance, ainsi que la gestion de la première relation à trois entre l'enfant, la mère et le monde. La santé suppose donc d'avoir pu transcender l'ignorance de la dépendance, ainsi que le renoncement assez douloureux à une certaine illusion d'omnipotence, pour parvenir à accepter une condition d'existence plutôt modeste, que nous avons précédemment associée à l'avènement de la position dépressive.

Cependant pour Winnicott (1986), la santé ne signifie pas pour autant l'absence totale de symptôme. Si la santé est la maturité et que la maturité correspond à la mise en relation de l'intérieur et de l'extérieur, nous avons vu que cette tâche ne prend jamais vraiment fin et qu'elle est éprouvante. La tension de cette épreuve peut fluctuer selon le degré d'exigence de la réalité et la menace perçue. Il est alors normal qu'il puisse exister tout au long de la vie certaines formes d'aménagement pour s'en défendre sans que cela soit forcément pathologique :

> « Defences are an essential part of the structure of the human personality, and that without the organization of defences there is only chaos and organization of defences against chaos. […] In psychiatric

> health there is a flexibility of the defences organization, whereas in psychiatric ill health, by contrast, the defences are relatively rigid. » (Winnicott, 1986, p. 231)

Les symptômes sont les indices d'une certaine façon de se défendre contre l'insulte que représente toujours, dans une certaine mesure, la réalité vis-à-vis de la fragilité constitutive de l'être humain. Leurs manifestations correspondent à la recherche d'une certaine sécurité, à l'image de celle inspirée par les soins maternels. Ils évoquent en quelque sorte le monde de l'enfance et le rôle qu'y jouaient les parents :

> « The symptom is not an illness; rather it is a sign that the child still hopes to keep the individuality which has been in some way threatened. […] It is these devices that are normally employed by our children that we call symptoms, and we say that a normal child is able to have any kind of symptom in appropriate circumstances. But with an ill child it is not the symptoms that are the trouble; it is the fact that the symptoms are not doing their job, and are as much a nuisance to the child as to the mother. So although bed wetting, and refusal of food, and all sorts of other symptoms can be serious indications for treatment, they need not be so. In fact, who can surely be called normal can be shown to have such symptoms, and to have them simply because life is difficult, inherently difficult for every human being, for everyone from the very beginning. » (Winnicott, 1964, p. 127)

Les symptômes sont ainsi toujours des signes d'espoir pour Winnicott. Ils signifient que l'enfant parvient à trouver des modes de gestion personnels de la tension inhérente à la mise en relation de l'intérieur et de l'extérieur.

Winnicott parle plutôt de pathologie lorsque ces symptômes s'avèrent inefficaces à soulager la tension de la mise en relation de l'intérieur et de l'extérieur, lorsque les aménagements habituels dont fait preuve l'enfant pour gérer personnellement son rapport au monde échouent, ou deviennent trop coûteux. Les psychopathologies renvoient, pour lui, à la persistance anachronique d'une immaturité du développement émotionnel, jadis normal, mais qui s'avère inefficace à contenir l'insulte que représente la réalité à la vue de la faiblesse constitutive du soi :

> « Psychological disorder is immaturity, immaturity of the emotional growth of the individual, and this growth includes the evolution of the individual's capacity to be related to people and to the environment generally. » (Winnicott, 1986, p. 105)

Si la santé correspond à la maturité du développement, alors il parait logique que la pathologie soit associée à l'immaturité, c'est-à-dire à des traces résiduelles de l'état de dépendance, des processus primitifs qui caractérisaient les premiers moments de la vie de l'enfant. Cette conception de la pathologie en tant que retour ou persistance de l'immaturité d'un développement normal a des conséquences majeures sur la psychiatrie. Cela signifie que toutes les manifestations pathologiques ont leur pareil dans des modes de relations préobjectales au monde, des formes d'amour primitives et instinctuelles normales, que nous avons tous vécues à un moment donné de notre vie. Donc, toute étude visant à comprendre les psychopathologies devrait prendre systématiquement comme point de départ l'apparition de ces mêmes tendances chez tout enfant ayant vécu dans n'importe quel foyer relativement sain, confronté aux difficultés inhérentes à l'existence (Winnicott, 1986).

C'est ainsi que Winnicott perçoit un lien indissociable entre la psychiatrie adulte et la théorie du développement précoce de l'enfant. L'étude de cette dernière lui fournit les clés pour approcher la santé mentale : « In psychiatry every abnormality is a disturbance of emotional development. » (Winnicott, 1964, p. 155). Si maintenant la santé et la pathologie correspondent à des degrés divers de maturité du développement émotionnel, et si, comme nous l'avons vu au paragraphe précédent, l'achèvement de ce cheminement dépend directement de l'intervention d'un environnement facilitateur suffisamment bon dans les débuts de la vie, alors, les psychopathologies indiquent des ruptures ou des failles de ce processus de développement du soi en lien avec des carences de cet environnement.

4.7.2. Les faiblesses du développement du soi et l'inconsistance de la formation du rapport au monde, résultats d'un environnement facilitateur carencé

Winnicott est particulièrement sensible à l'abondance des phénomènes de délinquance juvénile et de troubles mentaux parmi la société anglaise du milieu du XXe. Cependant, il s'écarte d'une conception de la santé et de la pathologie principalement dominée par les thèses organicistes et héréditaires de son époque. Pour lui, ces phénomènes pathologiques ne sont pas le fruit du hasard ou de tares

génétiques. Loin de représenter des fatalités, ils ont même un sens, et ce sens pointe vers l'insuffisance du support de l'environnement à aider de nouvelles générations à passer à travers les grandes tâches du développement émotionnel qui conduisent au soi et au monde : « Nowadays we so often speak of the maladjusted child, but the maladjusted child is one to whom the world has failed to adjust adequately at the beginning and in the early stages. » (Winnicott, 1964, p. 107). Pour un pédiatre et un médecin, sa conception de la pathologie est étonnamment tournée vers le contexte relationnel et social dans lequel évolue l'individu. Or, cette orientation est profondément d'inspiration psychanalytique. Lorsque l'on considère la dépendance absolue du petit enfant, l'on ne peut que reconsidérer tout l'impact de l'absence d'un environnement censé faciliter précisément ces premiers moments de vie.

L'échec de l'environnement à rencontrer les besoins de l'enfant provoque une distorsion pour la suite du développement émotionnel. Winnicott énonce même un postulat selon lequel plus les besoins du petit enfant sont primitifs, c'est-à-dire plus son degré de dépendance à l'environnement est grand, plus les échecs des réponses à ses besoins ont des conséquences graves :

> « In the search for the aetiology of illness, it has been discovered by the psychoanalysts themselves that one needs to go back to the very early matters of the interrelationship between the individual baby, or small child and the environment. […] It has become necessary to admit or even to claim that in matters of ultimate aetiology, the important thing is the environment. » (Winnicott, 1986, p. 236)

La faillite de l'environnement facilitateur est un élément déterminant dans l'avènement de certaines pathologies mentales : « When there is not good enough mothering the infant is not able to get started with ego maturation, or else ego development is necessarily distorted in certain vitally important respects. » (Winnicott, 1986, p. 57). C'est par le caractère suffisamment bon des soins maternels que le nourrisson parvient à passer à travers la réalisation des trois grandes tâches qui lui permettent de se sentir réel face à un monde réel. En compromettant la réalisation de ces tâches, les privations durant l'enfance fragilisent le processus de formation du soi de manière générale.

La psychiatrie se référait d'ailleurs communément à un type de langage qui indiquait l'échec de l'une, ou de plusieurs des trois grandes tâches du développement émotionnel (Winnicott, 1988a), langage que l'on retrouve aujourd'hui très peu dans le DSM :

- La dépersonnalisation : les patients perdent leur capacité à vivre au sein de leur propre corps, circonscrit par leur peau ;
- La désintégration : les représentations du bien et du mal se clivent, et la pulsion agressive se défusionne, ce qui se manifeste par un excès de violence et d'agressivité ;
- La perte de contact avec la réalité : les patients perdent leur capacité à percevoir un monde extérieur, perdent leur objectivité. La relation aux objets devient alors instable.

Sans une tutelle temporaire de ses fonctions atrophiées, le soi de l'enfant peut demeurer morcelé, faible et inconsistant. Winnicott (1958) recense ainsi divers types de fragilisation de la formation du soi, selon le type d'interruption du processus développemental. Nous allons voir dans un premier temps les conséquences sur la formation du soi, des ruptures du développement émotionnel qui surviennent lors de la phase de dépendance absolue, puis celles des ruptures qui surviennent lors de la phase de dépendance relative.

4.7.3. Ruptures du développement émotionnel lors de la phase de dépendance absolue : les formes de psychoses

A la phase de dépendance absolue, les ruptures du développement sont principalement liées à des défauts dans la disposition à s'adapter aux besoins de l'enfant à travers l'expression de soins physiques, un défaut de *holding*. Si le premier contact avec le monde ne lui a pas été adouci, l'insulte que ce dernier lui inspire est telle qu'il sera difficile pour son esprit de prendre place dans son corps. De plus l'enfant ne parvient à trouver le monde que dans mesure où il pense l'avoir créé. Si le monde n'est pas d'abord parfaitement infléchi à ses besoins, présenté au bon moment et au bon endroit, il ne peut concevoir une telle illusion. En l'absence

de soins appropriés, le paradoxe de la création du monde, condition pour y venir, est impossible.

Les symptômes qui renvoient aux interruptions à ce stade peuvent alors prendre la forme d'un isolement complet du monde humain. L'enfant y serait privé de tout moyen de communication, comme dans les formes d'autismes, dans les divers états de désunion entre le corps et l'esprit, ou encore comme lors des formes les plus graves de psychoses :

> « If left too long without familiar and human contact, gross failures of holding produce in the baby unthinkable anxiety which we can only describe by such words as :
> 1. Going to pieces,
> 2. Falling for-ever,
> 3. Having no relationship to the body,
> 4. Having no orientation,
> 5. Losing all vestige of hope of the renewal of contacts. »
> (Winnicott, 1988b, p. 86)

Ici, l'interruption de la formation du soi survient en quelque sorte avant ou au commencement même du processus développemental qui fait suite à l'accouchement. Le soi risque alors de demeurer à un état embryonnaire, et de déployer des modes de protection très primitifs et très coûteux pour survivre.

L'origine de la psychose proviendrait des ruptures survenant lors de cette phase :

> « Disturbances which can be recognized and labelled as psychotic have their origin in distortions in emotional development arising before the child has clearly become a whole person capable of total relationships with whole persons. » (Winnicott, 1958, p. 220)

L'enfant qui parvient, tant bien que mal, à prendre place parmi son corps, et qui ne bénéficie toujours pas des soins par lesquels le monde extérieur peut lui être présenté en douceur, ne peut se soustraire du choc immense des deux réalités, le choc entre un intérieur extrêmement fragile, et un extérieur exigeant et cruel. L'enfant va devoir alors mettre en place tout un aménagement rigide afin de contrôler et de limiter les échanges entre intérieur et extérieur. Il va avoir tendance à recourir massivement au phénomène de projection afin de placer à l'extérieur de

lui les aspects hostiles de son propre monde interne, et au phénomène d'introjection afin d'associer à l'intérieur les aspects agréables du monde extérieur. La représentation résolument manichéiste du monde, typique de cet âge va ainsi se rigidifier en proportion à la vulnérabilité du soi et du manque de provision dont il souffre. Cette scission des mondes qui résulte de la violence du choc des réalités aboutirait à la schizophrénie.

Le sort de la pulsion agressive, dont le rôle est si important dans le renforcement du soi, se fige au mieux au stade de la destruction exercée, synonyme d'une différenciation inachevée, ou au pire au stade de la destruction hallucinée, pointant alors vers une indifférenciation totale du soi. Dans le meilleur des cas, les décharges pulsionnelles se dirigeraient donc selon les représentations clivées bonnes ou mauvaises, les deux ilots inconciliables du monde interne. Dans ce cas la pulsion agressive s'orienterait alors plutôt vers les représentations partielles de soi et de l'objet perçues comme hostiles. Guidée par ce clivage, elle ne parviendrait pas à se fusionner suffisamment à la pulsion libidinale et trouver une cible commune, à la fois bonne et mauvaise. Avec cette scission, l'enfant ne pourrait percevoir un monde réel et extérieur à la fois bon et mauvais, à la fois haï et aimé, distinct d'un soi réel et entier, lui aussi à la fois bon et mauvais. Le monde demeure un pré-objet auquel l'enfant ne serait que partiellement lié. La bonne représentation du monde intérieur serait quant à elle surinvestie, puisqu'elle constituerait une échappatoire face à une hostilité ambiante, dont il faudra sans cesse se protéger. Pour l'enfant projetant ainsi encore massivement une partie de son monde intérieur sur le monde extérieur, la conscience de la dépendance demeure hors de portée.

4.7.4. Ruptures du développement émotionnel lors de la phase de dépendance relative : les états de fausse maturité

Il parait beaucoup plus difficile de discerner les impacts des privations et des carences de soins lors de la phase de dépendance relative à la vue de la complexité des tâches qui s'y déroulent (intégration, et contact avec la réalité). Leurs conséquences peuvent être insidieuses et revêtir différents visages. Winnicott

(1958) considère que les différentes formes d'échecs des deux principales fonctions environnementales lors de cette phase, à savoir l'illusionnement et le désillusionnement, aboutissent à des états de fausses maturités, ou autrement dit de « faux self » : l'enfant, confronté prématurément aux exigences du monde, tente d'exercer lui-même des fonctions normalement assurées par les soins maternels, sans vraiment en disposer des moyens. Il va devoir alors lutter contre deux grands dangers : 1) la menace d'annihilation que représente le monde extérieur ; 2) la menace d'un effondrement provenant de l'intérieur si la position dépressive était atteinte. Une prise de conscience de sa propre destructivité et de la nécessité d'y renoncer serait en effet insupportable. L'enfant qui résisterait contre l'avènement de la position dépressive serait alors pris au piège d'une lutte contre le danger que lui inspire sa propre maturité. Il serait coincé dans un état de fausse maturité. La maturité apparente qui se manifesterait par une forme de compromis avec le monde ne serait en fait qu'une façade à la recherche d'un équilibre bien plus laborieux, une pseudo-objectivité dissimulant une lutte plus archaïque pour la survie.

Nous allons d'abord voir les formes de ruptures développementales provenant de la faillite de l'aménagement d'une aire intermédiaire, puis du sevrage.

4.7.4.1. Les pathologies de l'aire transitionnelle : quand la voie de contournement aboutit à une impasse

Nous avons vu que l'aménagement d'une aire intermédiaire d'expérience permet de soulager temporairement la tension provenant de la rencontre de l'enfant et du monde. Par le recours à l'illusion, l'entourage en diffère les exigences, et en fait un endroit accueillant. Le monde vient alors à l'enfant sous les traits de sa subjectivité, comme l'une de ses créations. Cette présentation permet à l'enfant de croire en une façon riche de s'y lier, sans craindre pour son intégrité. Dans cet espace, sa subjectivité ne lui est pas contestée. Il va y expérimenter librement les impulsions du monde interne par des formes d'activités partagées, c'est-à-dire par le fait de jouer. En jouant, l'enfant vit un peu de l'intérieur à l'extérieur, il donne forme et vie à des objets, prête des intentions et des pouvoirs à ce qui l'entoure. Cependant pour que ces objets environnants, animés ou non, puissent devenir des partenaires

de jeu, des ambassadeurs temporaires sympathiques de son monde interne, il est nécessaire qu'il ait préalablement bel et bien existé un monde extérieur concerné par ses besoins. Pour que l'enfant puisse investir l'espace intermédiaire comme une aire de transition et de repos fonctionnelle, il est indispensable qu'il ait pu conserver en lui les souvenirs d'interactions satisfaisantes :

> « The infant can employ a transitional object when the internal object is alive and real and good enough (not too persecutory). But this internal object depends for its qualities on the existence and aliveness and behavior of the external object (breast, mother figure, general environmental care). Badness or failure of the latter indirectly leads to deadness or to a persecutory quality of internal object. After a persistence of failure of the external object, the internal object fails to have meaning to the infant, and then only does the transitional object becomes meaningless too. » (Winnicott, 1958, p. 237)

L'absence d'un monde extérieur adéquat, ou son caractère négligent, ne permet pas à l'enfant de vivre des expériences agréables qui puissent être plus tard projetées et retrouvées à l'extérieur. Sans la répétition de certains soins, l'aire intermédiaire risque de devenir une scène pour les souvenirs hostiles et persécutants du monde interne, voire de n'avoir aucune signification du tout. Le fait de jouer pourrait ainsi être détourné de sa fonction récréative, de « re-création » (Stern, 1965), pour devenir un nouveau moyen de réduction de ses tensions. Dans un tel espace intermédiaire dysfonctionnel, le monde n'inspirerait pas à l'enfant de la confiance mais plutôt de la méfiance, du doute, de la suspicion, un sentiment de persécution, ou pire un sentiment de futilité, contre lequel il faudra sans cesse se défendre.

Le détournement de la fonction du jeu, et plus généralement des objets et des phénomènes transitionnels, est donc la conséquence d'un échec de la présentation du monde à l'enfant (Winnicott, 1986). L'espace transitionnel qui n'a pas été précédé de soins maternels suffisamment bons devient un lieu de plus à l'expression des processus primaires par lesquels l'enfant survit à la menace d'annihilation suscitée par la rencontre avec le monde :

> « Threat of excess of anxiety leads to compulsive play, or to repetitive play, or to an exaggerated seeking for the pleasures that belong to play; and if anxiety is too great, play breaks down into pure exploitation of

> sensual gratification. […] For in so far as children only play for pleasure they can be asked to give it up, whereas, in so far as play deals with anxiety, we cannot keep children from it without causing distress, actual anxiety, or new defences against anxiety. » (Winnicott, 1964, p. 144)
> « It is well known that when anxiety is relatively great sensuality becomes compulsive, and play becomes impossible. […] The child with such serious splitting of the personality cannot play. » (Winnicott, 1988b, p. 145)

Par exemple, le fait de jouer peut ainsi être dévié en une répétition d'actes compulsifs autoérotiques pour réduire ses propres tensions, c'est-à-dire pour conjurer les forces maléfiques et malveillantes qui peuplent l'expérience du monde interne de l'enfant, qu'il vit désormais aussi à l'extérieur. Ces forces maléfiques qui l'habitent et qui le poursuivent sont en fait les vestiges des souvenirs des premières interactions décevantes ou frustrantes avec un monde qui n'a pas su l'accueillir.

> « In all sorts of ways children who have suffered some too great or sudden access of disillusionment find themselves under a compulsion to do things without knowing why, to make messes, to refuse to defecate at the correct moment, to cut the heads off the plants in the garden. » (Winnicott, 1964 p. 165)

Les objets du monde environnant que l'enfant côtoie dans un tel espace ne lui apparaissent pas en tant que partenaires de jeux sympathiques, mais comme des outils pour pallier les fonctions d'un soi atrophié. Ils incarnent, qu'ils le veuillent ou non, une source de provision substitutive dont l'enfant n'a pu bénéficier. Ils sont des cibles à une forme d'amour avide ou cruelle.

Si l'espace transitionnel se situe entre l'autoérotisme et les relations d'objet, entre le principe de plaisir et le principe de réalité, entre l'indifférenciation et la différenciation lorsqu'il est fonctionnel, il va plutôt servir l'autoérotisme, le principe de plaisir et l'indifférenciation lorsqu'il est dysfonctionnel. Cet espace destiné à la rencontre du monde est détourné comme moyen de survie et de réduction de tensions égoïstes. En l'absence des provisions maternelles préalables, cette voie de contournement ne résout la mise en relation de l'intérieur et de l'extérieur que dans la mesure où elle ne fait que ramener sans cesse l'enfant à ses propres besoins qui n'ont pas été comblés. L'incapacité à jouer ou son

détournement est synonyme d'une fausse maturité : l'enfant tourne en rond. L'espace transitionnel est utilisé comme moyen de toujours mieux revenir vers un soi fragile, partiellement différencié.

4.7.4.2. Les pathologies du sevrage : le développement du soi pris au piège de sa propre immaturité

Si l'aménagement d'une aire intermédiaire est indispensable pour que l'enfant puisse s'arrimer avec confiance au monde, nous avons vu qu'il ne rend pour autant pas ce monde réel. La perfection des soins relève plus de la magie ou de l'hallucination que de la réalité, qui elle, est foncièrement imparfaite. Pour percevoir un monde réel, le désillusionnement parait inévitable et pour le moins extrêmement douloureux car il expose l'enfant à des déceptions et des contraintes dont on l'a d'abord protégé. Dans la seconde partie de la phase de dépendance relative, le privilège de la subjectivité propre au monde de l'enfance est de plus en plus contesté. Au moment jugé opportun, il est demandé à l'enfant de trancher entre un monde qu'il pense avoir créé et un monde extérieur qui l'a accueilli, situé hors de son champ d'omnipotence, envers lequel il doit donc faire preuve de gratitude comme de retenue. Cependant cette transition ne se fait pas sans heurt, et nous avons vu à quel point il est important que l'environnement survive aux tentatives de destruction. L'échec graduel de l'infléchissement du monde aux besoins de l'enfant ainsi que la survie de l'environnement sont deux qualités indispensables afin que la pulsion agressive puisse se détourner et participer à une résolution saine et personnelle du problème de la mise en relation de l'intérieur et de l'extérieur. Les interruptions du développement peuvent provenir ici de ces deux formes de carences de l'environnement facilitateur.

4.7.4.2.1. Un environnement facilitateur excessivement parfait : lorsque le détour temporaire devient la voie permanente

L'aire intermédiaire n'est qu'une voie de contournement temporaire pour différer une rencontre du monde qui eut été insupportable si l'on tient compte de l'immense vulnérabilité originelle qui fait suite à la naissance. L'aménagement de ce délai

préserve le primat de la subjectivité sur l'objectivité. Par toutes sortes d'adaptation et de consentement de la part des adultes, l'enfant peut vivre à la fois dans deux mondes sans être tenu de choisir entre l'antériorité de l'un par rapport à l'autre. L'espace et le temps peuvent se déformer selon ses souhaits, comme s'il en était le grand architecte. Cependant, ce sursis prend nécessairement fin du fait que l'environnement facilitateur qui l'accueille est un environnement humain, et donc au mieux suffisamment bon. Si la perfection des soins se prolonge à outrance, au-delà du besoin de l'enfant d'être protégé, la voie de contournement risque de se calcifier et de devenir la seule alternative envisageable pour résoudre l'épreuve de la mise en relation de l'intérieur et de l'extérieur. L'enfant dont les besoins ont continué à être comblés par un recours excessif à l'illusion n'a pas l'occasion d'apprendre à gérer ses décharges pulsionnelles. Il risque de continuer à évoluer dans un monde qu'il pense avoir créé, un monde irréel, au sens de non séparé de lui, dont il n'a pas conscience de dépendre.

Un environnement facilitateur parfait ne ramènerait pas l'enfant de son détour temporaire de la réalité. Il serait alors coincé dans la quête vaine d'un monde privilégié, où les phénomènes et objets transitionnels ne lui seraient jamais contestés. C'est de lui-même dont l'enfant serait à la recherche dans cette quête qui se déroule pourtant dans le monde. Or ce compromis entre intérieur et extérieur est instable. Il ne s'appuie pas sur un renforcement personnel des fonctions du soi, mais sur le degré de concordance ou non entre la subjectivité et l'objectivité, ainsi que des possibilités de réduire l'une à l'autre. Les phénomènes de consommation représenteraient alors un moyen de continuer à maintenir par soi-même ce type de *statu quo* entre monde interne et réalité extérieure : « Addiction can be stated in terms of regression to the early stage at which the transitional phenomena are unchallenged. » (Winnicott, 1958, p. 242). C'est un moyen de se soustraire des contraintes et des exigences du monde. C'est une façon d'échapper à la nécessité de reconnaitre l'existence d'un monde antérieur réel, séparé, qui n'a pas été créé par soi, dont on dépend, et sur lequel on ne peut exercer de contrôle omnipotent.

4.7.4.2.2. La fuite face à la maturité ou la lutte contre la position dépressive

En grandissant avec un soi ainsi fragilisé, l'enfant ne cesserait de revendiquer le privilège de l'aire intermédiaire, qui pour lui n'en serait pas un. La prédominance de sa subjectivité lui semblerait un acquis de droit, réservé à son statut de créateur. Cependant, l'intensité avec laquelle continue à se déployer le sentiment de toute-puissance n'est qu'un reflet direct du degré d'immaturité du soi, de son inachèvement. Sa revendication est sans concession un signe d'interruption développementale, une résignation à user encore de l'illusion ou de la fuite pour survivre. A terme, cette faiblesse du soi risque d'enrayer l'avènement de la position dépressive : la prise de conscience des aspects destructeurs inhérents à ses impulsions et la nécessité d'y renoncer pour préserver l'entourage, est incompatible avec le prolongement de la revendication d'une toute-puissance. L'absence d'un environnement humain imparfait conduit donc l'enfant à lutter contre la position dépressive et la prise de responsabilité de sa propre destructivité. L'enfant se retrouverait ironiquement pris au piège d'une immaturité qu'il devrait défendre contre la réalisation de sa propre maturité.

Pour protéger par lui-même son existence si vulnérable, l'enfant devrait donc chercher à s'éloigner des possibles confrontations de son sentiment d'omnipotence, du primat de sa posture subjective ainsi que de ses élans destructeurs. L'enfant occupé à une telle tâche serait plongé dans une sorte d'état continu d'agitation anxieuse, plus ou moins frénétique, un état qui freinerait toute émergence de culpabilité ou d'impuissance. Winnicott qualifie les moyens utilisés pour lutter contre l'avènement de la position dépressive de « défenses maniaques » :

> « Everything serious is negated. Death becomes exaggerated liveliness, silence becomes noise, there is neither grief nor concern, neither constructive work nor restful pleasure. […] It presence clinically does imply that the depressive position have been reached but is being held in abeyance, and negated rather than lost : this is a clinical state with negation of depression. » (Winnicott, 1958, p. 272)

Néanmoins l'illusion ne peut remplacer indéfiniment la réalité. Malgré le recours à toutes autres sortes d'utilisations détournées des objets ou d'hyperactivité frénétique, les pertes réelles et les frustrations sont à terme inévitables. Il en résulte des symptômes pathologiques de dépression, que Winnicott distingue de la position dépressive dont les signes sont plutôt des marqueurs de santé. La dépression, en tant que pathologie, correspond à l'échec des défenses maniaques, engagées dans une lutte vitale contre la position dépressive : « Where there is some degree of failure at the depressive position the result of loss is depression. » (Winnicott, 1958, p. 275). Les pertes, et les frustrations qui surviennent en dépit de tous les efforts déployés pour préserver l'omnipotence finiraient par solliciter la pulsion agressive. Or l'enfant n'ayant pas développé une aptitude à la rediriger, ni à s'en montrer responsable, en subirait alors, avec son entourage, le contre-coup. Comme chez le nouveau-né, les frustrations se manifesteraient ainsi par des excès de destructivité non contrôlée, dirigés aux mieux vers l'extérieur si l'enfant a pu s'y arrimer, ou vers soi-même si l'objet partiel n'est pas accessible immédiatement. Les manifestations de violences, les phénomènes antisociaux, les risques de destruction réelle du monde, voire d'autodestruction, seraient alors des formes d'expression de la pulsion agressive non apprivoisée.

4.7.4.2.3. La destruction non réparée ou le cycle de la violence non intégrée

Nous avons vu que l'acquisition de la qualité d'extériorité dépend de la survie du monde aux décharges de la pulsion agressive. Le cycle d'interaction : destruction/survie/réparation détourne la pulsion agressive de son destin instinctuel assigné à la survie et la réduction des tensions, vers la préservation du monde social. Or, si l'enfant détruit réellement l'objet, c'est-à-dire, si l'objet lui oppose des représailles, ou pire, si l'objet disparait, c'est-à-dire le laisse tomber, l'enfant ne peut percevoir le résultat de sa propre destructivité. Il n'a alors pas l'occasion de vivre une nouvelle forme d'anxiété, la culpabilité, qui le pousse à réparer et protéger. Si l'objet ne lui résiste pas, l'enfant n'a donc pas la possibilité d'apprendre à tolérer l'ambivalence de l'amour et de la haine. Sa représentation du monde et de

lui-même demeure partielle avec le bon d'un côté, qu'il associe à sa personne, et le mal de l'autre, qu'il tend à placer à l'extérieur. L'enfant ne prend alors pas conscience du caractère cruel d'une partie de ses propres impulsions innées, et ne peut en assumer la pleine responsabilité. Sans l'intégration des représentations clivées de soi et de l'objet, la pulsion agressive ne peut fusionner et se neutraliser.

Un cycle de violence serait condamné en quelque sorte à se répéter tant que l'enfant n'y trouverait pas une issue favorable, autrement dit, tant qu'un objet n'y survivrait pas. Des mesures extérieures sont nécessaires pour contenir cette violence, mais aucune d'elles ne remplace une prise de conscience personnelle des aspects destructeurs initialement consubstantiels à l'amour. La récurrence des manifestations de violences indique donc la persistance d'une forme d'immaturité du développement émotionnel, interrompu à un stade antérieur à la position dépressive et à la culpabilité :

> « Much of the violence in the world belongs to an attempt to reach the destruction that is in itself not destructive, unless, of course, the object fails to survive, or becomes provoked into retaliation. There is therefore a profound and a great value to the individual in the survival of central things. Reality becomes more real and the personal impulse of primitive exploration less dangerous. » (Winnicott, 1986, p. 264)

Si c'est bien par la réorientation du destin de la pulsion agressive que s'achève la naissance psychique, une interruption du développement suppose nécessairement un détournement insuffisant d'agressivité, et donc la permanence d'interactions immatures cruelles. Il peut exister ainsi selon Winnicott, dans toute société, des individus qui n'ont pas pu traverser les grandes étapes du développement émotionnel conduisant à l'aptitude à croire, à l'acquisition d'un sens des responsabilités, ou encore d'un sens moral, selon le type d'environnement facilitateur présent ou non, lors des premières années de la vie : « This is that those who lack moral sense have lacked at the early stages of their development the emotional and physical setting which would have enabled a capacity for guilt sense to have developed. » (Winnicott, 1965, p. 25). Une des grandes applications de cette conception de la pathologie et de la santé, comme degré d'aboutissement du

développement émotionnel inviterait donc à reconsidérer certains phénomènes de délinquances comme la persistance d'une immaturité à la suite de certaines privations, et donc étonnamment comme un signe d'espoir plutôt qu'une fatalité.

4.7.4.3. L'exemple des phénomènes de délinquance

Pour Winnicott, toute approche de la délinquance devrait commencer par une étude systématique et approfondie des tendances antisociales qui apparaissent normalement chez tous les enfants dans n'importe quel foyer au cours des divers moment du développement :

> « A normal child, if he has confidence in father and mother, pulls out all the stops. In the course of time he tries out his power to disrupt, to destroy, to frighten, to wear down, to waste, to wangle, and to appropriate. Everything that takes people to the courts (or to the asylums, for the matter) has its normal equivalent in infancy and early childhood, in the relation of the child to his own home. If the home can stand up to all the child can do to disrupt it, he settles down to play; but business first, the tests must be made, and especially so if there is some doubt as to the stability of the parental set-up and the home. » (Winnicott, 1964, p. 227)

Lors de la phase de dépendance absolue, nous avons vu qu'à la suite de la pré-intégration du soi, les premières impulsions motrices destinées au monde sont cruelles. A ce stade, l'agressivité fait partie d'une forme d'expression primitive de l'amour. Et il en est de même tant que les deux pulsions qui circulent encore librement n'ont pas été intégrées. Si la délinquance renvoie à une forme d'immaturité, il n'est dès lors pas étonnant d'y constater une forme d'amour féroce ou avide, comme celle dont fait preuve le nouveau-né.

Winnicott (1986) distingue plus précisément deux tendances générales à la base des attitudes antisociales : le vol et la destructivité. Il les relie respectivement à l'inachèvement de deux grands apprentissages du développement émotionnel, à savoir : 1) la recherche de l'objet, épreuve nécessaire pour rejoindre le monde ; 2) la destruction de l'objet, confrontation qui aboutit à la gestion des pulsions et leur mise à profit pour le développement.

> « By one trend the child is looking for something, somewhere, and failing to find it seeks it elsewhere, when hopeful. By the other the child is seeking that amount of environmental stability which will stand the strain resulting from impulsive behavior. This is a search for an environmental provision that has been lost, a human attitude, which, because it can be relied on, gives freedom to the individual to move and to act and to get excited. […] In examining the near normal and the early roots of the antisocial tendency I wish to keep in mind all the time these two trends: object seeking and destruction. » (Winnicott, 1958, p. 310)

Par le vol, Winnicott considère que l'enfant continue à chercher l'objet, au sens d'une altérité, qu'il eut été en droit de posséder à un moment donné, ou du moins de ressentir que ce fut le cas par une forme d'adaptation parfaite de la part de son entourage. Or, ne l'ayant pas vécu au sein de sa famille ou dans sa maison, l'enfant se tourne dès lors vers l'école et la société pour l'obtenir. En y dérobant un objet, l'enfant essaie toujours de trouver sa mère, ou du moins une forme de sentiment qui aurait dû le lier à elle au commencement. Il est une phase précoce de l'existence au cours de laquelle nous avons tous été en droit de disposer de certains objets qui ne nous appartenaient pas, dans un foyer dont nous n'étions pas les propriétaires, afin de rétablir un certain équilibre psychophysiologique vital qui excédait nos propres compétences. De même, lors de la phase d'illusionnement, nous avons tous expérimenté certaines impulsions destructrices de notre monde interne envers le monde extérieur, avec la confiance que les objets agressés n'allaient pas en périr, ou nous en tenir rigueur. Ainsi la destructivité caractéristique des actes antisociaux n'est rien de moins pour l'enfant qu'une façon de continuer à rechercher un moyen de prendre le contrôle de ses propres tendances pulsionnelles, grâce à un objet fort et bienveillant qui puisse lui survivre.

Pour Winnicott (1986) certains phénomènes antisociaux proviennent ainsi en grande partie de carences relationnelles précoces, d'environnement insuffisamment bon :

> « When there is an antisocial tendency there has been a true deprivation (not a simple privation); that is to say, there has been a loss of something good that has been positive in the child's experience up to a certain date, and that has been withdrawn, the withdrawal has extended over a period

> of time longer than that over which the child can keep the memory of the experience alive. » (Winnicott, 1958, p. 309)

L'enfant se doit d'experimenter les impulsions destructrices de son monde intérieur pour finir par trouver un moyen personnel de les refreiner et d'en disposer : « If you start to love a child who was not loved in this preverbal sense, you find yourself in a mess; you find yourself being stolen from, windows broken, the cat being tortured, and all sorts of frightful things. » (Winnicott, 1986, p.48). C'est dans la stabilité des provisions provenant de l'entourage (sa survie), ainsi que dans les opportunités inédites à s'y lier autrement (d'y confronter sa destructivité jusqu'à s'en montrer plus responsable) que réside donc l'essence d'une action thérapeutique.

4.7.4.4. L'exemple des cas limites

Parmi les troubles de la formation du soi résultant d'une rupture du développement émotionnel, Winnicott (1958) désigne par « cas limites » des états complexes de fausse maturité. Avec de tels cas, les thérapies se déroulent relativement bien mais elles ne finissent jamais ou se ponctuent par des moments de régression d'une ampleur inexplicable : « one aspect of the disturbance of ego emergence produced by environmental failure is the dissociation that is seen in the borderline case in terms of the true and the false selves » (Winnicott, 1965, p. 9). En abordant les pathologies en termes de degré d'achèvement du développement émotionnel, les cas limites apparaissent comme des formes de maturité discordantes, dont le soi en apparence indépendant, s'approche étonnamment parfois des états premiers de d'indifférenciation. Dans ces états, le compromis trouvé pour résoudre l'épreuve de la mise en relation de l'intérieur et de l'extérieur est beaucoup plus précaire et primitif qu'il n'y parait. Les tensions que le choc des réalités suscite ainsi que les moyens d'y faire face sont bien plus proches d'un niveau de développement antérieur au sevrage, et du second détournement de la pulsion agressive.

Les cas limites renverraient donc à des interruptions développementales précoces, en l'absence d'un environnement suffisamment bon. Plus l'on remonterait loin au cours de la formation du soi indifférencié et de ses besoins en termes de provisions

de soins physiques, plus l'on s'approcherait du cœur de ces états pathologiques. Parmi les tendances qui en sont à la base, on distinguerait l'avidité ainsi que le recours à l'alternative de l'aire intermédiaire, afin de soulager la tension de la rencontre avec l'extérieur. Rappelons que l'avidité est l'une des formes d'amour les plus primitives. C'est un mode de relation préobjectale qui traduit une urgence à incorporer des provisions vitales. L'avidité se traduit par une relation instrumentale au monde, qui n'est perçue que dans la mesure des besoins qu'elle est susceptible d'apaiser. Elle implique la (re)construction d'une unité primordiale individu-environnement afin de survivre à l'état de dépendance absolue. Cependant, cette unité ne saurait être aussi satisfaisante qu'à l'époque où elle aurait dû avoir lieu. L'environnement ultérieur, forcément différent de celui des premiers soins maternels, ne pourrait fournir le dévouement requis. Les frustrations seraient d'autant plus intolérables que les besoins seraient ressentis comme vitaux. Les décharges non contrôlées de la pulsion agressive, guidées par les représentations clivées, chercheraient donc malheureusement à anéantir les seules ressources de soins disponibles, qui par définition seraient imparfaites. Le clivage serait alors tel qu'il rendrait la relation partielle à l'objet autant indispensable qu'intolérable, autant la cible d'une voracité sans fond que d'une destructivité sans limites. L'individu coincé dans une telle impasse serait à l'image du personnage mythologique de Tantale qui subit le supplice de voir à jamais s'éloigner la nourriture dont il a besoin à mesure qu'il s'en approche.

En plus des faiblesses du soi relatives à des interruptions ou failles de la phase de dépendance absolue, on noterait des fragilités développementales typiques d'interruptions ou de régression à la phase de dépendance relative telles que : une tendance à recourir de manière plus ou moins excessive au privilège de l'aire intermédiaire ; des utilisations détournées des espaces et des objets transitionnels ; une lutte contre la position dépressive. Penser la pathologie en termes d'immaturité revient à rapprocher les cas limites de l'état de grande dépendance qui caractérise les premiers moments de la vie humaine, et dont nous avons si peu de souvenir lorsque tout se passe bien et que nous y avons rencontré les ressources suffisantes

pour accéder au monde d'une manière personnelle et riche. Ce trouble de la formation du soi qui se manifeste de manière si atypique, à l'image d'une bête insaisissable, ne serait en fait que le représentant d'une époque primitive, un vestige de notre préhistoire psychique.

4.8. Conclusion

4.8.1. Les soins maternels pour transcender l'immaturité

L'étude des premiers moments de la vie de l'être humain au sein de sa famille, par Winnicott, nous a confirmé le constat que la mise en relation du nouvel individu avec le monde ne survenait étonnement pas lors de la naissance. L'embryogenèse aboutit plutôt à un nouveau-né d'un degré de dépendance sans pareil parmi les mammifères. A ce nouvel être le monde se présente sous la forme d'une insulte. Toute nouvelle génération d'être humain ne peut échapper alors au défi immense que représente la mise en relation de l'intérieur et de l'extérieur, autrement dit la construction d'un rapport viable au monde en dépit de son immaturité. On ne peut dire d'ailleurs que cette génération soit réellement née, que lorsque ce défi a été rencontré avec succès, c'est-à-dire lorsque l'enfant a trouvé un moyen personnel et acceptable de se lier au monde extérieur, sans que le prix à payer pour son monde interne en soit trop grand. L'abandon du monde interne ou l'évitement du monde externe seraient des échecs. On ne peut attendre du petit enfant qu'il ait d'emblée conscience de sa dépendance, et encore moins qu'il en prenne la responsabilité. Certains soins provenant de l'entourage sont indispensables pour différer la confrontation de l'enfant immature à ce défi.

Winnicott, rappelle combien l'immaturité est un élément essentiel de la condition humaine. Il la considère comme un premier état précieux, qui ne dure pas plus de quelques années. Dans la petite enfance et l'adolescence, elle est un signe de santé que les figures parentales se doivent de rencontrer le temps que s'achève le développement qui en permet une gestion plus personnelle. Prendre soin d'un enfant, c'est agir en fonction de la destructivité et de la subjectivité qui font partie de son immaturité. Renoncer à cette responsabilité reviendrait à le laisser tomber.

Celui-ci devrait se hisser alors à une forme de maturité trompeuse et prématurée, sacrifiant la maitrise de ses propres impulsions, pour continuer à venir au monde tant bien que mal. Au commencement, la construction d'un rapport à la réalité objective nécessite l'aménagement d'un détour moins menaçant à partir de la subjectivité de l'enfant. Cependant à terme, la viabilité de ce lien ne pourra se faire qu'à travers une confrontation à sa subjectivité.

> « There is a natural sequence of ruthless love, aggressive attack, guilt feeling, sense of concern, sadness, desire to mend and build and give; this sequence is the essential experience of infancy and early childhood and yet it cannot become a real thing unless the mother, or someone doing her job for her. » (Winnicott, 1964, p. 109)

Si l'immaturité doit être rencontrée, puis confrontée, elle ne doit toutefois pas l'être de n'importe quelle façon. Elle ne requiert pas l'application de règles mécaniques, et encore moins une obéissance aveugle, imposée par la crainte. L'immaturité requiert certes qu'un certain contrôle soit exercé à un certain moment, mais celui-ci doit être incarné par des personnes qui peuvent être autant aimées que haïes, des personnes que l'on peut défier, mais envers qui l'on peut aussi se montrer dépendant en toute confiance.

Chaque nouvelle génération, qui bénéficie de ces soins suffisamment bons, peut ainsi prétendre accéder à soi et au monde :

> « When there is good enough mothering and good enough parentage, the majority of infants do achieve health and a capacity to leave magical control and destruction aside, and to enjoy the aggression that is in them alongside the gratifications, and alongside all the tender relationships and the inner personal riches that go to make up the life of childhood. » (Winnicott, 1964, p. 239)

Rappelons l'acquisition des trois aptitudes synonymes de maturité et de santé :

1. Le sentiment de posséder un corps : l'enfant doit parvenir à sentir qu'il vit dans ce que l'on perçoit intuitivement comme étant son corps ;
2. L'intégration : l'être initialement morcelé de l'enfant doit réussir à s'intégrer en une personne unifiée. L'intégration doit ainsi stabiliser un sentiment d'existence ténu qui fluctue au grès des tensions ;

3. Le contact avec la réalité : l'enfant doit parvenir à adopter une posture objective et à transcender sa subjectivité initiale, il doit pouvoir reconnaitre et contacter une réalité extérieure qui n'est pas une simple extension de sa réalité intérieure. Cette réalisation l'appropriation du terme « merci ».

Avec la traversée de ces trois grandes épreuves, l'être humain conquiert finalement les traits propres à l'état de maturité qui le distinguent tant des autres espèces : l'achèvement du développement émotionnel permet à la civilisation de disposer des instincts au lieu d'en être au service (Winnicott, 1988a).

4.8.2. La dévalorisation du maternel : l'Occident face au piège de la pseudo-maturité

Par l'étude des premiers moments de la vie de l'enfant, Winnicott devine la grande vulnérabilité de la condition humaine : les traits de caractères requis pour que la civilisation se maintienne ne sont pas garantis par une transmission héréditaire directe et systématique. Ils doivent être reconquis par chaque génération disposant des soins maternels appropriés, au cours d'un cheminement douloureux allant de la dépendance absolue vers l'interdépendance. Aucune autre forme d'éducation imposée, qu'elle soit de nature morale ou intellectuelle, ne peut se substituer à l'amour maternel, censé faciliter ce parcours au commencement : « There more to be gained from love than from education. Love here means the totality of infant and child care, that which facilitates maturational processes. It include hate. » (Winnicott, 1965, p. 100). La stabilité de la civilisation à travers les générations, c'est-à-dire la transmission de la viabilité de l'ensemble des phénomènes sociaux qui rassemblent les hommes en communautés, repose sur la conscience de l'immaturité qui caractérise les premiers moments de la vie humaine, ainsi que la reconnaissance des contributions maternelles vitales :

> « Every man or woman who is sane, every man or woman who has the feeling of being a person in the world, and for whom the world means something, every happy person, is in infinite debt to a woman. At the time when as an infant this person knew nothing about dependence, there was absolute dependence. » (Winnicott, 1986, p. 125)

Grandir, transcender l'immaturité, c'est être capable de reconnaitre le tribut inestimable de la civilisation et de la santé des individus au dévouement extraordinaire dont font preuve les mères au quotidien. La prise de conscience de notre dépendance est ce qui permet la mise à profit de la pulsion agressive dans la protection de l'environnement d'où nous proviennent en réalité les provisions que nous pensions avoir créées. La gratitude et l'hommage aux contributions maternelles sont des signes de maturité. Elles forment les fondations de toutes créations culturelles.

Nier la valeur des soins maternels, refuser d'admettre la singularité du lien qui relie la mère à son enfant, c'est ignorer ou nier l'immaturité et la dépendance constitutive de la condition humaine. C'est au fond, s'ignorer soit même. Or, ignorer sa dépendance est surtout un signe d'immaturité, un indicateur d'interruption du développement émotionnel. Cette ingorance caractérise plutôt la posture de l'enfant fragile qui n'a encore d'autre alternative que celle du recours à l'illusion de la toute-puissance et à la subjectivité pour tolérer un monde qui menace son intégrité. La dénégation du maternel serait donc le symptôme d'une fausse maturité et de tout ce que cet état implique : l'utilisation détournée des espaces intermédiaires à l'expression de processus primaire, la lutte contre la position dépressive, le maintien d'une représentation partielle de l'autre perçu majoritairement comme persécuteur, vers qui se polarise les décharges non fusionnées de la pulsion agressive. Une dévalorisation globale des soins maternels représente ainsi autant un risque pour la santé des individus que pour la viabilité d'un projet commun de vivre-ensemble :

> « If there is no true recognition of the mother's part, then there must remain a vague fear of dependence, always including the fear of domination. Unfortunately, the fear of domination does not lead groups of people to avoid being dominated; on the contrary, it draws them towards a specific or chosen domination. » (Winnicott, 1986, p. 125)

Les deux derniers siècles regorgent d'exemples très précis de domination ou de soumission des peuples d'Occident : l'industrialisation de l'esclavage au XIXe, l'institutionnalisation des totalitarismes européens au XXe, ou encore la résurgence de la tentation du nationalisme en ce début XXIe siècle. Au cours de ces sombres

périodes de l'histoire moderne, on constate la persistance de modes de relation préobjectale et de mécanismes caractéristiques de l'immaturité du développement émotionnel, comme le clivage, le dysfonctionnement des espaces intermédiaires, ou encore l'expression libre de la pulsion agressive, destinée à apaiser les tensions égoïstes indépendamment des conséquences éthiques.

La recrudescence d'une telle destructivité au cours des derniers siècles de l'histoire de l'Occident ne peut que pointer vers des échecs, partiels ou totaux, du processus développemental par lesquels se transmettent le principe de réalité. L'échec du développement, la persistance d'un degré variable d'immaturité, pointe à son tour vers une ignorance de l'immaturité, et donc une dénégation des soins dont la survie de chaque nouvelle génération est pourtant tributaire :

> « If the adults abdicate, the adolescent becomes prematurely, and by false process, adult. Advice to society could be : for the sake of adolescents, and of their immaturity, do not allow them to step up and attain a false maturity by handling overt to them responsibility that is not yet theirs, even though they may fight for it. […] The adolescent who wins too early is caught up in his own trap, must turn dictator, and must stand up waiting to be killed – to be killed not by a new generation of his own children, but by sibling. » (Winnicott, 1986 p. 162)

En l'absence de vraie considération du maternel, toute civilisation est condamnée à continuer à servir l'apaisement des instincts primitifs au lieu d'en disposer.

4.8.3. La psychanalyse, une revalorisation socioculturelle du maternel ?

Ce n'est certainement pas un hasard si les travaux de Winnicott, qui tendent à réintroduire l'idée d'une dépendance absolue à la suite de la naissance, ainsi que le rôle des soins maternels dans l'accès à la maturité et la santé, surviennent autour du milieu du XXe siècle en Europe. Être le témoin d'une période de violence et de cruauté aussi extrême telle que les deux Guerres Mondiales, ne peut qu'interroger sur la nature de cette immaturité qui hante les profondeurs des êtres humains. Même si le foyer familial échoue à en prendre la responsabilité, elle n'est pas une voie sans issue. C'est une composante même de notre condition, qui lorsqu'elle est rencontrée, intégrée, devient la source de toutes réalisations culturelles et sociales.

Toute communauté est thérapeutique selon Winnicott, dans la mesure où elle fonctionne, c'est-à-dire dans la mesure où elle facilite l'accès de toutes nouvelles générations à la maturité et aux relations sociales, par des relations avec des personnes réelles et suffisamment bonnes. Là où les foyers ne sont plus fonctionnels, lorsqu'ils ne facilitent plus suffisamment le développement, l'enfant se tourne ailleurs pour rechercher des voies alternatives qui puissent l'aider à approvoiser son immaturité :

> « Now what happens if the home fails a child before he has got the idea of a framework as a part of his own nature ? The popular idea is that, finding himself "free" he proceeds to enjoy himself. This is far from truth. Finding the framework of his life broken, he no longer feels free. He becomes anxious, and if he has hope he proceeds to look for a framework elsewhere than at home. The child whose home fails to give a feeling of security looks outside his home for the four walls; he still has hope, and he looks to grandparents, uncles and aunts, friends of the family, school. He seeks an external stability without which he may go mad. Provided at the proper time, this stability might have grown into the child like bones in his body, so that gradually in the course of the first months and years of his life he would have passed on to independence from dependence and a need to be managed. » (Winnicott, 1964, p. 228)

Là où ni les foyers, ni les communautés ne parviennent à répondre au défi de l'immaturité, la psychothérapie est appelée à jouer un rôle de compensation et de soutien.

> « In psychotherapy nothing really new ever happens; the best that can happen is that something that was not completed in an individual's development originally becomes to some extent completed at a later date, in the course of the treatment. » (Winnicott, 1986, p. 82-83)

La psychothérapie ne vise donc ici rien d'autre que de rencontrer cette immaturité afin de faciliter la reprise d'un développement interrompu. Il est d'ailleurs nécessaire d'en évaluer le stade d'interruption afin d'offrir un environnement facilitateur et des soins adaptés.

En psychothérapie, comme lors des phases de dépendance de la petite enfance, les soins qui favorisent le développement ne se réduisent pas à la connaissance seule, ou à une maitrise technique. Une éducation morale fondée sur la crainte des

punitions, sur un respect mécanique de règles extérieures, ou encore sur une obéissance aveugle à des lois absurdes imposées, ne rend pas le monde plus réel. Seuls le dévouement et l'imperfection suffisamment bonne des relations humaines y parviennent :

> « Human beings fail and fail, and in the course of ordinary care a mother is all the time mending her failures. These relative failures with immediate remedy undoubtedly add up eventually to a communication, so that the baby comes to know about success. Successful adaptation thus gives a sense of security, a feeling of having been loved. As analysts we know about this because we are all the time failing, and we expect and get anger. If we survive we get used. It is the innumerable failures followed by the sort of care that mends that build up into a communication of love, of the fact that there is a human being there who cares. » (Winnicott, 1988b, p. 98)

La psychanalyse, en ce sens, représente une forme de revalorisation de l'amour parental sans lequel la santé et l'existence demeurent précaires et instables :

> « We are talking about love, but if love is to be provided by professionals in a professional setting, then the meaning of the word must be spelt out. In this century it is the psychoanalysts who are doing the spelling out. » (Winnicott, 1986, p. 116)

5. Conclusion à la première partie

Dans cette première partie, nous souhaitions mieux comprendre le développement de la personnalité et de sa pathologie, à partir de l'exploration des étapes précoces du développement psychique. Nous voulions mieux appréhender la façon dont se forme une frontière entre l'enfant et le monde afin de préciser les caractéristiques de ce moment que nous avons qualifié de « naissance psychique ». Nous avons exploré les travaux de trois médecins, pédiatres, psychiatres et psychanalystes ayant vécu au XXe siècle : René Spitz, Margaret Mahler et Donald Winnicott. Chacun d'eux a conceptualisé en des termes originaux et aux alentours de la même époque, l'existence d'une phase d'indifférenciation originelle au cours des tout premiers moments de la vie du nouveau-né. Leurs trois théories du développement se rejoignent sur le fait qu'au commencement, le nouveau-né ne peut distinguer ce

qu'il est de ce qu'il n'est pas. L'être humain vient donc au monde physiquement une première fois, sans vraiment y venir, sans s'y vivre comme une entité à part, avec une personnalité propre. Selon ces trois auteurs, la personnalité n'est donc pas une donnée de départ, fixe et immuable, mais le résultat d'un cheminement post-natal conduisant à la formation d'un rapport à soi et à au monde préalablement absent. Le niveau d'achèvement de cette seconde naissance n'est pas systématique, il est déterminé par la qualité des contributions parentales, dont l'aptitude à ralentir le plus possible la rencontre prématurée de l'enfant avec une réalité dont il n'a pas été préparé à affronter les exigences. Cette réalité ne pourrait lui inspirer qu'une menace insurmontable contre laquelle il doit continuellement se protéger à tout prix, si sa détresse n'est pas suppléée par un ensemble de soins spécifiques et prolongés.

Ces trois essais insistent particulièrement sur l'état de vulnérabilité sans pareil au sein du vivant auquel aboutit le processus de reproduction propre à l'espèce humaine, une faillite constituive qui doit être absolument compensée par des soins appropriés provenant des parents. Les premiers moments de la vie humaine sont donc marqués par une forme de dépendance majeure à des ressources provenant d'un extérieur qui n'est pas encore perçu comme tel. L'influence de cette première forme d'existence au monde, précaire et plutôt paradoxale, est immense sur l'acquisition ultérieure des traits adultes indispensables à l'autonomie. En effet c'est lors de cette période que la pulsion agressive est détournée de son destin biologique, la réduction de tensions égoïstes, à des fins de collaborations sociales avec un monde distinct et séparé. La personnalité résulte ainsi d'une co-construction par l'enfant et son entourage immédiat, ses parents, d'un rapport au monde et à soi, préalablement atrophié.

En quoi ces trois essais nous permettent-ils, dès lors, d'appréhender autrement, la nature du trouble de personnalité limite ? Dans une seconde partie, nous allons procéder d'abord à une synthèse de ces essais, puis à une discussion, afin de répondre enfin à notre question de recherche, sur les implications d'une inscription anthropologique du TPL.

CHAPITRE IV

TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE, TROUBLE DE LA NAISSANCE PSYCHIQUE

> « Perhaps there is a link between the concept of maturity, or personal adult health, and the solution of this problem of personality. It is as if after years and years on the horns of a dilemma, we suddenly wake up and find the beast was a unicorn. » (Winnicott, 1986)

1. Introduction à la seconde partie

1.1. Rappels : les limites et la justification du sujet

A l'issue d'une rétrospective historique et d'une revue de la littérature scientifique plus contemporaine, nous avons constaté combien le TPL demeurait une pathologie sous-évaluée, sous diagnostiquée, et sous-traitée. Otto Kernberg, psychiatre et psychanalyste américain, dont le premier article sur le TPL parut il y a plus d'un demi-siècle, considérait encore en 2009, cette affection comme le parent pauvre de la psychiatrie, comme la psychiatrie l'a longtemps été elle-même vis-à-vis de la médecine. Nous avons ainsi soulevé trois décalages :

- Un premier entre la recherche scientifique et la clinique. Nous avons observé que la production d'articles scientifiques avait été multipliée par 15 entre les années 1980 et les années 2000, puis par 3 depuis les années 2000. Il y a environ 500 articles publiés par an actuellement, contre une dizaine seulement au début des années 80. Pourtant, il semblerait que ni la nosographie, ni les outils cliniques majoritairement utilisés dans la pratique médicale n'aient évolué selon un tel rythme ;
- Un second entre la gravité du TPL et sa faible considération sociopolitique. Des études épidémiologiques conduites par les agences de santé publique du Québec et du Canada, indiquent une surconsommation peu efficace de

services de santé publique. Les coûts économiques, de même que le caractère létal du TPL paraissent démesurés, en comparaison au manque de sensibilisation des acteurs sociaux et des institutions ;

- Un dernier qui se dissimule parmi l'évolution conceptuelle du trouble. Il existe un manque d'articulation entre ses deux conceptualisations historiques clinique et fondamentale (ou statistique). Ce décalage nuit à l'articulation de la symptomatologie avec une étiologie.

Nous avons considéré particulièrement le troisième décalage. Selon nous, sa clarification pourrait participer à réduire les deux autres avec la pratique médicale et la sphère sociopolitique.

1.2. Rappels : les objectifs et les moyens pour y parvenir

De façon générale, notre but consiste à préciser davantage la nature du TPL, dont les manifestations cliniques demeurent à ce jour difficiles à appréhender et à traiter. Plus précisément, nous souhaitons mieux comprendre la façon dont s'articulent les manifestations et l'origine du TPL, pour en favoriser la prévention, l'accès aux soins, limiter les phénomènes de stigmatisation, et de comportements autodestructeurs. Notre travail théorique devrait aider les individus qui en souffrent, ainsi que leurs proches, à mettre des mots sur des tourments dont ils ignorent le plus souvent eux-mêmes le sens, et que les professionnels en santé mentale ne parviennent pas toujours à interpréter.

La façon de concevoir les troubles de la personnalité est intimement liée au cadre anthropologique à partir duquel on définit la personnalité. Pour répondre à ces objectifs, nous avons donc réalisé qu'il fallait d'abord concevoir la personnalité elle-même, sa nature et son origine. Après une courte rétrospective historique des différents cadres anthropologiques en Occident, nous avons montré les limites du paradigme naturaliste pour approcher la personnalité. Ce paradigme, le plus souvent adopté par les disciplines scientifiques et médicales, conçoit la personnalité comme un épiphénomène de la biologie. L'adoption de ce cadre implique que l'on approche la personnalité, ainsi que ses pathologies, hors de tous contextes relationnels,

spécifiques à chaque individu. Il promeut une approche décontextualisée de la personnalité et du TPL.

Nous avons plutôt fait le choix d'un cadre anthropologique alternatif : une anthropologie développementale, dont la psychanalyse fait partie. Un paradigme développemental propose deux présupposés alternatifs sur la condition humaine, à savoir : 1) qu'il y a un développement à part entière et non réductible au développement physiologique ; 2) que la source de ce développement est à l'extérieur de l'individu, l'être humain ne venant pas au monde avec les ressources nécessaires à la poursuite de sa propre survie. Ce cadre de pensée alternatif aboutirait à une théorie psychologique du psychisme, en opposition à une théorie exclusivement biologique, comme c'est le cas depuis les présupposés du paradigme naturaliste. Ce cadre développemental implique que l'on ne puisse approcher la personnalité et ses pathologies sans considérer systématiquement les contextes relationnels singuliers d'où leur construction résulte. Cette précision épistémologique favorise l'adoption d'une approche contextualisée de la personnalité et du TPL.

1.3. La proposition d'une inscription anthropologique de la personnalité

Quelle est donc l'incidence d'un tel changement de perspective anthropologique sur la façon de concevoir le TPL ? Comment l'adoption d'un paradigme alternatif sur la nature de la personnalité nous permet-elle de concevoir autrement le cœur de sa pathogenèse ?

Dans une première partie, nous avons exploré trois théories psychanalytiques du développement psychique précoce. Ces trois essais étaient guidés par la volonté de clarifier la façon dont se forme une délimitation entre le soi et le monde. Nous avons ainsi exploré les caractéristiques des différentes étapes de la formation d'un sens de soi, à partir de la redécouverte de la grande précarité des tout premiers moments de la vie humaine. Nous avons approché à chaque fois d'une manière originale : l'immaturité de ce développement psychique ; l'avènement progressif et dynamique de sa maturité ; la façon dont les contributions parentales favorisent

cette transition ; enfin, la façon dont il pourrait s'interrompre ainsi que ses conséquences. Chacun de nos trois auteurs ont décrit, en leurs propres termes, une phase d'indifférenciation originelle à partir de laquelle ne va s'acquérir que progressivement une délimitation entre un soi propre et une réalité extérieure. Le succès de la construction différée de la personnalité repose en grande partie sur le détournement de la pulsion agressive, après certaines contributions de la part de l'entourage parental. Si la personnalité est ainsi conçue comme le résultat d'un cheminement post-natal, alors il est possible d'envisager différentes formes d'altération et d'interruption à ce parcours.

Dans une seconde et dernière partie, nous allons maintenant procéder à une synthèse de nos trois essais afin de préciser la nature du TPL, non seulement en tant que trouble de ce développement, mais d'un moment bien précis, un moment pas ou peu considéré par les perspectives développementales plus contemporaines : celui de la naissance psychique. La synthèse des étapes précoces de la formation du soi et du rapport au monde, nous permettra alors de proposer une réponse à notre question de recherche : nous considérerons le TPL comme une forme de trouble de la naissance psychique. Nous poursuivrons par une discussion sur la portée et les limites de cette façon alternative de concevoir le TPL. Nous nous arrêterons d'abord sur ses retombées théoriques, puis nous verrons son apport à la clinique, et enfin nous questionnerons son incidence en matière de prévention. Nous finirons par comparer les répercussions théorico-cliniques de ce modèle développemental de la naissance psychique et de ses pathologies à d'autres grands modèles développementaux du milieu XXe.

2. Synthèse : la naissance psychique et ses pathologies

2.1. La seconde naissance différée et diphasée propre à l'espèce humaine

2.1.1. La vie, un cadeau au goût a priori amer

En s'intéressant aux premiers moments de la vie du nouveau-né, la clinique psychanalytique découvre, au début du XXe siècle, combien la condition humaine est particulièrement précaire à la naissance en comparaison à celle des autres mammifères, et combien cette première forme d'existence au monde exerce une influence sans équivalent sur l'élaboration de la vie psychique adulte.

Après environ trois cents jours de gestation intra-utérine, une des plus longues qui soient, le nouveau-né humain vient au monde paradoxalement dans un état de vulnérabilité extrême et prolongée. Nul autre nouveau-né, parmi tout le règne animal, ne semble aussi démunie et aussi peu préparée, à l'issue de son développement embryonnaire, à poursuivre une existence autonome. Là où la majorité des progénitures des autres mammifères parvient à se déplacer après seulement quelques minutes, quelques heures, ou tout au plus quelques jours, le nourrisson, lui, durant plusieurs mois, voire plusieurs années encore, est incapable de marcher, de se nourrir, de se réchauffer, de communiquer, ou encore de se mettre à l'abri des dangers. Du haut de ses 3,50 kg en moyenne, soit près de 3% de sa masse adulte, et doté d'un appareil musculaire atrophié dont il n'aura la maitrise qu'après des années de pratiques laborieuses, il semble que la nature ait réservé à l'humain un sort bien peu enviable :

> « Firstly, man, « the king of creation », the being endowed with reason, is at birth more helpless than other mammals. He continues for a long time in a state which in many ways is close to the intrauterine. The anatomist Portmann has shown that the human baby's growth after birth, contrary to that of lower animals, presents for some time a continuation of the fetal growth curve. […] Anyone who observes a calf or a colt after birth is stuck by the independance of the young animal in comparison to a newborn baby. According to Bowlby (1958), man is more dependent on motherly care than the lower primates. » (Stern, 1965, p. 20)

Comme si la nature avait omis à notre espèce près d'un semestre de gestation afin de pouvoir affronter équitablement les exigences imposées par la réalité, comme si l'être humain venait au monde, en fait, beaucoup trop tôt.

La fragilité constitutive de l'espèce fait apparaitre d'abord la réalité à travers des expériences de privation, de manque, d'asphyxie, des douleurs irrépressibles et incompréhensibles, de sensations proches de la destruction, de l'état de non-existence. Nous recevons ainsi la vie à partir d'un état d'anarchie, de chaos et de confusion. La rencontre prématurée du monde représente ainsi une menace à laquelle il va falloir survivre et contre laquelle il faudra se défendre :

> C'est ainsi que se développe notre grand besoin de sécurité contre ces risques terribles, contre ces expériences intolérables de privation, d'insécurité et d'agression. C'est à partir de là que nous commençons tous, et c'est une tâche qui dure toute la vie, à essayer d'assurer notre conservation, face à ce sentiment d'insécurité intérieur. (Klein et Riviere, 1937, p. 24-25)

Si l'on a coutume de dire de la vie qu'elle est un cadeau, décidément elle parait un cadeau bien étrange aux yeux de celui qui la reçoit, un cadeau au goût amer, susceptible de tourner précipitamment à la malédiction, s'il n'existe quelconque providence dans l'entourage. Ainsi, la fragilité congénitale de l'enfant fait à la fois de la recherche de sécurité un besoin intarissable, et des interventions parentales un substitut inestimable, jusqu'à l'acquisition progressive des caractères adultes garantissant la survie.

> Le facteur biologique est l'état de détresse et de dépendance très prolongé du petit homme. Par rapport à celle de la plupart des animaux, l'existence intra-utérine de l'homme est relativement abrégée, il est moins achevé qu'eux lorsqu'il est jeté au monde. L'influence du monde extérieur réel s'en trouve renforcée, la différenciation du moi, d'avec le Ça, est acquise précocement, les dangers du monde extérieur prennent une importance plus grande et la valeur de l'objet qui seul, peut protéger contre ces dangers et remplacer la vie intra-utérine perdue, en est énormément augmentée. Ainsi donc, le facteur biologique est à l'origine des premières situations de danger et crée le besoin d'être aimé, qui n'abandonnera plus l'être humain. (Freud 1926, p. 154)

L'aptitude à percevoir le monde réel et à interagir avec lui en s'y sentant en sécurité est loin de constituer une prérogative réservée à l'humain. Elle apparait au contraire comme une aptitude provisoire, chancelante, sans cesse à reconquérir. Parvenir à assurer sa protection contre le danger que suscite d'abord la rencontre précoce avec la réalité, représente un défi qui se répète inéluctablement de génération en génération.

D'un point de vue strictement économique, on pourrait dire de la reproduction humaine qu'elle est un échec, car elle doit nécessairement être compensée par une forme d'engagement et de soins, le temps que l'enfant puisse assumer la responsabilité de ses fonctions vitales. Or, l'acquisition des caractères adultes, synonymes d'autonomie et de maturité sexuelle, est diphasée en plus d'être différée de la naissance (Freud, 1905). Ces traits apparaissent au cours de deux poussées, deux périodes de maturations, l'une allant de 2 à 5 ans, et la seconde à partir de 10 ou 12 ans (Stern, 1975, p. 105). Chez l'humain à la différence des autres espèces, il existe donc deux périodes de puberté entrecoupées de près de 5 ou 6 années :

> L'instauration diphasée du développement sexuel humain, autrement dit l'interruption de ce développement par la période de latence est digne d'une attention particulière. C'est là une des conditions qui permettent à l'homme le développement vers une civilisation plus élevée, nous y trouvons aussi l'explication des prédispositions aux névroses. Chez les animaux apparentés à l'homme, nous ne connaissons rien d'analogue. (Freud, 1905, p. 150)

Cet accès diphasé à la maturité sexuelle est un phénomène unique parmi le monde du vivant. Ce n'est qu'à l'issue de près d'une décennie de soins qu'une nouvelle génération accède ainsi à l'autonomie et à la possibilité de se reproduire à son tour.

La préservation de l'espèce humaine repose sur un formidable effort, consenti par les adultes, pour aider chaque nouveau-né à surmonter sa propre immaturité durant les premières années d'une existence précaire. Que se passerait-il si une génération cessait d'assumer ses engagements vis-à-vis de la suivante ? Qu'adviendrait-il si des adultes cédaient, ou échouaient systématiquement à leur tour, à compenser une telle fragilité constitutive ? Depuis la perspective évolutioniste de Darwin (1859),

la persistance d'une telle espèce au fil du temps parait même surréaliste tant sa transmission semble d'abord peu rentable et inefficace. Avant de revenir sur les conséquences de l'inachèvement de la formation d'un rapport vivable avec le monde, nous allons démontrer toute l'ambivalence du destin de l'humanité, l'ambivalence d'une première enfance qui conduit à subir l'emprise d'une longue immaturité, jusqu'à atteindre des sommets d'indépendance parmi le règne du vivant.

2.1.2. Une première forme d'être-au-monde résolument égocentrique

Ces premiers instants de vie qui précèdent l'avènement diphasé de la maturité sexuelle sont qualifiés de « périodes prégénitales » (Freud, 1905). Les principaux organes s'activent de manière plutôt anarchique dans le but de réduire immédiatement les tensions qui accablent le nouveau-né, des tensions qui lui sont d'autant plus insupportables du fait de sa grande fragilité. Leurs actions ne sont ni coordonnées, ni au service de la reproduction de l'espèce. Elles visent principalement la survie individuelle, peu importe les contraintes qui peuvent exister dans la réalité extérieure :

> Le seul régulateur du fonctionnement psychique du nouveau-né est sa tendance à éviter la douleur, c'est-à-dire les excitations, tendance appelée « principe de plaisir ». Plus tard ce principe tombe sous la domination de l'autodiscipline par l'éducation, cependant la tendance à éviter la douleur continue à se manifester à tout instant dans le psychisme de l'adulte. (Ferenczi, 1982, p. 32-33)

L'enfant, exproprié trop tôt du ventre maternel se retrouve centré sur l'urgence de son propre besoin d'apaisement. Toutes les activités de ses organes et des sécrétions vont donc être dirigées vers l'intérieur, vers la réalisation de cet objectif vital. La caractéristique principale de l'existence du jeune enfant au cours des périodes prégénitales consiste paradoxalement, en dépit de sa dépendance extrême, à être tourné vers lui-même et non vers d'autres personnes, dans sa quête d'apaisement. Empruntant le terme de Havelock Ellis, Freud (1905) dit donc de cette première période prégénitale qu'elle donne lieu à une attitude « autoérotique ». Ce terme souligne que c'est une période d'autosatisfaction pour l'enfant. A quel stade de nos

essais correspond cette attitude ? Quelle est son implication pour l'origine de la personnalité ?

Chacun de nos trois auteurs a décrit des états d'économie et de gestion des énergies pulsionnelles résolument dirigés vers le nourrisson lui-même à la naissance. Chez René Spitz cette période correspond au stade préobjectal qui va de 0 à 3 mois. Margaret Mahler s'y rapporte par la phase autistique qui va de 0 à 2 mois. Enfin pour Donald Winnicott, elle correspond au premier stade de dépendance absolue qui va de 0 à 6 mois. Pour ces trois auteurs, le premier trimestre est dominé par un état de répartition diffuse de décharges pulsionnelles indifférenciées dans le corps, à travers des voies physiologiques :

> Pendant les premiers stades infantiles, le mode d'expression principal de la vie émotionnelle est encore psychophysiologique, ce qu'on appelle le langage affectif du corps, qui comprend cependant non seulement des décharges physiologiques internes silencieuses, mais aussi des phénomènes sécrétoires et vasomoteurs visibles, ainsi que des manifestations orales et excrétoires. (Jacobson, 1964, p. 20-21)

C'est ainsi qu'est résumé cet état initial de l'économie psychique par Edith Jacobson, pédiatre, psychiatre et psychanalyste (nous y reviendrons plus loins au cours de la discussion). Afin de maintenir le niveau de tension au plus bas, ce stade prégénital auto-érotique est donc caractérisé par la répartition silencieuse et non coordonnée d'une énergie psychophysiologique indifférenciée, vers un soi primaire également indifférencié.

Nos essais relatent en effet un état de double indifférenciation à la suite de la naissance. Quelle est l'incidence de cet état sur le premier mode d'être-au-monde du nourrisson, sur sa première expérience psychique de la vie ? Tout d'abord, considérons le fait qu'il n'y ait pas de séparation entre le corps et l'esprit, si bien que les activités physiologiques soient aussi des formes d'activités psychiques. Cela signifie que les premières expériences psychiques s'échafaudent à partir d'activités physiologiques, dédiées préalablement à la préservation : « l'activité sexuelle s'est d'abord étayée sur une fonction servant à conserver la vie, dont elle ne s'est rendue indépendante que plus tard. » (Freud, 1905, p. 74). Dans

une perspective développementale, la personnalité se serait donc bâtie à partir de mécanismes psychophysiologiques archaïques, qui lors des premiers moments de la vie étaient destinés à la survie et à la défense (Hartmann, 1946). Considérons dans un second temps que l'enfant ne puisse différencier ce qu'il est de ce qu'il n'est pas. Il ne distingue pas son être démuni de la source extérieure de provisions qui l'aide à apaiser ses tensions : « Le bébé ne peut pas établir de distinction entre le « moi » et « le non-moi ». […] Cet état, que nous avons tous traversé en tant que bébés, a sur nos vies des conséquences psychologiques énormes. » (Klein et Riviere, 1937, p. 23-24). Les premières expériences psychiques du monde sont donc marquées par une sensation irréaliste de se suffire à soi-même. La personnalité humaine s'érige à partir d'une difficulté primordiale à distinguer et à saisir le réel (Guex, 1940). Le nourrisson manque totalement d'objectivité, il est enfermé dans sa subjectivité (Odier, 1947).

Au départ, chaque être humain ne connait pas d'autre existence, d'autre réalité que la sienne. C'est donc l'égocentrisme le principal et premier mode d'être-au-monde de l'enfant, le point de départ de la personnalité :

> L'égocentrisme gouverne les relations de l'enfant avec le monde objectal. L'objet c'est-à-dire le personnage maternel n'est pas perçu par l'enfant comme doté d'une expérience propre, mais seulement en fonction du rôle qui lui est assigné dans le cadre des besoins et des désirs de l'enfant. (Anna Freud, 1965, p. 45)

A cette époque que nous avons tous vécue, l'égocentrisme n'est pas un défaut, loin de là. C'est grâce à cette posture que l'enfant parvient à se soustraire des privations qui lui sont injustement imposées par la rencontre prématurée avec le monde réel. Cette période de vie incommunicable, résolument tournée vers soi, vers ses besoins, vers ses propres expériences de tension et de relâchement, est indispensable pour retrouver la sécurité intra-utérine. Lorsque l'on approche la personnalité humaine à partir d'un paradigme naturaliste, on aurait tendance à négliger aisément l'influence de ces premiers états d'existence subjectifs et égoïstes, consacrés à survivre face aux exigences d'un monde rencontré trop tôt.

2.1.3. Des premiers rapports pré-relationnels au monde, guidés par l'avidité ou la destruction

Comment l'enfant peut-il bien se décentrer d'un tel premier mode d'être-au-monde aussi précaire et égoïste, pour considérer d'autres personnes, d'autres choses que ses besoins ? Cette question est intimement liée au destin des énergies pulsionnelles. Ce destin pulsionnel est lui-même déterminé d'abord comme nous l'avons vu par la nécessité de survivre.

A l'issue des premiers mois d'existence, lorsque l'enfant a pu bénéficier d'un climat sécurisant, apaisant les sources de tensions, l'énergie pulsionnelle va connaitre un premier grand détournement. Sous l'influence de signaux provenant du monde externe, comme les contacts physiques, les sons, les odeurs, bref tout ce par quoi l'entourage stimule le nouveau-né, l'énergie pulsionnelle qui s'écoulait vers l'intérieur, vers des organes responsables d'un certain équilibre physiologique de base, va investir désormais également des organes périphériques, des systèmes sensoriels, perceptifs, mnésiques et moteurs. Ces zones sensorimotrices, ces « zones érogènes prégénitales », zones par lesquelles l'enfant apaise les tensions au cours des années qui précèdent l'avènement diphasé et différé de la maturité, vont constituer une première interface avec le monde. C'est ce premier changement dans l'orientation de l'énergie pulsionnelle qui est responsable d'une première forme de différenciation. A quelle étape de nos essais renvoie cette période, quelle est son incidence sur notre étude de l'origine de la personnalité ?

Dans chacun de nos essais, nous avons noté un détournement du nourrisson de l'intérieur vers l'extérieur après 3 à 6 mois d'existence. Chez René Spitz, cette période rejoint le stade du précurseur de l'objet qui se déroule entre 3 et 8 mois. Chez Margaret Mahler elle correspond à la phase symbiotique, située également entre 3 et 8 mois. Chez Winnicott cette période n'est pas aussi clairement délimitée. On peut la situer quand même autour de la poursuite de l'intégration du soi, qui a lieu au début de la phase de dépendance relative à partir de 6 mois. Rappelons que l'enfant investissait jusque-là indistinctement le monde, comme partie intégrante de lui-même. Pour nos trois auteurs, un changement intervient avec l'activité

croissante des organes sensorimoteurs : le jeune enfant commence à percevoir des expériences agréables et désagréables. Dans l'impossibilité qu'il se trouve à surmonter par ses propres moyens les privations et manques, c'est en toute logique qu'il va chercher à se rapprocher des sensations plaisantes, et à rejeter celles qui lui sont déplaisantes :

> L'enfant désire d'abord absorber ce qu'il aime et cracher ce qu'il n'aime pas, assimiler au soi ce qui est agréable et mettre au compte de l'objet extérieur étranger ce qui est désagréable. En d'autres termes, il a tendance à diriger les pulsions destructrices vers les objets de frustrations et à investir sa personne propre de libido. Par conséquent, lorsque les frustrations, les exigences et les restrictions restent dans les limites raisonnables, elles consolident en principe les processus de découverte et de discrimination des objets et du soi. (Jacobson, 1964 p. 63-64)

La répétition de ces expériences provoque ainsi une double distinction, l'une parmi la perception de soi et du monde, et l'autre énergétique. Les décharges pulsionnelles orientées vers l'extérieur vont se différencier en deux pôles selon ces perceptions. La pulsion érotique va s'orienter vers les sensations agréables, associées au soi. La pulsion agressive va s'orienter vers les sensations désagréables, considérées comme ce qui n'est pas soi. Comment cette délimitation réorganise-t-elle le mode d'être-au-monde du jeune enfant ?

2.1.3.1. L'union (avec le bon) fait la force : la signification développementale de l'avidité

Si le monde n'était préalablement pas perçu, ou du moins uniquement dans la mesure où il se présentait comme le prolongement de ses propres satisfactions, il va désormais l'être, ne serait-ce que partiellement à travers une première scène pour le moins confuse. Puisque l'attitude du jeune enfant est toujours dictée par le besoin de sécurité, il va donc logiquement chercher à s'unir à ce qui favorise la satisfaction de ce besoin, et à exclure tout ce qui pourrait la mettre en péril. Considérons d'abord la tendance à s'unir avec le bon.

Le nourrisson, toujours dépourvu des ressources nécessaires à la poursuite de son existence, se tourne vers la source de gratification qu'il perçoit davantage à sa

périphérie. Il vit alors l'illusion de former une union symbiotique omnipotente selon les termes de Mahler. Manger, incorporer, vouloir posséder l'autre représente à ce moment des moyens de survie, des moyens destinés à former une unité primordiale avec une sorte de silo maternel :

> Il est probable que ce désir ne disparait jamais de notre vie affective. […] Les premiers fantasmes qui expriment le désir de se fondre et de ne faire qu'un avec la mère sont certainement à la base de toute relation objectale et de tout type ultérieur d'identification. (Jacobson, 1964, p. 47-48)

Freud (1905) associe une première organisation psychique prégénitale à l'oralité, à la bouche, à cette ouverture par laquelle il est possible de prendre avec soi ce qui est bon. Or, nous avons vu que l'activité psychique émergeait à partir d'activités physiologiques. La tendance à l'incorporation va donc se transposer sur le plan psychique par un mécanisme mental, l'introjection, qui tend à placer à l'intérieur et à considérer comme soi les aspects agréables de la réalité extérieure (Freud, 1905).

Ainsi, l'égoïsme et la superposition des activités psychiques aux fonctions physiologiques destinées à la survie, point de départ de la personnalité, vont se manifester à travers un appétit insatiable de posséder, d'avaler ce qui est agréable :

> Dans une certaine mesure, la voracité existe inconsciemment chez chacun de nous. Elle représente un aspect du désir de vivre, un aspect qui, dès le premier jour de la vie, s'est confondu et fusionné avec la tendance à diriger en dehors de nous-même, contre d'autres, l'agressivité et la destructivité. En tant que telle, la voracité persiste inconsciemment tout au cours de la vie. Sa nature même fait qu'elle n'a pas de limites et qu'elle n'est jamais soulagée. Etant donné qu'elle est une expression de la pulsion de vie, elle ne cesse qu'avec la mort. La voracité ou le désir de posséder des choses bonnes peuvent concerner n'importe quel objet imaginable qui évoque l'idée de bon, ou bien elle peut les concerner tous : possessions matérielles, dons physiques ou intellectuels, avantages et privilèges. […] Ce sont des preuves, si nous les obtenons, que nous sommes bons nous-mêmes, plein de choses bonnes, et que nous sommes aussi, en retour, dignes, de respect et d'honneur. En même temps que des preuves, ce sont aussi des garanties contre nos craintes d'un vide intérieur, contre nos tendances malignes qui nous font éprouver le sentiment d'être mauvais et pleins de choses mauvaises pour nous et pour les autres. (Klein et Riviere, 1937, p. 47-48)

Si se voir priver de ces possessions représente une menace pour la sécurité du jeune enfant, alors nous pouvons considérer la jalousie et la rivalité comme les négatifs de l'avidité et de l'envie. Ces aspects de la personnalité humaine trahissent la recherche de sécurité au cours de cette période d'existence précaire. Selon nos trois auteurs, le désir de retrouver l'unité de ces premiers moments de la vie, au cours desquels l'enfant ne faisait qu'un avec un partenaire bienveillant aux ressources opulentes, n'abandonne jamais vraiment l'être humain. Nos essais nous laissent envisager que c'est sûrement la nostalgie de cette première histoire d'amour, vorace et égocentrique, qui a fait naitre en l'espèce, l'inclination aux relations sociales.

Dès les premiers mois de la vie, l'avidité, l'envie, ou encore la voracité, apparaissent comme des aspects irrépressibles de la personnalité humaine. Ils trahissent l'insécurité qui fait suite à la naissance, ainsi que la quête urgente d'amour et de provisions :

> C'est lui-même que l'enfant aime tout d'abord, il n'apprend que plus tard à aimer les autres, à sacrifier à d'autres une partie de son moi. Même les personnes que l'enfant semble aimer dès le début, il ne les aime tout d'abord que parce qu'il a besoin d'elles, ne peut se passer d'elles, donc pour des raisons égoïstes. C'est seulement plus tard que l'amour chez lui se détache de l'égoïsme. En fait, c'est l'égoïsme qui lui enseigne l'amour. (Freud, 1917, p. 243)

Ainsi, au commencement, la précarité constitutive de la condition humaine pousse étrangement chaque individu à n'aimer d'abord et surtout que soi-même, ou du moins tout ce qui est considéré comme tel. Freud qualifie cette période de « narcissisme primaire », renvoyant par-là à une tendance à se focaliser uniquement sur sa propre satisfaction ainsi que sur ce qui la lui procure. A l'image du personnage mythologique de « *Narcisse* », nous ne voyons d'abord dans l'autre que le reflet de l'amour que nous portons à nous-mêmes, attitude primaire en dehors de laquelle les premières privations auraient été insurmontables.

2.1.3.2. Le contrôle et la destruction du mauvais : la signification développementale du sadisme

A la tendance d'associer sa propre personne au bon est irrémédiablement liée son contraire, la tendance d'associer les sensations hostiles à ce qui ne relève pas de sa personne. La peur de l'étranger, second organisateur psychique décrit par René Spitz, met en scène des types de comportements de rejet, d'agressivité, ou de fuite, bien différents de ceux qui servent à s'unir ou à incorporer. Puisque les activités psychiques dérivent d'activités physiologiques primordiales, la tendance à expulser ce qui en l'enfant lui parait comme des sensations désagréables, se transpose à son tour sur le plan psychique par le mécanisme mental de la projection. Les aspects désagréables du monde intérieur sont placés à l'extérieur et sont considérés comme provenant d'un non-soi. La projection va devenir alors un formidable moyen pour se protéger de la souffrance et des diverses sensations destructrices :

> C'est notre première mesure de sécurité, notre garantie la plus fondamentale contre la douleur, la peur d'être attaqué ou l'impuissance. Par ce mécanisme, toutes les sensations, tous les sentiments que notre esprit ressent comme douloureux ou déplaisants, sont immédiatement relégués à l'extérieur de nous-même. (Klein et Riviere 1937, p. 26)
> La projection est la première réaction du bébé à la douleur et elle demeure sans doute, chez chacun de nous ; la réaction la plus spontanée devant la douleur. (Klein et Riviere, 1937, p. 27)

Par la projection, le jeune enfant acquiert un outil de plus afin de se protéger de la rencontre prématurée du monde. Il entretient ainsi une première forme de rapport partielle à des segments discontinus de la réalité, dépendamment du soulagement de ses tensions.

Par ailleurs, ce clivage de l'expérience de la réalité, cette confusion, canalise une partie de l'énergie pulsionnelle : la pulsion agressive ou la pulsion de destruction. Celle-ci prend pour cible les perceptions déplaisantes par le biais d'organes moteurs, c'est-à-dire par des décharges musculaires. La répartition de la pulsion agressive nouvellement différenciée prend alors deux formes, à savoir respectivement le sadisme ou le masochisme, selon qu'elle est active ou passive,

c'est-à-dire selon qu'elle s'écoule vers l'extérieur ou qu'elle demeure dirigée à l'intérieur. Freud emprunte ces termes à Krafft Ebing :

> Une partie de cette pulsion est placée directement au service de la survie où elle a un rôle important. C'est là le sadisme proprement dit. Une autre partie ne participe pas à ce déplacement vers l'extérieur, elle demeure dans l'organisme […] c'est en elle que nous devons reconnaitre le masochisme originaire, érogène. (Freud, 1920, p. 291)
> Le sadisme, ou pulsion de destruction, tourné vers l'extérieur, projeté, peut de nouveau être introjecté, tourné vers l'intérieur, régressant ainsi à sa situation première. Il donne alors le masochisme secondaire qui se surajoute au masochisme originaire. (Freud,1920, p. 292)

Dans une perspective développementale, le sadisme et le masochisme n'évoquent donc pas des tendances agressives qui font arbitrairement partie de la personnalité. Au contraire, ces formes d'agressivité dont dispose une personne témoignent du premier grand changement dans l'écoulement de l'énergie pulsionnelle. Ils sont des indicateurs de la façon dont s'est détournée et s'est différenciée en deux pôles l'énergie pulsionnelle initialement indifférenciée, grâce aux premiers soins prodigués par les adultes pour compenser la précarité des premiers moments de la vie. La variabilité de leur intensité ou de leur répartition reflète la variabilité des interactions par lesquelles la pulsion agressive a été détournée.

L'action des deux pulsions, libidinale et agressive, est toujours déterminée ici par la nécessité de survivre et de se défendre, mais d'une manière différente que lors du premier semestre. Elles sont toujours à disposition d'une quête de sécurité par l'apaisement immédiat des tensions, sans tenir compte des contraintes extérieures du monde réel. Cependant, afin de maintenir le niveau de tension au plus bas, l'enfant ne se tourne plus ici vers lui comme unique agent de satisfaction. Il s'est décentré, et utilise les signaux provenant de l'extérieur de deux manières bien distinctes : les posséder ou les éliminer. Son expérience psychique du monde n'est plus seulement auto-érotique. La délimitation partielle du monde et du soi selon les critères bon/mauvais, ainsi que la dérivation pulsionnelle qu'elle provoque, aménagent selon Freud (1905), une seconde organisation psychique prégénitale nommée « sadique anale ». Durant cette seconde phase de vie précaire qui précède

la transmission diphasée et différée de la maturité, prédominent le sadisme, ainsi que les activités érogènes de la zone anale, dans la recherche de sécurité.

2.1.4. L'amour du pouvoir ou la lutte contre l'impuissance : l'embryogenèse psychique

Quel est l'impact de l'acquisition de ces mécanismes de projection et d'introjection sur la façon dont le nourrisson fait l'expérience du monde ? Comment l'illusion d'une union fusionnelle à un partenaire tout-puissant, ainsi que ses nouvelles voies de décharge motrice de la pulsion agressive, transforment-elles son mode d'être-au-monde ?

Nos trois essais soulignent l'existence d'une période de toute-puissance chez l'enfant qui parvient à acquérir ces mécanismes d'introjection du bon et de projection du mauvais. Ces aptitudes, celle qui consiste à s'unir, ou celle qui consiste se désolidariser, éloignent de son point de vue du moins, les risques de privations et d'insécurité. Par ces deux mécanismes, l'enfant n'a qu'à se servir de ce dont il a besoin pour se sentir plus fort, et éliminer presque aussi facilement ce qui l'embarrasse. A l'origine, le jeune enfant fait donc l'expérience du monde à travers une attitude despotique quasi magique. Il n'y est pas plus apte à saisir le sens du réel ou à faire preuve d'objectivité (Guex, 1940). Dans les débuts de la personnalité humaine existe une alternative de base entre l'avidité ou l'agressivité. Et si l'enfant se choisit des partenaires ou des objets privilégiés, ce n'est qu'à travers le prisme du clivage de ses sensations. Il choisit un partenaire qui n'en est pas encore vraiment un, mais à travers lequel il va pouvoir s'aimer lui-même encore plus. Il ne le considère pas pour ce qu'il est, comme une entité à part entière, mais selon la façon dont ce dernier va lui permettre de répondre ou non à son besoin de sécurité, c'est-à-dire à l'apaiser. Par exemple, idéaliser un partenaire, c'est idéaliser le pouvoir qui pourrait être le sien si l'on parvient à s'unir à lui. De même, écarter ou éliminer un rival, c'est s'assurer une mainmise exclusive sur les ressources qui favorisent la survie.

Nous avons vu chez Margaret Mahler que ce sentiment de toute-puissance atteignait son apogée au début de la phase de séparation-individuation, entre 10 et 15 mois avec les sous-phases de pratiques et d'activités. Avec les impulsions motrices et les débuts de la locomotion sur quatre puis sur deux membres, l'enfant se redresse. Après plus d'un an, il découvre la verticalité. Il est suffisamment fort dorénavant pour lutter contre l'apesanteur qui l'écrasait au sol. A partir de la conquête de cette nouvelle dimension de l'espace, l'enfant fait preuve d'une audace étonnante. Il se lance à la poursuite de possessions, de dominations et d'aventures. D'un point de vue développemental, la toute-puissance qui caractérise la personnalité de l'être humain à ce moment est égo-syntone : ces comportements rustres et ces illusions démesurées sont adaptés vis-à-vis de son impuissance :

> Un moyen d'obtenir la sécurité c'est d'arriver à un pouvoir omnipotent afin de maitriser toutes les conditions potentiellement douloureuses et d'accéder à toutes les choses utiles et désirables, à la fois intérieures et extérieures de soi-même. Dans les fantasmes, l'omnipotence doit apporter la sécurité. (Klein et Riviere, 1937, p. 64)
> Le besoin du pouvoir prend sa source directement dans une incapacité de tolérer le sacrifice pour les autres ou la dépendance des autres. (Klein et Riviere, 1937, p. 65)

Même si son développement physique se poursuit, après plus d'un an l'enfant reste incapable de subvenir par lui-même à ses principaux besoins vitaux.

Si nous avons coutume de considérer l'objectivité comme une faculté de base de l'esprit humain, et la subjectivité comme un phénomène accidentel ou secondaire peu fréquent, l'étude des premiers mois de l'existence nous amène à conclure plutôt l'inverse. Au cours des mois et des années qui font suite à la naissance, l'être humain traverse une précarité et une dépendance telles que la réalité représenterait une menace face à laquelle il ne survivrait pas plus de quelques heures s'il était laissé à lui-même. Les soins qui lui sont alors nécessaires consistent précisément à déjouer la réalité, le temps d'acquérir la capacité à la supporter. La fragilité constitutive qui est à la racine de l'existence de chaque nouveau-né fait de la subjectivité et de l'indifférenciation les dispositions de base de la personnalité humaine. L'enfant n'est donc pas encore né psychiquement, c'est pourquoi René

Spitz qualifie cette période « d'embryogenèse psychique ». En ce sens l'objectivité et la délimitation d'un sens de soi et du monde ne peuvent que représenter des aptitudes ultérieures, rares et chèrement acquises.

Si depuis les alentours du XVIIIe siècle, l'enfance apparaît comme une période d'innocence (Rousseau, 1762) ou comme un espace vierge que le seul rôle de l'éducation consiste à combler (Locke, 1693), nos trois essais nous laissent envisager une tout autre perspective. Tourmenté par les privations et les exigences d'une existence précaire, l'être humain est d'abord irrémédiablement préoccupé par lui-même. Lors des périodes prégénitales auto-érotique puis sadique, l'activité pulsionnelle est déterminée par une quête de sécurité qui se traduit par la recherche de jouissances et de satisfactions perpétuelles et sans fond :

> La haine et l'agressivité, l'envie, la jalousie, le désir de posséder, tous ces sentiments que les adultes ressentent et expriment, sont à la fois des dérivés de cette expérience primitive et de la nécessité de la maitriser si nous voulons survivre et obtenir quelque plaisir dans la vie. (Klein et Riviere, 1937, p. 25)

Ainsi est enracinée au fin fond de la personnalité humaine une contradiction originelle, contradiction particulièrement bien résumée par Winnicott : il existe une illusion d'auto-suffisance absolue qui contraste avec le fait que le jeune enfant est absolument dépendant. L'adaptation du monde aux besoins et aux activités pulsionnelles de l'enfant est un fait incontournable afin de compenser le sort impitoyable que lui a réservé la nature. Un enfant qui n'a pas été suffisamment accueilli restera prisonnier pour le reste de sa vie de l'injustice qui a poussé à le mettre au monde, sans qu'il lui ait été accordé le droit d'y exister (Ferenczi, 1982). Marquée par une première forme d'être-au-monde misérable, il semblerait que la vie ne soit parue supportable aux yeux de celui qui la reçoit qu'à travers une expérience subjective et égocentrique de la réalité, dispensée par les soins d'un adulte prêt à assumer un tel accueil. Comment l'être humain s'éloigne-t-il de ce premier rapport primitif à la réalité jusqu'à tolérer par lui-même le poids d'une existence indépendante ? La réponse à cette question relève encore une fois du destin de la pulsion agressive qui va subir un second et dernier grand bouleversement sous l'intervention de l'entourage.

2.2. Le rôle fondamental du détournement de la pulsion agressive dans l'achèvement de la naissance psychique

2.2.1. La première puberté ou la confrontation de l'être humain au vaste dilemme de l'autonomie et de la toute-puissance

Afin d'atténuer la précarité qui accompagne les premiers instants de la vie, nous venons de voir que l'enfant pouvait compter sur une gestion pulsionnelle libre et non coordonnée, que Freud qualifie de « principe de plaisir ». Les activités pulsionnelles prégénitales, auto-érotiques et sadiques, se consacrent à rétablir une forme de sécurité, en recherchant un apaisement immédiat des tensions :

> Se comporter selon le principe de plaisir signifie qu'on accepte comme impératif essentiel la satisfaction immédiate et sans discrimination des besoins et des pulsions, sans tenir compte des conditions extérieures : cela revient à dire qu'il faut oublier les exigences du milieu. […] Le premier type de comportement est donc asocial, inadapté, « irresponsable ». (Anna Freud, 1965, p. 137)

L'insécurité suscitée par la rencontre prématurée de l'enfant avec le monde est adoucie à travers un premier mode d'existence subjectif et égocentrique. Or, même si durant ces premiers mois de vie l'enfant bénéficie des soins qui ralentissent sa venue au monde, la poursuite de la maturation et le renforcement musculaire le contraignent de nouveau à s'y exposer. En s'éloignant de la source de soins avec laquelle il forme une unité omnipotente, lors de ses activités d'exploration, le jeune enfant fait l'expérience de l'incompatibilité de ce premier mode d'existence avec la réalité qu'il découvre. Il s'expose à des limites et à des échecs. A quelle période de nos essais se rapporte cette crise ? De quelle façon marque-t-elle la poursuite de l'existence et la construction de la personnalité ?

Pour Mahler, la sous-phase de rapprochement, qui se déroule de 15 à 24 mois, et pour Winnicott, la poursuite de la dépendance absolue qui se conclut aussi autour de 24 mois, donne lieu à un choc immense entre la réalité telle que vécue subjectivement, et une autre, celle du monde réel, avec son lot de restrictions :

> Il se peut que nous réalisions avec répugnance et avec un vif ressentiment, que nous dépendons des autres et des forces de la nature dans une grande mesure. La dépendance est ressentie comme

> dangereuse parce qu'elle implique la possibilité d'une privation. (Klein et Riviere, 1937, p. 21)

Même si la réorientation des décharges pulsionnelles de l'intérieur vers l'extérieur et leur séparation en deux pôles favorisent la différenciation de l'enfant, celle-ci arrive encore trop tôt. Le Moi, le noyau d'expériences et de voies de décharges musculaires qui sert d'interface rudimentaire avec le monde, est faible et impuissant. Le premier grand changement dans l'économie pulsionnelle a rendu l'enfant plus vulnérable. Il l'expose à une double menace d'anéantissement : d'un côté la prise de conscience de la dépendance, avec son versant opposé qui laisse planer la menace de privations ; de l'autre côté, la découverte de la puissance destructrice de ses excitations, sur lesquelles le Moi a peu de prise. De plus, le sentiment de sécurité procuré par la toute-puissance est ébranlé avec les débuts de la locomotion.

L'antagonisme de l'exploration et de la sécurité pose un dilemme déchirant à l'être humain, un dilemme typique de la puberté, un dilemme dont la résolution correspond à la transition de l'enfance vers la société des adultes. Ainsi, l'enfant comprend qu'il ne peut à la fois s'éloigner pour découvrir le monde et continuer à bénéficier des privilèges de la toute-puissance. Son exploration se transforme en une sorte de flirt avec les frontières encore imprécises de son être, qui en quelques enjambées le fait passer du triomphe à la déchéance, de la gloire du conquérant à la peur terrible de l'abandon. Pour Winnicott, ce dilemme constitue un choc des deux réalités dans lesquelles évolue simultanément l'enfant. Le soulagement de ce choc va passer, selon lui, par l'aménagement d'une voie de transition temporaire. Pour Mahler, ce dilemme représente l'opposition de la symbiose et de la séparation. Sa résolution suppose pour elle que l'enfant puisse se préparer davantage à assumer le coût réel d'une existence autonome. Ce dilemme ne laisse pas vraiment matière à tergiverser au premier abord. La perspective de l'impuissance ne pèse guère face à la fatuité de l'auto-suffisance, même si celle-ci n'est qu'une illusion. Elle résulte en effet d'un mode de gestion du danger assuré par l'entourage, s'efforçant d'adapter le monde aux besoins de l'enfant. Ce dilemme ne semble pas vraiment en être un

lorsqu'on en questionne les issues depuis le regard de l'enfant. Son dénouement est d'abord dicté par la vulnérabilité et la survie. L'enfant ne peut que se choisir, choisir ses besoins, son propre bien-être, qui sous-entend une expression indomptée des décharges pulsionnelles. La contradiction demeure entre la dépendance et l'expression d'une apparente liberté. C'est là tout le paradoxe de l'enfance. C'est ce qui en fait une période unique d'insouciance et d'ingéniosité.

Nous avons ainsi recensé dans nos essais des formes de défection du dilemme de l'autonomie et de la toute-puissance, qui visent toujours à adoucir la précarité du rapport au monde au prix d'une autonomie réelle. Chacun de nos trois auteurs a proposé un mode de régulation immature du rapport à la réalité, basé sur une gestion de la sécurité par la préservation de la subjectivité et le maintien de la toute-puissance. Pour Mahler, c'est par le retour à l'unité symbiotique que l'enfant cherche à se soustraire du dilemme de sa puberté. En effet, lors de la crise du rapprochement entre 18 et 24 mois, l'enfant tente de contraindre père et mère à revenir à une telle symbiose, par une alternance de manifestations excessives de frustrations et de revendications affectives. La fusion semble représenter la seule alternative possible pour restaurer la sécurité lors des phases d'explorations. Pour Winnicott, c'est par l'aménagement d'une aire intermédiaire d'expérience qu'il est possible de contourner temporairement le choix douloureux soulevé par ce dilemme. L'entourage y autorise à l'enfant des activités transitionnelles au cours desquelles le primat de sa subjectivité et la richesse de ses décharges pulsionnelles prégénitales ne lui sont pas contestés. Chez Spitz, le mode de régulation immature du rapport à la réalité diffère légèrement de ces deux modèles. La gestion de la sécurité pendant la phase d'exploration ne provient pas directement de la préservation de la toute-puissance de l'enfant, mais de l'introduction d'une morale prohibitive qui le conduit à soumettre la richesse de son expérience et de sa subjectivité. L'enfant s'en remet donc à la clémence d'une toute-puissance extérieure, qui lui impose arbitrairement des règles.

2.2.2. Un conflit développemental crucial entre la haine et l'amour

A partir de ces trois formes de gestion archaïque du dilemme de la puberté, l'enfant retrouve en la toute-puissance une forme de sécurité. Cependant, opter pour la toute-puissance, c'est renoncer à l'autonomie. L'enfant n'accède à la réalité que partiellement, depuis la perspective clivée de sa subjectivité et de son activité pulsionnelle débridée qui le ramène à lui-même. Lorsque le dilemme de la puberté est endigué par l'un de ces trois modes de régulation immature, l'enfant est condamné à la dépendance et à la lutte contre le spectre de sa propre impuissance. Sans la nécessité d'une émancipation ultérieure, la personnalité humaine pourrait perdurer ainsi, telle une forme de vie psychique embryonnaire, centrée sur soi et sur le besoin de défendre sa propre sécurité. La devise du jeune enfant serait : « mieux vaut être mal accompagné que seul ». La résolution du dilemme par la toute-puissance dissimule la poursuite d'une lutte épique du bien contre le mal, du soi contre le non-soi, de la symbiose contre la séparation. Elle ne peut conduire qu'à une pseudo-autonomie et à la persistance d'une posture égocentrique.

Ce dilemme de l'autonomie et de la toute-puissance renferme un conflit qui ne peut laisser l'être humain ainsi piégé dans une puberté sans fin, un conflit douloureux qui oppose l'amour à la haine. C'est ce conflit qui incite l'enfant à renoncer aux privilèges de l'égocentrisme. Il y renferme les clés de l'autonomie véritable. Nous avons vu en effet que la pulsion agressive, dirigée vers les sensations désagréables, se déchargeait par l'intermédiaire des organes musculaires et locomoteurs. Or, si le Moi est bien une structure psychique en charge du mouvement et du déplacement, alors, selon Spitz, il doit nécessairement y avoir un lien très étroit entre les activités du Moi et l'agressivité. De plus, si le Moi est bien une première interface entre le sujet et le monde, alors, il doit aussi interagir par des actes parfois agressifs, du moins du point de vue des adultes. A partir de nos essais, nous avons ainsi envisagé que les premières interactions soi/non-soi, commençaient par des séquences de frustrations/tensions/destructions :

> La précursion de l'amour par la haine, du point du développement fonde la capacité de faire naitre la morale. C'est peut-être ce que signifie une

> phrase de W. Stekel qui me semblait naguère incompréhensible, à savoir que c'est la haine et non l'amour qui est la relation sentimentale primaire entre êtres humains. (Freud, 1920, p. 197)

Dans une perspective développementale de la personnalité, on peut donc dire que l'agressivité ou la haine précède nécessairement l'amour dans le rapport au monde réel. L'amour que l'enfant manifeste d'abord à son partenaire parental n'est pas encore une forme d'amour désintéressée, destinée à un non-soi, mais une forme d'amour égoïste, puisque père et mère représente encore une part du monde qui est assimilée à soi-même.

Avec la possibilité de s'éloigner, l'enfant va expérimenter encore plus de frustrations. Mais à ce moment, peu lui importe que la nature excessive de ses manifestations prégénitales défie l'ordre social, qu'elle épuise des ressources limitées, qu'elle anéantisse les écosystèmes et assèche les rivières. Depuis son expérience subjective et égocentrique du monde, seul lui importe son apaisement. De plus, l'expression libre de ses décharges pulsionnelles sadiques va l'amener à agresser de plus en plus souvent et ardemment celui ou celle vers qui le retour lui restitue pourtant la sécurité de la toute-puissance. Or, à ses yeux, cet être vers qui s'écoule la pulsion libidinale compte presque autant que lui. La menace de le détruire, de perdre son amour, inflige à l'enfant une nouvelle tension, une tension suffisamment pénible pour l'inciter à refréner l'expression de ses activités pulsionnelles :

> Ce qui motive la lutte culturelle contre l'agressivité se découvre aisément dans la détresse de l'enfant et sa dépendance vis-à-vis d'autrui et l'on peut la désigner plus heureusement comme une peur de perdre l'amour. (Freud dans Anna Freud 1965, p. 35)

La moindre cruauté infligée à la figure maternelle fait donc naitre en l'enfant le conflit entre l'amour et la haine, au point qu'il consente à sacrifier la richesse de l'expression de ses pulsions prégénitales, les socialiser, et les adapter à la réalité extérieure.

Depuis une perspective développementale, non seulement la haine précède l'amour dans le rapport au non-soi, mais en plus, c'est l'existence d'une telle précession de la haine et de ses conséquences qui pousse l'enfant à chercher une alternative moins destructrice à sa quête de sécurité. En effet, les trois modes de régulation immature du rapport à la réalité, qui compensent la précarité de ses premiers moments de vie, attisent plutôt le conflit entre la haine et l'amour. Ils privilégient une toute-puissance potentiellement dangereuse pour l'entourage. L'enfant doit donc trouver un meilleur équilibre entre la façon dont est régulé son rapport à la réalité, et une résolution de ce conflit de l'amour et de la haine :

> Le développement de l'enfant dépend de son aptitude à trouver le moyen de supporter les frustrations inévitables à la formation de ce développement. L'enfant doit aussi trouver le moyen de supporter les conflits entre l'amour et la haine qui sont la conséquence de ces frustrations, c'est-à-dire qu'il doit trouver sa voie entre sa haine, accrue par les frustrations, et son amour, ainsi que son désir de réparer, lesquels apportent avec eux les souffrances et remords. La façon dont l'enfant s'adapte en esprit à ces problèmes forme le fondement de toutes ses relations sociales ultérieures, de sa capacité d'aimer en tant qu'adulte et de son développement culturel. (Klein et Riviere, 1937, p. 108)

La précession de l'agressivité dans les interactions avec le monde induit donc un conflit, qui laisse entrevoir une nouvelle issue au dilemme de la puberté. Mais si l'enfant renonce à la toute-puissance, par quel autre moyen peut-il bien faire face à la précarité de sa condition ?

2.2.3. L'acquisition d'un processus de régulation du rapport à la réalité par la subordination de l'agressivité

Nos trois auteurs ont tous souligné, chacun à leur façon, ce moment au cours duquel il sera enfin donné à l'enfant la possibilité de surmonter personnellement la précarité de sa condition initiale, pour continuer à venir au monde en sécurité, autrement que par le recours à la toute-puissance. Le conflit de l'amour et de la haine déclenche un second grand détournement de l'énergie pulsionnelle, celui de la mise à contribution de la pulsion agressive au service de l'autonomie. Le second changement dans la gestion des décharges est responsable du renforcement du Moi et de l'apparition d'une instance morale personnelle. Avec ces deux nouvelles

acquisitions, l'éloignement et la sécurité ne sont plus incompatibles. L'humain acquiert un système de sécurité propre qui lui permet de ne pas s'embourber plus longtemps dans les écueils de sa première puberté. Chez Spitz, le second détournement de l'énergie pulsionnelle a lieu entre le second et le troisième organisateur psychique, entre la peur de l'étranger et l'acquisition de la fonction symbolique du langage, de 8 à 18 mois. Mahler quant à elle situe ce détournement entre les deux dernières sous-phases de la séparation-individuation, entre celle du rapprochement qui commence à 15 mois et celle de la consolidation qui se conclut autour de 36 mois. Pour Winnicott, le détournement de la pulsion agressive survient entre le processus d'illusionnement et de désillusionnement, c'est-à-dire entre l'aménagement d'une aire intermédiaire d'expérience et le sevrage.

De quelle manière la pulsion agressive est-elle détournée de son destin qui la consacrait à la survie, pour contribuer à la préservation du monde ? Pour Winnicott, lorsque les parents survivent aux séquences d'interactions agressives au non-soi, à savoir à l'enchainement des frustrations/tensions/tentatives de destruction, l'enfant fait face au constat des dommages portés à celui ou celle qu'il aime :

> Lorsque les conflits entre l'amour et la haine s'éveillent dans l'esprit du bébé, lorsque devient active la peur de perdre la personne aimée, un pas très important du développement s'effectue. Les sentiments de culpabilité et d'angoisse interviennent maintenant comme un élément nouveau dans l'émotion amoureuse. (Klein et Riviere, 1937, p. 95-96)

C'est par la survie de son partenaire à ses attaques que s'éveille en lui le conflit opposant l'amour à la haine. En demeurant imperturbablement celle qui apaise en plus de celle qui est agressée lors des périodes de frustrations, la mère n'apparait plus comme deux entités, l'une frustrante et l'autre apaisante, mais comme une seule personne capable des deux à la fois. Une partie agréable de la mère que l'enfant considérait comme son extension se place alors à ses yeux, en dehors de ce qui lui semblait les limites de son être. De même il prend conscience de la violence qui fait partie de lui et qu'il considérait jusque-là comme un attribut du non-soi. Il doit se montrer responsable de cet aspect désagréable de lui, pour protéger l'aspect agréable de la réalité extérieure. L'enfant comprend qu'il n'est pas auto-suffisant,

qu'il dépend du monde, que sa source est à l'extérieur de son contrôle omnipotent, et que celle-ci n'est pas immuable. Elle doit être sans cesse sauvée de lui. La séquence d'interactions au non-soi se poursuit alors ainsi : frustrations/tentatives de destruction/survie du partenaire/conflit entre l'amour et la haine. La suite de la séquence amène donc petit à petit l'enfant à joindre ses représentations subjectives et clivées du monde et de son propre soi, en deux entités globales et séparées, à la fois agréables et désagréables.

L'intégration des représentations des deux sensations primitives redessine les frontières du soi et du non-soi. Puisque la mère est perçue comme une seule personne, elle devient une cible commune aux pulsions libidinale et agressive qui vont alors se rejoindre et fusionner. La tension provoquée par le conflit entre la haine et l'amour met donc à disposition de l'enfant une nouvelle forme d'énergie pulsionnelle, une énergie agressive neutralisée, dont une partie va se réorienter de l'extérieur vers l'enfant. Pour Freud, cette réorientation correspond au « narcissisme secondaire ». L'enfant, devenu plus vulnérable à l'issue du premier détournement de l'énergie pulsionnelle, peut restaurer par lui-même un certain sentiment de sécurité intérieure à partir du moment où il investit vers lui la pulsion agressive fusionnée. Le Moi se renforce, diversifie le type de ses décharges musculaires, gagne en précision et en agilité. Il ne craint plus sa propre destructivité. Il parvient progressivement à retarder l'expression des activités pulsionnelles, voire à sacrifier une partie de la sécurité qu'elle lui procure, afin de l'adapter à ce qui l'entoure. L'enfant n'est plus aussi fragile qu'il l'était, la réalité n'est plus aussi menaçante :

> Les tendances agressives quand elles sont fondues avec les tendances libidinales selon les voies normales favorisent la socialisation plutôt qu'elles ne la contrarient. Elles fournissent la force et la ténacité initiales dont le tout jeune enfant doit faire preuve pour atteindre le monde des objets et s'y tenir attaché. Plus tard elles soutiennent l'ambition de s'approprier les qualités et les pouvoirs des parents comme le désir d'être grand et indépendant. (Anna Freud, 1965, p. 145)

Avec la prise de conscience des dommages qu'il cause, l'enfant n'est plus centré sur lui-même et ses besoins. Le sort d'une autre personne le préoccupe. La façon

dont il s'ajuste au conflit de l'amour et de la haine l'amène donc à une tout autre forme d'existence, au-delà de l'égocentrisme. Au côté des attaques apparaissent des comportements de réparation, de soins pour un autre que soi. Du fait des interactions répétées avec un monde de plus en plus réel, et donc inévitablement frustrant, le conflit entre l'amour et la haine permet de sortir de l'égoïsme.

Par la subordination de la pulsion agressive, l'enfant acquiert progressivement une certaine confiance dans sa capacité de retrouver intact l'objet de son amour à la suite des phases de frustration. L'enfant peut continuer à s'éloigner en toute sécurité, se tourner vers le visage de l'étranger, vers un monde social plus large, puisqu'il porte en lui la représentation d'une figure de soin envers laquelle il peut se montrer dépendant en toute confiance. Le retour à l'union symbiotique, la revendication d'une aire d'expérience intermédiaire, la soumission à une moralité prohibitive, ces trois modes de régulation immatures du rapport à la réalité ne représentent plus les seules alternatives dont l'enfant dispose afin d'atténuer la précarité de son existence. Grâce à la neutralisation de la pulsion agressive, l'enfant a développé un système de sécurité personnel, il a acquis un processus individuel de régulation du rapport à la réalité. Et s'il fait face à l'absence, la perte, l'échec et le rejet, il y réagit par un nouveau comportement : la tristesse. D'un point de vue développemental, la tristesse remplace donc la haine. Elle est une réaction plus élaborée, un indicateur de maturité que Melanie Klein, puis Winnicott qualifient de « position dépressive ».

Par quel indice se manifeste ce système de sécurité intérieure chez nos trois auteurs ? Pour Spitz l'aptitude à la communication sociale, c'est-à-dire le remplacement de l'action par le verbe, représente l'indice que le dilemme de la puberté s'est renversé : le monde n'est plus au service d'une expression pulsionnelle prégénitale spontanée et immodérée, au contraire. Pour Mahler, c'est l'apparition de la permanence affective de l'objet, autrement dit l'intériorisation et l'investissement de la figure parentale, qui indique que l'enfant possède maintenant l'aptitude d'explorer le monde, sans le craindre, au point de solliciter un retour vers

l'unité symbiotique. Chez Winnicott, l'avènement de la culpabilité témoigne de l'aptitude du jeune enfant à renoncer à la toute-puissance et à ses privilèges pour supporter la responsabilité de l'interdépendance indissociable de l'autonomie. Elle donne ainsi lieu à un sens de responsabilité personnelle. Ces trois marqueurs de la résolution du dilemme de la première puberté supposent ainsi l'aptitude à tolérer l'éloignement, la séparation, puis la solitude, afin d'accéder au monde des relations sociales et objectives.

Au cours de nos essais, nous avons rapproché la réalisation de la phase de sevrage décrite par Winnicott, et de séparation décrite par Mahler, avec celle du complexe d'Œdipe tel que décrit par Freud. Cela signifie donc qu'il y aurait aussi un rapprochement à faire entre : l'acquisition d'une aptitude individuelle à se réguler face à une insécurité originelle ; la capacité à démontrer un sens des responsabilités ; et la formation d'une nouvelle structure psychique, le Surmoi. Ce rapprochement est bien explicité dans les travaux d'Edith Jacobson :

> L'influence de la formation du surmoi sur le développement affectif se manifeste avant tout par la production d'une expérience affective nouvelle : le sentiment de culpabilité. Ce sentiment, relativement indépendant de la réalité extérieure, est sans doute le plus intolérable des sentiments de déplaisir et constitue un signal affectif qui soumet le Moi à une autorité. (Jacobson, 1964, p. 136-137)
> L'investissement libidinal de soi gagne en stabilité et en constance, et n'est plus aussi facilement ébranlé par le rejet, la frustration, l'échec ou d'autres expériences analogues. Cette stabilité de l'investissement se traduit normalement par un degré suffisant d'estime de soi, avec une marge bien définie de variation, qui permet de résister, jusqu'à un certain point, à des atteintes à l'intégrité psychique, ou même physique du soi. Ainsi le surmoi opère généralement une régulation centrale des investissements narcissiques et objectaux et favorise leur stabilité respective. En résumé, nous devons dire que le surmoi est l'introduction d'un nouveau système de sécurité, des plus remarquables, qui protège le soi contre les stimuli internes et externes et le préserve donc des blessures narcissiques. (Jacobson, 1964, p. 138)

Le second détournement de l'énergie pulsionnelle scelle les contributions fondamentales de la pulsion agressive à l'achèvement de la seconde naissance, celle qui conduit au monde humain. Elle permet de mettre fin au recours à la toute-

puissance et à ses modes de régulations immatures. Ses types de décharges prégénitales auto-érotiques et sadiques, l'intensité et le sens de ses expressions sont les marqueurs des étapes du développement qui conduit à un sens de soi et à la formation d'un rapport à la réalité.

Les manifestations de la pulsion agressive pointent donc toujours des modes de régulation du rapport à la réalité, l'une d'abord par l'intermédiaire d'une gestion prégénitale non cordonnée et libre, au service d'une jouissance égoïste, mais indispensable à la survie ; l'autre par une gestion génitale, cordonnée et restreinte, au service de la relation d'objet. Le sort de l'agressivité, qu'elle soit d'abord orientée vers l'intérieur, détournée vers l'extérieur, ou neutralisée et réinvestie, joue continuellement un rôle clé sur la route qui mène de la dépendance à l'autonomie, de l'indifférenciation à la différenciation, de l'illusion de l'autosuffisance à la gratitude de l'interdépendance, de l'égoïsme au renoncement symbole d'hospitalité. Chez l'être humain, agressivité et niveau de maturité du développement psychique sont donc inextricablement liés. L'une ne cesse de renvoyer à l'autre.

2.2.4. De l'amour du pouvoir au pouvoir de l'amour : la naissance psychique

L'acquisition d'un sentiment de sécurité intérieure transforme le mode d'être au monde lors de la première enfance. L'être humain n'a pu supporter l'insulte sous laquelle la réalité lui est apparue à la naissance, qu'à travers une sorte de « culte » de sa personne et d'une quête de pouvoir omnipotent. Et plus l'offense est profonde, plus le culte est grand et la quête de pouvoir impérieuse : « Lorsqu'un individu ne possède aucun sentiment de sécurité intérieur, il se met en place une sorte de culte à l'égard du moi qui est perçue comme constamment menacée. » (Guex, 1940, p. 63). Chaque nouvelle génération a commencé par faire l'expérience du monde à travers un désir irréaliste d'auto-suffisance. La fragilité constitutive de l'espèce conduit cette nouvelle génération à n'aimer d'abord qu'elle ou tout ce qui chez l'autre s'y rattache, et à rejeter ce qui s'en diffère, à l'associer au mal, à tenter de s'en débarrasser. C'est ainsi que les jeunes enfants se choisissent des partenaires à

travers lesquels ils peuvent s'aimer eux-mêmes, et assouvir une quête urgente de sécurité et d'apaisement. A l'origine de la personnalité nous avons donc dépeint un premier état d'égoïsme qui ne tolère ni privation, ni manque, ni absence, ou rejet, un état résolument subjectif, inapte à saisir le sens du réel. Ce premier état va à l'encontre des lois qui régissent la vie en communauté, et donc la préservation des civilisations. Il faut des années avant que l'humain puisse s'éloigner de ce premier rapport primitif à la réalité et assumer le poids d'une existence autonome. Il faut des années d'accompagnement pour que chaque nouvelle génération parvienne à acquérir une forme de sécurité compatible avec la préservation de la communauté qui l'accueille.

Par leur engagement durant toute une première période de dépendance, les parents transmettent à l'enfant les dispositions vitales qui faisaient préalablement défaut. Par les soins qui détournent la pulsion agressive, ils finissent par lui transmettre indirectement les ressources dont la nature l'avait préalablement privé. Chaque jour, ceux-ci œuvrent pour faire d'un monde d'abord inhospitalier, un endroit beau et accueillant, un endroit à partir duquel la vie parait possible aux yeux de qui la reçoit. De cette générosité vient un sentiment profond de gratitude, sentiment que l'on retrouve sûrement à la base de la première préoccupation désintéressée qui éloigne l'enfant de l'égoïsme, du premier sacrifice qui l'éloigne de la jouissance inconditionnelle, du premier geste de réparation qui l'éloigne de la haine. C'est bien la gratitude, en souvenir de cette générosité, qui est évoquée derrière chaque sourire, en fond de chaque « merci » et « s'il vous plait » :

> Le pouvoir de l'amour diffère fondamentalement de l'amour du pouvoir qui est essentiellement égoïste et qui ne peut, à aucun degré, se mélanger à l'amour, il ne peut que le simuler. Un amour véritable suppose une aptitude à se sacrifier, à supporter la douleur, un degré de dépendance. (Klein et Riviere, 1937, p. 65)

L'humilité et le sentiment de se sentir redevable, qui suit normalement la prise de conscience de la dépendance, constituent sans doute la base de toutes les relations sociales ultérieures. C'est comme si en apprivoisant la dépendance qui accablait tant son espèce, l'être humain était parvenu à se hisser jusqu'au sommet du vivant.

Lorsque l'immaturité est ainsi « cultivée » (culte et culture proviennent de la même racine latine qui signifie cultiver), chaque nouvelle génération transite à sa façon, au cours de ses premières années de vie, depuis l'amour du pouvoir, jusqu'au pouvoir de l'amour.

Nous ne pouvons continuer à prendre pour acquis l'objectivité et la délimitation d'une identité personnelle comme des qualités innées de la personnalité. L'étude des premiers moments de la vie nous a démontré tout le contraire : la délimitation du soi et sa mise en relation avec le monde constituent plutôt le point d'arrivée de la personnalité, et non un point de départ. Le sens de soi et du réel est fragile, coconstruit, et constamment régulé :

> Être objectif, c'est être capable de voir les choses comme elles sont, sans déformation d'aucune sorte. Il est, hélas, facile de constater combien l'objectivité est une chose fragile, combien vite nous quittons l'attitude objective et sans parti pris. En fait les êtres vraiment objectifs forment une minorité. (Guex, 1940, p. 26)

La disposition première de l'esprit humain relève d'une expérience subjective de la réalité. Une distinction nette entre la subjectivité et le jugement objectif ne peut se faire qu'à l'issue de plusieurs années, autour de 6 à 8 ans, et sera bousculée une nouvelle fois, lors de la seconde puberté, à l'adolescence. L'adaptation à la réalité n'est donc pas une aptitude spontanée et automatique, c'est un travail qui sollicite des efforts et des sacrifices continuels. Du point de vue du développement, elle doit toujours être précédée de l'acquisition d'un système de sécurité compatible avec le respect de l'autre, un système de sécurité qui est différent de celui qui fonctionne selon « le principe de plaisir ». Les étapes du développement psychique correspondent donc à des configurations successives de sécurité jusqu'à l'acquisition de celle compatible avec la réalité. Le développement va alors de l'auto-érotisme, qui commence par l'autonomie des zones érogènes, à leur subordination au service de la civilisation et du monde social.

L'étude des premiers moments de la vie nous a amené à faire une nuance entre le fait de naitre, la naissance physique, et le fait de venir au monde de manière

différenciée, la naissance psychique. Il existe une sorte d'entre-deux qui sépare les deux naissances, une longue période d'immaturité marquée par la vulnérabilité et l'indifférenciation. La naissance psychique indique qu'une frontière s'est formée entre le soi et le monde, une frontière que l'enfant parvient à réguler lui-même continuellement grâce à la socialisation des expressions pulsionnelles. La consistance de la naissance psychique est conditionnée par le degré d'acquisition d'un processus de régulation civilisé du rapport à la réalité. La seconde naissance représente donc un équilibre fragile, conquis à raison de compromis douloureux, entre la menace que suscite la rencontre prématurée de la réalité, et la culpabilité provoquée par le conflit de l'amour et de la haine. On peut distinguer ces deux naissances comme suit :

- La naissance physique conduit à une forme d'être-au-monde égoïste et subjective, la naissance psychique, elle, donne accès à un mode d'être-au-monde objectif et relationnel ;
- Les processus physiologiques qui aboutissent à la première naissance sont irréversibles alors que les processus interactionnels qui aboutissent à la seconde sont réversibles.

Même à l'âge adulte, le monde de la première enfance ne disparait donc jamais complètement. Il perdure de manière latente tout au long de la vie, ce qui laisse envisager que l'activité psychique a une nature dynamique. Elle est toujours partagée par ces deux expériences du monde. Elle ne cesse de subir l'influence plus ou moins grande de l'époque de l'immaturité. L'achèvement du développement psychique ne correspond donc pas simplement au dépassement de ces premières étapes mais à l'aménagement d'une scène d'échange aussi riche et organisée que possible avec celles-ci, avec le monde de l'enfance, qui demeure toujours en arrière-fond de l'adulte que l'on devient.

Le caractère constructif de la personnalité suppose ainsi toujours de considérer l'immaturité qui est à son fondement, l'immaturité à partir de laquelle elle est continuellement bâtie, l'immaturité depuis laquelle elle tire sa vigueur et sa vitalité, et dont elle n'est qu'une forme d'expression plus civilisée.

2.3. Les troubles de la naissance psychique : la persistance anachronique d'un rapport immature à soi et au monde

2.3.1. La socialisation du rapport à la réalité par le maternel

Chez l'espèce humaine, le prolongement de la période de soins qui engage les parents sur plusieurs années après la naissance, contrairement aux autres mammifères, implique une socialisation du rapport à la réalité. C'est à travers tout un ensemble d'interactions que le jeune enfant parvient à la formation d'un sens de soi et du réel depuis une posture initialement solipsiste. La transmission des caractères adultes qui permettent de mener une existence personnelle et autonome subit donc un déterminisme relationnel à la hauteur du degré de dépendance des premiers moments de la vie. Au commencement ce déterminisme, à l'image de la dépendance du nourrisson, est total. Nous avons vu en effet que l'enfant ne se vivait pas d'emblée dans un corps délimité. Il est là où il réside. Il est ce qui l'entoure. Il est les mains qui le portent et qui l'allaitent, la bouche qui l'embrasse et qui l'appelle, le sein qui le nourrit.

Le niveau d'achèvement de la naissance psychique d'un individu reflète en grande partie les dispositions du foyer parental face à la prise en charge de la dépendance initiale. Les premières perceptions des sensations agréables et désagréables, leur intégration, la neutralisation de l'agressivité, sa contribution à l'acquisition d'un système de sécurité intérieure, toutes ces réalisations développementales ne cessent donc d'évoquer les interactions depuis lesquelles elles sont coconstruites, les interactions parents/enfant :

> Nous savons que le facteur déterminant dans le développement de l'enfant est la relation parents-enfant, dont nous allons décrire brièvement le rôle dans la formation du moi. L'influence parentale active la croissance du Moi et renforce le contrôle, l'inhibition et la liaison partielle, ainsi que la neutralisation et l'utilisation des pulsions érotiques et agressives, qui sont mises au service du moi et assurent le fonctionnement des processus secondaires. Cette influence contribue ainsi au bon développement psychosexuel et à la maturation des sentiments, des mécanismes intellectuels, des actes et du sens de la réalité, en même temps qu'elle promeut l'établissement de relations sociales ou individuelles, inhibées quant au but, et de fortes identifications aux objets d'amour, dans les systèmes du moi et du

> surmoi. D'une façon générale, elle facilite l'individualisation progressive de l'enfant et son passage d'un état de dépendance psychologique a une situation d'activité du Moi autonome, ou le sujet s'exerce à des pratiques sociales et culturelles. (Jacobson, 1964, p. 62-63)

Développement et soins sont tellement indissociables au cours des premières années de la vie, que pour nos trois auteurs, y parler de l'enfant revient à parler de l'entourage. Tous les adultes n'y ont pas des rôles interchangeables. Nous avons vu à travers nos essais que la mère ou son substitut tenaient un rôle à part dans le monde de la première enfance.

Spitz, Mahler et Winnicott témoignent unanimement de la contribution quotidienne des mères, ou de leur substitut, à l'achèvement du parcours qui mène de la dépendance à l'autonomie. On a trop facilement tendance à banaliser ou discréditer l'immense don de soi que la nature exige des mères, lorsqu'on ignore la façon dont se sont déroulés les premiers moments de la vie. Pour Spitz, la mère constitue un Moi auxiliaire pour pallier la vulnérabilité de son enfant. Elle exerce temporairement un ensemble de fonctions à sa place, et les lui transfère progressivement selon le rythme de la poursuite de sa gestation extra-utérine. Pour Mahler, la mère est l'organisatrice symbiotique de la seconde naissance. Elle s'assure qu'il soit le bienvenu dans un monde qui lui est *a priori* hostile, comme une sage-femme le fait lors de la naissance. Elle ajuste sur mesure le rythme de la séparation et de son individuation, en tenant compte des dispositions particulières de son enfant, comme aucun étranger ne pourrait le faire. C'est chez Winnicott que le mot maternel trouve sans doute le mieux sa justification pour désigner la pratique des soins à l'attention des jeunes enfants. Selon lui, la mère représente un environnement facilitateur en charge d'introduire le monde à l'enfant de telle sorte qu'il puisse finir par le rejoindre sans trop souffrir. Pour lui, si elle parvient à faire du monde un endroit hospitalier et réel, ce n'est pas du fait de son savoir intellectuel ou encore de la perfection de ses soins, mais plutôt par son dévouement ainsi que par son caractère précisément imparfait, ou du moins « suffisamment bon ».

Dire de la mère qu'elle est un Moi auxiliaire, une organisatrice symbiotique ou un environnement facilitateur ne signifie évidemment pas qu'un père, un frère, une sœur, un grands-parents, ou quiconque à qui est confié un jeune enfant pour x raisons, ne puisse jamais remplir de tels rôles. Si la responsabilité des soins est confiée à une autre personne que la mère, celle-ci devra toute de même agir à la façon dont une mère s'occupe d'un jeune enfant au cours des premiers moments de sa vie. Autrement dit, pour que l'enfant ait des chances de surmonter les défis de son immaturité, celui ou celle qui en a la charge devra investir une attitude principalement maternelle, et non paternelle ou fraternelle. La première institution sociale destinée aux jeunes enfants dans nos sociétés occidentales contemporaines s'appelle bien « l'école maternelle ». Ceci ne veut pas dire que le paternel ou le fraternel n'interviennent jamais au cours du développement, mais que leurs contributions arrivent un peu plus tard que celles du maternel.

La grande précarité de la condition humaine à la naissance ainsi que la précocité de la première des deux pubertés de l'enfant amplifient l'influence des contributions parentales sur l'avènement de la maturité. Si un tel déterminisme relationnel, exercé par la génération précédente, est à l'origine de la propension à la collaboration sociale et culturelle, s'il confère le pouvoir immense de réparer et recréer, alors des carences relationnelles précoces exposent également chaque nouvelle génération à des risques tout aussi grands de destruction, en entravant la poursuite du développement. Privé de l'accueil qui freine l'autonomie, un certain nombre d'individus peuve rester pris au piège de leur propre immaturité. Nous n'en venons pas jusqu'à dire que les dispositions génétiques, ou organiques n'ont aucun impact. Nous précisons cependant l'incidence spécifique du contexte développemental pour appréhender la personnalité et sa pathologie. L'étude des premiers moments de la vie nous incite à admettre que le degré d'acquisition d'un sentiment d'identité personnelle, d'objectivité, de sécurité, d'inhibition de l'agressivité, est particulièrement susceptible de varier selon la façon dont ont été franchies de grandes tâches développementales interactionnelles, à la base de la naissance psychique.

2.3.2. Psychopathologies ou interruptions traumatiques du développement

Sans une médiation relationnelle en proportion à l'épreuve que représentent les premiers pas dans l'existence, rien n'exclut des interruptions, des arrêts, des régressions temporaires ou définitives le long du parcours qui mène chaque nouvelle génération à trouver sa place parmi une communauté. Des perturbations du développement se manifestent toujours par la persistance de configurations primitives de sécurité, des formes d'existences anachroniques au monde, guidées encore et toujours par la nécessité de se défendre et de survivre. Le problème principal que posent des interruptions du développement ne réside pas tant dans le fait que l'enfant ait à se défendre. Nous avons vu que développement et défense n'étaient absolument pas incompatibles, bien au contraire. Le développement consiste précisément dans l'acquisition de défenses toujours plus élaborées afin de surmonter par soi-même la menace par laquelle le monde s'est présenté. Le problème posé par les interruptions réside plutôt dans l'inefficacité et l'insuffisance des moyens dont l'enfant dispose pour y parvenir, ce qui l'expose à des tensions, des anxiétés, des sensations d'anéantissement, inconciliables avec l'exploration, l'autonomie et l'interdépendance.

Pour atténuer par lui-même tant bien que mal son rapport insécurisant à la réalité, l'enfant, dont le développement s'est suspendu, n'a pas vraiment d'alternatives mises à part des modes de gestions immatures qui s'appuient sur le recours à la toute-puissance et le maintien de la subjectivité. Or, ces configurations primitives de sécurité sont incompatibles avec le monde réel, elles sont irresponsables et asociales. Dans nos sociétés, il n'est pas donné à l'enfant la possibilité de continuer à se défendre bien longtemps par de tels moyens immatures. La scolarisation exige des enfants qu'ils soient indistinctement capables de se soumettre aux mêmes exigences sociales, peu importe leur histoire développementale. C'est là une seconde injustice portée aux enfants qui ont déjà été mal accueillis dans le monde, que de devoir se conformer aux attentes de leur âge, sans qu'on ne tienne compte des éventuelles carences propres à leur histoire développementale. Sans soutien préalable, l'adaptation à la réalité est encore plus douloureuse et donne lieu à toutes

sortes d'aménagements pathologiques. Dans le pire des cas, l'incapacité à conformer son immaturité n'est guère plus réjouissante : elle peut même conduire vers la marginalisation ou la délinquance :

> C'est une des injustices flagrantes de la société que le standard culturel exige de tout le monde la même conduite sexuelle, les uns y parvenant sans effort grâce à leur organisation, tandis que les autres se voient imposer par cela les plus lourds sacrifices psychiques. C'est là une injustice que l'on déjoue le plus souvent en ne suivant pas les préceptes moraux. […] Nous avons vu que même dans cette répartition de la liberté et de la restriction sexuelle un certain nombre d'individus sont écartés comme pervers et d'autres qui s'efforcent de ne pas l'être alors qu'ils devraient l'être, étant donnée leur constitution, sont poussés dans la maladie nerveuse. (Freud, 1969, p. 11-12)

Dans la citation précédente, nous suggérons de rapprocher la signification de « pervers » à la notion d'immaturité. Nous avons vu à travers nos essais que de nombreux états pathologiques trouvaient ainsi leur cause dans les diverses formes d'inachèvement du développement psychique précoce. Les expériences psychiques du monde de ces états pathologiques se rapprochent pour cela d'expériences psychiques infantiles du monde, à l'image de celles de la première enfance. Nous nous attendons donc à y retrouver des degrés d'indifférenciation, de perception subjective clivée, ainsi que des rapports au monde pré-relationnels.

Quelles sont ces interruptions ainsi que leurs conséquences pathologiques chez nos trois auteurs ? Pour Spitz, il existe deux formes de développement déficitaire, susceptibles de déformer l'accès à la réalité. Il distingue des troubles psychotoxiques dans le cas de défaillances qualitatives des soins maternels au cours du développement précoce ; et des troubles de carence affective, plus graves, dans le cas de carences quantitatives. Les déséquilibres du développement provoquent pour lui des déficiences du Moi et la persistance de mode de décharges archaïques de l'énergie pulsionnelle, notamment par des voies psychophysiologiques. Mahler associe quant à elle l'absence d'un sentiment d'identité à la déformation des phases normales d'indifférenciation du développement qui précèdent l'étape de séparation. Pour elle, la persistance de formes d'existences symbiotiques ou autistiques représente un moyen précieux de se protéger contre la menace que suscite la réalité,

chez les enfants qui ont été privé de l'aménagement d'un délai suffisant pour y faire face. Il existe aussi pour elle des déformations de la phase de séparation, et notamment de la sous-phase de rapprochement, qui conduisent à des déficiences du Surmoi. Ces déformations impactent alors la résolution du dilemme de la séparation qui pourrait ne pas trouver de dénouement. Winnicott, lui, suggère un lien étroit entre la persistance de l'immaturité de certaines phases normales du développement précoce et les psychopathologies. Selon lui, plus les ruptures surviennent tôt au cours des phases de dépendances absolue et relative, plus les conséquences sont traumatiques sur la constitution du soi et l'acquisition de moyens de soulager la menace que soulève la rencontre du monde. Par exemple, si la voie de détour temporaire vers la réalité n'est pas fonctionnelle, l'enfant peut tourner en rond, à des niveaux de maturité partiels.

Plus la description de l'immaturité qui caractérise l'époque se situant entre les deux naissances est exhaustive, plus fine sera l'interprétation des états pathologiques ultérieurs dont ils ne sont qu'un retour, une régression ou un prolongement. Les psychopathologies qui ne sont pas mieux explicables par une cause anatomopathologique renvoient ainsi à une difficulté à surmonter le défi fatidique de sa propre immaturité, lorsque l'entourage échoue à compenser suffisamment une première forme d'existence déjà particulièrement précaire. A partir d'une perspective développementale, les psychopathologies ne sont donc pas des phénomènes qualitativement différenciés ou des phénomènes d'origine purement organique, mais des degrés d'interruption du développement qui mène à la naissance psychique. Ce sont des niveaux d'immaturité. Ces phénomènes ne peuvent être interprétés comme des maladies dont l'apparition ou le mode de manifestations, à l'âge adulte, n'ont absolument rien à voir avec les contextes de vie précédents et les configurations relationnelles spécifiques à l'histoire de chaque individu. A partir d'une perspective développementale donc, les « maladies mentales » sous-entendent le plus souvent des traumatismes du développement, en lien avec des défaillances ou négligences de la part de l'entourage.

2.3.3. Le défaut d'acquisition d'un système de sécurité intérieure : l'inconsistance de la formation du soi et d'un rapport à la réalité

Nous avons vu précédemment que la naissance psychique s'achevait à l'issue de deux déviations successives de l'énergie pulsionnelle qui finissent par mettre à contribution la pulsion agressive afin d'acquérir un système de sécurité personnelle. De plus, nous avons vu également que les voies de décharges des pulsions, leurs directions, leurs intensités, ainsi que la nature indifférenciée, agressive, libidinale ou fusionnée de leurs expressions, sont des marqueurs, des indicateurs directs du niveau de développement, et donc *a fortiori* des types d'interruptions. Comment les interruptions du développement affectent-elles les deux déviations de l'énergie pulsionnelle ? Quels en sont les impacts sur les structures du Moi et du Surmoi, structures dont ces deux déviations sont précisément responsables ?

Les enfants qui sont amenés à affronter trop tôt la menace de la première rencontre à la réalité, soit parce que leur premier contact n'a pas été assez adouci, soit parce qu'ils ont dû se séparer trop tôt ou trop tard de l'unité symbiotique, demeurent dans une certaine mesure des « prématurés psychiques ». S'ils ne peuvent profiter du prolongement temporaire de l'indifférenciation et des ressources extérieures pour se renforcer, ils doivent prendre en charge des fonctions de soins de manière inopportune. La sollicitation anormale de leur propre ressource altère ainsi l'usage des activités pulsionnelles prégénitales, auto-érotiques et sadiques, qui se consacrent normalement à ce moment à l'apaisement immédiat des tensions. Chez les prématurés psychiques, le surinvestissement des activités pulsionnelles prégénitales interfère nécessairement avec les deux déviations énergétiques successives qui doivent aboutir à la différenciation de l'enfant vis-à-vis du monde.

Considérons d'abord l'altération de la première déviation de l'énergie pulsionnelle, celle par laquelle elle est réorientée de l'intérieur vers l'extérieur, à travers deux pôles d'investissement libidinal et agressif. Dans les cas où l'enfant ne parviendrait pas à percevoir et investir une source de soins extérieurs, un Moi auxiliaire, un partenaire symbiotique, son expérience psychique du monde demeure celle de la phase autistique de Mahler, de la phase pré-objectale de Spitz, ou de la phase de

dépendance absolue de Winnicott. Comme dans ces phases normales, on y retrouverait des retards sévères de développement du Moi, ainsi qu'un désintérêt pour le monde humain et réel. Dans les formes plus graves d'altération de la première déviation, la sollicitation anormale des premières voies de décharges psychophysiologiques se traduirait par des troubles somatiques allant jusqu'à la mort.

Les altérations de la seconde déviation de l'énergie pulsionnelle sont d'autant plus complexes que les voies de décharges se sont diversifiées (cette complexité est sans doute celle observée ultérieurement avec les manifestations du TPL). Plus l'enfant est spolié des ressources d'une unité fusionnelle adaptée à son rythme, plus il convoite la sécurité que procurent la toute-puissance et l'avidité, moins la pulsion agressive est disposée à se détourner. Or, nous avons souligné l'importance cruciale de la seconde déviation dans l'acquisition d'un processus de régulation plus civilisé et plus juste du rapport entre le soi et le monde. Ici, une sollicitation excessive des activités pulsionnelles prégénitales auto-érotiques et sadiques, afin de continuer à se protéger d'un excès de tensions insupportables, peut nuire au bon déroulement de la séquence d'interactions au cours de laquelle l'agressivité est neutralisée et subordonnée, au profit du renforcement des fonctions du Moi et de l'autonomie. Dans les formes d'altération de la seconde déviation, l'amour et la haine restent dissociés, en plus ou moins grande proportion. L'insubordination de l'activité pulsionnelle et l'insuffisance de la socialisation de ses expressions se répercutent logiquement par des discordances du développement, à savoir des déficiences plus ou moins graves du Moi et du Surmoi :

> Le trouble qui en résulte au niveau du comportement est alarmant, en particulier dans les domaines comme la réalisation des tendances sexuelles et agressives, l'abondance des productions fantasmatiques, l'ingéniosité dont l'enfant fait preuve pour justifier des attitudes délinquantes et son manque de contrôle vis-à-vis des tendances anales et utérales. Ces cas sont communément étiquetés borderline ou prépsychotique. (Anna Freud, 1965, p. 101)

Des affaiblissements du Moi et du Surmoi donnent alors lieu à des troubles de l'identité, puisque la régulation des frontières du soi et du non-soi dépendent

directement de leur bon fonctionnement. Parmi ces états pathologiques de l'identité, nous avons recensé au cours de nos essais les états autistiques et psychotiques, les états limites ou borderline, ainsi que certains phénomènes de délinquances :

> Une précocité sexuelle allant de pair avec une maturation du Moi trop lente, est tout aussi problématique qu'un développement sexuel retardataire, joint à un Moi précocement mûr. Dans le premier cas, on rencontre des problèmes du surmoi qui se manifestent parfois par des tendances à la délinquance et à la rébellion ; ces jeunes élaborent un système de fausses valeurs, un pseudo – idéal, qui ne leur apporte aucun soutien éthique, mais qui les induit en erreur. Dans le second cas, on constate des tendances, non moins dangereuses, à l'hyper-intellectualisation, ou des préoccupations obsessionnelles, souvent associées à l'ascétisme et à un moralisme excessif. Par la suite, quand la nature reprend ses droits, ils peuvent brusquement laisser place à des attitudes opposées, et par là à un comportement incontrôlable. (Jacobson, 1964, p. 201)

Si comme nous venons de le voir, il y a bien un lien entre pathologies et immaturité, et si la maturité, quant à elle, correspond bien à l'acquisition d'un système de sécurité par la neutralisation de l'agressivité, alors cela signifie, finalement, qu'immaturité, insécurité, subjectivité et agressivité peuvent se combiner en autant de constellations pathologiques qu'il existe de parcours traumatiques du développement. Quelles que soient les formes pathologiques par lesquelles elles se manifestent, les interruptions affectent toujours à plus ou moins grande échelle les tâches développementales qui convergent vers l'acquisition d'un sentiment de sécurité. D'un point de vue développemental, nous pouvons ainsi associer divers états pathologiques à des degrés d'inachèvement plus ou moins graves de la seconde naissance, la naissance psychique. Le propre de ces états pathologiques ne consiste pas en tant que tel en la persistance d'une expérience psychique immature du monde. Nous avons vu non seulement que l'univers de l'enfance ne disparaissait jamais complètement, mais en plus qu'il intervenait de manière dynamique dans le reste de la vie psychique à l'âge adulte. Le propre de ces états consiste plutôt dans l'échec de la capacité à « cultiver » (dans le sens d'éduquer, de civiliser) cette immaturité, sans laquelle, étonnamment, aucune réalisation sociale et culturelle plus évoluée n'est possible.

2.3.4. Réponse à la question de recherche : le TPL, d'un trouble du développement à un trouble de la naissance psychique

Nous parvenons enfin à proposer une réponse à notre question de recherche, qui se formulait ainsi : « Comment envisager le trouble de la personnalité limite à partir d'une approche anthropologique développementale, selon laquelle il y aurait une naissance psychique au cours des tout premiers moments de la vie humaine ? ». A partir des présupposés alternatifs de la clinique psychanalytique sur la condition humaine, nous considérons enfin le trouble de personnalité limite comme une des pathologies de la naissance psychique, un trouble de la seconde naissance au cours de laquelle s'élabore un système de sécurité viable, qui permet à l'enfant de rejoindre le monde avec une personnalité propre, en dépit de sa fragilité constitutive. Un changement de cadre anthropologique, qui propose d'approcher la personnalité à partir d'une perspective développementale nous conduit donc à envisager le TPL en tant que persistance anachronique d'une forme d'être-au-monde immature, le prolongement d'une sorte d'expérience psychique prématurée. La persistance d'une telle forme d'immaturité résulterait d'une interruption traumatique du développement entre la première et la seconde déviation de l'énergie pulsionnelle, avant le détournement final de l'agressivité de son destin biologique, de l'apaisement immédiat des tensions à sa mise à disposition de la formation d'un rapport civilisé au monde. Cette interruption a donc lieu avant la fin de la période de sevrage et l'acquisition d'un sentiment de culpabilité pour Winnicott, avant le dénouement de la crise du rapprochement et l'élaboration de la permanence affective de l'objet pour Mahler, avant la réappropriation du langage symbolique au fondement du dialogue pour Spitz, et enfin avant la résolution du complexe d'Œdipe qui s'achève avec le renforcement du Moi et la formation du Surmoi pour Freud.

Une telle représentation du TPL, nous permet de reconsidérer les manifestations cliniques de ceux et celles qui en souffrent comme des formes précaires de survie, des façons peu efficaces de compenser tant bien que mal, avec ses ressources limitées, la menace immense que suscite la rencontre prématurée du monde, lorsque

le délai et les soins pour mieux s'y préparer font défaut, soit par leur absence, soit par leur détérioration, soit par leur prolongation à outrance. D'un point de vue développemental, le TPL, comme trouble de la psychogenèse suppose ainsi :

- Des configurations de sécurité primitives, incompatibles avec les exigences de la réalité et les règles sociales ;
- Le recours à des formes archaïques de gestion du rapport à la réalité, notamment par la préservation de la toute-puissante et de la subjectivité ;
- Une délimitation imprécise et fluctuante entre le soi et le non-soi, partagée par les représentations clivées agréables et désagréables ;
- Des voies de décharge prégénitales auto-érotiques et sadiques de la pulsion agressive et donc un déficit de neutralisation de l'agressivité ;
- La suspension du dilemme de la première puberté à des formes de pseudo maturité ;
- Des fluctuations majeures du sentiment d'identité et de l'ancrage à la réalité, puisque le Moi et le Surmoi qui sont responsables de leur régulation demeurent faibles et inconsistants.

La conceptualisation du TPL comme prolongement d'une forme de « néonatalité psychique » nous permet d'envisager une articulation entre symptomatologie et étiologie. Ses manifestations renvoient à des expériences psychiques précoces que nous avons décrites dans nos trois essais. Chez René Spitz, nous rapprochons la néonatalité psychique à une forme d'expérience du monde qui se déroule au troisième stade du développement, celui qui amène du précurseur de l'objet à l'objet réel, entre 10 et 18 mois. C'est à ce stade que l'enfant acquiert une façon qui lui est propre d'apprivoiser la peur que lui suscite d'abord sa rencontre à l'étranger. Chez Margaret Mahler, c'est à la sous-phase de rapprochement que correspond selon nous la néonatalité psychique. C'est entre 15 et 24 mois que l'enfant parvient à la résolution du dilemme de la symbiose et de la séparation, qu'il trouve la distance à partir de laquelle le monde lui parait vivable et attrayant, sans devoir revenir à une union toute-puissante pour s'en protéger. Enfin, chez Donald Winnicott, nous situons la néonatalité psychique au cours de la phase de dépendance relative, entre 6 et 24 mois. C'est à cette période que l'enfant s'approprie un moyen personnel

pour soulager le choc des deux mondes dans lequel il lui était permis d'évoluer jusque-là, autrement que par le recours à l'illusion de l'aire intermédiaire.

Ce que l'on avait considéré précédemment comme un monstre, un paria, une Hydre, créature mythologique de la Théogonie d'Hésiode, n'était en réalité qu'un prématuré de la vie psychique, un perpétuel survivant, piégé par sa propre immaturité. Nous partageons ainsi la conviction de Winnicott, selon qui toute étude visant à mieux comprendre les pathologies ou déviances adultes devrait d'abord considérer la façon dont ces mêmes tendances apparaissent, au cours du développement normal de n'importe quel enfant, quel que soit son foyer. Nous avons voulu en faire de même pour le TPL.

3. Discussion : intérêt et limite de la conceptualisation du TPL comme trouble de la naissance psychique à partir d'une anthropologie développementale

3.1. Articuler étiologie et symptomatologie à partir de la naissance psychique

3.1.1. Réflexion étiologique autour du contexte des interruptions développementales

Le point de départ de cette réflexion qui nous a conduit jusqu'à la conceptualisation d'une naissance psychique et de ses pathologies reposait sur l'intention de mieux appréhender les manifestations cliniques associées au TPL, leur complexité et leur chronicité. En quoi le fait de considérer le TPL comme une forme de trouble de la naissance psychique nous permet-il dès lors de répondre à cette préoccupation initiale ? Quelles sont les répercussions sur l'étiologie du TPL d'une inscription développementale de la personnalité par rapport à une inscription naturaliste ? Permet-elle de clarifier les incohérences et les impasses quant à l'évolution, le diagnostic et la prise en charge ? En quoi ce changement de perspective anthropologique permet-il d'élargir les horizons cliniques des modèles d'interventions spécialisés qui existent à l'heure actuelle ?

Au terme de notre synthèse, nous venons d'associer précisément l'origine du TPL à une faillite du développement psychique précoce, qui altère l'acquisition d'un

système de sécurité personnelle, indispensable pour accéder à l'autonomie et poursuivre l'éloignement vers la vie d'adulte. Ainsi, les modes de gestion archaïque du rapport à la réalité que nous avons recensés ne permettent pas de résoudre le dilemme de la puberté qui oppose sécurité et séparation. Ils sont incompatibles avec les impératifs sociaux associés aux différentes tranches d'âges de la vie. Or, autour du début de la seconde moitié du XXe siècle, plusieurs auteurs ont proposé une perspective assez similaire, mais assez peu considérée aujourd'hui. Parmi eux figurent : Adolph Stern (1879 – 1958) psychiatre américain, Germaine Guex (1904 – 1984) psychologue et psychanalyste française, James F. Masterson (1926 – 2010) psychiatre américain dont nous discuterons de l'œuvre un peu plus loin, André Green (1927 – 2012) psychiatre français, Gerald Adler (1930 –) psychiatre américain :

> « Our clinical experiences suggest that it is especially the chronic failure of good enough mothering during the child's early individuation, the second years of life, that eventuates in the psychopathological constellation in the adult which we would call the borderline personality. » (Adler, 1979b, p. 90)

En 1937, Adolph Stern parlait déjà dans sa première publication à propos du trouble *borderline* d'une forme de « malnutrition affective chronique » laissant des stigmates sur la formation et le fonctionnement psychique, tout comme la malnutrition physique peut altérer durablement le développement de l'organisme d'un enfant : « Du fait de ces expériences, les sujets de ce groupe ne développent jamais le sentiment de sécurité qu'un enfant acquiert à travers l'amour qu'il reçoit et qui est le droit de tout enfant dès sa naissance. » (A. Stern, 1937, p. 333). Malgré la poursuite de la maturation physique, l'individu peut donc demeurer un prématuré devant la vie, incapable de s'y adapter de lui-même tout en préservant les ressources extérieures dont il dépend pourtant.

Germaine Guex, psychanalyste helvète d'origine française, se référait au terme psychanalytique de « névrose d'abandon » emprunté à son mari, le psychiatre Charles Odier, pour qualifier des vignettes cliniques qui s'apparentaient au TPL. Elle proposait dès 1950 de distinguer deux niveaux d'étiologie : une étiologie

primaire qui correspond à l'arrêt du développement affectif à la suite de traumatismes précoces et répétés parmi les interactions avec les figures parentales ; puis des étiologies secondaires qui constituent généralement les divers motifs de consultation. Ces étiologies secondaires telles que les troubles relationnels, les conflits, les échecs, les abandons, les manifestations anxieuses et somatoformes, ou les fluctuations de l'humeur seraient précisément des conséquences mêmes de la suspension du développement, et qui deviennent à leur tour des causes de souffrances. Ainsi, on pourrait percevoir une forme de correspondance entre l'étiologie primaire de Germaine Guex et l'Axe II du DSM 4, à savoir les troubles de la personnalité. Ses étiologies secondaires renverraient plutôt à des diagnostics des anciens Axes I, souvent complexes et instables. Or, les étiologies secondaires sont pourtant celles qui sont les plus susceptibles d'être diagnostiquées et traitées de manière isolée lorsque l'on ne se place pas dans une perspective développementale. Sans une inscription anthropologique de la personnalité, on pourrait aisément confondre, voire ignorer ces deux niveaux d'étiologie. Cette confusion étiologique pourrait faire en sorte que le TPL demeure majoritairement sous-évalué, et confondu avec des collections de symptômes de troubles anxieux et de l'humeur, qui ont tendance à aller et venir. En effet, les étiologies secondaires n'ont pas toujours de contextes environnementaux associés dans le présent, ni même de déclencheurs apparents. Leur répétition et leur forme peuvent ne pas souvent avoir de sens aux yeux des patients, à moins de les remettre dans le contexte plus large d'une étiologie primaire impliquant un trouble de nature développementale. Seule l'adoption d'une anthropologie développementale permet de clarifier cette confusion, et d'articuler la réflexion pathogénique autour de l'hypothèse de traumatismes précoce du développement psychique. En ce sens l'abandon du diagnostic multiaxial par le DSM 5 pourrait aggraver l'angle mort dans lequel se trouvaient déjà les étiologies primaires.

En outre, concevoir le TPL comme un trouble de la naissance psychique conduit à dépasser la stigmatisation que pourrait attiser une perspective naturaliste. En effet, si la personnalité est un point de départ enraciné dans un matériel fixe et donné, on

pourrait réduire à tort les pathologies de la personnalité à des dysfonctionnements organiques ou intrapsychiques propres à un individu. Depuis une telle perspective, on ne pourrait mesurer à leur juste valeur les implications immenses des contextes de vie passés ou présents dans ces dysfonctionnements. On serait tenté de privilégier des dispositions de prises en charge intrapsychiques, organiques, et donc décontextualisées. Au contraire, selon le point de vue d'une inscription développementale de la personnalité, l'origine du TPL apparait plutôt comme une construction précaire, un cheminement interrompu, ou défaillant. Là où une anthropologie naturaliste amène à confondre l'identité d'un individu et la psychopathologie, une anthropologie développementale laisse envisager une plus grande ouverture : ce n'est pas en la personne elle-même que réside la source d'une insuffisance, mais dans le contexte de vie qui entoure certaines phases centrales de son développement. On ne peut dire de la personnalité qu'elle est « troublée » que dans la mesure où elle pointe plus globalement tout un contexte développemental singulier « troublé », autrement dit traumatique. La responsabilité de l'origine du trouble n'est pas alors imputable au patient, mais à tout un système familial, social, relationnel carencé. Loin d'en être l'auteur, le patient en est surtout la victime. Et si l'on réduit le trouble uniquement à son organisme ou à sa seule personne, il en devient doublement la victime.

Pour illustrer les impasses d'une inscription naturaliste de la personnalité, prenons un exemple récemment apparu dans les médias au cours du printemps 2019 au Québec, ayant tristement abouti à un infanticide. Le cas est celui d'une jeune enfant de 7 ans démontrant de graves troubles du comportement dès l'école primaire, qui volait le déjeuner de ses pairs, mentait, s'opposait aux adultes, fuguait à l'intérieur de l'école, y faisait les poubelles pour se nourrir. Dans une perspective décontextualisée de la personnalité, une telle enfant pourrait être ainsi diagnostiquée par un « trouble de l'attachement » et considérée comme déficitaire, comme étant elle-même source de problèmes. Des modèles d'intervention qui ne s'appuient pas sur une théorie psychologique du psychisme auraient tendance à confondre et réduire la pathogenèse uniquement à la nature de cette enfant, plutôt

que de l'élargir à tout un contexte. Dans ce sens, une mesure a réellement été de scolariser autrement cette enfant, par exemple à domicile, d'une manière qui soit plus adaptée à ses dysfonctionnements personnels. Or, dans une perspective développementale, ces manifestations correspondraient à un degré assez primitif d'immaturité. De tels indices d'une interruption précoce du développement pointeraient alors la présence de carences et de traumatismes chroniques au sein du contexte familial. Paradoxalement, ici, l'intervention de nature psychosociale aurait cherché plutôt à évaluer scrupuleusement la stabilité du contexte familial et le besoin d'en préserver l'enfant. Malheureusement cette piste a été peu envisagée.

Dans une perspective développementale, une personnalité dysfonctionnelle renvoie ainsi à un contexte relationnel chroniquement dysfonctionnel. C'est un peu le sens des propos de Winnicott selon lequel un bébé seul n'existe pas. Ce changement de perspective anthropologique fait donc passer d'une responsabilité individuelle du patient, d'une prise en charge isolée, à une responsabilité collective, une macroresponsabilité, impliquant toujours plusieurs acteurs de la communauté, à différents niveaux. Une telle mise en contexte étiologique, focalisée autour de l'histoire développementale actuel et passée, bouscule les règles de la clinique conventionnelle, puisqu'elle induit un aspect « macroclinique », sociétale, systémique, en plus du travail traditionnel individuelle « micro-clinique », qu'il ne s'agit pas non plus de négliger. L'introduction d'une dimension « macroclinique » questionne le respect formel du secret professionnel, puisqu'elle suppose l'implication de divers partenaires sociaux tels que la famille, les employeurs, les milieux scolaires, les organismes communautaires, les travailleurs sociaux, etc. Comment prendre en charge une identité instable et morcelée si la prise en charge est elle-même fragmentée ? Nous reviendrons à cette contradiction en discutant de la prise en charge thérapeutique un peu plus loin. Poursuivons nos propositions d'interprétation développementale des diverses manifestations cliniques.

3.1.2. Interprétation développementale de la symptomatologie du TPL : un état de survie perpétuel

Si l'étiologie du TPL relève d'un traumatisme (interruption ou défaillance) du développement qui rend insoluble le dilemme de la première puberté, alors il se manifeste nécessairement par le prolongement anachronique d'une expérience psychique immature du monde, en lien avec le contexte traumatique. Nos trois essais sur la naissance psychique sont ici précieux afin de situer et comprendre la nature de ces premiers modes d'être-au-monde, que l'on traverse tous, mais qui sont normalement relégués en arrière-plan de la maturité psychique.

Une privation de l'ajournement des exigences du monde réel, une compensation inadéquate de l'impuissance congénitale qui suit directement la naissance physique, conduit plutôt l'enfant à devoir affronter prématurément, depuis ses faibles ressources, une réalité qui lui est au mieux hostile, au pire inaccessible. Dans les formes de pathologies de la naissance psychique comme celles que nous avons associées au TPL, l'enfant ne tombe pas amoureux du monde. Il demeure un prématuré psychique, un éternel survivant, préoccupé par l'apaisement des tensions qui menacent son intégrité. Il sursollicite des voies de décharges pulsionnelles prégénitales auto-érotiques et sadiques, à partir desquelles il ne peut que simuler un semblant de sécurité, mais dont il ne peut se départir faute d'alternative. Il finit alors par se retrouver pris au piège de sa propre immaturité. C'est ainsi que nous avons proposé de concevoir le cœur du TPL comme une sorte de grande immaturité psychique, c'est-à-dire comme une expérience psychique anachronique de la réalité, au cours de laquelle celle-ci représente une menace dont il faut continuer à se protéger. Les symptômes associés au TPL seraient interprétables alors comme le recours à des moyens de survie archaïques, des modes de restauration de la sécurité peu élaborés face à un danger immense et permanent. La clé du diagnostic du TPL, en tant que forme de pathologie de la naissance psychique, réside selon nous dans l'anachronisme d'un rapport précaire à soi et au monde, peu différencié, confus.

Dans *Borderline Psychopathology and its treatment* paru en 1985, Gerald Adler, concevait déjà l'insécurité et le sentiment douloureux d'isolement vis-à-vis du

monde comme l'expérience subjective principale au cœur du TPL. En effet, si comme il le suggère, l'étiologie du trouble s'enracine dans la faillite de certaines étapes du développement au cours desquelles l'enfant acquiert l'aptitude à restaurer de lui-même un sentiment de sécurité intérieure et personnelle, alors il est possible d'en interpréter ses manifestations comme des tentatives plus ou moins infructueuses d'apaiser cette insécurité de base. Adolph Stern articule également l'étiologie et la symptomatologie complexe du TPL en ce sens. Il considère son origine comme une interruption développementale qui provoque une « hyper sensibilité psychique », c'est-à-dire une hyper activation des moyens de défense (Stern, 1937). Selon lui, les réactions de protection des patients *borderline* sont d'une nature quasi réflexe :

> L'hypersensibilité psychique est peut-être comparable à celle physique du très jeune enfant aux stimuli sensoriels physiques. Il apparait assez clairement que cette hypersensibilité sert de façon réflexe, automatique, d'appareil ou d'instrument réceptif subtil permettant de détecter facilement le danger et de prendre les précautions appropriées. […] Mes patients ne cessent de se sentir profondément offensés et blessés par des remarques insignifiantes de personnes avec lesquelles ils sont en contact et développent parfois des idées légèrement paranoïdes. (Stern, 1937, p. 335)

L'erreur d'interprétation des intentions de l'entourage décrit par Stern rejoint les fluctuations majeures de l'aptitude à mentaliser décrites par Fonagy et Bateman près d'un demi-siècle plus tard. Si le TPL consiste donc en un arrêt du développement du soi à un état rudimentaire, si le soi de l'enfant demeure celui d'un nouveau-né, un soi qui n'a pu encore se renforcer par le détournement et la mise à contribution de la pulsion agressive, alors il parait concevable que l'enfant fasse preuve d'une grande sensibilité à l'égard des menaces d'annihilation, de privation, d'effondrement qui le poursuivent, et qu'il oriente toujours une grande partie de son énergie pulsionnelle à sa protection et à sa survie, plutôt qu'à la poursuite de sa venue au monde, ou à la préservation de son entourage.

L'interprétation du cœur du TPL en tant que persistance d'un mode d'être-au-monde précaire au cours duquel il faut continuellement être prêt à lutter pour sa

propre survie se retrouve également dans *La névrose d'abandon* de Germaine Guex (1950). Pour elle la spécificité de la symptomatologie de ce trouble consiste en un anachronisme de deux dimensions fondamentales du développement : l'immaturité affective, qui se traduit par une insécurité fondamentale ; et une immaturité intellectuelle, qui découle de la première et qui consiste en la persistance ou la réactivation de modes de pensées infantiles et pré-logiques. Nous nous interrogerons sur la manière d'articuler l'immaturité du développement cognitif au modèle de la naissance psychique un peu plus loin au cours de la discussion. Parmi l'anachronisme du développement affectif, Guex précise en plus de l'insécurité, l'absence d'un sentiment juste de soi et de sa valeur. Pour elle, la valeur de soi repose sur l'acquisition d'un sentiment de sécurité intérieure. Parmi cette population clinique, elle observe que la valeur de soi et des autres est instable et varie selon le degré d'insécurité. Elle rapporte alors chez ses patients des tendances à se comparer sans cesse, des tendances à la sur ou sous-valorisation, des sentiments d'imposteur, ou des impressions d'être un mendiant d'affection, ce qui a pour résultat de fausser les relations, d'engendrer des répétitions d'exclusion, d'abandon, de rejet, des difficultés à s'engager dans toute forme d'intimité. Cela conduit parfois à manquer de respect pour soi-même, surtout dans la mesure où l'on ne se considère pas digne d'être aimé.

L'époux de Guex, Charles Odier (1886-1954) psychiatre et psychanalyste helvète, à qui elle emprunta la notion de « névrose d'abandon », était quant à lui à la fois disciple de Sigmund Freud et de Jean Piaget. Son premier article qui y fait référence, *Une névrose sans Œdipe ?* parut en 1933 dans la Revue française de psychanalyse, soit 6 ans avant la mort de Freud (Odier, 1933). Il avait pour projet de synthétiser l'évolution conjointe des développements affectif et cognitif, de l'immaturité jusqu'à l'avènement de l'autonomie psychique dans une œuvre en trois tomes. Le premier tome paru en 1947 se consacrait d'ailleurs aux conséquences des altérations de ces développements : *L'angoisse et la pensée magique, Essai d'analyse psychogénétique appliquée à la phobie et la névrose d'abandon*. Le premier volume du second tome parut en 1950 : *L'homme esclave de son infériorité, Essai sur la*

genèse du moi. Son œuvre resta incomplète, il décéda malheureusement en 1954, alors que le second volume du tome deux, *Le complexe d'infériorité,* et le troisième tome, *La conquête de l'autonomie psychique,* étaient en préparation. Son œuvre sur les diverses dimensions du développement précoce et ses pathologies demeure particulièrement dense et originale, du fait de sa formation conjointe auprès de Freud et de Piaget. Il est étonnant d'ailleurs qu'elle n'ait pas été poursuivie après sa disparation, d'autant que son interprétation développementale de l'étiologie et de la symptomatologie du TPL parait déjà très élaborée à son époque.

Selon une interprétation développementale de la symptomatologie du TPL, les perturbations relationnelles, les manifestations anxieuses complexes, et les troubles chroniques de l'humeur avec lesquels ces patients apparaissent en consultation ne sont pas des manifestations absurdes et arbitraires, des signes de dysfonctionnements mentaux qu'il faudrait à tout prix traiter de manière isolée. Dans une perspective développementale, et à partir d'une conception étiologique postulant l'interruption d'un développement psychique précoce, ces manifestations cliniques relèvent plutôt de moyens de survie, de modes de gestions archaïques de sécurité, dont l'efficacité demeure particulièrement limitée, surtout avec la progression des exigences du monde réel. Si ces patients n'apparaissent en consultation qu'à l'orée de leur adolescence, voire du début de leur vie d'adulte, c'est que jusque-là, ces moyens de défense demeuraient plus ou moins efficaces, ils étaient « égo-syntones ». Ce n'est que lorsque leurs moyens de survie deviennent « égo-dystones », qu'ils génèrent une certaine souffrance, ou qu'ils ne contiennent plus assez les menaces d'annihilation, que ces patients sont plus susceptibles de devenir visibles d'un point de vue psychiatrique. Contrairement à une interprétation naturaliste, la symptomatologie du TPL ne renvoie pas vraiment à des signes de « maladies » ou « d'inadaptations ». Depuis une inscription développementale de la personnalité, l'ensemble de la symptomatologie s'interprète comme une posture de survie qui fut particulièrement adaptée à de premiers contextes d'existence dysfonctionnels. La poursuite de l'hyperactivation des moyens de défense laisse à penser que ces patients ne sont pas seulement des survivants de traumatismes et de

carences passés, mais qu'ils sont encore en train de survivre au moment de leur prise en charge. Il semble alors important de se familiariser avec les caractéristiques de ces modes d'être-au-monde archaïques que nous avons précisées au cours de nos trois essais, afin de bien appréhender la façon dont se déploie concrètement cette posture de survie historique dans le présent.

3.1.3. Les deux niveaux du clivage : transcription symptomatique de l'inachèvement d'une double différenciation développementale

Pour comprendre de quelle manière les manifestations cliniques du TPL représentent une posture de survie, il nous faut revenir sur les alternatives qui se présentent au nourrisson dont l'énergie pulsionnelle est d'abord consacrée à la recherche d'un équilibre psychophysiologique à la naissance physique. A partir de nos essais, nous distinguons l'alternative suivante : l'investissement d'une source de soins extérieurs à partir de laquelle l'enfant va pouvoir s'approvisionner et déléguer certaines fonctions vitales que son soi atrophié ne peut encore assumer, ou le non-investissement d'une source de soins, mais alors l'enfant se retrouverait totalement dépourvu face à des tensions intolérables, des sensations de manque qu'il ne pourrait gérer, des sensations d'annihilation, de chaos, menant à terme à un repli sur soi, voire allant jusqu'à la mort comme dans le syndrome de l'hospitalisme décrit par René Spitz. L'investissement d'une source extérieure demeure donc une première condition indispensable à la survie au cours du développement normal. Cependant, celle-ci aménage une première expérience du soi et du non-soi plutôt confuse, clivée. En effet, quand l'enfant fusionne avec un Moi auxiliaire, un partenaire symbiotique, il vit une première forme de pseudo-différenciation par rapport au monde. Son expérience est alors découpée entre d'un côté ce qui est agréable et qui est associé au soi, ce que l'enfant souhaite incorporer, ce dont il cherche à s'approvisionner, et de l'autre ce qui est désagréable, qui est considéré comme non-soi, que l'enfant souhaite repousser et éliminer. Nous avons vu que la résolution du dilemme de la première puberté qui oppose sécurité et exploration vient bousculer cette pseudo-différenciation, et permet à terme son intégration. Or, si le développement psychique s'interrompt avant la résolution de ce dilemme, cette

posture de pseudo-différenciation vis-à-vis du monde et du corps, au service de la survie, va perdurer à des degrés plus ou moins sévères.

L'accès pseudo-différencié au monde, ou autrement dit clivé, consiste selon nous en la disposition principale autour de laquelle articuler les diverses facettes de la symptomatologie du TPL. L'autre alternative, le non-investissement, renferme une menace d'annihilation qui serait inenvisageable pour la survie, et ne peut être qu'un dernier recours à associer à des formes beaucoup plus graves de troubles de la naissance psychique. Nous rejoignons ici André Green, qui avait avancé, il y a environ quarante ans, une proposition similaire :

> « All other mechanisms of psychic defense (projective and introjective identification, denial, omnipotence …) are consequences of the basic mechanism of splitting, which is one of the two polar mechanisms of the psychic apparatus. The other polarity is depression. The mechanism of splitting operates alongside a mechanism best identified as primary depression. By depression I do not mean what is usually described by this term, but rather a radical decathexis, which engenders blank states of mind without any affective components, pain, suffering. » (Green, 1977, p. 37)

Le clivage est un moyen de « défense » souvent rapporté dans la clinique du TPL. Nous le verrons en comparant nos apports à ceux de Kernberg. Cependant notre originalité demeure dans la réinterprétation de ce mécanisme à travers le modèle de la naissance psychique. Ainsi, à partir d'une anthropologie développementale comme nous l'avons formulé, nous proposons de rapprocher le clivage d'une expérience d'indifférenciation, plutôt que d'une forme de cloisonnement. Nous avons vu à partir de nos trois essais que lors des premiers moments de la vie, le soi rudimentaire est caractérisé par une double indifférenciation : le nouveau-né ne se vit pas de manière délimitée comme une entité distincte du monde qui l'entoure, et il n'existe pas plus de distinction entre ce qui relève de ses activités psychiques et ses activités somatiques. Le clivage correspond pour nous à une expérience peu différenciée, mais normale au cours du développement psychique précoce. Nous suggérons donc qu'il y a aussi deux niveaux de clivage, en lien avec le

prolongement de ces deux formes d'indifférenciations originelles, dans le cas du TPL. Nous rejoignons encore une fois André Green sur ce point :

> « The specificity of the borderline lies in the fact that splitting develops on two levels : splitting between the psychic and the non-psychic (soma/outside world) and splitting within the psychic sphere. The two frontiers established by splitting are between the somatic and the libidinal body on the one side, and between psychical reality and external reality, involving the libidinal body and action, on the other. » (Green, 1977, p. 36)

Le clivage consiste donc en deux niveaux de confusion qui ont fait partie du développement normal, une confusion de l'intérieur et de l'extérieur, mais aussi une confusion entre le somatique et le psychique. Nous allons nous intéresser dans un premier temps au contre-coup pathologique de la poursuite de l'indifférenciation du psychique et du somatique dans l'apparition et l'évolution de la symptomatologie du TPL.

3.1.3.1. Une pseudo-différenciation des sensations somato-affectives et des représentations psychiques : un moyen de régulation de la sécurité par l'évacuation de la réalité

Suite à la naissance physique, nous avons vu qu'une première façon d'évacuer les tensions consiste en des décharges de l'énergie pulsionnelle par des voies physiologiques dirigées vers l'intérieur, de manière quasi réflexe, à partir desquels ne vont émerger que plus tard de premières expériences psychiques différenciées. Nous avons vu également que les soins physiques, ce que Winnicott qualifie de « *holding* », correspondent à ce moment à des soins psychiques. La sécurité psychique s'enracine d'abord à travers une sécurité physique, par la prise en charge de besoins de base comme l'alimentation, l'exposition à des sons et sensations bénignes. En limitant l'émergence de tensions, ils favorisent la poursuite de la pré-intégration du soi, c'est-à-dire du rassemblement de morceaux d'activités physiologiques à l'intérieur d'une entité, d'un corps. A ce moment, nous avons vu qu'il se produit un premier détournement majeur de l'énergie pulsionnelle de l'intérieur vers les organes périphériques sensorimoteurs, selon deux pôles, un pôle libidinal dirigé vers les sensations agréables, perçu comme faisant partie du soi, et

un pôle agressif dirigé vers les sensations désagréables, parties du non-soi. Une partie de la pulsion agressive continue néanmoins à s'écouler vers l'intérieur. Les voies d'évacuation des tensions se diversifient et empruntent aussi bien des voies internes qu'externes, physiologiques que musculaires, mais demeurent peu coordonnées et plutôt immédiates.

Si les soins physiques échouent à rassembler les morceaux d'activités physiologiques, si le partenaire symbiotique, le Moi auxiliaire, l'environnement facilitateur, ne parvient pas à favoriser la réduction des tensions, les voies de décharge primitives destinées à la survie pourraient conserver leur rôle prépondérant d'évacuation, se substituant toujours à l'activité psychique. Ces voies de décharge psychophysiologiques et psychomotrices représentent donc des premiers moyens afin de se protéger d'une réalité menaçante, dont la rencontre aurait été insuffisamment adoucie, vis-à-vis de la vulnérabilité du jeune enfant :

> « In fact, splitting also occurs and perhaps even predominantly, between psyche and soma, and consequently between bodily sensations and affects. This dissociation may take subtle forms, as in the isolation process disjoining affect representation and thought. Needless to say, motor actions itself may also be split off from the psychic world. » (Green, 1977, p. 35)

Nous souhaitons néanmoins spécifier notre interprétation de ce premier niveau de clivage en comparaison à André Green. A partir de notre perspective développementale, nous proposons de ne pas le concevoir comme une séparation au sens propre du terme, entre le somatique et le psychique, entre le corps et l'esprit, entre les sensations somato-affectives et des représentations psychiques, car on postulerait alors que le psychique, l'esprit, les représentations, préexistent déjà au côté du somatique. Or ce n'est pas l'hypothèse sur laquelle s'appuient nos trois essais. Considérer le clivage comme une séparation reviendrait au contraire à rejeter l'hypothèse d'une naissance psychique qui serait à distinguer de la première naissance. Cela contredirait même la nature développementale et interactionnelle de l'appareil psychique. Ce premier niveau de clivage renverrait plutôt selon nous à un manque de différenciation, à une confusion entre le psychique et le somatique,

entre le corps et l'esprit, entre les représentations et les sensations, d'où la prépondérance de modes de décharges psychosomatiques, psycho-physiologiques et psychomoteurs, pauvrement représentés et peu symbolisés psychiquement. Parler encore de clivage dans ce contexte de différenciation partielle serait alors un abus de langage.

La signification développementale de ce premier niveau de clivage, ou de confusion donc, aboutit à une façon d'interpréter les symptômes anxieux, les passages à l'acte, l'instabilité et l'impulsivité souvent destructrices, que l'on rencontre dans les tableaux cliniques du TPL. Des réactions somatiques, physiologiques, ou motrices, peuvent ainsi servir de moyens immédiats d'évacuer certains aspects de la réalité source de menace et de tensions. Bien qu'en apparence hétérogènes, elles peuvent provenir d'un même procédé, et couvrir une même fonction, celle d'une gestion immature d'une forme d'insécurité fondamentale : « We may say that somatic (or psychosomatic) reactions and acting out have the same function : discharge to ward off psychic reality. » (Green, 1977, p. 35). Ainsi, d'un côté la persistance des voies de décharge physiologiques intérieures est susceptible d'induire des symptômes anxieux, somatoformes, psychosomatiques chroniques et diverses. A une autre époque, on y aurait aussi associé les phénomènes de conversion, et les phénomènes hystériques.

D'un autre côté, lorsque le soi aurait été au préalable insuffisamment pré-intégré, le recours aux voies de décharge motrices, disponibles après le premier détournement de l'énergie pulsionnelle, est susceptible de précipiter des passages à l'acte, ou des actions impulsives. André Green y associe également les conduites de consommation, d'addictions, les pratiques sexuelles déviantes, ainsi que des tendances psychopathiques. Il distingue par ailleurs les termes « d'action » de celui « d'acting » qui vient « d'acting out », que l'on traduirait en français par « agir ». Pour lui, les agirs ne se limitent pas seulement aux actions. Les manifestations somatiques sont pour lui des formes d'agir. Les mots, les rêves, et les fantaisies peuvent l'être aussi. Enfin, si la gestion des tensions par les agirs correspond à une

façon de se protéger, alors l'inverse, le fait de s'abstenir, de temporiser, d'être passif, représente au contraire un danger.

Notre conception de la symptomatologie du TPL se démarque ainsi de celle de Green quant à la nuance que nous introduisons sur la signification du clivage entre le psychique et le somatique. Nous avons associé ce niveau de clivage à une expérience de confusion, plutôt qu'à une forme de séparation. Cette nuance à des répercussions cliniques importantes, car elle nous exhorte à interpréter ce mode de gestion des tensions comme un mode de protection par défaut lorsque le psychique demeure peu différencié du somatique, et non comme une alternative consciente afin de se soustraire intentionnellement des contraintes de la réalité. Ainsi, même si le recours à cette formulation s'est démocratisée dans les milieux psychiatriques (sans toujours faire référence à son origine psychanalytique), depuis un point de vue développemental, il n'est pas possible de dire ici du patient qu' « il clive ». Ceci impliquerait qu'il le fasse de manière active, comme l'on pourrait dire qu'un patient nie un aspect de la réalité. Si c'était le cas, on pourrait le confronter, lui démontrer logiquement les inconvénients d'un tel mécanisme, et s'attendre à ce qu'il ne le fasse plus aussi simplement. Cependant en disant du patient qu'il clive, on ferait une erreur développementale. On lui attribuerait des intentions, ainsi qu'un niveau de développement qu'il n'a pas encore atteint. Ce clivage est un mécanisme quasi réflexe, témoignant au contraire d'une passivité psychique, puisqu'il est le vestige d'une différenciation insuffisante du psychisme par rapport au physiologique. Le patient ne clive pas volontairement, il évolue à un stade du développement qui est clivé, un stade qui n'est seulement qu'en apparence différencié. Le patient peut vivre des aspects de la réalité somatiquement, sans que l'une ne renvoie à l'autre à ses yeux, et vice versa, il peut vivre des sensations somatiques comme étant la réalité.

> « There is a lack of cohesiveness, a lack of unity, and above all a lack of coherence and an impression of contradictory sets of relations – roughly speaking, the coexistence of contradictory thoughts, affects, fantasies, but moreover contradictory byproducts of the pleasure principle, the reality principle, or both. This failures in integration gives the observer a feeling of aloofness. » (Green, 1977, p. 37)

Le défaut d'intégration du psychique et du somatique peut donc être source de contradictions entre paroles, pensées et actes, et conduire à des contacts assez déstabilisants pour l'entourage.

> « The discourse of the borderline is not a chain of words, representations, or affects, but rather – like a pearl necklace without a string – words, representations, affects contiguous in space and time but not in meaning. » (Green, 1977, p. 37)

Nous reviendrons sur les implications de cette nuance d'interprétation développementale quant à la procédure de prise en charge un peu plus loin.

3.1.3.2. Une pseudo-différenciation du soi et du non-soi : une configuration primitive de sécurité incompatible avec le dilemme de la puberté

A la suite du détournement de l'énergie pulsionnelle vers les organes périphériques, et sa différenciation en un pôle libidinal et un pôle agressif, nous avons vu que le jeune enfant dispose d'une nouvelle alternative afin de surmonter la vulnérabilité de sa condition initiale face à la réalité. Dans sa quête de sécurité, l'enfant peut dorénavant s'unir à une source de provisions, incorporer, fusionner avec ce qui lui semble agréable, et placer à l'extérieur, rejeter et attaquer des tensions désagréables. Dans la mesure où un partenaire lui accorde l'illusion de l'autosuffisance par la mise en œuvre de ces comportements avides et agressifs, l'enfant s'éloigne des risques de privation et d'insécurité. Cependant, il n'accède à la réalité que de manière partielle et déformée sous le prisme de sa subjectivité. Nous avons vu que cette période laisse même place au paradoxe d'une indépendance superficielle, qui dissimule en fait toujours une grande impuissance. Par la suite, nous avons vu que la locomotion vient ébranler cet équilibre, puisqu'elle amène encore une fois l'enfant prématurément au-devant du monde sans son partenaire d'où il puise, sans vraiment le reconnaitre, sa sécurité. La locomotion introduit le dilemme de la puberté, crise centrale de l'existence dont la résolution conduit enfin à l'autonomie. Si l'enfant est tout d'abord tenté de restaurer sa sécurité par le retour à l'union symbiotique, il se confronte aux risques que ses activités pulsionnelles effrénées font peser sur la préservation de son entourage. En y survivant, ceux-ci font naitre

en l'enfant un conflit entre la haine et l'amour, un conflit qui l'incite à rechercher un mode de gestion de la sécurité moins destructeur. L'enfant est amené à refreiner ses décharges, à les mettre à contribution de la protection des autres. En prenant conscience du mauvais qu'il abrite, et du bon qu'il puise de l'extérieur, il trouve une nouvelle voie et une nouvelle forme à son activité pulsionnelle. Le second détournement de la pulsion agressive, permet d'investir un système de sécurité personnel. Le processus de différenciation de l'enfant et du monde s'achève ainsi.

Cependant, le jeune enfant qui ne dispose pas jusque-là des soins suffisants ne risque pas de trouver en l'union symbiotique davantage de sécurité. Pire, avec les nouvelles voies de décharge musculaire empruntées par la pulsion agressive, l'enfant découvre en lui des forces destructrices lors des interactions avec le non-soi, l'expression d'une rage, qui menace d'anéantir avec lui ceux qui l'entourent. Tout ce contexte préalable nous amène à penser que l'avènement de la locomotion, avec la perspective de l'éloignement, représente aux yeux du prématuré psychique, un péril auquel il ne semble pas y avoir d'issue. Ainsi l'éloignement réactive une menace insupportable d'annihilation qui se traduit par une peur terrible de l'abandon et de la conscience de la dépendance. Cette menace incite à un retour pressant vers un partenaire symbiotique afin de restaurer sa sécurité. Or, la plus grande fragilité de l'enfant ici le rend particulièrement avide de fusion. Mais puisque son partenaire ne peut étancher cette soif insatiable, la fusion devient intrusive et source de frustration à son tour. Elle provoque des décharges de rage destructrice et incarne aussi une menace d'annihilation. La quête de sécurité devient alors stérile avec la locomotion, elle suscite un besoin de sécurité qui repose sur un partenaire dont le rapprochement attise l'insécurité, puis l'éloignement, et ainsi de suite. L'enfant qui ne peut ni s'éloigner pour découvrir le monde, ni bénéficier des privilèges du retour à l'union toute-puissante, se retrouve à tourner en rond dans une perpétuelle répétition du dilemme de la puberté. Toutes les formes d'éloignement ultérieures qui font parties d'un cycle de vie normal ne seront qu'une scène de plus à la répétition de cette impasse développementale. Nous considérons pour cela les phases de puberté, la première, entre 2 et 5 ans, tout comme la seconde

à l'adolescence comme des phases prodromiques du TPL, des révélateurs d'une immaturité latente. La première étant bien plus difficile à constater, puisque plus subtile et parfois préverbale, nous comprenons alors que c'est à partir de la seconde puberté que l'on a plutôt tendance à déclarer le début de cette pathologie. Un manque de familiarité par rapport aux indices du développement plus précoce, conduit surement à y attribuer moins de valeurs et de considérations cliniques.

Lorsque la crise qui s'éveille à la suite de la locomotion est insoluble, elle piège l'enfant dans un rapport au monde pauvrement différencié. Cette forme de confusion du soi et du non-soi correspond pour nous au second niveau de clivage. L'enfant, plus tard adulte, continuerait d'associer sa survie à un désir avide de fusion et à des manifestations agressives non-intégrées, à partir d'une expérience psychique organisée selon des représentations agréables et désagréables morcelées. La signification développementale de cette autre forme de clivage nous permet alors de mieux interpréter les troubles relationnels, les successions de conflits, d'abandons, de manifestations agressives, ainsi que les fluctuations d'humeurs caractéristiques de la symptomatologie du TPL. Bien que chaotiques en apparence, ces manifestations semblent aussi recouvrir une même fonction, provenir d'un même procédé : une gestion immature de l'insécurité que provoque la perspective de l'autonomie.

> « Because of the intensity and primitive level of his pathological needs, the TPL believes that incorporation and fusion also carry with them the threat of destruction of selfobject and self. This belief, along with vicissitudes of rage arising out of unmet need, makes it impossible for the borderline to maintain the kind of steady closeness with holding selfobject in adult life that is necessary for developing. » (Adler, 1985, p. 82)

Notre approche développementale de la symptomatologie du TPL s'accorde ici aussi avec la conception clinique d'André Green et celle de Gerald Adler. Selon eux, une différenciation inaboutie entre le soi et le monde ne permet pas la mise en place d'une frontière d'échange fructueuse et enrichissante, mais aménage plutôt une élasticité et une porosité sources de menaces et d'annihilations mutuelles, sollicitant des mesures défensives de part et d'autre. Le dilemme de la symbiose et

de la séparation se transforme en un dilemme entre l'intrusion et l'abandon, deux options inadaptées à l'interdépendance qu'exige la vie d'adulte. Cette polarité intrusion/abandon se retrouverait à des degrés divers, en arrière-fond des difficultés relationnelles chroniques que traversent les individus souffrant d'un TPL au cours des différentes étapes de leur existence : « Thus the TPL dilemma : too little closeness threatens the self, too much the same thing. And yet the latter tends to follow inexorably from the former. » (Adler, 1985, p. 40). Le contrôle de la proximité interpersonnelle apparait comme un enjeu central lié à la survie. Selon André Green, ces individus finissent tout de même par trouver des ajustements qui paraissent vivables, notamment avec la conservation d'une certaine distance et d'un détachement relationnel. Il décrit par exemple des schémas d'interactions qui consistent à diffuser l'insécurité en cherchant à limiter le plus possible les chances de vivre une intimité prolongée : l'orientation vers des partenaires qui ne s'engagent pas, l'implication dans plusieurs relations superficielles à la fois, ou encore l'accumulation successive de conquêtes qui donne lieu à des histoires intenses, mais brèves (Green, 1967).

Notre interprétation développementale de ce second niveau de clivage, ou plutôt de confusion devrions nous dire, nous permet également d'apporter une précision quant aux manifestations de l'amour et de la haine, et notamment sur le sens de l'agressivité. La confusion entre ce qui relève de soi et ce qui n'en relève pas ne favorise pas l'émergence du conflit entre l'amour et la haine. Au contraire, elle l'esquive. La prise de conscience par l'enfant des conséquences destructrices de son mode de gestion immature de la sécurité lui ajouterait une tension supplémentaire qu'il n'est pas en mesure de tolérer. Elle l'inciterait à renoncer à la toute-puissance et à considérer sa dépendance à l'égard d'un monde dont l'accueil ne lui a pas particulièrement été favorable jusque-là. Non seulement occupé à se protéger de la réalité, l'enfant doit aussi se protéger des dangers que représenterait la maturité. Il n'est pas rare alors que la lutte sur cet autre front se traduise par des comportements de mise en échec ou d'autosabotage. Ici aussi, la nuance que nous proposons sur la nature du clivage entre intérieur/extérieur et son impact sur la dissociation de

l'amour et de la haine a des répercussions cliniques majeures. Cette nuance nous invite à interpréter les expressions de la haine, les manifestations agressives, comme un premier mode d'interaction partiel avec le non-soi, c'est-à-dire avec ce qui parait désagréable aux yeux de l'enfant au cours du développement normal. L'agressivité ne découle pas d'abord d'un choix volontaire à côté de l'amour et de la protection. Considérer le patient comme un agresseur mal intentionné serait une erreur développementale, et reviendrait à lui attribuer un niveau de développement jamais atteint. Cela supposerait que l'amour préexiste déjà au côté de l'agressivité, et que l'enfant peut choisir librement entre celles-ci. Or, à partir de nos essais, nous avons vu non seulement que la haine précédait l'amour, mais qu'elle en était la source principale. La prépondérance de l'agressivité ne doit pas conduire à incriminer la personne en elle-même, mais le niveau de son développement, puisqu'elle est le vestige d'une absence d'alternative plus mature à interagir avec le monde. L'agressivité doit être intégrée et neutralisée, et non désinvestie ou seulement blâmée. L'agressivité est une énergie essentielle lorsqu'elle est neutralisée, et mise à contribution de la réparation.

3.2. Envisager un modèle de prise en charge thérapeutique destiné à soutenir les prématurés psychiques

Quelles sont les implications thérapeutiques d'une telle articulation de la symptomatologie et de l'étiologie du TPL autour d'une posture de survie perpétuelle ? Comment aider ces patients à survivre ? Est-il possible de procurer des conditions sécurités suffisantes à la poursuite de leur développement ? Si les manifestations du TPL renvoient bien à la persistance anachronique d'un mode d'être au monde immature, alors sa prise en charge devrait être à l'image de soins destinés à des prématurés. A l'image des soins médicaux néonatals dispensés aux nourrissons au cours de leur premier moment de vie physique, nous envisageons qu'il pourrait exister des soins psychiques néonatals pour accompagner les premières expériences psychiques de l'existence. Nous proposons de distinguer trois temps dans la prise en charge thérapeutique du TPL conçu comme trouble de la naissance psychique. Ces trois temps s'inspirent des trois phases du

développement précoce que nous avons détaillés dans chacun de nos essais sur la naissance psychique. Puisque ces phases précoces du développement ne relèvent pas d'un processus parfaitement linéaire, un tel processus thérapeutique ne saurait l'être davantage. Ces trois temps thérapeutiques peuvent se croiser, s'inverser, se chevaucher, s'interrompre et se rétablir selon le contexte développemental et les moyens de gestion de sécurité dont dispose le patient. Cette proposition de prise en charge ne vise pas uniquement la reprise du développement dans un travail à long terme, mais s'intéresse à la diminution de certains symptômes, souvent destructeurs, sur le court terme. L'acquisition d'une forme de sécurité, qu'elle provienne d'abord du cadre thérapeutique, ou qu'elle soit à terme restaurée par soi-même constitue une facette majeure de cette prise en charge.

3.2.1. Premier temps de la thérapie : une immaturité latente

La plupart du temps, les tableaux cliniques par lesquels se présentent ces patients sont plutôt bénins. Germaine Guex et Gerald Adler insistent sur le caractère *a priori* latent de l'immaturité (Adler, 1985 ; Guex, 1950). Or, au fil du processus, la réaction négative au travail thérapeutique, la fragilité de l'alliance, les ruptures de cadre, les oppositions et les périodes de désorganisation fortuite viennent trahir la maturité apparente des premiers moments. Une telle évolution incongrue indiquerait le caractère limite d'un cas, et devrait remettre en question l'interprétation de la demande de consultation ainsi que le diagnostic posé lors de l'évaluation initiale. Il est rare en effet d'observer d'emblée un tableau clinique typique et franc du TPL, avec la présence simultanée de symptômes impulsifs, de conflits relationnels, de manifestations anxieuses et de perturbations de l'humeur. De telles configurations ne sont perceptibles que lorsque les moyens de gestion de la sécurité, dont les mesures d'ajustement interpersonnel font partie, deviennent suffisamment défaillants ou dystones, au point de laisser le champ libre aux menaces d'annihilation. Dans ces cas, consulter représente une question de vie ou de mort, une urgence, mais non une demande associée à un besoin ciblé. Le pronostic concernant la poursuite des activités thérapeutiques au-delà d'une situation de crise est plutôt réservé. De même, si l'évaluation ne tenait compte que

de cet état, les signes cliniques pourraient aisément orienter vers le diagnostic d'un épisode de psychose, de phase de bipolarité, ou alors à une sous-estimation de l'état du patient, surtout si les circonstances à l'origine de la crise paraissent puériles et disproportionnées.

Puisque ces patients ont tendance à se présenter mieux adaptés à leur milieu qu'ils ne le sont en réalité, il serait aisé de tomber dans le piège de leurs ajustements et de présupposer qu'ils se situent à un niveau plus élevé de développement, de leur concéder des aptitudes qu'ils n'ont en fait jamais acquises (Guex, 1950). Sans une perspective développementale, on aurait tendance à prendre pour acquise la délimitation d'un sens de soi, ainsi que l'aptitude à percevoir et à interagir avec la réalité. Présumer d'une différenciation soi/non-soi innée conduit à adopter une posture d'emblée objective et relationnelle entre le patient et le thérapeute. Le risque serait alors d'envisager une rencontre entre deux personnes se vivant comme entières, et séparées, possédant chacune l'aptitude de départager son monde intérieur de la réalité extérieure. L'instabilité du processus thérapeutique, les ruptures d'alliance, les difficultés à respecter le cadre et les règles d'une rencontre pourraient alors être interprétées ainsi à tort comme des preuves d'un manque d'engagement et de respect, ou même de mauvaises intentions envers le psychothérapeute. Présumer la différenciation du patient conduit alors généralement à des impasses, voire des échecs thérapeutiques.

A partir d'une perspective naturaliste de la personnalité, on aurait donc tendance à surestimer le niveau de fonctionnement des patients souffrant d'un TPL. En clinique, par exemple, cela se traduirait par l'attente que ces derniers soient déjà capables d'être en relation, de considérer la réalité extérieure pour ce qu'elle est, et donc de s'engager dans un processus thérapeutique. Or, ils viennent chercher de l'aide précisément pour y parvenir : « There are dangers in using alliance building statements at times when the alliance is not viable developmentally for the patient. » (Adler, 1985, p. 115). Une anthropologie naturaliste qui ignore la formation différée et diphasée d'un rapport à la réalité, qui ne conçoit pas l'existence d'un décalage entre la naissance physique et psychique au cours duquel se prolonge un mode

d'être-au-monde égocentrique et pré-relationnel, placerait le patient devant l'injonction paradoxale de se présenter sans son trouble pour pouvoir bénéficier de soins pour son trouble. On pourrait illustrer cette contradiction théorico-clinique par le fait d'exiger qu'un patient mal voyant doive lire d'emblée les modalités des soins ophtalmologiques offerts par la clinique, comme condition préalable à la prise en charge de sa cécité. L'on exigerait ironiquement alors qu'il fasse preuve d'une aptitude pour laquelle il vient justement solliciter de l'aide. Attendre préalablement qu'un patient souffrant d'un TPL soit capable de se montrer responsable du processus thérapeutique, du respect du cadre et de l'alliance, reviendrait un peu à lui dire qu'on ne peut l'aider qu'à la condition première qu'il cesse d'abord d'être malade : « At the point that the patient is capable of a solid therapeutic alliance, that the patient no longer has a borderline or narcissistic personality disorder, in fact, he is approaching the end of therapy. » (Adler, 1985, p. 115). Dans les premiers temps de la prise en charge, l'alliance thérapeutique serait un mythe selon Adler, ainsi que la cause des échecs des thérapies conventionnelles. La formation d'un rapport à la réalité, dont l'alliance et le respect du cadre font partie, serait ici le point d'arrivée, et non le point de départ d'un travail thérapeutique.

La supposition d'habiletés développementales jamais encore atteintes constitue majoritairement l'origine des échecs thérapeutiques :

> « The requirement that a patient establish or have the capacity to establish a therapeutic alliance at the beginning of therapy is the request for a capacity that is the end result of a successful therapy. In fact, the demand for an alliance may tax an already tenuous sense of psychological security in the patient. » (Adler, 1985, p. 114)

Nous aurions tendance à recommander ainsi que toute évaluation clinique inclue une estimation aussi précise que possible du niveau de développement du patient le long du parcours qui mène à la naissance psychique. Pour cela, un travail d'articulation est nécessaire entre les configurations développementales que nous avons décrites et les constellations cliniques anxieuses, impulsives, et conflictuelles qui apparaissent en clinique. Notre façon d'articuler étiologie et symptomatologie nous invite à interpréter systématiquement des tableaux cliniques complexes et

réfractaires à la lumière des divers modes de régulation du rapport la réalité qui se succèdent au cours du développement précoce normal (des modes d'être-au-monde immatures pré-relationnels, subjectifs et clivés). Le travail thérapeutique ne devrait pas alors présumer de l'accès à l'objectivité, encore moins exiger d'emblée une posture relationnelle de la part du patient. L'hypothèse de l'existence d'une phase d'indifférenciation lors des premiers moments de la vie permet d'anticiper les difficultés à établir une alliance : les patients qui n'y parviennent pas n'ont simplement pas atteint une phase développementale relationnelle, ils subissent plutôt toujours les contrecoups d'un fonctionnement pulsionnel consacré à la survie.

Chez ceux dont le développement aurait été interrompu prématurément, les besoins de sécurité des phases autistiques et symbiotiques prendraient davantage d'envergure et devraient constituer une priorité au début du processus thérapeutique. Ici, le fait de se familiariser avec les configurations développementales pré et pseudo-relationnelles que nous avons décrites au cours de nos essais permettrait alors d'identifier, d'interpréter et de porter à la conscience des patients la nature de tels besoins primitifs. Par exemple, il serait possible d'anticiper le fait que certains patients ne puissent investir une alliance thérapeutique autrement que depuis la phase du précurseur de l'objet, et à partir de là demeurer attentif aux types d'interactions symbiotiques reproduits avec le thérapeute :

> « These patient does not see other as separate from themselves, when they are not in a relationship in which they are partially fused to or merged with another person, they feel empty, fragmented, alone, and uncertain about who they are and who the other persons are. They feel complete when the other person becomes a part of themselves. » (Adler, 1979b, p. 644-645)

Comme lors des étapes précoces du développement, la sécurité ne peut provenir au début que de la possibilité d'investir une source de soins qui n'est pas encore perçue comme extérieure à soi. Le thérapeute doit donc se montrer prêt à incarner un Moi auxiliaire, à devenir un environnement facilitateur, afin de mettre à disposition du patient des ressources de sécurité et de soins qui ne lui ont peut-être jamais été

offertes de manière ajustée jusque-là : « To some extent the therapist in reality acts as a holding selfobject. » (Adler, 1985, p. 52).

Les premiers temps de la thérapie consisteraient donc à adapter l'espace thérapeutique à la posture subjective du patient, et non l'inverse. Au lieu de présumer de l'objectivité et de l'individuation du patient, il faudrait envisager de les rejoindre à travers un espace transitionnel qui ne menace pas d'emblée leur mode d'être-au-monde partiellement différencié. Bien connaitre les différentes façons par lesquelles la réalité peut s'avérer menaçante ainsi que les différents modes de régulation primitifs de sécurité pour y faire face, serait d'une aide précieuse. Cette première étape reviendrait au fait de redonner aux espaces transitionnels leur fonction développementale d'amortissement temporaire du choc avec la réalité extérieure. En faisant cela, le thérapeute doit se montrer prêt à accepter le paradoxe immense de l'immaturité qui réside dans le fait qu'elle s'ignore elle-même en tant que telle. A l'image de celui ou de celle qui dispense les soins à un jeune enfant, le thérapeute ne doit pas s'attendre à être vu, ni reconnu pour ce qu'il est ou ce qu'il offre, du moins au commencement : « The amount of support may considerably exceed that involved in most psychotherapies. » (Adler, 1985, p.52). A partir d'une perspective développementale, la prise en charge du TPL ne sous-entend pas recevoir un adulte différencié, mais un être fragile qui est toujours en train de survivre, et qui n'a paradoxalement pas vraiment conscience d'être occupé à survivre, ni même de ce face à quoi il doit continuer à le faire.

Les premiers temps de la thérapie sont les plus incertains, puisque le thérapeute doit trouver un équilibre dans l'investissement d'un rôle susceptible de déclencher par défaut de l'insécurité. La capacité à ajuster la proximité est un enjeu crucial : le thérapeute ne doit pas se montrer trop proche dans le contact au point de devenir intrusif, mais ne doit pas non plus se montrer trop distant, au point de susciter de l'abandon. Peut-on envisager une façon d'offrir au patient la possibilité de nous trouver une « place » parmi les facettes spécifiques de sa réalité ? Cet équilibre fragile qui ne peut que conduire à la répétition de ruptures devrait introduire la

possibilité de pouvoir investir une source extérieure tout en maintenant un niveau de menace tolérable pour le patient. Les ruptures et les réparations constitueraient alors des va-et-vient normaux, une danse pour laquelle les patients possèdent souvent plus d'expertise que les thérapeutes. L'éventualité d'une rupture totale n'est donc jamais à exclure. Germaine Guex rapporte des exemples de mesures développées sur le long terme pour se protéger de l'abandon :

- Des mesures positives telles que le dévouement, l'évitement des désaccords, le fait de ne pas exprimer de sentiments négatifs ou agressifs. Le patient ressemble alors à un patient modèle, le lien thérapeutique semble solide, la thérapie se déroule à merveille, mais dans la vie du patient rien n'évolue ;
- Des mesures négatives, comme le rejet de l'engagement, la dévalorisation du processus, etc. Ces mesures suivent un peu la logique de « détruire pour ne pas perdre », ou « lâcher pour ne pas être lâché » (Guex, 1950).

Dans un second temps nous allons voir en quoi consistent les interventions cliniques afin d'adresser et d'apprivoiser une telle immaturité latente.

3.2.2. Second temps de la thérapie : l'immaturité apparente

Après avoir mieux situé son patient le long du parcours qui conduit à la naissance psychique, le second temps de la thérapie consiste à lui permettre de transiter d'une posture de survie solitaire, à une posture de survie à deux. En effet, si les manifestations cliniques consistent bien ici en des façons précaires de se protéger vis-vis de toutes sortes de menaces d'annihilation, alors il est clair que la suite de la prise en charge doit viser à aider le survivant dans sa tâche de survie.

Un travail thérapeutique qui se consacrerait exclusivement à une forme d'explication psychoéducative, théorique et impersonnelle sur le fonctionnement du psychisme, des émotions, du système nerveux, des modes de gestions du stress et de l'anxiété représente une porte d'entrée. C'est d'ailleurs celle qui est préconisée dans les premiers groupes de thérapie par certains modèles d'interventions cliniques contemporains (Linehan, 1993a). Cependant, cette avenue renferme un piège, car le clivage ou confusion somatique/psychique, pourrait faire en sorte que le patient

accède à ces informations cognitivement, intellectuellement, mais non somatiquement, sans les charges affectives suffisantes pour pouvoir réellement les intégrer au fonctionnent quotidien de sa personnalité. Fonagy insiste également sur les risques d'une telle démarche thérapeutique psychoéducative qui sous-estimerait la posture pré-mentalisante prétendue (que nous rapprochons ici du type de clivage somatique/psychique) chez les patients souffrant d'un TPL : les représentations et les affects sont dissociés, ce qui conduit à des discordances entre le discours et les actes (Fonagy et Target, 2006). La psychoéducation s'avère d'abord peu utile lorsque l'on est perpétuellement occupé à assurer sa survie :

> « Every man cannot be "fixed" by looking his problem up in a book. This reminds me of the story of a man who goes to a swimming pool and sees a vendor selling little pamphlets : " Buy this booklet, only thirty cents, and learn how to swim. If you are really in danger of drowning, all you do is turn to page 17 ". There is a little of this books on modern psychology. » (Stern, 1975, p. 74)

Si la gestion de la sécurité, ainsi que la précarité du rapport au monde n'étaient que de simples enjeux d'information, une recherche rapide sur Google aurait certainement déjà permis au patient de trouver par lui-même certains outils. A l'opposé, un travail thérapeutique qui ne viserait qu'à explorer les traumatismes passés, sans alternative de sécurité préalable, risquerait de réactiver des aspects menaçants de la réalité contre lesquels le patient s'affaire déjà à se protéger. Ce genre d'intervention serait au départ, non seulement stérile, mais induirait des ruminations susceptibles d'activer les voies de décharge psychosomatiques et psycho-musculaires qui se consacrent à évacuer les tensions et les menaces. Ceci risquerait d'alimenter la confusion entre le somatique et le psychique et d'en aggraver les manifestations cliniques.

Nous pensons qu'il est d'abord nécessaire de prendre en compte la posture de survie, ces modes d'être-au-monde précaires sur lesquels nous venons d'insister dans notre interprétation des tableaux cliniques du TPL. Or, il est difficile de bien se représenter ce que signifie le fait de survivre et l'état dans lequel cela plonge le sujet. Nous proposons pour cela de nous appuyer sur notre articulation de l'étiologie

et de la symptomatologie du TPL afin de mieux y parvenir. Dans une perspective développementale, nous avons vu que l'une des premières dispositions de la survie correspondait à un premier niveau de clivage somatique/psychique. Les premières interventions doivent donc tenir compte de l'évacuation procédurale physiologique et musculaire de la réalité comme un substitut privilégié à l'activité psychique. Difficile de réintroduire la réalité d'une manière plus profitable à l'individu si elle est aussitôt évacuée. Afin d'assister le survivant dans sa tâche de survie, il est fondamental de commencer par le rejoindre sur ce premier front pseudodifférencié, de l'aider à une intégration du somatique et du psychique, des représentations et de l'affect. Une meilleure pré-intégration d'un soi toujours fragmenté est essentielle pour accéder à des sources alternatives de sécurité à l'extérieur, c'est-à-dire pour s'appuyer sur le thérapeute en tant que Moi auxiliaire, en tant que partenaire symbiotique. Pour apprendre à rattacher son expérience corporelle et psychosomatique à ses émotions et représentations, nous pensons qu'il est nécessaire d'encourager l'émergence d'une aptitude à décoder et contenir les activations défensives pauvrement symbolisées. En effet, si le patient est bien en train de se défendre par des modes de décharges physiologiques et musculaires, alors nous proposons d'abord de le supporter dans sa façon de se défendre, autrement dit de « défendre les défenses », et non de chercher à les entraver ou à s'y opposer. Défendre les défenses c'est reconnaitre au patient le droit de survivre, c'est le rejoindre dans la survie, c'est survivre avec lui.

Plus concrètement « défendre les défenses » reviendrait à ne pas défaire directement les formes d'agir, ne pas les interdire ou les « pathologiser » comme des comportements nocifs, mais de les considérer au contraire comme des moyens anachroniques de survie plus ou moins adaptés du point de vue du patient, qui font partie de sa façon personnelle d'être-au-monde. Il s'agit donc d'accorder le droit au patient de se protéger, de lui offrir un espace de sécurité où se déployer, autant que son mode de fonctionnement le lui permet, afin dans un second temps de pouvoir observer ensemble de telles manifestations, de chercher à les appréhender et à les comprendre autrement, du fait de les avoir vécues à deux. Rendre légitimes les

activations de symptômes anxieux, d'agirs, de conflits relationnels, c'est reconnaitre que subjectivement, de la perspective du patient, il doit sûrement exister un déclencheur, un danger, une menace. Adopter une telle posture revient à rejoindre la subjectivité du patient, et à ne pas lui objecter une réalité qu'il ne serait de toute façon pas en mesure de tolérer. Ce n'est qu'en acceptant le paradoxe de la validation de modes de gestion immatures de la sécurité qu'il parait possible dans un second temps seulement de questionner la nature du danger pour le patient, puis de verbaliser l'activation procédurale de ces formes de défense, pour enfin mieux les contenir. Défendre la défense, survivre avec le survivant, revient à adapter la thérapie aux patients et non le contraire. Ce type d'intervention serait la clé aux fondements d'une alliance avec cette population clinique très fragile.

Un travail thérapeutique consacré à une meilleure intégration du clivage somatique/psychique participe donc à rendre apparente une immaturité qui demeurait en grande partie dissimulée. Pour favoriser l'intégration du somatique et du psychique en thérapie, il est nécessaire de s'inspirer de la façon dont cette intégration a lieu normalement lors du développement psychique précoce. Pour Fonagy et Target (2006, p. 551) qui s'inspirent particulièrement de l'œuvre de Winnicott, la fonction de « reflet » parental fut à l'origine de l'ancrage somato-affectif et de la pré-intégration du soi. Selon eux, ce reflet aide l'enfant à contenir et à rendre significatif son monde interne qu'il ne différencie pas encore du monde externe, ainsi que ses sensations somatiques qu'il ne différencie pas de ses expériences psychiques. Avec l'aide d'un tel miroir, l'enfant peut accéder à une version identifiable de la représentation de ses propres états mentaux à travers l'esprit d'une autre personne. C'est ainsi qu'il devient conscient de lui-même, qu'il se perçoit enfin comme un être intentionnel, et pas seulement comme un être somatique, physiologique ou musculaire. Cependant pour que l'enfant puisse développer cette aptitude à interpréter et communiquer ses propres sensations et à les mettre en lien avec des représentations psychiques, la fonction de reflet doit posséder deux caractéristiques selon Fonagy et Target (2006, p. 551) : ce reflet doit être juste, c'est-à-dire accordé aux états mentaux de l'enfant ; le reflet doit

également être marqué, autrement dit il doit exprimer l'émotion de l'enfant et non celle de l'adulte.

Au cours du travail thérapeutique, le reflet, cette fonction développementale investie normalement par les parents, reviendrait à verbaliser et clarifier les activations défensives somatiques, physiologiques et musculaires comme elles se déploient dans la vie actuelle (dont dans l'espace thérapeutique). Ces reflets thérapeutiques devraient également être justes et marqués : ils doivent offrir au patient la possibilité d'identifier ses décharges, d'apprendre à reconnaitre la façon dont elles se déploient, ce qui les déclenche, les fonctions qu'elles peuvent remplir, ainsi que les intentions qui y sont rattachées. Le patient accèderait ainsi davantage au sens de son expérience interne lorsque survient une rupture du sentiment de sécurité, ou l'émergence d'une menace. Le travail de reflet participerait donc à révéler la vulnérabilité du soi face aux autres et à la réalité, ainsi que la gestion plus ou moins efficace de certains besoins anachroniques d'apaisement. Il parait néanmoins difficile de refléter une manifestation qui ne se déploie pas, c'est pourquoi le fait de « défendre les défenses » serait un préalable nécessaire en cela qu'il favorise un tel déploiement. C'est ainsi qu'il est possible de proposer à un patient des reflets fidèles de son degré d'immaturité, telle qu'elle persiste dans ses difficultés quotidiennes, et non sur la base d'une maturité qui n'est qu'apparente. Amener à la conscience du patient de tels déploiements défensifs ouvre la possibilité d'aborder leur fonction : la posture de survie et son caractère adapté dans certains contextes développementaux carencés. Une mauvaise utilisation du reflet conforterait plutôt le patient dans ses modes de gestion immature de la sécurité. Elle aboutirait à accentuer le niveau de clivage somatique/psychique en y répondant par un environnement thérapeutique syntone ou complémentaire.

L'aménagement d'un tel espace thérapeutique aux premiers temps de la prise en charge du TPL demanderait des compétences spécifiques. Nous avons déjà souligné l'importance d'une perspective développementale, ainsi qu'une considération des étapes qui précèdent et entourent l'avènement de la naissance psychique. En effet,

puisque le patient évolue à un stade de développement insuffisamment différencié, les interactions qu'il va établir avec le thérapeute ne seront que partielles et filtrées par le prisme d'une subjectivité clivée. Il est donc fondamental, au cours du processus, de porter un intérêt constant à la façon dont évoluent les interactions entre le patient et le thérapeute. En tant que précurseur de l'objet, le psychothérapeute existe sur deux plans. Il est à la fois un représentant de la réalité, et à la fois un représentant de la perspective subjective du patient. Qu'il le veuille ou non, le thérapeute est pris dans un paradoxe :

> « The analyst has to become what the patient wishes him to be. To be an analyst and help the patient overcomes such primitive modes of relating, the analyst must be anything but what is projected onto him. Unless he is able to adopt an attitude analogous to that of the parent engaged in pretend play with a child, constantly juggling responses to these opposing pressures, the analysis is doomed to become a rigid stereotypic repetition of pathological exchanges. » (Fonagy, 2005, p. 407)

Ainsi, l'autre niveau de clivage, la confusion entre le soi et le non-soi, amène le patient à considérer le thérapeute d'une manière compatible avec ses projections de sensations hostiles. Ce mécanisme appelé « identification projective » correspond à une forme de protection bien connue de la plupart des spécialistes du TPL (Fonagy et Target, 2006 ; Kernberg, 1967). Le thérapeute représente donc aussi une cible aux décharges de la pulsion agressive, mais doit être capable de conserver une image entière, à la fois de son soi, et du soi fragmenté du patient, afin que celui-ci puisse continuer à y accéder à travers ses reflets. La capacité du thérapeute à maintenir une fonction de reflet dépend donc de sa capacité à restaurer son propre sentiment de sécurité, c'est-à-dire de la façon dont il est parvenu ou non jusqu'à l'acquisition de moyens matures et personnels pour gérer son propre rapport à la réalité, et résoudre son propre dilemme de la puberté :

> « Not all analysts are equally at home with the intensity of the experience of psychotic and borderline patients. Perhaps this capacity requires personal experiences in childhood that are related to the experiences that severely disturbed patients. […] The extent to which the analyst resolves his rage in response to these childhood experiences may determine his capacity to withstand the rage of the patients and the

> intensity of their aloneness and diminished self-worth feelings. » (Adler, 1988, p. 365)

Le niveau de développement de la personnalité du thérapeute le long du parcours de la naissance psychique représente ici un critère majeur dans la possibilité d'investir une telle démarche thérapeutique. Selon Guex (1950), il doit pouvoir se montrer actif, impliqué et réel, pour ne pas être qu'une simple projection, ce qui conduirait à la reproduction de l'impasse développementale dans laquelle le patient est piégé.

3.2.3. Troisième temps de la thérapie : la mise à contribution de l'immaturité

Lorsque le patient parvient à investir le thérapeute en tant que Moi auxiliaire, d'un point de vue développemental il accède à une autre forme de survie que nous avons associée au second niveau de clivage soi/non-soi. Or, la restauration de la sécurité par le recours à l'union symbiotique et au sentiment de toute-puissance, par une alternance de comportement avide et agressif, n'est pas encore un mode de gestion viable de la sécurité, même s'il en donne au patient l'illusion. La réalité parait peut-être moins menaçante, mais elle n'est toujours perçue que partiellement. Nous avons vu que la pseudo-différenciation du soi et du non-soi se traduisait par une frontière instable et des échanges peu enrichissants avec le monde. Cette expérience psychique du monde rend d'ailleurs insoluble le dilemme de la symbiose et de la séparation, le faisant évoluer en un dilemme de l'intrusion et de l'abandon. Nous avons alors souligné que la traduction symptomatique de cette forme de survie consistait en des difficultés relationnelles chroniques, des répétitions d'échecs, d'abandons, et de conflits, des fluctuations de l'humeur. Néanmoins, la thérapie pourrait s'arrêter là, et le patient pourrait trouver diverses formes d'aménagement interpersonnel afin de gérer l'insécurité que lui inspire toujours la réalité. Les transformations sociales en Occident ces dernières décennies qui engendrent des formes d'interactions de plus en plus dépourvues de proximité pourraient même rendre ces ajustements syntones, c'est-à-dire adaptés au milieu de vie, de travail ou d'étude.

Dans quelle mesure faudrait-il alors poursuivre le processus thérapeutique jusqu'à la résolution du dilemme de la puberté ? Si les formes de gestion de la sécurité qui s'opposent à l'autonomie ne sont plus symptomatiques, faut-il tout de même les traiter ? Nous souhaitons inviter ici à une réflexion autour de la normalisation socioculturelle du second niveau de clivage : ce mode de gestion immature du rapport à la réalité semble devenu « socio-syntone » à notre époque. Les fluctuations de l'humeur, l'instabilité de l'identité, ainsi que les difficultés relationnelles pourraient ainsi être de plus en plus valorisées de nos jours, et rattachées à une certaine notion de liberté : la liberté de pouvoir ressentir et vivre intensément une grande variété d'expériences. Il est possible que l'évolution des valeurs de la société occidentale au XXe siècle, concernant l'identité des individus, les rôles sociaux, les configurations relationnelles, se soit faite au détriment du caractère « égo-dystone » du second niveau de clivage, c'est-à-dire de ses conséquences psychopathologiques. D'une certaine manière, le piège de l'immaturité, l'insolubilité du dilemme de la puberté, n'apparaitrait plus vraiment comme pathologique au quotidien, mais seulement avec la survenue de ruptures occasionnelles de configurations primitives de sécurité provoquant une souffrance suffisamment significative pour consulter. Il existerait donc une certaine pression socioculturelle qui s'opposerait à l'investissement d'un troisième temps de prise en charge. En effet, difficile d'envisager la poursuite d'un processus psychothérapeutique qui vise précisément au renoncement à ces modes de gestion immatures et à l'acquisition d'une alternative moins destructrice mais plus frustrante, si le patient n'est pas assez affecté ou même interpellé par la répétition de ses impasses interpersonnelles. Une telle mise en contexte socioculturelle de la clinique du TPL pourrait expliquer la sous-évaluation du trouble, ainsi que la sous-estimation de sa létalité comme Kernberg et Gunderson le pointaient. Nous y reviendrons dans le prochain point de la discussion.

Cependant, comme nous l'avons vu cet équilibre est assez précaire, puisque le désir avide de l'union symbiotique comme moyen de se soustraire aux tensions suscitées

par la réalité ne peut être que déçu et déclencher à son tour des décharges destructrices, synonymes également d'annihilation :

> « The potentially dangerous relationships are those the patient form with other borderline or psychotic persons. Reality basis for the relationship is tenuous, if present at all. It simply provides the illusion, partially gained vicariously, of gratifying each other's need for infantile closeness. Inevitably the partner will act destructively, independently, or in concert with the patient's own destructiveness. The therapist must realize the risk in these relationships and try to show it to the patient. » (Adler, 1985, p. 131)

Après avoir procuré au patient la possibilité d'expérimenter une certaine illusion d'autosuffisance afin de l'aider à venir au monde, nul besoin de se presser à le désillusionner. Le monde réel s'en charge déjà. En effet, le privilège de la subjectivité et de la toute-puissance sont incompatibles avec les exigences de ce monde réel. Il est à supposer alors que plus la réalité redevient source de menace, plus la quête de sécurité redevient impérative, plus elle conduit à la mise en œuvre de modes de gestion immatures pour s'en dissocier :

> « Through harmful activities, including self-destruction, he can express all his various sources of destructive urges and his wishes to incorporate and merge. Drugs, alcohol, promiscuity, suicide to gain nirvana, pregnancy, and obesity form a partial list of these harmful activities. » (Adler, 1985, p. 133)
> « If psychological avoidances become insufficient, the patient may take refuge in literal flight. » (Adler, 1985, p. 132)

En dépit des apparences, la recrudescence de manifestations d'agressivité et de rage destructrice, peu contrôlées et peu intégrées, représente un levier essentiel pour investir le troisième temps de la thérapie, qui consiste à mettre précisément cette immaturité à contribution pour l'atteinte d'une meilleure autonomie. Ces manifestations sont stimulées par le caractère inévitablement frustrant de la réalité extérieure, dont le thérapeute fait lui-même partie. Rappelons qu'étant réel, il ne peut se montrer au mieux que suffisamment bon. Puisqu'il est en partie un représentant de la réalité, lui aussi représente un « pas assez » : pas assez bon, pas assez empathique, pas assez compréhensif, etc. Les manifestations agressives prennent par exemple la forme de bris de cadre, de ruptures d'alliance, de retards,

d'absences, de voyages ou de changements soudains d'habitude de vie, et doivent être reflétées, clarifiées, questionnées et interprétées. Le risque serait à ce stade de minimiser leur valeur pour la poursuite du processus thérapeutique.

L'intensité, le chaos, ainsi que l'agressivité dissociée et pauvrement représentée, que dissimule le mode d'être-au-monde immature du TPL, amène le thérapeute à devoir s'exposer à des expériences qui diffèrent de celles auxquelles le Moi auxiliaire parental est confronté lors du développement précoce du jeune enfant. Le potentiel de destruction d'un enfant semble moins effrayant que celui d'un adulte. La perception du précurseur de l'objet par le patient peut très bien passer du bon au mauvais d'un instant à l'autre, ce qui en ferait la cible d'attaques réellement dangereuses. Comment continuer alors à exister en tant que partenaire concerné par les besoins de sécurité du patient, tout en subissant son hostilité ? Pour répondre à cette question, il nous faut nous inspirer de la façon dont l'intégration du second niveau de clivage, la délimitation du soi et du monde comme deux entités entières et autonomes, aussi bien agréable que désagréable, survient normalement lors du développement précoce. Le travail thérapeutique qui vise à une meilleure intégration du soi et du non-soi passe nécessairement par l'introduction d'un conflit entre l'amour et la haine, et la prise de conscience des dommages provoqués par les gestions primitives de la sécurité. Ce conflit est indispensable pour trouver une issue moins destructrice et plus personnelle au dilemme de la puberté et l'acquisition d'un système de sécurité compatible avec l'autonomie. Comment favoriser l'émergence de ce conflit ? Nous avons vu qu'il évoluait selon la séquence d'interaction « frustrations/ tentatives de destruction/survie/ conflit entre l'amour et la haine/ possibilité de réparation ». Il parait alors fondamental que le thérapeute puisse survivre, et faire survivre le lien thérapeutique face à la destructivité du patient, dont celui-ci n'est pas encore en mesure de se montrer responsable.

Le thérapeute est le garant de la réalité, et en tant que tel, il doit parfois prendre des mesures, imposer des limites au patient afin d'assurer leur protection à eux deux : « When the patient loses the capacity to conduct his life safely, the therapist must set limits and otherwise participate in protecting the patient. » (Adler, 1985, p. 77).

Lorsque ces patients arrivent en consultation, le problème n'est pas tant que la réalité ne leur ait pas encore été présentée, que ces limites ne leur aient jamais été posées auparavant. Toute institution sociale est en quelque sorte garante de la préservation du monde et de ce qui s'y trouve. Ces patients ont déjà rencontré à de nombreuses reprises la réalité et ses exigences. L'école maternelle incarne déjà la réalité. Le problème réside plutôt dans le fait que la réalité leur a paru jusque-là insupportable car non introduite de manière adaptée selon les fragilités de leur contexte de développement. En considérant les étapes précoces du développement jusqu'à la naissance psychique, il est possible de les introduire à la réalité d'une manière qui soit plus adaptée, de façon à la leur rendre acceptable. Ainsi le point central de ce troisième temps ne se limite pas à veiller scrupuleusement au respect du cadre, des règles et des limites, ce qui relève de la réalité, mais à la façon de le faire, à la façon d'appliquer le cadre, les règles et les limites. C'est cette infime nuance qui distingue la psychothérapie des autres institutions sociales.

Pour Gérald Adler (1985), qui s'est inspiré lui aussi en grande partie de l'œuvre de Winnicott, l'introduction de la réalité est un art, qui se rapporte à un type d'intervention bien spécifique, celle de la confrontation. Nous verrons un peu plus loin la façon dont ce type d'intervention diffère chez Kernberg et chez Masterson :

> « Confrontation is a technique designed to gain a patient's attention to inner experiences or perceptions of outer reality. » (Adler, 1985, p. 121)
> « Therapeutic tasks with these patients is the repeated differentiation of fantasy from reality, and inner from outer. » (Adler, 1985, p. 212)

Laisser se déployer l'immaturité avec ses modes de gestion de la réalité ne signifie pas d'approuver la prise de risque, la destruction ou encore moins l'autodestruction qu'elle suppose. Puisque les formes de survie que nous avons associées aux divers tableaux cliniques du TPL fonctionnent au détriment de l'activité psychique et du contact avec la réalité, elles sont aussi source de danger. Selon Adler (1985), ces mouvements de fuite et d'évitement requièrent une confrontation, notamment en combinant des épreuves de réalité et la mise en place de limites. Selon lui, le thérapeute doit exercer une forme de pression afin de contrer, clarifier, interpréter les mouvements de fuite qui sont source de périls. Il doit aider le patient à retrouver

une posture rationnelle ainsi qu'une forme de contrôle sur lui-même, en lui fournissant le soutien nécessaire afin de tolérer davantage ce qui lui a paru intolérable. Gérald Adler (1985) met cependant en garde contre une mauvaise utilisation de la confrontation. Elle ne doit pas consister à briser les moyens de défense du patient jusqu'à mettre son immaturité à nu. Celui-ci se retrouverait alors particulièrement exposé aux menaces d'annihilation, ce qui ne ferait que surstimuler un retour avide à l'union symbiotique, qui apporte toujours à son tour une sur-stimulation de l'agressivité, et donc la menace de destruction de l'autre et de soi. Dans un tel cas, le thérapeute pourrait alors succomber soit à la tentation de répondre aux attaques par des représailles, soit de devenir un partenaire tout-puissant, avec un patient tout-puissant, dans une sorte d'alliance gratifiante, mais illusoire. Le thérapeute cesserait alors de répondre aux besoins du patient, de lui refléter une image juste et marquée, pour répondre à ses propres besoins d'apaisement et de survie.

Par ailleurs, lorsque c'est nécessaire, lorsque les modes de gestion immature de la réalité amènent à des formes de délinquance ou de criminalité, le recours aux forces de police, au système judiciaire et carcéral représente des fonctions auxiliaires du Moi vitales que le psychothérapeute ne peut opérer à lui seul. L'expertise de psychiatres, de travailleurs sociaux, d'agents de police, et de représentants légaux peut donc constituer des fonctions auxiliaires du Moi. Néanmoins, la participation de plusieurs intervenants appartenant à des institutions indépendantes les unes des autres, amène un risque de reproduction du second niveau de clivage à une plus grande échelle. La compartimentation des différents types d'interventions représente un terreau propice à la confusion dont souffre le patient. Les équipes ainsi que leurs membres pourraient se désorganiser selon l'expérience psychique primitive du soi et du non-soi du patient, avec ceux qui sont bons, auxquels il faudrait s'unir, et ceux qui sont mauvais, qu'il faudrait rejeter. Difficile d'envisager l'intégration du second niveau de clivage si les divers organes de prise en charge sont eux-mêmes clivés. La coordination préalable des actions de soins en une

instance pluridisciplinaire unique est incontournable pour faire survivre le lien thérapeutique et favoriser le conflit entre l'amour et la haine :

> « They (patients) must learn that their anger neither destroys nor leads to abandonment by the selfobject. […] The necessary experience in treatment is one in which the patient's anger, often of momentarily overwhelming intensity, is acknowledge, respected, and understood. Whenever possible this anger can be related to the patient's life history of disappointing, enraging self-objects as they are re-experienced in the transference. » (Adler, 1985, p. 91-92)

Combiner les activités psychothérapeutiques au sein d'une équipe unie, cohérente, globale et entière, une équipe qui puisse être perçue à la fois comme agréable et désagréable, qui apporte du soutien tout en fixant des limites tolérables, qui soit capable de survivre aux frustrations, amènerait le patient à prendre conscience du bon et du mauvais qui est en lui, à s'en montrer responsable, et à investir un mode de gestion de la sécurité compatible avec la préservation des ressources qui l'entourent.

L'achèvement du processus thérapeutique, comme l'achèvement des phases précoces du développement, se concrétise par l'avènement d'une expérience fondamentale de tristesse indissociable de la prise de conscience de la vulnérabilité face aux exigences de la réalité, et de la nécessité de cultiver une certaine interdépendance avec son environnement. En ce sens, pour Germaine Guex (1950), la fin du processus thérapeutique est annoncée par « une crise de la guérison », qui n'est pas à interpréter comme une crise de régression, mais plutôt comme une crise de croissance. Pour nous, cette crise reflète de nombreux progrès développementaux, dont l'aptitude au renoncement à la toute-puissance, l'aptitude à sacrifier une certaine immédiateté des activités pulsionnelles, l'aptitude à mettre l'immaturité à contribution du renforcement du soi et au service du rapport à la réalité. Ainsi, lorsque le patient parvient à tolérer le poids du deuil des besoins infantiles qui ont été négligés, il lui est possible conjointement de réorienter l'investissement de son énergie pulsionnelle vers des besoins adultes. L'acquisition d'un système de sécurité personnelle permet enfin au patient de passer d'un état « d'être survivant » à celui d'être vivant. Néanmoins, il serait prudent de garder une

certaine réserve sur la possibilité d'y parvenir systématiquement. En effet, l'ampleur de traumatismes développementaux pourrait justifier que certains patients, prématurés psychiques, aient à bénéficier pour leur vie durant d'un auxiliaire, d'une forme de compensation à la précarité de leur rapport au monde. Il est alors important de réfléchir à la façon de leur offrir un tel appui, d'autant que si celui-ci parait coûteux *a priori*, il l'est tout de même moins que les entrées et sorties répétées de ces patients dans les systèmes de soins. Cela rejoint l'idée d'une responsabilité macroclinique à l'égard de ceux dont l'accueil dans l'existence n'a pas été suffisamment adouci au point de leur permettre d'y vivre en toute sécurité (Ferenczi, 1913). Notre discussion aboutit maintenant à nous interroger sur la prévention des interruptions précoces du développement ainsi que de leurs conséquences.

3.3. Sensibiliser et prévenir les traumatismes précoces du développement

3.3.1. Penser la prévention à partir d'une anthropologie développementale

En proposant de spécifier l'étiologie du TPL à partir d'une forme d'interruption du développement psychique qui aboutit à la persistance des modes d'être-au-monde plutôt précaires, nous percevons une piste de réflexion singulière concernant le travail de prévention. Ce questionnement ne pouvait pas même se poser depuis une anthropologie naturaliste. En effet, difficile d'envisager prévenir un trouble d'origine organique, ou héréditaire. De même, les modèles développementaux plus contemporains s'arrêtent souvent à des propositions peu spécifiques quant à l'origine du trouble. Ils invoquent l'implication de plusieurs facteurs issus à la fois de l'organisme et de l'environnement, sans se risquer davantage à les préciser, ou à clarifier la nature de leurs interactions au cours de la pathogenèse. Or, au cours de nos essais, nous avons précisé les façons dont l'entourage contribue à l'acquisition de certains traits de caractère adultes indispensables à l'autonomie :

> « En peu d'années, le petit être primitif doit se transformer en être humain civilisé et avoir traversé, dans un temps invraisemblablement court, une immense partie de l'évolution culturelle de l'humanité. Ce phénomène est rendu possible par des prédispositions héréditaires, mais ne se réalise presque jamais sans le concours de l'éducation et de l'influence parentale. […] Il convient donc de ne pas oublier non plus,

> parmi les causes déterminantes des névroses, l'influence de la civilisation. » (Freud, 1940, p. 55)

A partir d'une anthropologie développementale, il parait non seulement possible, mais souhaitable d'envisager des moyens de prévenir les troubles de la naissance psychique. La prévention des interruptions précoces du développement représente une certaine forme d'implication macroclinique. Nous souhaitons ainsi réfléchir à la façon de soutenir l'immense contribution du milieu familial dans la délimitation d'un sens de soi et de la réalité.

Par la nature de son engagement auprès des familles ordinaires dans leur vie quotidienne, par ses interventions vulgarisées sur des médias d'époques de grandes écoutes tout au long de sa carrière, Winnicott présente sans doute l'exemple le plus inspirant d'actions préventives. Parmi la bibliographie de Winnicott figure ainsi davantage de communications orales destinées aux familles, aux enseignants, à l'entourage, que de manuels scientifiques :

> « It is not possible to take for granted that the infant's psyche will form satisfactorily in partnership with the soma, that is to say with the body and its functioning. Psycho-somatic existence is an achievement, and although its basis is inherited growth tendency, it cannot become a fact without the active participation of a human being who is holding and handling the baby. A breakdown in this area has to do with all the difficulties affecting bodily health which actually stem from uncertainty in personality structure. The breakdown of these very early growth processes takes us immediately to the kind of symptomatology which we find in our mental hospitals so that the prevention of mental hospital disorder belongs initially to the infant care and the things that come naturally to the mothers who like having a baby to look after. » (Winnicott, 1988b, p. 12-13)

En suivant le lien qu'il propose entre pathologies mentales et soins durant la prime enfance, nous pourrions dire qu'une augmentation de la prévalence de certains troubles mentaux et de manifestations de délinquances dans une société pointerait vers une détérioration des conditions qui garantissent le bon déroulement des étapes précoces du développement psychique. La façon dont une société appréhende l'origine et les manifestations des troubles mentaux représente ainsi un révélateur de son rapport à l'immaturité et au maternel. Si l'origine de ces troubles semble

indiscernable et leurs manifestations arbitraires, alors cela laisse à supposer un manque de discernement sur notre immaturité constitutive et donc forcément un manque de valorisation de l'attitude maternelle. Nous proposerions alors deux axes majeurs de préventions : d'une part le rappel de l'incidence énorme de l'immaturité sur l'acquisition des grandes aptitudes nécessaires à l'autonomie et la santé ; d'autre part la revalorisation des soins qui permettent de faire de cette faillite congénitale une source formidable de réalisations culturelles. Dans un sens, nous pourrions dire que l'avènement de la psychanalyse, avec la découverte de l'inconscient, avec la conceptualisation du « Ça », a contribué à remettre de l'avant au début du XXe siècle, la portée de l'immaturité des premiers moments de l'existence sur le destin des êtres et des civilisations.

3.3.2. Immaturité et parentalité, deux axes pour la prévention du TPL

Prévenir les troubles de la personnalité recouvrerait aussi d'un côté une meilleure sensibilisation à l'immaturité qui caractérise les étapes précoces du développement, et d'un autre côté le soutien des mères, des pères, des familles, et plus généralement de toutes structures sociales, à qui incombe temporairement la responsabilité d'un jeune enfant, le temps que son immaturité soit mise à contribution d'une forme de sécurité davantage compatible avec les conventions de la civilisation. Si les trois essais sur la naissance psychique représentent déjà une base pour répondre au premier axe, le second axe amènerait quant à lui questionner préalablement la façon dont a évolué la valeur du maternel et le rôle des parents dans la pédagogie des sociétés occidentales au cours des dernières décennies :

> Dans ce contexte il faut rappeler également les modifications du système de valeurs d'une société. Divers facteurs économiques et idéologiques peuvent influencer fâcheusement le surmoi parental et le comportement éducatif des adultes. Les échelles de valeurs sociales contradictoires, qui en résultent, sont transmises à l'enfant par le biais de la famille, du jardin d'enfants et de l'école. (Jacobson, 1964, p. 146-147)

Ferenczi (1913), il y a près d'un siècle, dénonçait déjà le caractère inapproprié d'une certaine conception de l'éducation et de la pédagogie de son époque. Près d'un siècle plus tard, il nous faudrait ainsi revenir sur la façon dont la notion de

« parent » s'est transformée au sein de nos modèles sociaux modernes, sur la signification d'être une mère ou un père, sur les rôles et les responsabilités qui y sont rattachés. L'apparition récente du néologisme « parentalité » pour désigner précisément les fonctions de parent, ses statuts juridiques, moraux et socioculturels (Larousse, 2019) ne serait sûrement pas une coïncidence vis-à-vis du questionnement que nous soulevons. Les interrogations autour de la parentalité transparaissent même dans certaines œuvres culturelles, telles que dans la chanson *Papaoutai* de Stromae (2013) :

> Dites-moi d'où il vient, Enfin je serais où je vais
> Maman dit que lorsqu'on cherche bien, On finit toujours par trouver
> Elle dit qu'il n'est jamais très loin, Qu'il part très souvent travailler
> Maman dit travailler c'est bien, Bien mieux qu'être mal accompagné. […]
> Un jour ou l'autre on sera tous papas, Et d'un jour à l'autre on aura disparu
> Serons-nous détestables ? Serons-nous admirables ?
> Des géniteurs ou des génies ? Dites-nous qui donne naissance aux irresponsables ?
> Ah dites-nous qui, tient, Tout le monde sait comment on fait les bébés
> Mais personne sait comment on fait des papas.

Cette dernière phrase retient notre attention quant à la prévention des interruptions précoce du développement. Les progrès de la science nous ont révélé au cours des derniers siècles les mécanismes physiologiques impliqués dans la reproduction humaine, mais peut-être que cela n'a pas simplifié le travail de réflexion autour de ce que devenir parent implique. Notre second axe de prévention nous amènerait ainsi à une démarche de mise en contexte sociologique autour des troubles de la naissance psychique.

Le chapitre 17 du *Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology* (2015 p. 362), consacré au TPL, incite déjà à une telle réflexion étiologique socio-culturelle :

> « The increased prevalence of BPD over recent decades (Grant 2008 ; Lenzenwegern 2008 ; Torgersen, Kringlen& Cramer 2001) cannot be accounted for by dramatic variations in the gene pool or the increased prevalence of trauma. Rather more subtle changes in social structure are likely to be responsible - namely, the « disappearance » of social

> structures that serves as personal support systems for holding and maintaining individuals whose development leaves them in a social environment demanding individuation, struggling with issues of subjectivity, of self and other, of thoughts and feelings, and of internal and external experience. »

Les outils diagnostiques n'ont pas vraiment évolué depuis les années 80, et les spécialistes dénoncent même une sous-évaluation du TPL. Cette stagnation ne permet pas vraiment d'appréhender l'augmentation du nombre de troubles de personnalité ces dernières décennies. De plus, il serait peu vraisemblable de l'attribuer à une variation soudaine du matériel génétique au sein des sociétés occidentales. Nous proposons de considérer plutôt l'origine de cette augmentation de la fréquence des pathologies de la personnalité à partir de l'hypothèse d'une augmentation des interruptions traumatiques du développement :

> « Parents who cannot enter mentalizing mode with their child are by no means always overtly abusive, neglecting, or mentaly ill. A wide range of people share the type of early experience associated with insecure attachment. It is by no means restricted to traumatic chilhoods. This may be one of the reasons why many charecteristics of children who have experienced severe maltreatment may also be found in those whose childhoods have apparently been relatively benign. » (Fonagy, 2005, p. 381-382)

Selon Fonagy, c'est la présence beaucoup plus subtile de systèmes sociaux pré-mentalisants, qui participe à affaiblir les provisions indispensables au processus d'individuation des jeunes enfants. Il se pourrait bien alors que les causes des traumatismes développementaux aient une forme plutôt insidieuse de nos jours. Loin de provenir de contextes familiaux explicitement abusifs, ils semblent s'inscrire au contraire comme la contrepartie même de normes socioculturelles pédagogiques, c'est-à-dire de certaines valeurs sociales encadrant les rôles de la génération adulte vis-à-vis des nouvelles générations. Ignorer, banaliser ou encore idéaliser l'immaturité indissociable à la constitution humaine ne peut que conduire à s'en déresponsabiliser, et à rendre rébarbative sa mise à contribution.

3.3.3. La dimension socioculturelle des traumatismes précoces du développement

Le rapport entre parentalité et santé mentale est devenu au cours des dernières années un nouveau centre d'intérêt en psychiatrie et en psychopathologie. L'ouvrage *Parenthood and Mental Health: A bridge between infant and adult psychiatry* (2010) de Sam Tyano, Miri Keren, Helen Herrman, John Cox, en est une bonne illustration. Il se situe dans le champ de la psychiatrie sociale, et étudie précisément le continuum qui existe entre la santé des parents et celle de leurs enfants. Il serait intéressant alors d'approfondir le second axe de prévention du TPL à partir de l'exploration des liens entre les différents types d'interruptions précoces du développement et les différentes formes de parentalité. Nous percevons là l'importance de donner plus de visibilité à ces nouveaux champs d'étude qui sont à la croisée de la psychiatrie et de la sociologie, afin de soutenir les actions sociopolitiques à l'attention des familles. En effet, pour Winnicott (1986), ce premier entourage exerce déjà le meilleur des accompagnements en autant qu'il possède les ressources préalables pour y parvenir. Aider les parents à aider leur enfant éviterait de « pathologiser » ces derniers en les exposants trop tôt au milieu médical. Le succès du développement précoce est animé quotidiennement par le dévouement, l'engagement, l'affection, et non par l'intelligence, la technique, ou la science. Celles-ci n'y sont impliquées qu'en dernier recours et ne peuvent que pallier grossièrement l'échec des premiers. Commencer à parler de parentalité, serait le meilleur moyen d'éviter d'envisager plus tard la « thérapeutabilité ».

Malgré les apparences, la considération d'une dimension sociale de l'origine des troubles de la personnalité n'est pas vraiment un champ de recherche inédit. C'est également un exemple de redécouverte provenant du regain d'intérêt récent pour une anthropologie développementale. Ainsi, dans l'ouvrage paru en 1958 : *The quest for identity. The decline of the superego and what is happening to American character as a result*, Allen Wheelis, psychanalyste américain (1915 – 2007), considérait déjà l'apparition de plus en plus fréquente des troubles de la personnalité dans la société américaine du milieu du XXe siècle, comme une

conséquence de l'affaiblissement du Surmoi, affaiblissement résultant lui-même des changements majeurs parmi le système de valeurs nord-américain :

> « During the past fifty years there has been a change in the experienced quality of life, with the result that identity is now harder to achieve and harder to maintain. » (Wheelis, 1958, p. 19)
> « Younger analysts become aware of it from the discrepancy between the older descriptions of neuroses and the problems presented by the patients who come daily to their offices. The change is from symptom neuroses to character disorders. » (Wheelis, 1958, p. 40-41)
> « The conflict is less likely to manifest itself in the form of specific symptoms or to have the quality of a syndrome, but is vague and amorphous, pervading the entire personality. » (Wheelis, 1958, p. 41)

Nous parvenons à mieux comprendre alors une interrogation soulevée en problématique sur le fait qu'une grande partie de la recherche et des acteurs du TPL soit d'origine nord-américaine : Kernberg, Masterson, Gunderson, Zanarini, Linehan, Paris, Livesley. Lorsque l'on situe mieux le contexte historique d'apparition des pathologies provoquées par des interruptions précoces du développement parmi l'histoire moderne de la société américaine, il ne parait plus si étonnant que ce fut un psychanalyste américain, Adolph Stern en 1937 qui publia le premier sur les cas *borderline*. Les dimensions sociales des pathologies de la personnalité, dont la parentalité, paraissent des champs de recherches prometteurs dans la perspective de mieux sensibiliser le public autour du TPL.

3.4. Autres répercussions théoriques

3.4.1. Reconsidérations nosographiques

Notre proposition d'articuler l'étiologie et la symptomatologie du TPL nous permet d'envisager des rapprochements nosographiques. D'un point de vue développemental, les pathologies que l'on qualifie par les termes TPL, trouble borderline, névrose d'abandon, relèveraient d'un même phénomène. Elles correspondent à une forme de trouble de la naissance psychique. Nous souhaitons y inclure les troubles de la personnalité au sens large : il est particulièrement étonnant de constater que la dénomination des diverses catégories de troubles de la personnalité toujours en vigueur dans le DSM 5, pourrait parfaitement décrire des

configurations ou des phases d'immaturité du développement précoce. Schizoïde, paranoïaque, dépendant, narcissique, histrionique, antisociale, évitant, etc., sont des caractéristiques mêmes de l'immaturité. Ces catégories diagnostiques semblent renvoyer à des facettes normales de l'enfance, différentes facettes des premiers moments de la vie que nous traversons tous. Un bébé n'est-il pas par définition toujours dépendant, par moment antisocial dans ses conquêtes, histrionique dans son expression émotionnelle, et paranoïaque face à l'inconnu ? Ces catégories diagnostiques semblent donc des qualificatifs qui pourraient très bien s'appliquer à des expériences psychiques primitives normales. Cependant, hors d'une anthropologie développementale, en tant que pure distinction statistique, ces classes, si elles sont légitimes d'un point de vue mathématique, n'auraient aucun sens dans la vie réelle. Ce sont des expressions qui ont été isolées de leur contexte théorique, considérées comme des entités abstraites, puis placées sur un même plan sémantique par des lois mathématiques.

A partir d'une perspective développementale, il n'y a aucun sens à employer « dépendant », « narcissique » et « paranoïaque » sur de mêmes niveaux sémantiques, comme des concepts interchangeables. Nous avons souligné que la constitution même de l'être humain en fait un être dépendant des ressources de son entourage pour survivre. Qu'est-ce que signifie alors une personnalité dépendante ? De quel type de dépendance parle-t-on ? Le trait de dépendance est-il forcément à associer à une posture pathologique ? De même, le recours au mot narcissique nous semble abusif dans le langage de la psychopathologie moderne. Ce mot provient d'une tradition de pensée développementale, et désigne différents modes d'investissement de l'énergie pulsionnelle au cours des premiers moments de la vie. Le narcissisme renvoie à une disposition centrale de la condition humaine, qui est de devoir investir ce qui l'entoure afin d'y trouver des conditions propices à la vie. Ce mot est aujourd'hui réduit à tort à une facette pathologique du narcissisme, qui occulte ses aspects vitaux. Ainsi, la personnalité narcissique du DSM ne tient pas compte de la distinction entre narcissisme primaire et secondaire. Ceux-ci renvoient pourtant à deux modes d'être-au-monde radicalement opposés. Les distinctions

catégorielles d'ordre statistique proposées depuis près d'un demi-siècle dans le DSM ne renvoient donc pas selon nous à des phénomènes réels, au sens de phénomènes ayant une signification d'un point de vue de l'expérience humaine. Ce sont au mieux des arrangements mathématiques qui ont du sens pour les mathématiciens.

Un grand danger apparaît inhérent à l'éclectisme de la pensée américaine en amont du DSM, qui consiste à puiser des concepts dans toutes sortes de traditions, de les couper de leurs significations historiques, et de leur en attribuer une nouvelle à partir de son propre standard. Cette attitude nous parait aussi absurde que celle d'un individu partant en voyage dans un pays hispanophone sans parler espagnol, qui une fois sur place déciderait de lui-même de la signification des mots qu'il y entend indépendamment de leur signification vernaculaire, et finirait par forcer ses interlocuteurs à adopter sa réattribution de sens comme langue légitime. Ramenée à la vie de tous les jours, nous aurions associé plutôt une telle difficulté à se décentrer de son propre point de vue aux dépens des autres, à une forme d'autisme plutôt qu'à une démarche scientifique. L'empirisme pur, qui ne se situe pas dans une tradition de pensée préalable est un égarement épistémologique de la raison occidentale (Husserl, 1938). Dans une perspective développementale, les troubles de la personnalité, en tant que formes de trouble de la naissance psychique, sont des constellations d'immaturités qui ont toujours une signification dans un contexte de développement bien précis. On ne peut ni les réduire à un ensemble de facteurs plus simples, ni les isoler de leurs contextes pour les systématiser. Il n'est pas plus envisageable de concevoir un modèle conceptuel ou clinique qui puisse rendre compte de l'ensemble de la complexité des premières interactions humaines par un acronyme de seulement trois ou quatre lettres. Les trois pédiatres de nos essais ne s'exprimaient pas en acronyme et pourtant, ils parvenaient tout de même à communiquer de manière accessible la condition développementale propre à la condition humaine. Une anthropologie développementale nous enseigne qu'en matière d'expérience humaine, on ne peut faire l'économie de la complexité et des paradoxes. Tout comme il est indispensable de prendre le temps d'apprendre

quelques mots d'espagnol avant de se rendre dans un pays hispanophone, nous ne pourrions que recommander de se familiariser avec une tradition de pensée développementale avant de se référer aux catégories diagnostiques du DSM 5.

3.4.2. Dépasser l'opposition entre modèle développemental pulsionnel et modèle développemental relationnel

Pour finir, nous souhaitons apporter une précision quant à l'originalité du modèle de la naissance psychique, en comparaison aux modèles développementaux plus récents. En quoi est-il différent ? S'agit-il d'une répétition de ce que ce Fonagy ou encore Kernberg a déjà réintroduit à la fin du XXe siècle ? Notre travail de relecture de la clinique psychanalytique du début et milieu du XXe qui a conduit à la formulation de la naissance psychique est fondé sur une inscription anthropologique de la personnalité. Nous en sommes venus à préciser la pertinence d'adopter une perspective développementale de la condition humaine en partant de la philosophie des sciences, et non de la psychanalyse en tant que telle. Nous avons énoncé au préalable deux présupposés qui se trouvent à la base de notre anthropologie développementale : 1) il existe un développement à part entière, autre que celui de la maturation physiologique ; 2) les sources de ce développement se situent à l'extérieur, l'individu venant au monde sans être disposé à y évoluer seul au préalable. Ainsi, nous n'avons pas pris pour acquise la nature de ce qui se développe. Au contraire, nous nous sommes proposé comme objectif de comprendre ce que l'on entendait même par « développement » : ses rythmes, ses étapes, ses achèvements, etc. C'est cette porte d'entrée par la philosophie des sciences qui nous a permis précisément une relecture de la psychanalyse.

Le modèle de la naissance psychique s'appuie sur l'existence d'une première phase d'existence pré-relationnelle, préobjectale. Il ne nous est pas possible de dire du nouveau-né, du nourrisson, ou du jeune enfant qu'il est d'emblée en relation avec le monde après la naissance, car de son point de vue, il ne le distingue pas comme une entité séparée de sa propre expérience d'existant. Au contraire, nous considérons une phase normale du développement au cours de laquelle le monde est mis de manière résolument égoïste à disposition de la satisfaction des activités

pulsionnelles. Cette première configuration est indispensable pour faire face aux exigences auxquelles la constitution de l'enfant ne l'a pas tout à fait préparé. C'est l'approbation de cette configuration préalable qui permet plus tard à l'enfant de détourner ce fonctionnement égocentrique afin de se mettre à disposition du monde, d'être réellement en relation avec lui, en tant qu'une entité distincte et séparée. Notre interprétation du développement psychique à partir de la formulation de la théorie de la naissance psychique nous amène donc à contester une opposition entre pulsion et relation. Nous situons l'origine de cette distinction autour de la seconde partie du XXe siècle, elle serait donc post-freudienne.

D'un côté, nous contestons ainsi l'association de la perspective freudienne à un modèle exclusivement pulsionnel. Contrairement à une telle opinion, pour Freud, le développement psychique ainsi que son fonctionnement ne résulte pas en des activités intrapsychiques de l'énergie pulsionnelle, des jeux de forces biologiques uniquement. Pour Freud les interactions avec l'entourage importent également pour appréhender le développement, ses réalisations et ses pathologies. D'après une telle erreur de conception du développement psychique freudien, nous comprenons que l'être humain soit perçu à tort comme étant soumis à un fort déterminisme, un déterminisme de nature biologique donc, et non relationnel ou culturel.

De l'autre côté, nous contestons l'association de la perspective développementale de Winnicott, Mahler, Fairbairn, Hartmann, Anna Freud, etc., à une école dite « des relations d'objet », c'est-à-dire à un modèle exclusivement objectal. Ces modèles revalorisent bien la contribution des relations et des interactions entre l'enfant et l'entourage pour appréhender les caractéristiques du développement psychique et ses pathologies, mais pas au détriment des aspects pulsionnels inhérents à la vie humaine. En effet, il n'existe pas une aptitude de base à être en relation et à interagir de manière intentionnelle. L'impact des activités pulsionnelles, intrapsychiques est loin de sembler relativisé, relégué au second plan, voire désavoué dans la clinique analytique de ces auteurs.

Une conception de la psychanalyse qui oppose un peu trop le pulsionnel et l'objectal, aboutit à tort équivaloir pulsion et déterminisme, relation d'objet et liberté. La première posture, supposément classique inciterait à une représentation

plutôt conservatrice quant à la condition humaine, soumis à des forces intérieures prédéterminées, la seconde posture plutôt moderne, serait progressiste.

Les modèles cliniques développementaux plus récents ont vu le jour sur la base d'une telle scission, en se positionnant soit d'un côté, soit de l'autre, de manière plus ou moins explicite. Plusieurs modèles développementaux intégratifs provenant aussi bien de courants humanistes que cognitivo-comportementaux ont témoigné ainsi un engouement vis-vis des théories qualifiées « de relations d'objet ». Bon nombre de modèles de nos jours se réclament d'approche ou de conception « relationnelle », tout en prenant soin de se tenir à l'écart d'une perspective pulsionnelle qui serait avilissante. Or, selon nous, cette opposition entre modèle développemental pulsionnel et modèle développemental relationnel, objectal, semble non seulement stérile, mais relèverait d'un contresens épistémologique, d'une relecture apostérioriste de la recherche psychanalytique autour des années soixante-dix. Nous avons vu en effet que le développement, et ce dès la conception freudienne, consistait précisément dans la transition de l'une à l'autre. Si l'on envisageait d'emblée la différenciation de l'enfant et des objets, c'est-à-dire la possibilité de leur interaction depuis la perspective de l'enfant, alors par définition, il n'y aurait pas de développement. Un modèle développemental qui n'envisagerait que l'impact de l'activité pulsionnelle intrapsychique, ou que l'impact des interactions entre enfant et environnement, ne serait pas par principe un modèle développemental. L'opposition entre pulsion et relation ne relèverait pas selon nous d'un principe propre à la psychanalyse. Cette scission résulterait d'une interprétation plutôt propre aux valeurs mêmes de la seconde moitié du XXe siècle, d'une conception dissociée de la condition humaine propre à cette époque.

L'opposition entre pulsion et relation n'était pas même envisageable pour les psychanalystes de nos trois essais, qui sont pourtant associés souvent à cette « école des relations d'objet ». Aucun d'eux ne se réclame d'une telle école. Au contraire, ceux-ci prennent toujours soin de préciser leur affiliation aux perspectives freudiennes, dont ils ont été des contemporains, des correspondants. Selon nous, ce

qui a été qualifié « d'école des relations d'objet » n'aurait en fait historiquement jamais existé. Ce regroupement ne reflèterait pas vraiment la diversité et la complexité de la pensée des auteurs qu'on y associe. Au contraire, cela tend plutôt à dénaturer et décontextualiser leur propos pour les rendre compatibles avec des postures théoriques qui leur sont en fait postérieures. Une telle erreur d'interprétation théorique est assez fréquemment observée en histoire des sciences, surtout à l'époque moderne. Elle découle d'une lecture rétrospective de théories passées, à partir de préjugés et de définitions appartenant aux contextes historiques présents qui ne sont pas explicités, et dont on ne peut mesurer l'influence sur la lecture. Pour éviter ce genre d'erreur, l'histoire des sciences prescrit de toujours relire des théories passées depuis leur contexte historique respectif, avec les préjugés, les définitions et la pensée scientifique qui y étaient en vigueur. Un travail de remise en contexte historique préalable est fondamental afin de ne pas voir dans ces anciennes théories que le reflet des préjugés propres à l'époque d'où se tient le lecteur. Le modèle de la naissance psychique a cela d'original qu'il prend ainsi appui sur l'étude d'histoire de la pensée scientifique du XIXe siècle qui a vu naitre la psychanalyse. Elle en vient à dépasser la scission pulsionnelle/relationnelle. Elle propose même leur articulation. La subordination des pulsions au monde, aux relations, est un achèvement développemental qui ne se réalise que si un besoin de sécurité primordial a été rencontré. Par défaut, l'existence commence toujours par une phase de vie pré-relationnelle dans laquelle le monde est d'emblée mis au service de la pulsion, sans même qu'il soit perçu.

Enfin, nous souhaitons souligner également les pièges d'une autre opposition qui tendrait à séparer un peu trop physiologie et psychologie. Rappelons qu' au cours des tout premiers moments de l'existence, le psychologique se différencie du physiologique. De même, opposer anthropologie naturaliste comme scientifique et anthropologie développementale comme non scientifique serait également stérile. Le choix d'un paradigme et de présupposés plus appropriés à la nature d'un objet d'étude que l'on essaie de comprendre est déjà en soi une démarche scientifique. L'adoption d'un cadre de pensée développemental en psychologie est loin de

chercher à discréditer l'entreprise scientifique de ce domaine, bien au contraire. Cette démarche épistémologique vise à en faire une discipline encore plus scientifique et rigoureuse. Il n'est en revanche pas envisageable de considérer que l'une et l'autre de ces anthropologies ont raison à leur manière, et que leurs propos finissent par se rejoindre et se valoir en fin de compte. Cette attitude relativiste est généralement celle préconisée dans les cours de premier cycle de psychologie, afin de favoriser une sorte de statu quo entre les querelles paroissiales en mal de légitimité. C'est plutôt une telle attitude qui participe à discréditer l'entreprise scientifique de la psychologie, en voulant conserver et transmettre à tout prix l'idée d'une fausse cohabitation harmonieuse entre des paradigmes concurrents pourtant contradictoires, qui en plus dans les faits jamais ne se côtoient ni ne se parlent.

3.5. Limites et précisions

Quelles sont les limites auxquelles se confronte notre interprétation du TPL comme le prolongement d'une expérience psychique immature du monde, à partir d'une inscription de la personnalité depuis un paradigme développemental ?

3.5.1. Les pièges de la terminologie

Les variations de terminologies d'un essai à l'autre et à l'intérieur d'un même essai pourraient représenter une première entrave à la lecture de notre modèle de la naissance psychique. En effet, au cours de nos essais, selon nos auteurs, nous avons tendance à qualifier notre perspective développementale selon différents termes qui pourraient être source de confusion. Est-ce un développement psychique dont il s'agit ? Ou alors est-ce un développement de la personnalité, un développement affectif ou émotionnel ? Ces termes renvoient-ils à une même forme de développement ? Ce manque d'homogénéité lexicologique provient peut-être du fait d'avoir choisi trois pédiatres, ayant chacun des concepts originaux. Pourtant, amorcer notre étude à partir de définitions préalables de ces termes provenant d'un dictionnaire serait une erreur. Partir d'une définition participerait à fermer les pistes de réflexion autour d'un phénomène, à savoir le développement psychique, que nous souhaitons précisément définir. Dans la posture historico-descriptive que nous

avons adopté, les définitions sont les points d'arrivée issus de notre réflexion, et ne peuvent constituer des points de départ. Définir d'abord ce qu'est le psychisme, la personnalité, les émotions, etc., nous aurait amenés à séparer un peu trop vite des notions qui pourraient se déployer de manière similaire au cours du développement précoce. Par exemple, Winnicott a tendance à passer indistinctement de « développement émotionnel », à « développement affectif », à « développement de la personnalité ». Il utilise très peu l'expression « développement psychique ». Au contraire, René Spitz et Margaret Mahler utilisent presque exclusivement « développement psychique ». Vouloir clarifier trop vite les différences entre ces expressions serait un piège.

En tolérant l'ambigüité première provenant de la pluralité de la terminologie, en s'immergeant dans les observations de chacun de ces trois pédiatres, puis en rapportant la façon dont ces expressions se déploient dans leur contexte d'observation, nous sommes parvenus à percevoir justement qu'il était possible de mettre en lien des concepts dont la dénomination diffère. Ainsi, à l'issue de la rédaction de nos essais, au cours desquels nous avons tenté de rester aussi fidèles que possible à la pensée de ces trois pédiatres, nous sommes parvenus au constat que les expressions de développement psychique, affectif, émotionnel ou de la personnalité renvoient à un seul et même phénomène développemental, pour autant qu'elles se posent en contraste vis-à-vis du monisme matérialiste d'une perspective naturaliste de la personnalité. Cette précision terminologique est fondamentale. Nous avons conçu ainsi qu'il y a un rapprochement à faire entre les notions d'identité, de soi, de personnalité et de structure psychique, qui sont trop souvent dissociées, au point de devenir abstraites. Ainsi une particularité du langage humain est dans sa nature ambiguë même. Plusieurs mots peuvent renvoyer à une même réalité, tout comme un mot peut renvoyer à plusieurs. La signification des mots n'est pas « *a prioriste* » ni unique. Elle dépend toujours du contexte depuis lequel ils sont employés et de l'intention de l'interlocuteur qui les emploie. Ce ne sont pas des données que l'on peut systématiser. Par exemple, nous pouvons deviner un rapprochement entre les mots préobjectal, autistique et autoérotique. D'ailleurs, le

lexique analytique, qui dépend énormément des caractéristiques des langues elles-mêmes dans lesquelles les œuvres sont rédigées ou traduites, est une des sources d'erreurs potentielles de compréhension. Nous avons privilégié autant que possible les versions originales, sauf pour l'allemand, n'étant malheureusement pas germanophone. Un lecteur préoccupé par les définitions littérales pourrait donc se perdre dans l'hétérogénéité de la terminologie et aboutir à des contresens concernant le principe même du développement que nous souhaitions dépeindre.

3.5.2. Les risques d'une association de la psychanalyse à une anthropologie naturaliste plutôt qu'à une anthropologie développementale

Une autre limite de nature théorique cette fois, consiste dans le fait de ne pas avoir inclus de références psychanalytiques françaises à notre exploration sur la naissance psychique. Parmi les grands absents figure par exemple Jacques Lacan : psychiatre (1901-1981) ; Daniel Lagache : psychiatre (1903-1972) ; Maurice Bouvet : psychiatre (1911-1960) ; Serge Lebovici : psychiatre (1915-2000) ; Didier Anzieu : psychologue, disciple de Laplanche et Pontalis (1923-1999) ; Jean Bergeret : psychiatre, directeur de thèse d'Anzieu (1923-2016) ; et enfin René Roussillon : psychologue (1947-). Nous avons intégré une partie de l'œuvre d'André Green (1927-2012) dans notre discussion, notamment lors du travail d'articulation de l'étiologie et de la symptomatologie du TPL. Cela est cependant loin de rendre hommage à l'ensemble de son œuvre sur cette pathologie. Par ailleurs, il est à préciser ici que nous avons effectué notre maitrise à l'Université de Bordeaux de 2008 à 2013, et que nous avons été familiarisées à cette période avec la pensée de certains de ces auteurs, dont Bergeret et Anzieu. La supervision clinique dont nous avons bénéficié lors de nos deux années de stages de maitrise en 2011 et 2012 s'appuyait également sur un cadre analytique. L'absence d'auteurs francophones parmi notre relecture des étapes précoces du développement psychique procède d'un choix délibéré, qui tient principalement d'un souci de cohérence épistémologique que nous allons justifier.

Les trois psychanalystes que nous avons retenus pour nos essais sont tous nés autour des années 1890 et ont tous achevé leur étude de médecine autour des années 1920. Ils ont commencé à se familiariser avec la pratique de la psychanalyse autour de cette même époque, ce qui en fait des contemporains de Freud. Ils ont tous les trois côtoyé, échangé avec ce dernier ou bien avec ses proches. Ils ont tous trois démontré un intérêt à approfondir la pratique analytique auprès d'enfants et sont tous les trois pédiatres. Ils ont tous les trois évolué dans des milieux anglophones, aux États-Unis pour Spitz et Mahler fuyant le nazisme, et en Angleterre pour Winnicott. A leur côté, nous aurions pu ajouter Edith Jacobson (1897- 1978) et envisager même un quatrième essai sur la naissance psychique. Celle-ci eut un parcours de vie très similaire, même si elle n'est pas formée en pédiatrie. Cette différence explique peut-être le caractère plus synthétique que descriptif de son œuvre en comparaison à nos trois pédiatres. Sa conception du développement du soi et l'articulation qu'elle y propose entre activités pulsionnelles et relations d'objets autour des années soixante rejoignent sur de nombreux points la nôtre. Cependant, le fait de lui consacrer toute une partie nous aurait plutôt limité dans notre exploration des troubles de la naissance psychique, en apportant trop rapidement et catégoriquement des réponses à des phénomènes dont nous souhaitions justement élargir et revoir le déploiement. Il nous a semblé plus cohérent de la faire apparaitre au niveau de la synthèse, au côté de Freud, de Melanie Klein et de Joan Riviere.

Néanmoins, la perspective développementale de la personnalité de nos trois auteurs, Spitz, Mahler, et Winnicott, contraste selon nous avec une conception un peu trop structurale des auteurs français comme Bergeret ou Anzieu. En effet, ceux-ci se sont initiés à la psychanalyse plutôt autour des années soixante, dans une langue française dont Freud n'a pas été contemporain de la diffusion, contrairement à l'anglais. Nous ne sommes alors plus vraiment dans la même période historique, ce qui pourrait induire des différences d'interprétation théorique. Ainsi, Karl Stern, psychiatre et psychanalyste (1906-1975), le souligne dans *The Third Revolution : A Study of Psychiatry and Religion* : la diffusion de concepts psychanalytiques lors de la seconde moitié du XXe siècle a souffert de mésinterprétations, qui ont

participé à les associer à une perspective naturaliste, plutôt que développementale (Stern, 1954). Cette constatation de Stern nous amène à spécifier davantage la scission théorique de la seconde moitié du XXe siècle que nous avons précédemment contestée, celle qui opposerait d'un côté théorie pulsionnelle et de l'autre théorie objectale. Selon nous, les théories pulsionnelles seraient plus à risque d'être associées à une anthropologie naturaliste, alors que les théories objectales seraient celles demeurées plus proches d'une anthropologie développementale malgré leurs angles morts sur les aspects pulsionnels. En poursuivant notre réflexion sur la diffusion de la psychanalyse, il se pourrait alors que cette scission paradigmatique se soit dessinée le long du contour de la Manche : le milieu anglo-saxon parait plus proche d'un modèle développemental basé sur les relations d'objet, alors que le milieu français parait plus proche d'une perspective structurale focalisée sur le pulsionnel. Ce découpage est bien sûr exagéré. Il ne signifie pas que tout psychanalyste français et que tout psychanalyste anglo-saxon se situe invariablement autour de cette scission. Nous proposons tout de même l'hypothèse qu'il s'agit d'une tendance.

Nous avons préféré écarter en premier lieu les œuvres du milieu français afin d'éviter les risques d'une relecture de la psychanalyse qui soit dépourvue d'une perspective développementale, comme nous l'avons souvent constaté lors de nos années de formations universitaires en France. Une telle relecture aurait renfermer le risque de rapprocher à tort la psychanalyse d'une perspective naturaliste contre laquelle elle a pourtant émergé à la fin du XIXe siècle. Un exemple de dérives naturalistes serait d'interpréter le sadisme et le masochisme comme des caractéristiques naturelles, des tendances agressives innées du caractère de certains individus, et non comme des résultats de détournement des pulsions en lien avec des interventions de l'entourage lors des premières années d'existences. Cela conduirait alors à concevoir l'agressivité comme faisant partie de la « personnalité » de certains patients ou de certains délinquants, plutôt que comme la résultante de contextes développementaux traumatiques. Le risque de réduction naturaliste de la psychanalyse à une théorie pulsionnelle biologique, amènerait alors

à mieux comprendre l'image généralement péjorative de la condition humaine dont on lui attribue la paternité : l'humain serait déterminé par des appétits pulsionnels pervers, agressifs ou hédonistes, de par sa nature même sans mise en contexte préalable sur sa fragilité constitutive et l'immense quête de sécurité qui en découle. Nous comprenons alors qu'une approche psychanalytique dissociée d'un paradigme développemental puisse souffrir d'impopularité.

Éviter le risque d'une réduction naturaliste de la psychanalyse explique une autre limite à notre travail : le fait d'avoir écarté les théories de l'attachement. Là encore, certains auteurs sont absents, tel quel Harry Harlow, psychologue américain (1905-1981) dont l'ouvrage le plus célèbre demeure *The nature of love and affection*, paru en 1958. Il base ses recherches sur la compréhension de l'affection et de l'amour à partir de l'observation de singes rhésus bébés. Il commence par les séparer de leur mère à la naissance pour les placer dans diverses situations carencées, afin ensuite d'en observer les résultats. Outre l'étrangeté de la démarche pour comprendre la façon dont se déploie paradoxalement l'affection et la préoccupation de l'être humain à l'égard de ce qui l'entoure, le fait de baser ses méthodes de recherches parmi l'éthologie présuppose l'absence d'une distinction ontologique entre le domaine humain et animal. Nous situons Harlow inéluctablement du côté d'une anthropologie naturaliste, dont nous avons discuté précédemment de la légitimité des méthodes et des résultats pour appréhender l'expérience humaine. Un autre grand absent de notre travail est John Bowlby, psychanalyste (1907-1990), dont la trilogie sur la théorie de l'attachement parut respectivement lors des années 1969, 1972 et 1980. Plusieurs rapprochements sont possibles entre l'œuvre de Winnicott et Bowlby, tous deux affiliés au « middle group », le groupe des indépendants parmi la société britannique de psychanalyse après 1945. Cependant, en s'appuyant également sur des méthodes provenant de l'éthologie, Bowlby inscrirait aussi sa théorie de l'attachement parmi une anthropologie naturaliste. S'il existe un « système d'attachement » dès la naissance, alors celui-ci ne pourrait également qu'être de nature biologique ou organique, donc pas d'origine interactionnelle et développementale. Ainsi, une des critiques de Winnicott (1958) à l'encontre de

Bowlby réside précisément dans l'interprétation biologique de la notion de pulsion qui transparait dans la théorie de l'attachement. Or, si l'on s'en tient à l'hypothèse d'une indifférenciation à la suite de la naissance, alors il n'est pas possible de présumer d'un système d'attachement inné, car du point de vue du nouveau-né, il n'est pas de monde séparé, pas plus que d'altérité discernable parmi son expérience psychique primitive. En dépit de sa dépendance absolue, c'est à lui-même que le nourrisson est pour ainsi dire d'abord attaché. Le grand paradoxe des premiers moments de la vie humaine décrit par la recherche psychanalytique serait en ce sens incompatible avec la théorie de l'attachement. Il y aurait été impossible de formuler une distinction entre naissance physique et naissance psychique.

L'originalité de notre sujet, qui est à la fois une découverte et une redécouverte, réside donc peut-être dans le fait d'avoir clarifié la base anthropologique de la psychanalyse, autour d'une articulation du pulsionnel et du relationnel.

3.5.3. L'immaturité des développements cognitif et neurophysiologique

Nous tenions à explorer d'abord en profondeur les modes d'être-au-monde immatures depuis les étapes précoces du développement psychique avant de considérer ses dimensions cognitives et neurophysiologiques. Cette articulation serait fondamentale dans l'interprétation des manifestations et de l'évolution des signes cliniques du TPL. Par exemple on pourrait s'interroger sur la façon dont les interruptions précoces du développement participent à prolonger ou non l'immaturité cognitive et l'immaturité neurophysiologique. Nous pourrions tout de même déjà amorcer ici quelques pistes de réflexions sur l'aspect développemental de ces deux autres grandes dimensions.

3.5.3.1. L'immaturité du développement cognitif vue par Jean Piaget

Nous allons voir les principales caractéristiques du développement cognitif pour Jean Piaget, biologiste et psychologue helvète (1896-1980), ainsi que la façon dont ces premiers moments sont susceptibles de persister dans le cas du TPL.

3.5.3.1.1. Le caractère égocentrique de la pensée primitive de l'enfant et ses formes de raisonnement pré-logiques

Dans son ouvrage *Le jugement et le raisonnement chez l'enfant*, paru en 1957, Jean Piaget (1967a) introduit l'existence d'une première forme de pensée propre à l'enfant qui se distingue nettement de celle de l'adulte. Sa distinction rejoint étonnamment celle formulée par la recherche psychanalytique lors de la première moitié du XXe siècle :

> Par un tout autre biais, la psychanalyse est arrivée à un résultat extrêmement comparable. Cela restera l'un des mérites de la psychanalyse d'avoir distingué deux manières de penser, l'une sociale, communicable, dirigée par le besoin de s'adapter aux autres, la pensée logique, l'autre intime et incommunicable comme telle, la pensée autistique. Or Freud et ses disciples ont précisément montré que, par le fait de son autisme, cette seconde manière de penser restait confuse, non dirigée, étrangère au souci de vérité, riche en schémas imagés et symboliques et surtout inconsciente d'elle-même et des directions affectives qui groupent ses représentations. La pensée autistique a ainsi pour unique fonction de donner aux besoins et aux intérêts une satisfaction immédiate et sans contrôle, en déformant le réel pour l'adapter au moi. (Piaget, 1967a, p. 165)

Piaget préfère le terme égocentrique pour qualifier la pensée primitive de l'enfant. Comme la pensée autistique, elle se caractérise selon lui, à la fois par un défaut de conscience de soi et d'objectivité. En effet, il observe que le petit enfant est incapable de tenir compte du point de vue d'autrui. Il est particulièrement centré sur lui. Cependant, cette disposition ne signifie paradoxalement pas que l'enfant soit capable d'introspection. Au contraire, il ne s'ignorerait jamais autant lui-même que lorsqu'il est ainsi tourné vers lui. Il ne distingue donc pas la provenance de ce qu'il pense et de ce qu'il ressent, et le généralise à ce qui l'entoure :

> Il est une certaine manière de vivre en soi-même qui développe la richesse des sensations inexprimables, des images et des schémas personnels, en appauvrissant, au contraire, l'analyse et la conscience de soi. Le concept d'autisme en psychanalyse met en lumière combien le caractère incommunicable de la pensée entraine une certaine inconscience. (Piaget, 1967a, p. 168)

Selon Piaget, le propre de l'égocentrisme réside ainsi dans le fait de s'ignorer soi-même en tant que sujet, et de ne pas se douter du caractère égocentrique de sa propre pensée.

Toutefois, contrairement à la pensée autistique, Piaget considère que cette pensée primitive s'étend au-delà de l'adaptation aux besoins organiques. Elle recouvre déjà des formes de raisonnement intellectuel qui servent à évoluer parmi le monde, mais d'une manière pré-logique. Par exemple, le jugement de l'enfant est toujours absolu. Du fait de s'ignorer lui-même, ainsi que la provenance de ses pensées, il ne peut relativiser sa perspective à partir de celle des autres. Sa perspective s'applique indistinctement à tout. Le caractère irréversible du raisonnement de l'enfant est un autre exemple de ce caractère pré-logique : la pensée de l'enfant serait indifférente aux implications de la contradiction jusqu'aux alentours de 7 à 8 ans (Piaget, 1967a). Sa logique est donc contradictoire, mais il y est insensible. Il ne raisonne pas du particulier aux général, ni même du général au particulier, mais du particulier au particulier, ce qui aboutit à des juxtapositions d'explications spéciales qui ne peuvent s'extrapoler. Le développement intellectuel consiste justement en l'acquisition progressive d'une certaine réversibilité de la pensée, qui ouvre à la logique, et qui tienne compte de la contradiction : « la vie sociale contribue donc à rendre réversibles les processus mentaux et à déterminer ainsi l'apparition du raisonnement logique. » (Piaget, 1967a, p. 147). La conscience de soi et la logique ne sont donc pas des qualités innées pour Piaget, ce sont des apprentissages qui dépendent intimement de la capacité de percevoir un entourage distinct de soi, et à s'y adapter. Les raisonnements prélogiques seraient donc à rapprocher des phases du développement précoce qui précèdent la naissance psychique. Le bon achèvement de la naissance psychique, c'est-à-dire l'acquisition d'un système de sécurité personnelle compatible avec l'autonomie, serait donc un préalable à l'acquisition de la réversibilité de la pensée.

3.5.3.1.2. Le réalisme enfantin comme première représentation du monde

Comme nous venons de le voir, Piaget conçoit l'égocentrisme comme une absence de conscience de soi et de sa propre pensée. Cette inconscience conduit à son tour l'enfant à accéder au monde d'une manière « réaliste » (Piaget, 1925a). Attention encore une fois au piège de la terminologie. La définition du « réalisme » selon Piaget est l'exact contraire de celle qui est communément admise de nos jours (Larousse, 2019), à savoir une attitude qui tienne compte de la réalité telle qu'elle est, de manière objective :

> Le petit enfant est réaliste : il ne distingue ni son Moi de celui des autres ni sa pensée des choses. Toute séparation de l'objectif et du subjectif lui est étrangère. Il donne bien l'apparence de l'objectivité, puisqu'il est tourné tout entier vers le monde extérieur, mais c'est une fausse objectivité. Il projette simplement sur le monde tout le contenu de sa conscience, faute d'avoir opéré aucune distinction entre l'interne et l'externe. (Piaget, 1925a, p. 199)

Piaget conçoit donc le réalisme de l'enfant comme une inaptitude à percevoir la réalité telle qu'elle est. Le monde est le reflet du produit d'une activité de la pensée, dont l'enfant n'a pas encore conscience d'être l'origine. Il évolue à partir d'une objectivité illusoire. Si l'enfant n'est pas d'emblée objectif, il n'est pas pour autant subjectif : Piaget précise ainsi que la subjectivité n'est pas l'opposé de l'objectivité (Piaget, 1925a). A partir de l'étude du développement intellectuel, il démontre que ce n'est pas la perception subjective qui précède l'accès à une perception objective, mais bien le réalisme. L'enfant évolue dans une forme de confusion entre l'intérieur et l'extérieur, entre le monde et le soi, ce qui le conduit sans même qu'il ne le sache à concevoir comme faussement extérieures des sensations, des pensées, qui relèvent de sa pensée :

> L'objectivité vraie suppose un effort de séparation, d'opposition entre ce qui est spécial au Moi ou au sujet et ce qui est commun à tous et par conséquent ce qui appartient au monde extérieur. — Être réaliste, au contraire, c'est être victime du point de vue immédiat. C'est confondre le subjectif et l'objectif, c'est prendre pour commun à tous et pour réel tout le contenu de la conscience propre. (Piaget, 1925a, p. 198)

Ce n'est qu'à partir de 10 ans que l'enfant parviendrait véritablement à dépasser cette tendance à placer ce qui relève du fruit de sa pensée dans les choses qui l'entourent.

Selon Piaget, le réalisme enfantin se manifeste principalement par deux formes de confusion. Dans un premier temps, l'enfant a tendance à confondre le psychique et le physique (Piaget, 1967a). La démarcation de ces domaines n'est pas innée selon lui : « Ce réalisme conduit à ignorer la distinction entre un monde physique et un monde psychique, et par conséquent, à considérer le monde extérieur comme tous les deux à la fois. » (Piaget, 1967a, p. 201). Cette confusion a pour conséquence de conduire l'enfant à des erreurs d'attributions causales qui concordent avec sa pensée égocentrique. En effet, pour Piaget les tendances pré-causales découlent de la confusion de la causalité physique et des motivations psychologiques (Piaget, 1925b). La façon dont l'enfant commence à attribuer des causes ne repose ainsi pas sur le fruit d'une observation exacte, mais sur une activité de sa pensée qui se confond avec ce qu'il observe. Une mentalité pré-causale a donc une origine plus « intellectuelle » que « visuelle », c'est-à-dire qu'elle est teintée d'éléments de pensée étrangers à ce qui est réellement observé. Ces formes de pré-causalités semblent se rapprocher des stades de pré-mentalisation décrits par Fonagy. Dans un second temps, le réalisme enfantin se manifeste aussi par l'adualisme :

> On peut parler d'indifférenciation chaotique. C'est à ce niveau que le monde extérieur et le moi demeurent indissociés au point que ni les objets, ni objectivations spatiales, temporelles ou causales ne soient possibles. (Piaget, 1967b, p. 310)

Piaget emprunte ce terme à James Mark Baldwin, psychologue et philosophe américain (1861-1934), pour qui l'adualisme qualifie une confusion de l'intérieur et de l'extérieur typique de la pensée primitive. Celui-ci fut d'ailleurs parmi les premiers à étudier la genèse de la pensée logique et de l'intelligence.

L'enfant accède donc à un monde extérieur, à des objets, à des concepts de temps et d'espace uniquement à partir des sensations d'un corps qu'il n'a pourtant pas lui-même conscience de posséder. Il serait particulièrement intéressant d'approfondir

ces rapports au temps et à l'espace au cours des étapes précoces du développement psychique qui sont situées entre la naissance physique et la naissance psychique, puis d'en questionner les implications cliniques dans le cas des interruptions précoces du développement qui aboutissent au TPL.

3.5.3.1.3. L'importance de l'action et du corps dans la genèse de la causalité chez l'enfant

Comment évoluent les causalités primitives chez l'enfant ? La pensée primitive égocentrique est loin d'être déjà rationnelle. Piaget décrit deux stades antérieurs à l'avènement de la rationalité, des stades dominés par une certaine causalité magique. Lors de ces stades, l'enfant considère qu'une cause devrait, de manière immédiate et inintelligible, produire un effet à distance. En effet, lorsque l'enfant observe la manifestation de deux phénomènes, il a tendance à considérer le premier comme la cause du second, même si ceux-ci sont séparés dans l'espace. C'est ce que Piaget qualifie de « causalité phénoménisme » :

> Nous dirons qu'il y a causalité phénoméniste lorsqu'un événement A est censé produire un événement B simplement parce que A et B ont été perçus ensemble et sans qu'il existe entre eux de relations spatiales intelligibles […]. Pour le phénoménisme, « n'importe quoi produit n'importe quoi ». (Piaget, 1925b, p. 33)

Cependant, Piaget conteste la théorie empiriste de Locke selon laquelle l'enfant serait une *tabula rasa*, un esprit vide, qui se remplit à partir de l'expérience et de l'observation. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, l'enfant n'est pas capable d'avoir une posture empirique réelle : il a une posture empirique teintée d'égocentrisme et accède au monde seulement à partir d'un réalisme intellectuel. Tant que l'enfant n'a pas conscience de lui en tant que sujet, ni de l'activité de sa pensée, tant qu'il ne peut accéder à d'autres perspectives que la sienne, il considère d'abord paradoxalement que les phénomènes observés dépendent entièrement de lui et de ses désirs. La genèse de la causalité chez le jeune enfant ne peut relever exclusivement du phénoménisme. Piaget démontre que la causalité primitive est un phénoménisme entremêlé d'une causalité qualifiée « d'efficace », c'est-à-dire

d'une causalité qui impliquerait systématiquement un type d'intervention à distance peu rationnel de l'enfant, notamment de son corps :

> Il n'y a pas de causalité au début pour l'enfant en dehors de ses propres actions. (Piaget, 1967b, p. 191)
> Le petit enfant, dès le début de sa vie mentale, conçoit son propre effort comme cause de tout phénomène. (Piaget, 1967b, p. 197)

Ce premier stade de l'efficace se prolongerait jusqu'à 5 ans. Par exemple, l'enfant aurait tendance à se concevoir comme responsable du déplacement de la lune la nuit.

Au cours de ce premier stade, le désir, les gestes et les phénomènes forment une unité. La cause des phénomènes découle totalement ou en partie, de ses désirs du point de vue de l'enfant. Or, cela pourrait paraitre étonnant puisque nous avons vu qu'il n'avait pas conscience de lui. C'est un des grands paradoxes de la genèse de la causalité : « Les choses sont centrées autour d'un Moi qui croit les diriger tout en s'ignorant lui-même en tant que sujet. » (Piaget, 1967b, p. 307). Cette erreur de connexion causale, rapportée presque toujours aux désirs, ne provient pas d'une conscience de soi exacerbée mais au contraire de son absence, en raison d'une différenciation insuffisante entre l'intérieur et l'extérieur, d'un défaut de distinction entre le subjectif et l'objectif. Puisque « l'efficace » transparait dans la façon dont l'enfant observe et interprète le monde, Piaget en conclut que la pensée primitive de l'enfant a tendance à se confondre avec l'action, contrairement à celle de l'adulte (Piaget, 1925b). Il serait intéressant ici de questionner les implications d'une telle genèse de la causalité par l'efficace lors des interruptions précoces du développement. Dans quelle mesure l'efficace persiste-t-elle ? D'un point de vue psychiatrique est-il possible de rapprocher la paranoïa de l'efficace ? Observe-t-on des attributions causales similaires parmi les individus souffrant d'un TPL ? Comment évoluent ces attributions selon les moyens primitifs de gestions de la sécurité ? Parviendrait-on à mieux comprendre et anticiper les conflits relationnels sur la base de la causalité par l'efficace ? Quelle place prend le corps dans la représentation du monde et l'interprétation des relations causales des phénomènes dans le TPL ?

Autour de 5 ans l'enfant parvient à un stade de phénoménisme mais cette fois sans efficace : il n'attribue plus la cause des phénomènes à ses désirs (Piaget, 1967b). C'est le second stade de la genèse de la causalité chez l'enfant décrit par Piaget. L'enfant y considère plutôt les propriétés et les caractéristiques physiques des objets en guise d'explication causale. Désormais, c'est la lune elle-même qui veut se déplacer. Par cette seconde forme d'attribution causale, l'enfant a donc tendance à conférer une intention et un pouvoir d'action aux objets eux-mêmes. La pensée primitive évolue alors vers l'animisme : l'enfant considère que les choses sont vivantes et qu'elles ont une conscience propre (Piaget, 1967b). Cependant, si depuis sa posture toujours phénoméniste l'enfant n'est plus centré sur ses propres interventions, il n'est pas encore tout à fait un être rationnel, puisque ses observations trahissent une activité de la pensée dont il n'a toujours pas conscience d'être à la source. L'animisme découle ainsi d'une différenciation insuffisante entre le psychique et le physique, et cesse autour de 8 ans pour Piaget, lorsque l'enfant parvient enfin à prendre conscience de son activité de sujet pensant. A partir de 8 ans, la pensée de l'enfant s'éloigne de l'action et des attributions causales inintelligibles, pour rejoindre une forme de raison plus proche de celle de l'adulte :

> Dès que le Moi prend conscience de ses limites (plus exactement : dès que la conscience propre se considère comme un « Moi » distinct des autres « Moi » et, par conséquent, limitée), l'efficace tombe d'elle-même et les choses sont conçues comme reliées entre elles par des relations objectives, dont la relation du corps avec les objets ne constitue plus qu'un cas particulier. La causalité véritable est ainsi fondée. (Piaget, 1925b, p. 71)

Que se passe-t-il lorsque le Moi ne prend pas conscience de ses propres limites ? Comment évolue l'attribution causale selon les changements de modes et de formes des décharges de la pulsion agressive ? L'efficace et le phénoménisme persistent-ils dans le mode d'être-au-monde primitif anachronique que nous avons associé au TPL ?

3.5.3.1.4. TPL et anachronisme de la pensée enfantine

Si le TPL consiste bien en l'anachronisme d'une forme d'être-au-monde immature plutôt précaire, alors il nous parait raisonnable d'envisager y inclure la persistance d'une forme de pensée propre à l'enfance, pré-logique et pré-causale :

> La pensée morbide nait justement de l'incapacité d'un individu à se plier aux habitudes sociales de penser. Le langage et le raisonnement discursif sont un produit des échanges interindividuels. Lorsqu'un individu ne peut insérer sa pensée intime et son affectivité dans ce schéma, lorsqu'il renonce à penser socialement, le fait même de cet isolement enlève à la pensée sa structure logique. (Piaget, 1967a, p. 165)

Notre considération de la dimension intellectuelle et cognitive de l'immaturité du développement pour appréhender la symptomatologie du TPL n'est pas inédite. Comme nous l'avons introduit déjà, Germain Guex (1950) et Charles Odier (1947) avaient entrepris une telle synthèse vis-à-vis de la dimension affective de l'immaturité caractérisée par une insécurité fondamentale. Pour eux deux, l'anachronisme intellectuel découle des interruptions précoces du développement qui conduit normalement à l'acquisition d'un moyen de gestion personnel et viable de la sécurité.

Guex (1950) décrivait ainsi déjà il y a plus d'un demi-siècle plusieurs tendances à la causalité magique, et au réalisme intellectuel parmi les cas « abandonnique ». Par exemple, elle note plusieurs formes de confusions chez ses patients, notamment entre les actes et les intentions, entre la qualité et la quantité, entre les manifestations extérieures d'un sentiment et le sentiment lui-même. Elle décrit aussi les formes de pensée plutôt concrètes, plus proches de l'action que de l'abstraction. Elle observe donc un défaut d'interprétation causale, caractérisé par le fait de se limiter à l'apparence des expériences plutôt qu'à considérer les intentions qui sont en amont. Bien qu'inachevé, le travail d'intégration entre les formes de gestion archaïque de la sécurité décrites par la recherche psychanalytique, avec les formes de pensée infantile décrites par Piaget, parait encore plus explicite dans les travaux d'Odier.

3.5.3.2. L'immaturité du développement neurophysiologique vue par Stephen Porges

3.5.3.2.1. Une inscription développementale des théories neurophysiologiques ?

Existe-t-il aussi un développement neurophysiologique extra-utérin ou alors ces caractéristiques sont-elles déjà toutes présentes à la naissance ? Pour décrire la dimension neurophysiologique des modes d'être-au-monde immatures propres aux premiers moments de la vie, nous explorerons l'apport des travaux d'Allan Schore sur les implications du développement de l'hémisphère droit du cerveau, ainsi que les travaux de Stephen Porges sur le rôle du développement extra-utérin du Système Nerveux Autonome (SNA). Ces caractéristiques neurophysiologiques du cerveau droit et du SNA du nouveau-né seraient susceptibles de persister lors d'interruptions du développement.

3.5.3.2.2. Des systèmes de régulation neurophysiologiques atrophiés à la naissance

Au cours des dernières décennies, le domaine des neurosciences appliquées à la vie affective a confirmé à quel point l'être humain venait au monde dans un état de grande vulnérabilité. Le cerveau, ainsi que le système nerveux du nouveau-né sont loin d'être achevés et fonctionnels après la naissance. Ils subissent des transformations majeures au cours des 18 premiers mois de la vie (Schore, 1994). Ainsi, selon Allan Schore, psychologue et chercheur américain en neurosciences né en 1943, le développement du cerveau s'accélère autour de 3 jusqu'à 24 mois environ. Son volume va jusqu'à plus que doubler sur la première année de vie (Schore,1994, 2001b). La majeure partie des circuits cérébraux et des connexions nerveuses responsables de la régulation des constances physiologiques intérieures, de la gestion des réponses au stress et des comportements sociaux, se mettent en place lors de cette période, notamment avec la poursuite de la maturation du cortex préfrontal de l'hémisphère droit. Ce n'est qu'après deux ans que le fonctionnement de l'hémisphère gauche du cortex devient réellement significatif (Schore, 1994). Avant cela, l'activité de l'hémisphère droit prédomine et participe à la recherche d'une homéostasie indispensable à la vie :

> « Early postnatal period represents a critical period of limbic autonomic circuit development, during which time experience or environment events might participate in shapping ongoing synapse formation. » (Schore, 2001b, p. 16)
> «This organization is especially expressed in the early maturing right hemisphere, which, more so than the later developing left deeply connects into both the Limbic System and Autonomic Nervous System, and is therefore, dominant for the human stress response and organismic survival. » (Schore, 2001b, p. 16)

Mieux appréhender la façon dont se développe le cortex préfrontal de l'hémisphère droit ainsi que ses nombreuses connexions avec d'autres régions corticales impliquées dans la régulation des états physiologiques tels que l'hypothalamus, l'amygdale et le SNA, nous parait fondamental pour appréhender les premiers modes d'être-au-monde.

De même, Stephen Porges, psychiatre et chercheur américain né en 1945, montre que les circuits neuronaux du SNA impliqués dans la régulation des états physiologiques de bases ne sont formés qu'en partie pendant la gestation (Porges, 2011). Ils traversent aussi de grandes périodes de transformations extra-utérines. Par exemple, le dixième nerf crânien, le nerf vague, une voie importante du SNA, poursuit sa maturation bien après la naissance :

> « The human infant is not born with a completely functioning myelinated vagal system. The mammalian vagus is only partially myelinated at birth and continues to develop during the first few months postpartum. Morphological studies demonstrate a rapid developmental increase in the total number of myelinated vagal fibers from 24 weeks through adolescence with the greatest increases observed from approximately 30–32 weeks of gestational age to approximately six months postpartum. » (Porges, 2011, p. 122)

Chez les mammifères, le SNA agit sur les constantes physiologiques vitales qui échappent au contrôle volontaire. C'est le cas par exemple pour la gestion : du rythme cardiaque, de la respiration, de la pression artérielle, de l'activation des muscles lisses, de la digestion, de la circulation veineuse et artérielle, des sécrétions hormonales et même de réactions immunitaires (Porges, 2011). L'immaturité du SNA à la naissance amène donc à penser que l'acquisition de la régulation de ces

constances végétatives se déroule aussi lors des deux premières années. Le SNA est composé de plusieurs sous-systèmes, dont deux principaux aux actions antagonistes : les systèmes sympathique et parasympathique.

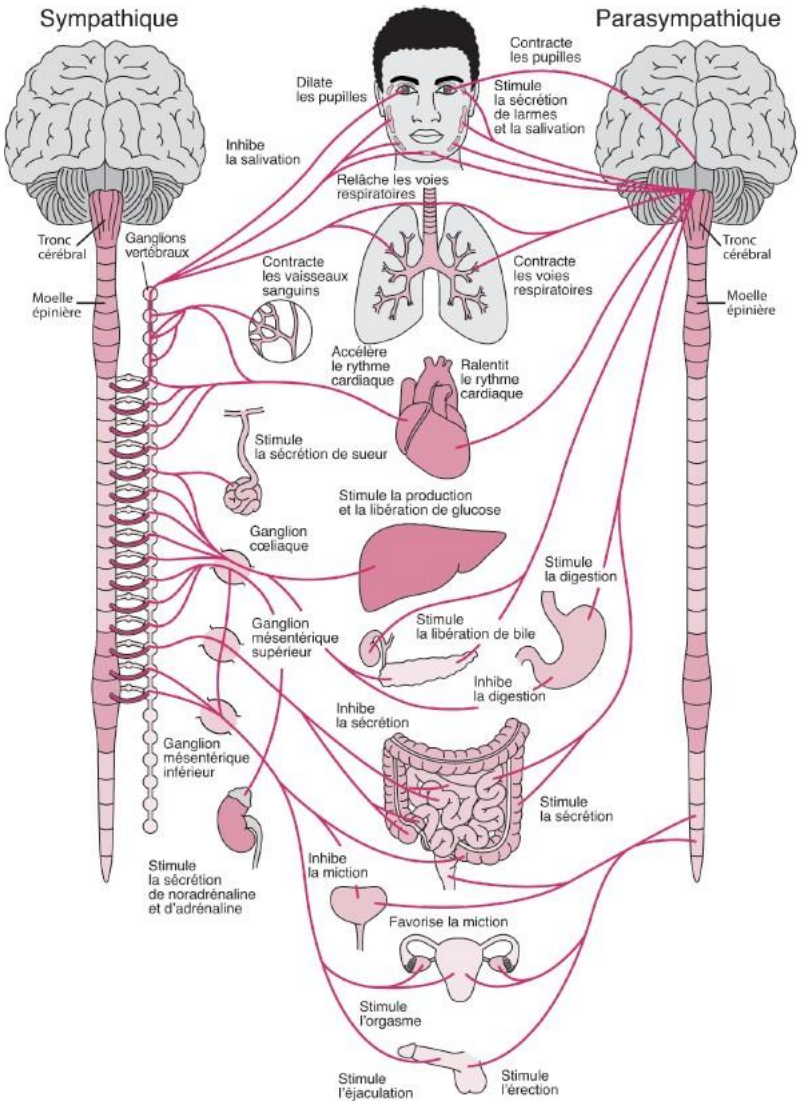

Figure 4.1 : Représentation des circuits sympathique et parasympathique du SNA ainsi que de leurs terminaisons nerveuses

D'un point de vue phylogénétique, chez les mammifères, ces deux sous-circuits illustrés dans la Figure IV.1[1], ont évolué afin de promouvoir par défaut la survie

[1] Tirée de Le Manuel Merck, version pour le grand public (dénommé Manuel Merck aux États-Unis et au Canada, et Le Manuel MSD dans le reste du monde), édité par Robert Porter. Copyright (2020) par Merck Sharp & Dohme Corp., une filiale de Merck & Co., Inc, Kenilworth, NJ. Consulté à l'adresse https://www.merckmanuals.com, reproduit avec autorisation de l'éditeur.

dans des contextes menaçants (Porges, 2011). Ils favorisent l'activation d'états physiologiques adaptés à des stratégies de défenses. Le plus vieux système phylogénétique est le premier disponible à l'enfant au cours de l'ontogenèse, c'est le système parasympathique. Celui-ci privilégie d'abord des comportements de défense d'immobilisation et d'inhibition. Par exemple, sous l'action du nerf vague, le rythme cardiaque se ralentit, les sphincters se relâchent, les contractions des muscles intestinaux augmentent. Le second plus vieux sous-système est le sympathique. Il favorise quant à lui des comportements d'attaques ou de fuites, en impliquant notamment le système limbique. Il commande par exemple l'augmentation du rythme cardiaque et de la pression artérielle, la dilatation des pupilles, le ralentissement des mouvements intestinaux, et la sécrétion de l'adrénaline. Ces deux systèmes ajustent par défaut les constances physiologiques à des fins de survie, mais ne favorisent pas vraiment un mode de gestion apaisé des états physiologiques compatibles avec les relations et la coopération.
Tant que l'enfant est en possession uniquement de ces deux circuits, il ne peut envisager réguler par lui-même ses états physiologiques et interagir avec le monde, autrement que sur la base de la défense et de la lutte pour la survie (Porges, 2011). L'apaisement de ces paramètres vitaux doit dépendre forcément de l'intervention de l'entourage au début, jusqu'à ce que l'enfant acquière un moyen personnel de le faire un peu plus par lui-même. Sans une telle acquisition, il ne serait jamais autonome, et ne pourrait s'éloigner bien loin de sa source de régulation, ou alors au prix de la préservation de son intégrité.

Les aires corticales de l'hémisphère droit, ainsi que les sous-circuits du SNA, impliqués dans la gestion de constances physiologiques vitales, ne sont pas opérationnels après la naissance. L'enfant ne peut donc gérer déjà par lui-même son homéostasie, et *a fortiori* la sécurité qui en découle. Cette immaturité doit être compensée par les soins provenant de son entourage. Schore et Porges conçoivent ainsi le développement neurophysiologique comme la transformation d'une forme de régulation externe des états physiologiques, vers l'acquisition d'une forme de régulation plus personnelle et interne : « Newborn negotiates the transition from a

physiological dependency on maternal systems to the physiological self-regulation required in the extrauterine world. » (Porges, 2011, p. 84). Il existe alors pour Porges un renversement développemental de ce premier fonctionnement neurophysiologique précaire qui passe par une meilleure mise à contribution de certaines aires corticales et certains circuits du SNA dans la régulation de ses propres états physiologiques. Tant que les états physiologiques sont constamment tiraillés dans un sens ou dans l'autre selon les stratégies de défenses commandées procéduralement par le système sympathique ou par le système parasympathique, il semble peu probable que l'enfant parvienne à se réguler par lui-même. La régulation de soi passe donc par l'acquisition d'un moyen de freiner l'activation de ces deux stratégies défensives. De plus en freinant ces ajustements physiologiques qui préparent à l'inhibition, le retrait ou l'attaque, le renversement développemental favoriserait l'émergence de relations et d'échanges sociaux constructifs.

Le renversement du fonctionnement neurophysiologique précoce représente sans doute l'évolution phylogénétique la plus importante parmi toute la longue histoire des êtres vivants selon Porges. En effet, en bénéficiant d'abord d'une co-régulation préalable de la part de l'entourage, l'enfant parvient à désamorcer puis à prendre le contrôle d'un système neurobiologique pourtant incompatible avec les interactions sociales. Tant que l'être humain est sujet à ces activations neurophysiologiques de défenses, il lui est impossible de développer des relations sociales, des liens sans lesquels il parait difficile de vivre en communauté, de travailler, de se rencontrer :

> « As the neural mechanisms facilitating self-regulation improve during normal development, the infant's dependence on others to regulate physiological state decreases. This allows social communication to expand beyond the cueing of basic physical survival needs (i.e. warmth, safety, food) and into the realm of prosocial engagements. » (Porges, 2011, p. 121)

Comment se déroule ce développement neurophysiologique vers l'acquisition d'une plus grande autonomie dans la régulation de ses états physiologiques ? Par quelle acquisition l'enfant trouve-t-il le moyen de désactiver les circuits nerveux qui le dérégulent dans le sens de la survie ? Selon Porges, le SNA doit acquérir deux

aptitudes : évaluer la présence de menaces, puis s'il n'y en a pas, inhiber les commandes sympathiques et parasympathiques, à l'origine des dérégulations. Par la théorie polyvagale, Porges propose précisément de décrire la mise en place d'une hiérarchisation du système de régulation des états physiologiques sans lequel il est impossible d'accéder aux relations sociales. Nous considérons que la théorie polyvagale est compatible avec une perspective développementale, et qu'elle peut constituer une base neurophysiologique au modèle de la naissance psychique.

3.5.3.2.3. La théorie polyvagale : l'acquisition d'un système de régulation hiérarchique et bidirectionnelle entre états physiologiques et relations sociales

Selon Porges (2011), le système nerveux doit précocement développer un mécanisme en charge d'évaluer constamment la nature menaçante ou non du milieu, afin d'apprendre à modérer dans un second temps les fluctuations des constances végétatives, bousculées par l'expression de stratégies de survie procédurales. Ce mécanisme d'évaluation continuel agirait en dessous du seuil de la conscience, à un niveau sous-cortical, impliquant le SNA ainsi que le système limbique. La façon dont est organisé le système nerveux s'avère propice à un tel mécanisme puisque les circuits qui y véhiculent les signaux sont bidirectionnels. Le système nerveux possède des voies efférentes, qui envoient des informations, mais surtout des voies afférentes, c'est-à-dire des voies qui collectent de l'information aussi bien à des niveaux périphérique ou sensoriel, que viscéral. Sur la base des informations afférentes, ce mécanisme sous-cortical validerait ou freinerait l'activation de stratégies de défense, et *a fortiori* favoriserait la régulation des constances végétatives. Ce mécanisme est la « neuroception » :

> « Neuroception describe how neural circuits distinguish whether situations or people are safe, dangerous, or life-threatening. […] The detection of a person as safe or dangerous triggers neurobiologically determined prosocial or defensive behaviors. Even though we may not be aware of danger in a cognitive level, on a neurophysiological level, our body has already started a sequence of neural processes that would facilitate adaptive defense behaviors such as fight, flight or freeze. » (Porges, 2011, p. 11)

La neuroception consisterait en une forme de boucle de rétroaction qui servirait de médiateur entre : les types de signaux afférents, les activations émotionnelles, les états physiologiques et les signaux efférents. L'acquisition d'un tel mécanisme qui permet d'intégrer les signaux viscéraux, environnementaux, et de les traduire par des modulations de constances vitales ou de comportements, nous fait penser à la différenciation et l'articulation du somatique et du psychique lors des phases précoces du développement que nous avons décrites. Une exploration ultérieure de ce parallèle permettrait de préciser l'évolution du premier niveau de clivage que nous avons associé au TPL et à une échelle neurophysiologique, dont notamment les évacuations de tensions par les agir. Le mécanisme de neuroception est-il déficitaire dans le cas du TPL ? Se peut-il que l'évaluation continuelle des menaces soit erronée au point d'activer de manière abusive des stratégies de défense et de provoquer des dérégulations ponctuelles ? Poursuivons par le cas où le milieu ne s'avère pas menaçant. Quel nouveau circuit du système nerveux permet de freiner l'activation des stratégies de défenses, et par là de réguler les états physiologiques ?

A partir de recherches comparatives en neuroanatomie, Porges (2011) en est venu à associer l'acquisition développementale d'un processus de régulation des états physiologiques chez l'enfant à une évolution phylogénétique du nerf vague, qui est unique aux mammifères. En effet, il démontre qu'au cours de l'évolution, le rôle du nerf vague s'est diversifié en deux circuits nerveux distincts chez les mammifères. L'un de ces systèmes vagaux est une relique que nous partageons avec les amphibiens et les reptiles, c'est le système vagal végétatif. Anatomiquement, il prend ses origines dans le noyau dorso-moteur du tronc cérébral et n'est pas myélinisé. Il contribue aux activités défensives gérées par le système parasympathique : il participe donc au ralentissement des constances végétatives jusqu'à l'immobilisation totale ou partielle de l'organisme en réaction à des menaces majeures. L'autre système vagal résulte d'une modification du premier. C'est le nouveau système vagal des mammifères : le vague intelligent, ou le *smart vagus* (Porges, 2011). Anatomiquement, cette branche prend son origine dans le noyau ambigu du tronc cérébral, et est myélinisée. Porges la considère comme une

sorte de frein, un frein vagal, dont le rôle est justement de pouvoir inhiber l'activation de stratégies de défense du SNA et de réguler les états physiologiques lorsque le mécanisme de neuroception évalue qu'il n'y a pas de menace. Cette branche ventrale du nerf vague permet au système parasympathique d'engager des activités sociales, en plus des activités défensives d'immobilisation qui elles sont commandées par sa branche dorsale. Ses terminaisons incluent des noyaux nerveux reliés à l'attention, aux émotions, à la communication et à l'action, ce qui laisse envisager la possibilité de rétroactions entre les interactions sociales et la régulation des constances :

> « The mammalian myelinated vagus functions as an active vagal brake that supports rapid behavioral mobilization, as well as the capacity to physiologically stabilize and individual by means of interoceptive visceral awareness, as well as social interaction. » (Porges, 2011, p. xiii)

Selon la théorie de Porges, les mammifères sont donc polyvagaux, et c'est précisément cette diversification phylogénétique du dixième nerf crânien qui rend possible, parmi le SNA, l'acquisition d'un moyen de régulation des états physiologiques. Les activations et les désactivations adéquates de ce frein vagal adaptent les constances végétatives selon les demandes de l'environnement. Cependant cette voie plutôt récente phylogénétiquement est aussi la dernière à laquelle l'enfant a accès au cours de son développement. En effet, une telle voie n'est pas encore fonctionnelle dès la naissance, nous avons vu que la myélinisation du nerf vague s'étend bien au-delà du développement intra-utérin. L'achèvement de sa formation dépend de la qualité de la régulation externe dont l'enfant a bénéficié préalablement. La qualité des interactions précoces module le degré d'acquisition du frein vagal, et donc l'aptitude à la régulation de soi, de laquelle résulte la possibilité des relations sociales.

La théorie polyvagale met donc en lien l'évolution phylogénétique du SNA chez les mammifères et l'organisation hiérarchique du SNA pour expliquer l'acquisition de l'aptitude à la régulation des états physiologiques. Porges propose alors de distinguer trois circuits neuronaux distincts chez l'être humain ayant chacun une fonction propre : le système parasympathique végétatif reptilien ; le système

sympathique ; et le système parasympathique intelligent ou social. Ces trois circuits sont coordonnés par la neuroception, système d'évaluation rétroactif du danger, ce qui permet une adaptation continuelle et dynamique des paramètres végétatifs de manière hiérarchique, selon que le contexte soit sécuritaire ou menaçant :

> « The three circuits are organized and respond to challenges in a phylogenetically determined hierarchy consistent with the jacksonian principle of dissolution. Jackson (1958), proposed that in the brain higher (phylogenetically newer) neural circuits inhibit lower (phylogenetically older) neural circuits and "when the higher are suddenly rendered functionless, the lower rise in activity". […] The polyvagal theory proposes a similar phylogenetically ordered hierarchical model to describe the sequence of autonomic response strategies to challenge. » (Porges, 2011, p. 55)
> « The newest circuit is used first, if that circuit fails to provide safety, the older circuits are recruited sequentially. » (Porges, 2011, p. 57)

Le schéma suivant, tiré de l'ouvrage *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self- regulation* (2011) illustre le fonctionnement du processus de régulation neuronale face aux tensions :

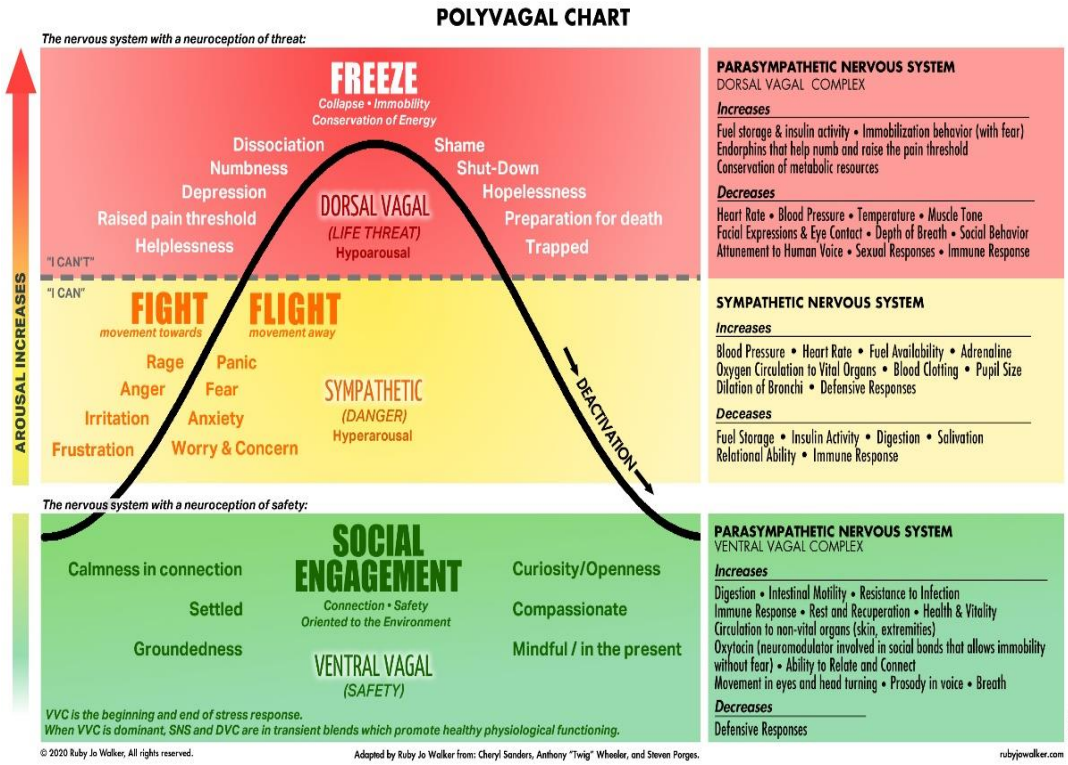

Figure 4.2: Représentation du modèle hiérarchique du SNA selon la théorie polyvagale

D'après l'illustration précédante[1], lorsque les trois circuits neuronaux du SNA sont fonctionnels, le premier sous-système à répondre aux tensions est le système parasympathique social, le plus récent phylogénétiquement. Si les tensions ne sont pas évaluées comme des menaces, alors ce système favorise des comportements d'immobilisation prosociaux qui ne soient pas de nature défensive. En effet pour s'engager dans une relation et communiquer, il faut être capable de se laisser approcher, de rester immobile. Ce sous-système participe à freiner l'augmentation des activités métaboliques propres à l'attaque ou la fuite. Il permet de conserver un état d'apaisement notamment en ralentissant le rythme cardiaque, en restaurant les processus de digestion, et en réfrénant l'axe HPA (hypothalamus, glande pituitaire, et glande adrénale) à l'origine de la sécrétion du cortisol. Le cortisol, ou l'hormone du stress, transforme généralement les réserves de graisse en sucres pour favoriser la mobilisation, inhiber certaines réponses du système immunitaire, et agir sur les rythmes circadiens. Ce premier sous-système est donc indispensable afin de procurer un sentiment de sécurité. Il permet de tolérer le rapprochement de partenaires et d'engager des interactions sociales amicales et affectueuses. Cependant, lorsque les tensions sont évaluées comme une menace, le second sous-système du SNA prend le relais : le sous-système sympathique. Celui-ci contribue à agir sur les paramètres physiologiques afin de favoriser la mobilisation, c'est-à-dire la fuite ou l'attaque. Il produit une augmentation des activités métaboliques et du rythme cardiaque afin de préparer l'ensemble de l'organisme à l'action. Enfin, si les signaux de tension afférents atteignent une intensité évaluée comme léthale, le plus vieux sous-système du SNA, le système parasympathique reptilien prend le relais. Ce dernier favorise des comportements d'immobilisation par la chute des activités métaboliques allant jusqu'à provoquer des sensations de dissociation, des ruptures de conscience, voire des syncopes vasovagal. Ces stratégies de défense, qui consistent à stimuler des états de mort, s'avèrent indispensable à la survie de l'être humain qui traverse des contextes particluièrement traumatiques. Cependant,

[1] Adaptation de Ruby Jo Walker d'après les travaux de Cheryl Sanders, Steve Hoskinson, Steven Porges, Peter Levine. Consulté en 2020 sur le site https://rubyjowalker.com/PVchart_200706.jpg, reproduit avec l'autorisation de l'auteur.

si une telle dérégulation permet d'éviter la mort, son prolongement au-delà du contexte ayant provoqué son déclenchement, devient source de danger.

Comment articuler ce fonctionnement hiérarchique des sous-systèmes du SNA au modèle développemental de la naissance psychique et de ses pathologies ? Nous considérons que l'acquisition de la neuroception et du système parasympathique intelligent correspond, à l'échelle neurophysiologique, à l'acquisition du système de sécurité intérieure personnelle nécessaire à la résolution du dilemme de la puberté. L'étude des étapes précoces du développement du SNA jusqu'à l'acquisition d'un système de régulation hiérarchique des états physiologiques, représente des bases neurophysiologiques pour le modèle développemental de la naissance psychique.

3.5.3.2.4. TPL et anachronisme des systèmes de régulation

Comment se traduirait alors l'impact des traumatismes précoces du développement au niveau de la régulation hiérarchique exercée par le SNA ? Quel serait le profil neurophysiologique du fonctionnement du SNA dans le TPL ? Un défaut d'acquisition de neuroception amènerait sans doute à ressentir du danger même lorsque le monde est sécuritaire, ou l'inverse à sentir de la sécurité lorsqu'en réalité il pourrait y avoir une menace. Cette erreur d'évaluation, couplée à un défaut d'acquisition du frein vagal, provoquerait des variations inadéquates des constances végétatives et des activités métaboliques selon de vieux systèmes phylogénétiques du SNA, destinés davantage à la survie qu'aux interactions sociales :

> « Therefore, based on the Polyvagal Theory, difficulties in emotional regulation that are associated with a diagnosis of Borderline Personality Disorders could be interpreted as a behavioral expression of a physiological state that has evolved to support defensive strategies in dangerous and life-threatening situations. According to the Polyvagal Theory, the myelinated vagus, which phylogenetically evolved with mammals, is critical for two reasons: to inhibit defensive limbic circuits, and to establish social bonds. » (Porges, 2011, p. 228-229)

La théorie polyvagale représente ainsi un argument de plus en faveur de notre articulation de l'étiologie et de la symptomatologie du TPL, comme la persistance

d'un état de survie perpétuelle à l'issue d'une interruption traumatique du développement à un mode d'être-au-monde précaire. Ainsi, Porges propose deux hypothèses afin d'appréhender les manifestations chroniques et complexes rencontrées dans la clinique du TPL : 1) il y aurait un fonctionnement déficitaire du système parasympathique intelligent, qui favorise normalement la régulation et l'apaisement des états physiologiques, ainsi que les relations sociales ; 2) il y aurait également une hyperactivité du système sympathique, se traduisant par le recours inapproprié et récurrent à diverses attitudes d'attaque, de fuite ou d'immobilisation.

A l'échelle neurophysiologique, l'immaturité se traduirait ainsi par un défaut de gestion du frein vagal, responsable de l'inhibition des circuits procéduraux de défenses du SNA :

> « Specifically, the compromised social engagement system is associated, neurophysiologically, with a change in autonomic regulation characterized by a reduction in the influence of the myelinated vagus on the heart resulting in difficulties in behavioral state regulation. […] The removal of the regulatory influence of the myelinated vagus on the heart potentiates (disinhibits) the expression of the two phylogenetically older neural systems (Sympathic Nervous System, unmyelinated vagus). These two older neural systems foster mobilization behaviors of flight or fight, via the SNS, or immobilization behaviors of death feigning, freezing and behavioral shutdown via the unmyilenated vagus. Thus, withdrawal of the myelinated vagal circuit provides access to the more primitive adaptive defensive systems at a cost. » (Porges, 2011, p. 272)

Selon les divers degrés de tension et de stress rencontrés au quotidien, un système parasympathique intelligent dysfonctionnel peut être rapidement envahi et laisser presque immédiatement le relais aux deux circuits nerveux pré-relationnels. La cohésion physiologique qui favorise les relations sociales s'effondre lorsque le rythme cardiaque ainsi que les activités métaboliques s'accélèrent pour préparer l'individu à l'action. Cette transition peut se dérouler de manière quasi réflexe et donc inconsciente. Le recours excessif aux circuits nerveux sympathique et parasympathique reptiliens expliquerait la répétition de situations traumatiques, de conflits relationnels, et de manifestations psychosomatiques peu intégrés. De

même, selon Porges (2011), les activités de ces circuits ont tendance à provoquer des activations similaires chez l'entourage. En se sentant en danger, certains proches, et même certains professionnels, réagiraient alors également selon des réponses d'attaque, de fuite, ou d'immobilisation. Même en étant averti, il n'est jamais évident d'accueillir sereinement un individu apparemment adulte avec des formes de dérégulation qui se rapprochent du système nerveux d'un nouveau-né.

Restaurer l'inhibition du système sympathique et renforcer la tolérance progressive à des seuils de tension acceptables représentent donc les défis thérapeutiques majeurs pour la clinique des troubles provenant de traumatismes précoces (Cyr, 2015). Comment suppléer au frein vagal ? Jusqu'à quel point peut-on envisager s'inspirer de la façon dont les parents gèrent la régulation d'un jeune enfant ? De nombreuses formations cliniques proposent déjà de nos jours l'appropriation de techniques somatiques, qu'on pourrait sûrement associer au *holding* de Winnicott. La clinique du TPL appelle ainsi à se familiariser autant qu'à se questionner sur ces moyens de régulation qui visent l'apaisement d'états physiologiques primitifs. De telles formes d'intervention clinique somatique interrogent sur les compétences professionnelles requises pour se confronter à des seuils de tension élevés, susceptibles de déréguler les propres constances végétatives de l'intervenant.

En outre, nous avons négligé ici l'exploration de certaines spécificités neuroanatomiques qui seraient liées aux manifestations cliniques du TPL, comme par exemple la réduction du volume de l'hippocampe et de l'amygdale (Tebartz van Elst et al., 2003), l'augmentation de la sécrétion de sérotonine (Hansenne et al., 2002; New & Siever, 2002; Paris et al., 2004; Skodol et al., 2002), ou encore l'hypersensibilité de l'axe hypotalamique-pituitaire-adrénal à l'origine de la sécrétion du cortisol (Rinne et al., 2002). Il serait pertinent de considérer ultérieurement la nature des liens entre ces particularités neurobiologiques et les contextes d'interruption traumatique du développement :

> « The internal regulatory processes of an individual reflect to a large degree the attunement with external sources of regulation early in life. Having a history of chronic misattunement with one's caregivers

> predisposes people to have difficulties managing negative emotions later in life. » (Porges, 2011, p. xii)

L'immaturité neurophysiologique implique aussi d'envisager des axes d'interventions macrocliniques. Dans quelle mesure le défaut d'inhibition du système sympathique pointe-t-il vers des microcosmes sociaux chroniquement dérégulés ? Peut-on cibler ces microcosmes lors de l'évaluation clinique, et si oui, comment les inclure dans la prise en charge ? A quoi bon aider un individu à acquérir une meilleure aptitude à la régulation si celui-ci continue à évoluer quotidiennement dans un tel microcosme profondément dérégulant ? Une prise en charge individuelle seule n'aggrave-t-elle pas le contexte traumatique ? Peut-on repérer plutôt ces microcosmes sociaux non mentalisants, peu équipés pour la gestion externe des systèmes de régulation des jeunes enfants ? Il y a-t-il des formes d'actions préventives communautaires à envisager en amont afin d'éviter les escalades d'agirs ? Ces questions constituent déjà des enjeux de santé publique et ne se limitent pas seulement aux instances en charge de la protection de la jeunesse. Nous ne proposons pas tant ici de nouveaux moyens d'intervention que de réfléchir à adapter ce qui existe déjà à la nature profondément développementale et traumatique de certaines manifestations psychiatriques, que l'on a tendance à attribuer encore trop souvent à des causes décontextualisées telles que des maladies organiques, des conjectures fortuites du destin, ou des particularités arbitraires de la « personnalité » d'un individu qu'il s'agirait simplement d'accepter comme telle.

Nous proposons enfin de comparer les points communs ainsi que les différences de la clinique des troubles de la naissance psychique avec deux grands modèles développementaux antérieurs formulés par Kernberg (1928-) et Masterson (1926-2010) lors de la seconde moitié du XXe siècle. Ces deux modèles sont nés dans le même contexte socioculturel, celui des États-Unis des années soixante-dix. Le destin inégal de leur diffusion ne reflète pas vraiment leur richesse respective. Si la clinique des organisations limites de Kernberg est toujours plébiscitée, on ne peut en dire autant de l'approche des troubles du soi de Masterson.

4. Comparaison de la clinique des pathologies de la naissance psychique avec les modèles cliniques des troubles de la formation du soi de la seconde moitié du XXe siècle

4.1. La clinique des organisations limites de la personnalité de Kernberg

4.1.1. Différents angles d'approches pour aborder la personnalité

Le point de départ des travaux de Kernberg est assez similaire au nôtre : en effet, il constate qu'il est nécessaire de mieux concevoir ce qu'est la personnalité avant d'en venir à circonscrire ce qu'est un trouble de la personnalité et *a fortiori* le TPL. Cependant, la démarche pour y parvenir diffère. Nous avons situé notre réflexion autour de la personnalité parmi un questionnement anthropologique global et l'évaluation préalable de l'incidence des présupposés de grandes périodes historiques de la civilisation occidentale jusqu'à nos jours. Nous avons montré la pertinence de resituer la notion de « personnalité » parmi une perspective anthropologique développementale. La base de notre approche repose sur une formation en histoire et philosophie des sciences. C'est à partir de celle-ci que nous sommes remonté jusqu'à l'anthropologie développementale proposée par la psychanalyse. Kernberg quant à lui est un psychanalyste de formation, formé au Chili et aux États-Unis autour du milieu et du début du XXe siècle. Cette différence de provenance teinterait nos façons d'approcher la personnalité. Kernberg se consacre moins à de telles réflexions autour de l'inscription anthropologique de la personnalité. Il ne questionne pas le sens même du « développement », comme nous l'avons fait, il le prend pour acquis à partir de grandes définitions communément admises en amont de sa formation de psychanalyste. A l'opposé, nous avons consacré la plus grande partie de notre travail à l'exploration des étapes précoces du développement psychique, à décrire la façon dont se déploient les phases de ce développement à partir des observations cliniques de trois pédiatres.

Alors que la définition de la personnalité est le point d'arrivée de notre première partie, chez Kernberg la définition de la personnalité serait un point de départ plutôt abstrait :

> « From a psychoanalytic perspective, personality represents the dynamic integration of behavior patterns derived from temperament,

> constitutionally determined cognitive capacities, character (and its subjective correlate, identity), and internalized value systems. » (Kernberg, 2005, p. 120)
> « For purposes of this classification, we are defining "personality" as relatively stable ways of thinking, feeling, behaving, and relating to others. » (PDM, 2006, p. 17)

Depuis une perspective psychodynamique qui semble refléter les valeurs de son époque, il conçoit la personnalité comme une forme d'interaction dynamique de schémas de comportements qui sont dérivés du tempérament, des capacités cognitives constitutionnellement déterminées, ainsi que de systèmes de valeurs internalisés (Kernberg, 1967, 1980). Il associe assez rapidement la personnalité à la notion de structure psychique, alors très à la mode dans les milieux analytiques. En partant toujours de grandes définitions qu'il ne rattache pas toujours aux auteurs qui l'ont précédé, Kernberg, en vient à mettre en lien la notion de personnalité, d'organisation avec celle de structure :

> « The term "structure" as we use it here referes to an organization of related functions or processes that is relatively stable and enduring over time. Structures can be integrated and hierarchically organized to form new structures, organized at an increasing levels of complexity. The term organization is often used to refer to the structures that are the result of this process. A "psychological structure " is a stable and enduring configuration of mental functions or processes that organize the individual's behavior and subjective experience. » (Kernberg, 2005, p. 116)

Cependant, il demeure plutôt difficile à sa lecture de différencier personnalité, structure et organisation. Pire, la notion d'identité y ajouterait plus de confusion : « At the core of our model of personality and personality disorder is the psychological structure or organization we refer to as identity. » (Kernberg, 2005, p. 117). En partant de définitions préalables et différentes pour chacun de ces termes, il semble indiquer qu'il faudrait les différencier. Or, dans le contexte du développement que nous avons décrit, la façon dont ces termes apparaissent semble au contraire pointer des phénomènes similaires. Ceci illustre l'une des limites que nous avons précédemment soulignés sur la terminologie, c'est pourquoi nous avons préféré partir d'observations cliniques et non de définitions.

4.1.2. Conception développementale intrapsychique versus contextuelle

La façon dont Kernberg conçoit la perspective de Freud sur la nature développementale de l'être humain nous semble plutôt caricaturale et représente assez bien les préjugés qui affectent la théorie psychanalytique depuis la seconde moitié du XXe siècle : « Personality is determined by many factors and is not reductible to a simple Freudian notion of "fixation" or "arrest" at a particular early phase. » (PDM, 2006, p. 22). En proposant une façon de réarticuler pulsionnel et relationnel, nous avons vu que la perspective freudienne du développement était loin d'être si simpliste, et que les auteurs que l'on associe abusivement à une école des relations d'objet ne font que la prolonger davantage, sans la renier ou s'en dissocier. Pour Kernberg (2005), à la base des structures psychiques il y a des blocs de construction qui organisent la motivation et les schémas de comportement, « les Relations d'Objet Internalisé ». Selon lui, il y a donc un lien direct entre la formation des structures psychiques, les caractéristiques des ROI et le fonctionnement de la personnalité. Les caractéristiques des structures psychiques dépendraient de l'intensité des activations affectives des ROI avec lesquels elles ont été associées (Kernberg, 2005). De faibles activations affectives sont plus favorables au développement. Les niveaux d'activation affective des ROI dépendent à leur tour de l'interaction des dispositions de l'enfant (génétique, tempérament) et des interactions avec les « donneurs de soins » (façon assez générique de parler de la mère, du père, et de la famille). Kernberg conçoit comme nous l'importance de la nature des interactions avec l'entourage. Cependant, alors que nous insistons particulièrement sur l'incidence fondamentale de l'état de vulnérabilité et de dépendance absolue dans lequel l'être humain vient au monde, Kernberg considère davantage le poids des prédispositions biologiques de l'enfant, à travers son tempérament. Cette différence dans la façon de pondérer les sources du développement psychique est importante, car elle aboutit à un écart de compréhension quant à l'origine et au rôle de la pulsion agressive. Cet écart se répercute directement sur l'étiologie du TPL, sur l'interprétation de la symptomatologie, et façonne différentes interventions cliniques.

Kernberg aurait une représentation plutôt biologique des pulsions, comme si l'enfant venait déjà au monde avec des caractéristiques pulsionnelles et psychiques préétablies, facilitant plus ou moins les interactions responsables du développement : « The genetically determined and inborn dispositions to intense aggression in some individuals are probably mediated by abnormal neurohormonal systems and result in pathological affect activation. » (Clarking, Yoemans and Kernberg, 2006, p. 25). Il semble donc plutôt réfractaire à l'hypothèse d'une absence d'activité psychique et de différenciation telle que formulée par Freud. En réalité, la perspective développementale de Kernberg s'inspire plutôt de celle de Melanie Klein. Malheureusement, nous avons très peu évoqué celle-ci, et nous ne sommes pour cela pas en mesure d'approfondir davantage ce rapport entre la pulsion agressive et le développement psychique chez Kernberg. Nous pouvons tout de même en dire quelques mots, au risque de faire des raccourcis. Il semble considérer que l'agression est une caractéristique relevant du tempérament, d'un matériel neurobiologique préalable, et non une force déployée en réponse à la nécessité du nouveau-né indifférencié de devoir survivre (Clarking, Yoemans et Kernberg, 2006, p. 24) :

> « At a most primitive level, hate reflects the desire to destroy the bad object. At a more advanced level – when a certain fusion between early aspects of sexual excitement and hate has taken place – the objective of hate is to induce suffering in the object. In this latter case, a structured, sadistic relationship to the object has been established. Finally, at still more advanced levels, where hate becomes more circumscribed, it represents the wish to dominate and control the bad object as a precondition for the self's safety. »

A l'image de celle de Melanie Klein, l'interprétation des manifestations de la pulsion agressive de Kernberg serait donc plutôt de nature intrapsychique. Winnicott, au contraire, en donne une interprétation plus contextuelle : l'agressivité et la destructivité sont des formes d'expression archaïque pré-cruelle d'un rapport inachevé à la réalité. Pour celui-ci, nous avons vu que les expressions de la pulsion agressive sont d'abord façonnées par l'état de dépendance absolue de l'enfant, et donc par les interventions de l'entourage devant compenser cette vulnérabilité. Si le jeune enfant n'est pas encore différencié, il est difficile de lui attribuer l'intention

de vouloir détruire un objet qu'il ne perçoit que partiellement. Winnicott s'attarde donc logiquement davantage sur les rôles de la figure maternelle et de la famille que sur les caractéristiques de la constitution ou des structures psychiques. Notre interprétation du destin de la pulsion agressive s'approche davantage de celle de Winnicott que de celle de Klein et de celle de Kernberg.

4.1.3. L'organisation limite de la personnalité : une conception plus syndromale du TPL que développementale

Comme Kernberg, nous avons constaté que les tentatives de délimiter le TPL en tant que syndrome sur la seule base de l'étude de sa symptomatologie demeuraient infructueuses du fait de la complexité et la diversité de ses manifestations. Les symptômes n'étant pas exclusifs, leur seule observation empirique, bien qu'organisée par des règles statistiques, ne saurait suffire à délimiter un syndrome. Nous partageons avec lui l'idée selon laquelle il serait nécessaire d'avoir un modèle théorique du développement de la personnalité afin d'en saisir les manifestations pathologiques.

Pour appréhender la symptomatologie du TPL, il est apparu nécessaire de l'articuler à une étiologie, elle-même issue d'une perspective développementale de la personnalité. Plus le caractère développemental est exhaustif, plus l'étiologie du TPL est précise et plus l'interprétation de la symptomatologie et la délimitation du trouble le seront également. C'est pourquoi nous nous sommes tant focalisé sur l'étude des phases précoces du développement, dont la double indifférenciation initiale, ainsi que le paradoxe des premiers moments de la vie marqué par une dépendance absolue à un entourage qui n'est pas encore perçu. Si nous avons passé autant de temps sur la description de l'immaturité des premiers modes de gestion du rapport à la réalité, c'est que nous concevons l'origine du TPL comme un prolongement de ces phases normales de vie plutôt précaires. Concevoir l'étiologie du TPL comme une forme d'interruption traumatique du développement qui aboutit normalement à l'acquisition d'un mode de gestion personnel de la sécurité, amène à interpréter sa symptomatologie comme le prolongement d'un état de survie.

L'étiologie du TPL a été le point central de notre étude, l'élément à partir duquel nous avons précisé sa spécificité. Kernberg, quant à lui, met davantage l'emphase sur l'aspect structural du trouble que sur son origine, ce qui parait cohérent avec sa conception plutôt intrapsychique du développement. Cette approche plus structurale que la nôtre est sans doute teintée par le contexte historique de sa formation psychanalytique lors de la seconde moitié du XXe siècle. En se référant au TPL par les termes « d'organisation limite de la personnalité », Kernberg signifierait que cette population clinique se caractérise par une structure intrapsychique stable et spécifique. Contrairement à notre intérêt pour le contexte relationnel des interruptions traumatiques du développement, Kernberg vise surtout l'interprétation structurale et la phénoménologie des symptômes. Ses contributions paraissent fondamentales, surtout dans la description des spécificités de la structure limite, le déploiement particulier de sa sémiologie clinique. Cependant il parait moins précis, d'un point de vue développemental concernant l'origine du trouble. Nous pouvons ainsi prendre pour exemple son interprétation des manifestations agressives et des sentiments de persécution qui sont assez récurrents à travers le transfert :

> « Where excessive early agression predominate, whether because of genetic, constitutional, or environmental factors related to the early infant-caregiver relationship or to inordonate family pathology in the first five years of life, the agressive layer of superego development is so dominant that, by projection, it populates the early world of experience with persecutory figures. This persecutory world interferes with the setting up of the idealized superego precursors. Instead, a predominantly paranoid world of object relationship is built up and eventually reflected in paranoid transferences. » (Kernberg, 1992, p. 242)

Contrairement à Kernberg, notre perspective développementale n'amène pas à parler « d'organisation » ou de « structure psychique limite ». En effet, ces états renvoient selon nous à des phases du développement précoces précisément caractérisées par l'absence de structure et un défaut d'organisation psychique. Nous avons donc préféré parler de « modes d'être-au-monde » ou « d'expérience psychique de la réalité » dont la spécificité serait l'immaturité et l'anachronisme,

au lieu de parler de structure psychique ou d'organisation stable. Le terme « d'organisation » nous parait plutôt contradictoire vis-à-vis de l'instabilité de l'évolution du TPL. Nous avons bien fini par caractériser aussi un fonctionnement intrapsychique, mais dans la mesure où celui-ci ne représente d'abord que le reflet d'interactions primitives avec l'entourage, et non sur la base de dispositions propres à l'enfant seulement.

Pour nous, l'approche structurale de Kernberg s'appuie sur une conception intrapsychique du développement précoce trop limitée, bien que cohérente. Elle ne tient pas suffisamment compte de l'importance fondamentale du contexte relationnel pour compenser l'immense vulnérabilité de l'enfant et retarder autant que possible la rencontre d'un monde au sein duquel il n'a pas été préparé à vivre. La différence entre la conception intrapsychique de Klein et la conception contextuelle de Winnicott sur la nature du développement se répercute sur la façon d'articuler étiologie et symptomatologie :

> « If the psychological integration that leads to the depressive position in normal development does not take place, the individual is left with the split internal organization that, in later life, corresponds to borderline personality. Identity diffusion stems from the fragmented nature of this split internal organization. Multiple unintegrated self-object dyads variously determine the individual's subjective experience at any given moment, creating a sense of discontinuity of experience and difficulty in committing to relationships, meaningful work, goals, or values. » (Clarking, Yoemans et Kernberg, 2006, p. 24)

Nous partageons là l'idée selon laquelle le clivage demeure l'expérience fondamentale dans la façon dont les individus souffrant d'un TPL font l'expérience du monde, cependant, nous ne la considérons pas comme une organisation interne clivée, puisque la délimitation entre l'interne et l'externe n'est précisément pas achevée. L'interprétation développementale de la symptomatologie du TPL comme un état de survie perpétuel permet de mettre en contexte et de hiérarchiser ce que Kernberg considère comme des défenses archaïques, telles que la projection, l'identification projective, le déni, et l'idéalisation. Comme André Green, nous considérons que le clivage n'est pas un moyen de défense parmi les autres, mais

correspond à une expérience fondamentale de base depuis laquelle appréhender toutes les autres formes de défenses archaïques.

De plus, contrairement à Kernberg, nous ne considérons pas que la difficulté à tenir compte de la réalité ou que la faible tolérance aux frustrations sont d'autres classes de symptômes, distinctes du clivage. Depuis notre perspective développementale, il s'agirait précisément de caractéristiques du prolongement du clivage, c'est-à-dire d'un mode d'être-au-monde doublement indifférencié. Il serait donc peu fertile d'en faire des symptômes différents, que l'on pourrait ajouter à une liste de dimensions de valeurs égales. Le problème d'une approche structurale semble donc résider dans le manque de hiérarchisation des concepts analytiques utilisés pour décrire les manifestations du TPL. Sans une mise en contexte depuis l'ensemble des étapes précoces du développement, la description de ces manifestations risque de conduire à une accumulation abstraite, un peu comme avec une approche catégorielle. C'est peut-être la direction qu'a prise l'œuvre de Kernberg avec la formulation du PDM. Nous pourrions alors nous demander s'il y a tant de différence que cela entre les résultats d'une approche catégorielle et d'une approche dimensionnelle de la personnalité, qui ne considère pas assez la nature contextuelle et interactionnelle du développement psychique.

Enfin, nous pourrions nous questionner également sur l'impact de la différence des conceptions intrapsychique versus contextuelle du développement au niveau de l'intervention clinique. Si les manifestations excessives de la pulsion agressive proviennent d'une disposition de l'enfant et non de l'insuffisance de certains soins maternels, c'est-à-dire s'ils ont une origine biologique et non relationnelle, alors à quoi bon vouloir la prendre en charge à partir d'une démarche psychothérapeutique qui est un outil principalement relationnel ? De plus, cette différence de conception du développement pourrait faire en sorte que l'usage de la confrontation arrive un peu trop tôt dans le modèle de Thérapie Focalisé sur le Transfert de Kernberg. Ainsi, pour nous l'usage de la confrontation arrive en dernier lieu, après l'apprivoisement d'une source de sécurité, dont peut-être le patient n'a jamais bénéficié auparavant.

Or, dans le modèle thérapeutique de Kernberg, la confrontation arrive dans un second temps, après la clarification des représentations clivées. Pourtant, en thérapie comme au cours du développement, on ne peut envisager désillusionner que lorsqu'il y a eu illusion au préalable, on ne peut sevrer que celui qui possède de quoi être sevré. Une conception intrapsychique de l'origine de l'excès de la pulsion agressive pourrait alors faire en sorte de conduire à un modèle d'intervention clinique plus confrontant que supportant, plus théorique qu'empathique. Une conception intrapsychique du développement pourrait ainsi amener à négliger l'importance du lien entre le patient et le thérapeute. La réalité risquerait alors d'être réintroduite assez brutalement, sans que l'individu ait bénéficié de ressources nécessaires afin de mieux s'y préparer. Or, au cours du développement précoce, c'est bien à travers les interactions quotidiennes avec l'entourage que la réalité est introduite à l'enfant d'une manière qui lui soit tolérable. Nous avons en effet mis en lumière la socialisation du rapport à la réalité à travers les interactions avec une figure maternelle.

Si le processus de traitement du TPL consiste en une répétition des étapes précoces du développement qui ont été interrompues, alors le lien thérapeutique représente la voie principale de la reprise de cette socialisation du rapport à la réalité. Une conception contextuelle du développement valoriserait donc davantage des interventions cliniques interactionnelles plus supportantes que confrontantes, plus empathiques que théoriques. Comme Winnicott, nous pensons que c'est le dévouement, et non la connaissance ou la technique qui constituent le levier principal du développement depuis ces modes d'être-au-monde précaires. Le dévouement peut-il s'enseigner ? La simulation d'une telle attitude à des fins d'interventions cliniques n'est-elle pas déjà une façon de la dénaturer ? D'où provient cette faculté ? Une conception contextuelle du développement n'amène-t-elle pas à s'interroger sur le développement de l'intervenant, sur le contexte relationnel dans lequel il a évolué, évolue encore ? Le thérapeute aussi après tout doit faire face au défi immense que représente l'introduction à la réalité. Il partage potentiellement les mêmes vulnérabilités constitutives que le patient.

4.2. L'approche psychothérapeutique des troubles du soi de Masterson

4.2.1. Masterson, le grand oublié ?

L'autre grand modèle clinique développemental des années soixante-dix duquel nous sommes sans doute le plus proche demeure celui de James F. Masterson. Nous avons fait le choix de ne pas nous y être référé plus tôt car nous voulions nous réapproprier d'abord une perspective développementale, avant d'en étudier les applications cliniques. Nous souhaitions relire les théories du développement précoce en les remettant dans leur contexte d'époque, et non à travers les yeux de ceux qui s'en sont inspirés ultérieurement. Ainsi, au début de sa carrière, Masterson, psychiatre américain, travaillait auprès d'adolescents en difficulté dont les tableaux cliniques pourraient être rapprochés à bien des égards de ceux du TPL. Les travaux de John Bowlby sur l'attachement, mais surtout ceux de Margaret Mahler, l'ont conduit à reconsidérer l'incidence des étapes précoces de la vie sur la formation de la personnalité et de ses pathologies. Grâce à ces auteurs, il s'intéressa donc à des périodes au cours desquelles l'être humain est particulièrement dépendant de son entourage. Par exemple, à partir de l'étude des étapes normales du processus de séparation de Mahler, Masterson envisagea l'importance fondamentale de la disponibilité maternelle sur la poursuite du développement postnatal du soi et la formation des structures psychiques. Le cadre développemental des théories « des relations d'objet » lui servit alors de base conceptuelle afin de mieux saisir les conséquences de certains traumatismes, susceptibles de conduire jusqu'au TPL et à ses manifestations à l'adolescence. Masterson prolongea plus tard son modèle aux adultes. Il élargit son œuvre à l'étude du trouble de personnalité narcissique, qu'il sépare peut-être un peu trop du TPL selon nous. Il serait sans doute intéressant de comparer ultérieurement la façon dont il traite de ces deux troubles, cependant, nous ne pourrons aborder cette réflexion ici.

Parmi la scission pulsionnelle/relationnelle, Masterson se situe indéniablement du côté d'une théorie relationnelle et omet ainsi les aspects plus intrapsychiques. Sans être inexacte, sa considération plutôt contextuelle du développement s'avère donc selon nous incomplète, ce qui en ce sens aussi amène certains raccourcis comme

nous le verrons. Toujours est-il que l'œuvre de Masterson, souvent réduite à ses travaux sur le narcissisme, s'avère particulièrement volumineuse sur le TPL. Son manque de notoriété de nos jours, comparé à Kernberg par exemple, nous parait surprenant. Comment se fait-il que l'œuvre de Masterson, plébiscitée dans les années soixante-dix aux États-Unis, le soit aujourd'hui aussi peu ? Masterson a surtout publié des ouvrages, et très peu d'articles. Sans doute le format de diffusion de son œuvre n'a-t-il pas été compatible avec les critères et les principaux canaux de diffusions scientifiques depuis la fin du XXe siècle. Si nous sommes parvenus à reconsidérer sa valeur, c'est que notre angle d'approche ne s'enracine pas exactement à partir des méthodologies conventionnelles utilisées en psychologie. C'est depuis l'histoire et la philosophie des sciences que nous avons abordé notre sujet d'étude. C'est notre long travail préalable de mise en contexte du rapport de la psychologie à la personnalité qui nous a permis d'envisager un cadre épistémologique alternatif plus large pour appréhender le TPL.

4.2.2. Une conceptualisation du TPL à partir de la théorie des relations d'objet : l'origine développementale du syndrome borderline

Pour Masterson, le TPL représentait déjà dans les années soixante-dix un défi majeur du fait de sa mauvaise réputation et du manque de clarté théorique. A cette époque, le trouble n'a pas encore fait son entrée parmi le DSM III :

> « The borderline syndrome has had a long and undeservedly bad reputation in psychiatry. It has rarely been in psychiatric textbooks and has been frequently attacked as a misnomer in both the psychiatric and psychoanalytic literature. Originally the term was a wastebasket applied to patients who gave evidence of both a neurosis and a psychosis and it seemed to convey more about the uncertainty and indecision of the psychiatrist than about the condition of the patient. » (Masterson, 1976, p. 14)

Si le constat qu'il dresse il y a près d'un demi-siècle semble étonnamment faire encore écho de nos jours, une chose a toutefois changé. L'apparition du trouble dans le DSM lui a donné une certaine légitimité. On ne dirait plus de cette catégorie diagnostique qu'elle est attribuée aux inclassables, elle sonne plutôt comme une fatalité à n'attribuer qu'en dernier recours. Cette catégorie ne discrimine donc pas

encore suffisamment ce qu'elle devrait recouvrir, seule une certaine frange des individus qui en souffre est visible à partir des critères du DSM. Cependant, nous partageons toujours le constat de Masterson sur le manque de précision concernant la nature du trouble. Si de nombreux modèles se sont succédé, peu de synthèses ont été proposées. Pour lui, le fait que le TPL ait longtemps représenté une source de confusion et d'impasse en psychiatrie provient surtout de l'approche à partir de laquelle il était principalement abordé : « Vagueness was due to the fact that the emphasis by the psychiatrist on descriptive and nosologic considerations rather than on the developmental. » (Masterson, 1976, p. ix). La conservation d'une approche purement descriptive a-étiologique a sûrement entretenu une telle confusion. Nous avons, quant à nous, situé l'approche descriptive, encore majoritaire, parmi une inscription anthropologique plus large. Elle découle selon nous d'une perspective naturaliste. Lorsque Masterson s'intéressa aux théories des relations d'objet, dont notamment les travaux de Margaret Mahler, il procéda sans l'expliciter à un virage anthropologique. C'est ainsi qu'il vint comme nous à approcher le TPL en tant qu'un trouble développemental.

En se familiarisant avec l'œuvre de Mahler, Masterson découvrit le caractère fondamental du dilemme de l'autonomie et de la symbiose qui affecte tant la vie de l'enfant entre 18 et 36 mois. Il envisagea l'importance des interventions de la mère à cette période tourmentée, ainsi que les conséquences traumatiques qui pourraient découler d'un manque de soutien. Comme nous, en s'appuyant sur une conception contextuelle du développement, il considéra que le manque de compensation de la fragilité de l'enfant face aux exigences du monde conduit à des interruptions du développement. Il associa alors le TPL à une interruption de la sous-phase de rapprochement :

> « The borderline patients suffer from an arrest occurring at the separation individuation phase (rapprochement subphase) of development. The arrest is due to the mother's withdrawal of her libidinal availability at the child's effort to separate and individuate. » (Masterson, 1976, p. 337)

Plus proche de Heinz Kohut, psychiatre américain d'origine autrichienne (1913-1981), que de Kernberg, Masterson (1981) concevait les pathologies de la personnalité comme des troubles précoces du développement du soi et associait leur origine à des rapports traumatiques à l'entourage plutôt qu'à des prédispositions de l'enfant :

> « Kohut views normal aggression as vital to evolution and self-assertive function of the self and feels that excess aggression is not inborn but comes from early trauma. Klein viewed it as inborn and Kernberg often refers to that notion as an etiological possibility in the borderline. It seems to me that, although it may sometimes be inborn, it more often in borderline and narcissistic patients comes from early trauma. » (Masterson, 1981, p. 18)

D'un point de vue nosographique, il proposa donc logiquement de rassembler le TPL et les troubles de personnalité en général sous une même entité, celle des « désordres du soi » :

> « Personality disorders are also called "disorders of the self" because it is the awareness of being an autonomous, but not omnipotent, self that fails to develop. Reasons for this failure can be traced to disturbances in the infant's experience of union, illusion, and disillusionment with the mother. » (Masterson, 2015, p. 49)

Cependant, le fait que sa représentation du développement s'appuie sur une vision psychanalytique majoritairement « objectale », omettant le pulsionnel, l'amène à des conclusions plutôt caricaturales et peu nuancées sur l'étiologie du trouble. Masterson se focalise ainsi beaucoup sur la mère, et propose une représentation plutôt schématique et simplifiée de ses implications au cours du développement précoce. Selon lui, les mères des individus souffrants d'un TPL souffrent aussi forcément d'un TPL (Masterson, 1975, 1976, 1981). Il ramène le fonctionnement intrapsychique du TPL à deux principales attitudes qu'une mère, également affectée, aurait avec son enfant lors de la phase de séparation : la gratification de la symbiose et le découragement à la séparation (Masterson, 1976). Or, cela nous parait un peu réducteur comme perspective. Il ne tiendrait pas assez compte de la complexité de l'ensemble des interactions précoces de l'enfant au sein de la dyade mère-enfant, sans laquelle la poursuite de la vie ne serait tout simplement pas

possible. Ainsi, nous avons nous aussi voulu remettre en valeur les contributions inestimables des mères au quotidien. Nous avons élargi le sens du maternel à l'attitude de toute personne préoccupée par le cheminement d'un jeune enfant au cours des diverses étapes allant de la dépendance à l'autonomie, de l'indifférenciation à la séparation. C'est la spécificité de la condition humaine à la naissance qui rend l'enfant si dépendant des soins de l'entourage, et donc de cette attitude maternelle, le plus souvent incarnée, il est vrai, par la mère. Mais la mère n'existe pas d'elle-même, indépendamment de tout contexte. Elle est elle-même toujours déjà impliquée dans un réseau de relations sociales, parmi des valeurs culturelles d'une époque et d'un lieu donné. Il ne s'agirait donc pas d'attribuer à la mère seulement la responsabilité d'une faillite du processus de reproduction qui concerne l'espèce dans son ensemble.
Masterson, aborde également la place du père[1] au cours du développement. Il le décrit comme étant l'étranger, le représentant de la réalité qui participe à éloigner l'enfant de l'union symbiotique (Masterson, 1976, 1981). Cependant, là encore, l'attribution de ce rôle nous semble assez réductrice. A partir de nos trois essais, nous avons vu que c'est bien la mère la première ambassadrice de la réalité auprès de l'enfant, ce rôle ne se limite pas qu'au père. Rien n'exclut que la mère puisse investir une posture paternelle, et le père une attitude maternelle.

Sans être particulièrement faux, cet aspect caricatural de l'étiologie se répercute sur la façon dont Masterson l'articule à la symptomatologie. Comme nous, il envisage que les interruptions du développement à un stade de vie aussi précaire condamnent le jeune enfant à devoir se défendre face à un monde dont les exigences excèdent toujours ses propres ressources. Il considère aussi qu'en l'absence de sécurité, l'enfant ne peut continuer à se séparer en toute confiance lors de l'exploration. L'inachèvement de la formation du rapport à la réalité lui parait donc également un aspect central de ce trouble : « Patient with a personality disorder not only find it

[1] Nous n'avons pas invistiguer suffisamment la signification et le rôle du père, ainsi que des fontions paternelles au cours du développement.

difficult to love reality, but they commonly struggle to perceive and accept it. » (Masterson, 2015, p. 49). Il souligne également l'incompatibilité entre la sécurité et l'autonomie, qui piège l'enfant dans une sorte de dilemme de séparation sans fin où le support extérieur est aussi nécessaire que menaçant. La menace d'abandon lui semble alors un sentiment récurrent parmi cette population clinique. Pour lui l'abandon est constitué de six sous-expériences fréquentes, les six cavaliers de l'apocalypse comme il les décrit : la dépression, la rage, la panique, la culpabilité, l'impuissance et le vide. Encore une fois, cette description ne semble pas erronée. Cependant, contrairement à la nôtre, elle ne parait pas assez hiérarchisée et pondérée à travers le contexte des interactions quotidiennes et normales du développement précoce.

Enfin, une différence principale entre notre modèle et celui de Masterson demeure dans l'interprétation développementale des manifestations cliniques du TPL. Nous avons insisté sur le caractère adapté des moyens de survie et des modes de gestion primitifs de la sécurité du point de vue du patient. Nous souhaitions aborder la signification des symptômes sous un aspect existentiel plutôt que pathologique. Nous avons essayé de décrire l'expérience de ces patients dans leur globalité, comme un « mode d'être-au-monde », immature certes, mais une expérience personnelle de la réalité depuis laquelle ils accèdent au monde, construisent une identité, une façon de se comprendre, qui leur sont singulières avant d'être pathologiques. Or, Masterson, lui, découpe l'expérience du patient en deux soi : l'un le vrai, vulnérable, traumatisé ; et l'autre, le faux-soi, celui qui se défend : « The borderline patient is always in a state of defense or, stated in another way, identified more or less completely with the false, defensive self. » (Masterson, 1989, p. 36). L'équation selon laquelle l'aspect défensif serait faux nous semble réductrice. Le faux n'est pas si faux, puisqu'il a été indispensable à un moment donné afin de devoir survivre. Nous préférons donc parler d'anachronisme ou d'immaturité que de faux, car le soi défensif est une relique du développement précoce normal. Encore une fois, nous nous situons plus proches de Winnicott, pour qui ce qu'on qualifie de « faux-self » est une manifestation immature pour accéder

à des besoins anachroniques normaux qui n'ont pas été suffisamment soutenus (Winnicott, 1958). Le faux ne cesse donc jamais de pointer le vrai. Le terme « faux self » pourrait nuire à l'intégration et la mise à contribution de cette partie – défensive – du soi, chez ces patients. Le but ne serait pas alors de se défaire du faux pour devenir le vrai, mais réconcilier ces deux aspects. Le faux soi ne lutte pas contre le vrai, ou l'inverse. Le faux est le moteur du vrai. Nous avons vu que l'immaturité ne disparait jamais complètement, elle contribue toujours à l'équilibre propre à la maturité du développement.

4.2.3. Un modèle psychothérapeutique des désordres du soi à réhabiliter

En dépit du manque d'articulation des aspects pulsionnels et relationnels du développement psychique et d'une réduction du fonctionnement intrapsychique à l'attitude et la disponibilité de la mère, nous sommes plutôt en accord avec le modèle de prise en charge proposé par Masterson. Nous sommes même étonnés qu'il soit si peu mentionné, en comparaison à la notoriété de la clinique des organisations limites de Kernberg. Si Masterson se dit plus proche de la conception du soi de Kohut que de celle de Kernberg, en revanche, au niveau de la clinique c'est l'inverse (Masterson, 1981). Remettre à jour le modèle de prise en charge de Masterson pourrait permettre de préciser, d'enrichir et de compléter des angles morts laissés par le nôtre. Selon Masterson, la psychothérapie des désordres du soi doit nécessairement pallier deux déficits développementaux que sont la non-acquisition d'un moyen de gestion de la sécurité et la non-introduction de la réalité. En cela, le thérapeute œuvrant auprès d'une population clinique souffrant d'un TPL doit se montrer autant soutenant que confrontant. Il doit favoriser la reprise du processus de séparation-individuation tout en mettant à disposition du patient une source de support extérieur appropriée. Il dégage alors deux temps principaux dans le processus thérapeutique, une phase de support, puis une phase dite « reconstructrice ». La première phase vise surtout à aider le patient à prendre conscience et à freiner ses manifestations défensives procédurales qui tendent à évacuer la réalité, parfois par le recours à des comportements dangereux. Il préconise lui aussi à ce stade, des interventions par le reflet, notamment celui des

ancrages somatiques d'activations affectives liées aux postures défensives, ce qu'il appelle le faux soi.

> « Effective treatment of the borderline requires a time perspective which differs from ordinary reality perspective. The therapist must be prepared to engage and take on the responsibility of the treatment for long periods of time, which will inevitably invoke endless repetitions of the same issues. » (Masterson, 1976, p. 93)

La seconde phase du processus correspond à la possibilité de reprendre en tant que tel le parcours développemental interrompu une fois que les attitudes défensives du patient sont davantage conscientes et sous contrôle. Afin de favoriser une plus grande maturité, une meilleure aptitude à percevoir et s'adapter à la réalité, le thérapeute doit maintenir une certaine pression en mettant en place des limites, en confrontant les tentatives d'évitement, de fuite, ou de négation. Il doit rester vigilant aux moments où le patient cesse d'agir de manière réaliste, prudente, et raisonnable, et les questionner avec curiosité (Masterson, 1976).

Pour aller plus loin, Masterson précise des spécificités propres à la prise en charge du TPL que nous avons peu mentionnées. En effet, l'une d'elles consiste dans la mise en garde face au caractère « caméléon » dont font preuve ces patients :

> «The borderline patient's extensive use of compliance mechanisms often gives him the appearance of chameleon, he changes his colors to match the expectations of the environment. He can too easily become the tool of anybody who wants to investigate anything. » (Masterson, 1981, p. 42)

En ce sens, il parait indispensable que le thérapeute ait conscience de ses propres « couleurs émotionnelles » afin de vérifier que le patient ne se dissimule pas seulement derrière ses attentes d'aider et de supporter ses patients. Le patient pourrait s'y fondre, laisser le thérapeute prendre soin de ses insécurités, de ses anxiétés, et des fluctuations de sa valeur, en restant passif, impuissant, dépendant et conciliant. Cependant, le travail thérapeutique resterait alors superficiel. L'espace thérapeutique ne ferait qu'alimenter le morcellement du patient. Ceci nous conduit donc à une autre des spécificités que nous avons abordées et sur laquelle insiste plus précisément Masterson, à savoir l'aspect de la confrontation. Pour lui

la confrontation est une condition indispensable à tout processus thérapeutique qui se consacre au traitement du TPL (Masterson, 1976). Selon sa formulation, ces patients ne viennent pas en consultation pour aller mieux, mais pour se sentir mieux, et se sentir mieux implique une forme de régulation du rapport à la réalité qui tend à évacuer les tensions sous forme d'agirs dont la destructivité n'est pas perçue. Masterson répertorie deux scénarios habituellement utilisés pour se sentir mieux : le patient peut venir chercher en thérapie un partenaire symbiotique, ou il peut venir y trouver un espace pour se débarrasser d'expériences persécutrices en les projetant sur la personne du thérapeute :

> « Confrontation is the specific therapeutic technique, indeed the critical technique, that helps the therapist maintain the reality of the therapeutic frame and that helps the borderline patient to convert transference acting out into therapeutic alliance. Without confrontation, the psychotherapy of the BPD would be impossible. The confrontation does not clarify, rather, it opposes defense, thereby creating conflict, which when integrated enables anxiety and depression to emerge. » (Masterson, 1989, p. 213)

La confrontation tend alors à faire reconnaitre au patient le coût et le caractère inapproprié de tels modes de gestion de la sécurité, de sorte qu'il ne puisse continuer à l'ignorer. La confrontation fait naitre un conflit entre des tensions que le patient tente à tout prix d'éviter, car elles lui apparaissent insupportables. Masterson dénombre quatre formes de confrontation : la mise en place de limites ; le maintien du rapport à la réalité en se référant à la perception du thérapeute ; la clarification des conséquences d'émotions, de pensées et de comportements inadéquats ; enfin l'investigation des intentions en amont de ces mêmes émotions, pensées et comportements inadéquats :

> « Other authors have seen confrontation as being punitive because they are unaware that the borderline patient has little ego capacity to discriminate, select, and control his responses, so that his experience of life is like a cork in the oceans, he moves with the tide and the wind. […] If his ego structure were adequate so that he could perform these functions, then confrontation would indeed be punitive and inappropriate. » (Masterson, 1989, p. 213)

Comme Gerald Adler (1985), il considère aussi la confrontation comme un art délicat, demandant au thérapeute la capacité à s'opposer fermement sans se fâcher, de communiquer son désaccord sans se montrer forcément désagréable.

Enfin, Masterson propose de tenir compte de la façon dont varie l'implication de ces patients dans un processus thérapeutique, selon l'intensité de leur souffrance. Selon lui, plus ces patients sont en contact avec leur souffrance, plus ils perçoivent les aspects inappropriés et destructeurs de leurs moyens de gestions de la sécurité, plus ils se montreront aptes à accepter la peine et les efforts que suscite le traitement. Autrement, l'investissement dans un projet thérapeutique, notamment à sa deuxième phase, pourrait ne représenter qu'une dépense injustifiée de temps et d'énergie :

> « These patients are not willing to take on the separation anxiety that reconstructive psychotherapy generates until and unless they become aware of the mainspring of suffering and/or the destructiveness of their defense mechanisms. […] The therapist who recommends reconstructive psychotherapy before these defenses have been dealt with will only heighten the patient's resistance – and perhaps impel him to flee from treatment to avoid anxiety. » (Masterson, 1976, p. 94-95)

Nous pouvons nous demander dans quelle condition la seconde phase du traitement, dite reconstructrice, devient envisageable. Devenir plus mature, c'est devenir aussi une autre personne. Qu'est-ce qui peut amener le patient à vouloir travailler sur le fond même de sa personne, à changer sa façon d'être, son identité ? Le patient doit-il avoir accumulé suffisamment de désillusions et de pertes pour entreprendre une telle démarche de soin ? Cette seconde phase doit-elle provenir nécessairement du patient ? Si le patient n'a pas conscience de sa souffrance, au nom de quoi ou de qui faut-il la lui rendre plus explicite ? Nous disposons d'un cadre légal afin d'hospitaliser un patient contre son gré si sa vie ou celle des autres se trouvent directement en danger. Pourquoi alors ne pas envisager des formes d'encadrement psychosociaux lorsqu'un individu en phase de désorganisation aiguë, nuit à ses propres intérêts ou à ceux de son entourage, sans aller jusqu'à se mettre en danger de mort ? Ne devons-nous pas être avisés des fragilités du soi, de la personnalité de certains individus afin de maintenir pour eux certaines limites qu'ils sont

susceptibles de ne plus percevoir selon l'évolution de leur pathologie ? Est-ce uniquement au thérapeute d'agir de telles limites ? L'entourage ne gagne-t-il pas à travailler de concert avec le projet de soins ? Ces questions dépassent le simple cadre de la clinique individuelle. Nous retrouvons bien dans l'œuvre de Masterson, une certaine perspective macroclinique, en accord à notre souci de prévention.

4.2.4. Précipitation pathologique selon la réactivation des enjeux du dilemme de séparation lors des étapes normales de la vie

Si un des points forts du modèle de la naissance psychique consiste en la mise en contexte de l'étiologie du TPL parmi les étapes précoces du développement, notamment autour de la première puberté, en revanche, nous avons très peu abordé le déclenchement ultérieur de la pathologie, principalement à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Or, nous avons vu que le déclenchement des manifestations cliniques du TPL était plutôt instable et apparemment peu prévisible. L'intensité de ces manifestations varie d'une journée à l'autre, parfois même d'une heure à l'autre, jusqu'à engendrer des passages à l'acte destructeurs ou suicidaires sans qu'il n'y ait de signes avant-coureurs propres à interpeler l'entourage. Mieux comprendre la façon dont se précipite cette pathologie pourrait aider à mieux prévoir, mieux encadrer, et prévenir dans la mesure du possible, certaines périodes de crise. Un des intérêts de l'approche clinique de Masterson (1976) est justement de considérer les contextes qui entourent le déclenchement et l'évolution des symptômes du TPL au cours des grandes périodes normales de la vie, de l'adolescence à l'âge adulte. Il explore les contextes lors desquels l'immaturité latente devient visible d'un point de vue psychiatrique. Nous gagnerions à intégrer une telle réflexion à nos projets de prévention. Ceci pourrait représenter un outil précieux afin d'aiguiller les proches, ainsi que les intervenants de différents milieux : académique, professionnel et communautaire.

Nous avons associé l'origine du TPL à une interruption du développement qui entrave la résolution du dilemme de la première puberté. Ainsi, l'enfant, n'ayant pas disposé de soins suffisants se retrouve confronté trop tôt au monde lors de l'acquisition de la locomotion. La recherche de l'union symbiotique semble la seule

façon de restaurer son sentiment de sécurité prématurément bousculé. Nous avons vu que l'autonomie, la séparation, suscitent alors une forme de menace de privation insupportable, une menace d'annihilation contre laquelle l'enfant doit lutter en s'accrochant autant que possible à un partenaire tout-puissant. Cependant, le retour vers le partenaire inspire déception et frustrations, et éveille en l'enfant des menaces de destruction tout aussi effrayantes. Tant que l'enfant n'est pas poussé vers le monde en étant forcé de s'éloigner de sa source de sécurité, il parvient à maintenir un équilibre symbiotique susceptible de dissimuler l'ampleur de son immaturité. Or, la période de l'enfance semble propice au recours à des modes de gestion précaire de la réalité. Il n'est pas anormal ou choquant qu'un enfant continue pour un certain temps encore à se montrer dépendant et irresponsable. Cependant, cet équilibre fictif est défié à chaque étape de la vie qui le pousse dans le sens de la séparation. La seconde puberté, celle qui est amorcée autour de 10 à 12 ans avec l'apparition des caractères sexuels secondaires et l'augmentation des attentes sociales autour de l'autonomie, en réactivant le développement du soi, induit aussi inévitablement une période de grande vulnérabilité pour les prématurés psychiques. L'immaturité s'y manifeste surtout par des agirs :

> « Failure to achieve autonomy makes the borderline child extremely vulnerable to all those later nodal points in the life cycle that require autonomy for mastery. These life events represent a growth opportunity for the normal child but can precipitate a clinical syndrome in the borderline. The clinical picture tends to shift as the borderline child gets older and encounters the more complex emotional tasks required by increasing chronological age. Each developmental period poses its own challenges, childhood, latency, adolescence, young adulthood, middle age, old age. » (Masterson, 1976, p. 70)

L'acceptation sociale de la dépendance durant la période de l'enfance participe à dissimuler les moyens précaires de gestion de la sécurité. Si la vie avait pu se poursuivre ainsi, sans doute, l'existence de bon nombre de patients ayant souffert d'une interruption traumatique du développement aurait été beaucoup moins tourmentée. Or, chaque présage de séparation avec un partenaire symbiotique constitue une scène de plus à la répétition du dilemme de la symbiose et de la séparation non résolue. Ainsi, en grandissant, les exigences de scolarisation

amènent l'enfant à devoir se séparer de plus en plus longtemps de son foyer, de ses parents, ou de la figure maternelle qui incarne le rôle du Moi auxiliaire, du partenaire symbiotique :

> « It is perhaps not surprising that so much borderline symptomatology is seen in adolescence where the dependency is expected to recede and social requirements for independence must be met. At this time the psychopathology tends to shift toward abandonment depression and the acting out defenses. » (Masterson, 1976, p. 70)

Il ne semble pas si étonnant que les fragilités caractéristiques du TPL tendent à se déclarer cliniquement à l'adolescence ou au début de la vie adulte, période où les exigences sociales s'accentuent et où le monde fait à nouveau irruption dans le quotidien.

Le reste de la vie serait donc ponctué par des événements qui vont venir réactiver le dilemme de la première puberté, par exemple des injonctions de plus grande autonomie ou des transformations de relations symbiotiques :

> « The psychosocial events that signalize normal progress in the life cycle are usually a time of special vulnerability for the borderline : leaving home for school, going away to camp, going from the neighborhood to the larger community high school, graduating from college, starting a career, getting married, becoming a parent, being promoted at work […] anticipate graduation and leaving home. » (Masterson, 1976, p. 50)

L'adolescence amène de grandes périodes de transitions académiques et intimes : la fin du secondaire, l'entrée à l'université, les débuts sur le marché du travail, l'extension du cercle social, les premières relations intimes et la découverte de la sexualité. Toutes les premières fois des jeunes adultes sont des moments particulièrement critiques vis-à-vis du dilemme de la première puberté, puisque poussant toujours vers l'individuation. Selon Masterson, les agirs, les comportements antisociaux et les passages à l'acte ne dominent plus le tableau clinique à cette période de la vie. D'autres formes de manifestations apparaissent ici : les indices anxiodépressifs, les difficultés relationnelles aussi bien au travail que dans les relations de toutes sortes. Parmi ces nouvelles sphères, l'intimité mérite une grande attention :

> « The degree to which there has been deprivation or a bad fit in the separation individuation phase will determine the degree to which this early developmental experience will overshadow and influence all later efforts at an intimate or close relationship. » (Masterson, 1976, p. 75)

Le choix des premiers partenaires amoureux est particulièrement teinté par l'immaturité latente. Les schémas relationnels qui se déploient dans les relations amoureuses, les sentiments, les façons de les communiquer, rejouent les différents types d'interactions pré ou pseudo-relationnels avec le précurseur de l'objet, le Moi auxiliaire. Masterson (1976) décrit ainsi quatre exemples de schémas amoureux : l'absence totale de relation ; choisir un partenaire ayant des vulnérabilités similaires à l'intimité et extérioriser ses conflits à travers une telle relation dysfonctionnelle ; entretenir des relations superficielles avec un ou plusieurs partenaires à la fois et rompre dès que l'engagement de l'un évolue au point de devenir menaçant ; ne s'impliquer que dans des relations avec des partenaires qui ne sont pas disponibles ou qui sont déjà dans d'autres relations. Ces quatre exemples viennent préciser les formes d'ajustement interpersonnel que nous avons préalablement décrites. En choisissant un emploi et des partenaires qui ne risquent pas de mettre à vif le dilemme de la symbiose et de la séparation, les tensions provenant du monde sont provisoirement neutralisées. Réussir à conserver un mode de vie compatible avec l'immaturité latente permet de fonctionner avec un niveau de gêne minimal. Le prix à payer pour y parvenir, le prix de la maturité, de la santé, des implications socioculturelles et de l'autonomie ne sont pas forcément conscients.

Pour Masterson, tous les individus dissimulant une grande immaturité ne sont pas tous dysfonctionnels, plusieurs sont brillants. Ils peuvent avoir un parcours professionnel prospère. Cependant, à y regarder de plus près, leurs sphères relationnelles et intimes paraissent souvent carencées, voire perturbées :

> « As chronologic age catapults the young adult into a world of his own – and many borderline will defend themselves against this psychosocial maturation by remaining at home – this world confronts his avoidance of individuation and his clinging defenses and impels him more and more to sacrifice life structure to maintain inner equilibrium. He may be able to defend himself quite well with his characteristic defenses

> (splitting, projection, acting out of the wish for reunion, avoidance, denial, clinging, or distancing) so that he functions, but it is far from optimal level even though it is without clinical symptoms. Although not clinically ill he is paying a high price for his comfort and remains vulnerable to all kinds of threats to his fragile equilibrium. » (Masterson, 1976, p. 72)

Du reste, lorsque les individus dissimulant une certaine immaturité se marient et ont des enfants, le statut de parent représente une autre source de déséquilibre et de transformation majeure du mode de vie. Il se peut alors que des symptômes de la réactivation du dilemme de la symbiose et de la séparation se manifestent chez leurs enfants. En effet, le rôle de parent demande au début une certaine aliénation dans l'accompagnement d'un nouvel individu absolument dépendant de ce qui l'entoure. Un certain équilibre de codépendance inadéquat pour les enfants pourrait se former ici, surtout si le parent ne se sent pas encore menacé par le dilemme de séparation avec son enfant. C'est lorsque les enfants deviennent à leur tour adolescents que la situation devient sans doute la plus problématique pour le parent n'ayant lui-même pas résolu ses propres enjeux d'individuation. Les conflits relationnels et familiaux peuvent alors escalader et prendre des proportions critiques, en défaveur du développement des enfants. Privés à leur tour des conditions favorables à la réalisation de leur propre naissance psychique, ces enfants risquent de se retrouver piégés avec leur immaturité, et pire, être considérés comme l'unique source de problèmes du fait d'une personnalité prétendument difficile ou de la supposition d'une « maladie psychique ». Combien d'enfants diagnostiqués avec un TDAH aujourd'hui portent ainsi par procuration l'immaturité de leurs propres parents ?

Au cours de la poursuite de la vie adulte, ces funambules, toujours en équilibre précaire sur le bord d'une falaise psychique, sont particulièrement sensibles aux accidents et aux imprévus. La perte ou la menace de la perte d'une mère, d'un père, d'un frère ou d'une sœur, d'un ami, d'un conjoint ou d'un collègue, représente toujours un drame dans le drame. De telles épreuves sont susceptibles de déclencher alors des formes de désorganisations réfractaires et chroniques plutôt surprenantes. Les accidents de la vie précipitent soudainement une rupture parmi un équilibre qui

n'était jusque-là peut-être pas visible, mais qui neutralisait pourtant des menaces historiques d'annihilation. Ceci pourrait expliquer des ruptures disproportionnées de la capacité à restaurer le sentiment de sécurité et à fonctionner au quotidien, au point de ne plus pouvoir travailler, de ne plus pouvoir s'occuper de ses enfants ou même de soi au quotidien. Les manifestations cliniques revêtiraient alors ici des formes plutôt anxieuses et dépressives, des risques d'errance dans la pathologie et dans les systèmes de soin public, allant jusqu'à l'isolement et la désocialisation :

> « The borderline patient is sensitive to any disturbance in this relationship no matter how minor. The spectrum varies from mild disapproval on the part of the object to its complete absence. […] The more serious stresses of death, divorce usually bring on a clinical syndrome. » (Masterson, 1976, p. 51)

Enfin, en approchant le milieu de la vie, entre la quarantaine et la cinquantaine, les conflits familiaux ont tendance à s'apaiser, puisque leurs enfants qui ont grandi ont normalement moins besoin de support extérieur. Cependant, à l'approche de la vieillesse, il devient de plus en plus difficile de se protéger du caractère décevant de la réalité. La vie elle-même accentue son travail de désillusion. La perte de la beauté, de la force, de l'autonomie, de la santé, affecte les modes de gestion archaïques de la sécurité :

> « Reality's confrontation of this fantasy carries a poignant, unique and specific force for the middle-aged borderline, who has lived his life by substituting fantasy gratification for fulfilment in reality. The inexorable exigencies of life break through his denial of reality and force him finally to face what he had been denying- hoped for achievements unfulfilled, relationships either never attempted or gone or fast disappearing. This potent force alone can initiate a depression. » (Masterson, 1976, p. 73)

La vieillesse représente en elle-même une grande menace puisqu'elle confronte à l'évidence de sa propre fin. S'il est possible de neutraliser la maturité psychique et les dangers qu'elle représente, en revanche il semble déjà moins évident de stopper l'effet du temps sur notre corps. La maturation biologique finit par forcer tôt ou tard la main au développement psychique. La vieillesse impose un sevrage qui prépare normalement à affronter l'ultime séparation, qui n'est en fin de compte qu'une énième répétition de la première séparation. Les insatisfactions, les fantasmes et les

désirs inassouvis, font donc de la vieillesse un bateau en perdition, un naufrage à petit feu que l'on souhaiterait quitter prématurément en se jetant par-dessus bord. Les manifestations cliniques à cette période se traduisent surtout par des signes dépressifs, voire des désirs suicidaires peu avouables, car incompréhensibles pour les proches du fait que l'immaturité ait pu rester dissimulée longtemps, la vie durant. Le tableau suivant, tiré de l'ouvrage : *Psychotherapy of the Borderline Adult* (1976, p. 71), récapitule ainsi la nature des événements susceptibles de précipiter les manifestations cliniques du TPL selon les grandes périodes de la vie.

Tableau 4.1 : Classification des constellations cliniques du TPL selon les âges

Time in the Life Cycle	*Precipitating Event*	*Clinical Syndrome*
Childhood	leaving home for school leaving home for camp	school phobia phobia
Prepuberty	leaving the local school for the high school	abandonment depression with its defenses
Middle adolescence	sex functioning	abandonment depression with its acting out defenses
Late adolescence	last year of high school; first year of college	abandonment depression with its acting out defenses
20's	a) college graduation or leaving home for work	abandonment depression and acting out defenses
	b) difficulty with work due to avoiding individuation	lack of satisfaction
	c) challenge of intimacy	fear of loss of self or object
30's	a) difficulty with work, intimacy, husband or wife, marital conflict b) difficulty parenting	avoidance, clinging or distancing due to fear of loss of self or object, anxiety depression
40's	a) difficulty as parents with adolescents who rebel against depersonification or who comply at cost of individuation	anxiety, depression
	b) promotions at work where a previously encouraged dependency is lost	anxiety, depression
	c) lack of work satisfaction due to avoidance of individuation or acting out	acting out
50's	failures in work and heterosexual relationships as opportunity runs out and fantasy meets frustration	abandonment depression
Old age	extraordinary difficulty with changes and with loss of loved ones, friends, work	abandonment depression

5. Conclusion à la seconde partie

Dans cette seconde partie, la synthèse de nos trois essais consacrés à l'exploration des étapes précoces du développement psychique nous a conduit à reconsidérer la personnalité comme le fruit d'une construction, comme un point d'arrivée résultant d'un ensemble d'échanges prolongés et spécifiques entre l'enfant et son entourage, et non comme un point de départ, fruit d'une maturation physiologique *in vivo* exclusivement. Le sentiment d'exister en tant que personne à part entière en lien avec un monde séparé ne serait donc pas inné, il renverrait à l'acquisition différée et diphasée d'un ensemble d'habiletés affectives, neurophysiologiques et cognitives, indispensables à l'éloignement et à l'individuation.

Ce changement de perspective sur la personnalité, à partir de son inscription dans un cadre anthropologique plus large amène ainsi à concevoir l'origine des pathologies de la personnalité comme le résultat de traumatismes d'un développement psychique précoce qui conduit normalement à la formation d'un soi et d'un rapport au monde sécuritaire au cours des premières années. Les interruptions ou les défaillances interviennent depuis des contextes développementaux traumatiques donnant lieu à des carences spécifiques parmi les soins maternels. Ainsi, sans les conditions extérieures favorables à l'achèvement de la naissance psychique, l'état de grande précarité et d'immaturité qui caractérise les premiers moments de la vie humaine, et qui devrait normalement être compensé par l'engagement des parents ou de toute autre personne responsable des soins maternels, perdure. Les troubles de la personnalité consisteraient donc en des constellations de manifestations d'immaturité directement en lien avec les types d'interruptions traumatiques du développement précoce. De là, le TPL vient à apparaitre enfin comme la persistance de formes d'être-au-monde immatures, caractérisées par le prolongement d'une double indifférenciation, l'une entre le somatique et le psychique, l'autre entre l'intérieur et l'extérieur.

L'adoption d'une perspective développementale sur la nature de la personnalité et de sa pathogenèse permet d'envisager une façon de réconcilier les deux définitions historiques du TPL et d'articuler une étiologie à sa symptomatologie. Nous proposons d'envisager cette articulation autour de la notion de l'immaturité, autrement dit autour de l'anachronisme de phases normales du développement qui se déroulent entre la naissance physique et l'acquisition d'un sentiment de sécurité indispensable à la vie adulte autonome. Depuis ces présupposés alternatifs sur la définition de la personnalité, les manifestations cliniques du TPL seraient à interpréter comme une mise en œuvre procédurale de moyens de survie plutôt primitifs et peu efficaces, qui rendent insoluble l'immense dilemme spécifique à la condition humaine entre la sécurité et la séparation. Une nouvelle génération d'individus qui ne parviendrait pas à résoudre ce dilemme de la puberté se verrait condamnée à mener une existence immature, autrement dit, une existence centrée sur la défense d'intérêts personnels et égoïstes sous-jacents à la survie. La vie adulte autonome et sociale ne serait que source de menaces et resterait inaccessible. Les pathologies de la personnalité, dont le TPL, représentent selon nous des configurations archaïques de sécurité, des degrés plus ou moins sévères d'inachèvement de la naissance psychique, et non des entités qualitativement distinctes, dont les critères diagnostiques seraient exclusifs. Comme Eugène Bleuler a proposé de rassembler l'ensemble des démences précoces sous la notion de « schizophrénie » en 1911 avec la parution de son ouvrage éponyme, nous proposons de rassembler les pathologies de la personnalité, ainsi que le TPL, sous le groupe des troubles de la naissance psychique.

Une anthropologie développementale nous a permis une relecture des principes de base de la psychanalyse, dont l'interprétation a pu varier au cours du XXe siècle. Nous avons réhabilité une façon spécifique de concevoir la pathogenèse de la personnalité ainsi que sa prise en charge. Nous avons ainsi mieux compris la proximité théorique de la pensée de certains auteurs du milieu du XXe siècle peu connus aujourd'hui, avec des modèles développementaux plus contemporains. Charles Odier, Germaine Guex, Karl Stern, André Green, James Masterson, Gérald

Adler sont autant de noms oubliés et redécouverts, qui ont inspiré les fondements d'une *clinique néonatale pour les prématurés psychiques*, comme il existe une clinique médicale néonatale pour ceux qui sont arrivés au monde avant le terme de leur développement intra-utérin. Concevoir le cœur du TPL comme la persistance d'un mode d'être-au-monde anachronique, une sorte de néonatalité psychique avec ses trois formes d'immaturité affective, neurophysiologique et cognitive, permet de dépasser les impasses soulevées par Kernberg et Gunderson. De plus, cette conception du TPL ouvre un axe de prévention qu'il parait urgent d'approfondir et de partager avec l'ensemble des acteurs sociaux, les familles, les intervenants, les patients eux-mêmes, tous ceux concernés par les conséquences destructrices des manifestations de ce trouble au quotidien.

Pour conclure, nous pourrions récapituler les retombées de ce changement de perspective épistémologique de la personnalité sur la façon d'appréhender le TPL :

- Nous avons proposé une relecture de grands principes psychanalytiques à partir d'une approche issue de l'histoire et de la philosophie des sciences. Nous avons remis en perspective différentes conceptions de la condition humaine et de la psychopathologie à partir de différents paradigmes et leurs présupposés ;
- Nous avons reconsidéré certains troubles psychiques comme des traumatismes développementaux et non des maladies psychiatriques, qui supposeraient plutôt une origine organique et décontextualisée. Nous avons requalifié les troubles de la personnalité, dont le TPL, en tant que des pathologies de la naissance psychique, c'est-à-dire comme un prolongement de premiers rapports précaires à la réalité ;
- Nous avons offert un cadre de compréhension à la complexité des symptômes du TPL et à leur évolution, dont l'instabilité du rapport à la réalité et les manifestations agressives ou autodestructrices. La pulsion agressive joue ainsi toujours un rôle majeur dans la formation du soi et du rapport à la réalité ;

- Nous avons insisté sur la prise en considération des processus relationnels entre le patient et le thérapeute. C'est le travail d'introduction et de médiation d'un rapport *a priori* menaçant à la réalité qui favorise toujours la poursuite du développement de l'immaturité à la maturité, de la dépendance à l'autonomie. Il n'y a pas de développement sans sécurité. La sécurité provient d'abord de la relation, du dévouement, de l'acceptation du paradoxe, et non du savoir et de la technique ;
- Nous avons proposé des pistes pour sensibiliser autant le public que les professionnels sur l'importance de l'incidence du contexte développemental au cours de l'enfance sur la formation et le fonctionnement de la personnalité normale comme pathologique ;
- Nous voulons mieux mettre en valeur les qualités des soins maternels ainsi que l'engagement de ceux qui en sont responsables. La redécouverte de la fragilité de la constitution humaine conduit inexorablement à promouvoir et à protéger les personnes significatives parmi l'entourage des jeunes enfants. Comme Winnicott, il faudrait entreprendre des actions de promotion et de vulgarisation visant à soutenir les parents, les informer sur les caractéristiques d'une première phase d'être-au-monde immature chez leurs enfants, ainsi que les moyens par lesquels cette phase est mise à contribution dans l'atteinte de la maturité.

CONCLUSION GÉNÉRALE ET OUVERTURE

> « Il n'y a qu'une chose que Mamambala n'a pas dite, c'est que grandir était un exil. » (Gaudé, 2018)

1. Le douloureux exil de l'enfance, la contribution de chaque génération à la reconstruction de la personnalité

Nos interrogations sur la nature de la personnalité et de ses pathologies nous ont amené au fond à nous questionner sur ce que signifie le fait de grandir. Il n'est pas si évident de saisir la transition qui mène vers la vie adulte. A partir de quand devient-on adulte ? S'agit-il uniquement d'une croissance chronologique ? Est-ce une simple question d'années de vie quels que soient les individus et les communautés ? Est-ce que le fait de grandir se limite seulement alors à des transformations biologiques prédéterminées et universelles ? Est-il envisageable que l'on puisse vieillir en années sans devenir adulte ? Depuis une approche anthropologique développementale, nous avons vu que grandir suppose l'acquisition d'un sentiment d'exister en tant que personne à part entière. Cette acquisition n'est pas qu'une affaire de maturation automatique et passive. Elle repose sur le succès d'une transition douloureuse depuis un premier état d'indifférenciation chaotique. Tout nouveau-né s'avère d'abord inapte à supporter par lui-même les exigences du monde qu'il rencontre. Ce n'est que grâce aux provisions qui lui viennent de son entourage qu'il lui est donné de survivre à la faiblesse de sa constitution : « The Freudian discovery meant no less than that man's modes of knowing and loving arise out of a preconceptual, pre-rational and pre-verbal world – a world inhabited by mother and child together. » (Stern, 1965, p. 35). Le contexte développemental représente ainsi toujours une dimension déterminante de l'accès à la vie adulte et à ses caractéristiques. Redécouvrir le caractère précaire des tout premiers moments de la vie, ceux dont nous gardons si

peu de traces en dépit de leurs implications vitales, conduit inéluctablement à réévaluer l'incidence des soins maternels sur la poursuite de l'existence qui mène à l'âge adulte. Une meilleure considération de l'immaturité, du Ça, de l'inconscient, des moments qui précèdent et qui entourent la naissance psychique, peu importe comment est qualifié ce premier état, suggère que l'être humain doit toujours le succès de sa croissance à un autre que lui-même, à celui ou celle qui l'a accueilli lorsqu'il ne disposait pas des ressources pour y contribuer.

Aucune nouvelle génération n'hérite ainsi de droit du titre de « roi de la création ». La détresse des premières années rend plutôt toute nouvelle génération indigne du trône des générations précédentes, de ses prérogatives, de ses savoirs et de sa culture. La personnalité a de spécifique qu'elle ne se transmet pas d'emblée aux nouveaux individus, ceux-ci en sont d'abord illégitimes. Une telle conception de la condition humaine parait plutôt déplaisante puisqu'elle évoque une faiblesse originelle et une certaine impropriété à soi-même : les accomplissements ultérieurs de la vie d'adulte sont ainsi tributaires de la générosité et de l'hospitalité d'un hôte au commencement, et le plus souvent, cet hôte est une femme :

> « Incidentally, the fact that the experiences most decisive for our entire life stem from a preverbal, preconceptual and prelogical realm, accounts much more for the original resistance of academic psychiatry to Freud than does his emphasis on sex. » (Stern, 1965, p. 36)

Le prolongement singulier de la période de dépendance qui fait suite à la naissance chez l'espèce humaine amène toujours à envisager le fait de grandir comme l'avènement d'un conflit inexorable entre la haine et l'amour suscités par une si grande dépendance. Celui ou celle qui permet de survivre est aussi celui ou celle qui fait souffrir, qui fait attendre, qui frustre. Devenir adulte c'est parvenir à trouver un certain équilibre entre les forces de destruction et de rapprochement qui s'agitent tant au cours de cette phase de dépendance. Le secret de la transition du monde de l'enfance vers le monde de l'adulte relèverait ainsi d'une aptitude à refréner les forces destinées à détruire celui ou celle engagé à prodiguer de tels soins. La préservation d'une communauté, d'une civilisation passe donc par l'effort constant

qui consiste à maintenir un équilibre entre l'amour et la destructivité. Et l'ombre d'un tel conflit ne disparait jamais totalement. Ses fluctuations donnent toujours lieu à la résurgence de manifestations plus ou moins agressives, ainsi qu'à des formes de négation de l'immaturité, du Ça, de la dépendance originelle, ainsi que de ce qui la compense normalement, c'est-à-dire le maternel, et plus généralement le féminin (Stern, 1965). Le degré de défiance et d'exclusion du maternel au sein d'une société indiquerait ainsi l'ampleur du déséquilibre dans la lutte intérieure qui oppose toujours les forces de la haine et de l'amour.

Grandir c'est donc payer un lourd tribut : celui du renoncement aux premiers modes d'être-au-monde incompatibles avec la vie en communauté. C'est consentir à sacrifier une certaine partie de son expérience, d'appauvrir ses propres impulsions, de les « cultiver », au profit de celui et celle qui préserve cette existence particulièrement fragile. Grandir, c'est donc aussi admettre la valeur inestimable des contributions parentales. C'est parvenir à faire preuve de gratitude et d'humilité envers celui ou celle à qui incombe de porter le poids de la vie : mère, père, parent, famille, communauté, société et institutions. Grandir c'est être prêt à accepter la blessure indélébile qu'impose le constat de sa fragilité et du besoin des autres :

> Cela demeure une grande épreuve pour l'individu que ses tendances sexuelles et agressives, telles qu'elles existent durant l'enfance, ne cadrent pas avec les normes culturelles de l'adulte : elles doivent, pour cela, se modifier et la socialisation requiert de la part de l'enfant une certaine aliénation, un certain abandon de ce qu'il ressent légitimement comme étant le plus profond de lui-même. (Anna Freud, 1965, p. 141)

C'est paradoxalement au prix de la reconnaissance de sa faiblesse et de son impropriété que toute nouvelle génération devient digne de porter le titre de « roi de la création ». Une telle prise de conscience exige donc le sacrifice d'une partie de soi, l'acceptation d'un exil déchirant depuis les premières formes d'existence immatures égoïstes, irresponsables, toutes-puissantes, voraces, et brutales, orientées vers l'assouvissement sans concession de ses propres besoins. « Cultiver » l'immaturité, c'est ce qui fonde la civilisation. C'est là le propre de la culture. Grandir n'est pas seulement une suite d'événements biologiques, ce n'est

pas non plus subir de manière absurde les affres du monde, c'est s'inscrire dans la répétition d'une scène primordiale où un acte de dévouement vient transformer la fragilité en plénitude. La reconnaissance du dévouement suscite un sentiment de gratitude qui éloigne de l'égoïsme et qui à son tour permet de se dévouer au service d'une autre existence fragile, et ainsi de suite. Nous oublions ainsi trop souvent que le mot « succès » provient de la même racine latine que le mot « succéder ».

Enfin, grandir implique aussi de devenir un individu sexué. En ce sens le terme « Ça », de l'allemand « *es* », est un pronom neutre qui laisse envisager qu'au cours des étapes précoces du développement psychique, il n'y a encore ni masculin ni féminin, ni homme ni femme. Cette distinction n'existe pas *a priori*. Le nouveau-né évolue à une période de neutralité toute-puissante en deçà de la différenciation des sexes (Jager, 1996). La prise de conscience de la découverte des sexes représente nécessairement une insulte à cette neutralité toute-puissante de l'enfant. La confrontation à cette marque tracée à même son corps représente un affront. La racine latine du mot sexualité, « *secare* », signifie ainsi blessure, coupure. L'acceptation d'une identité sexuée exigerait donc un certain renoncement à la plénitude de la neutralité de genre, un renoncement à l'illusion de pouvoir s'autodéterminer complètement :

> «We should note in this context that Freud's colloquial "Es" designates a similar realm of neutrality beyond good and evil and beyond what eventually becomes actualized as feminine or masculine. This neutrality and plenitude of the German word for "it" has been compromised by Freud's translator Strachey's overly erudite, rendering of a plain and simple German "it" into a Latinized and learned "id". This slight of hand prevents us from making the necessary connection between Freud's fundamental concept and the older idea of what is neutral and thus prior to a definite time and place, prior to sexual differentiation and prior to the awareness of negation or death. […] There is humanity only there where a form of life reaches beyond neutrality, beyond "it" and "Es" and unconsciousness in the direction of a post-paradisiacal life of consciousness, of judgment, of decision between what is true and false, beautiful and ugly. Such a life can be lived fully only from the perspective of being fallible, mortal, sexed and therefore incomplete. » (Jager, 1996, p. 4)

Grandir, adhérer à une identité sexuée exige la capacité de tolérer l'injustice de cette marque qui nous a été imposée. Si la découverte de cette marque demeure une offense, l'effort pour adhérer à une identité sexuée, et donc limitative, serait un sacrifice absurde. Le souhait d'instaurer une neutralité de genre, en deçà de la reconnaissance de la blessure que suppose la sexualisation, reflèteraient une difficulté bien plus profonde à consentir à l'exil douloureux de l'immaturité.

2. Les traces de théories prémodernes de la naissance psychique

Comment guider les nouvelles générations dans cet exil sinueux vers l'âge adulte ? Comment en favoriser l'achèvement et faire en sorte que le sacrifice qu'il demande reste supportable et significatif aux yeux des membres de chaque nouvelle génération ? La recherche psychanalytique, qui provient de la clinique médicale, et plus précisément psychiatrique, en Europe occidentale au début du XXe siècle, est-elle la première discipline à rendre compte d'une telle conception de la construction de la personnalité et de ses implications socioculturelles ? Les récits mythologiques ainsi que les langues des civilisations mésopotamiennes, antiques, et judéo-chrétiennes dont l'Occident est l'héritière, évoquent en fait déjà une telle conception développementale de la condition humaine (Jager, 2001). L'étude des Humanités, les disciplines telle que la littérature, les arts, l'histoire, ainsi que l'herméneutique, c'est-à-dire l'interprétation des textes anciens, permet de rendre compte des différentes étapes de ce parcours à travers des mises en scène et des métaphores épiques. D'un point de vue historique, la perspective développementale de la psychanalyse n'a donc représenté qu'une forme de réintroduction de cette anthropologie prémoderne face à l'anthropologie naturaliste en vigueur depuis la révolution scientifique du XVIIe siècle. Bernd Jager, le premier directeur de cette thèse, décédé en 2015, a consacré en ce sens la majeure partie de sa carrière à l'étude des mythes à partir desquels se sont fondées les grandes civilisations antiques. A partir d'une trentaine de publications et durant plus d'une quarantaine d'années d'enseignement, il participa ainsi à revaloriser les conceptions développementales prémodernes de la condition humaine, en alternative à celle du naturalisme. Comme

l'indique le titre de son dernier recueil d'articles *Psychology at Home in the Arts and the Humanities*, paru en 2014, pour lui, la psychologie devait reconsidérer comme point de départ une conception de l'être humain à partir des traces de ces anciennes histoires relatant des voyages métaphoriques de l'immaturité vers la maturité, de l'enfance vers le monde adulte, de l'indifférenciation vers l'autonomie, de la vie sauvage de la forêt à la vie de voisinage de la cité.

Par exemple, Bernd Jager (1989) revalorisa l'anthropologie développementale prémoderne à partir de l'exploration de la signification antique des mots « désir » et « satisfaction »[1]. Désir vient du latin « *desiderium* » qui se rapporte à l'idée d'une absence ou de la perte d'une personne ou d'une chose. Étymologiquement désir est aussi associé au latin « *sidus* » qui renvoie aux étoiles, à ce qui représente quelque chose de formidable mais aussi d'inatteignable. La notion de désir évoque donc toujours une certaine limite, un manque impossible à combler, ainsi qu'une idée de renoncement. Par ailleurs le mot « satisfaction », vient du latin « *satis* », qui signifie « assez », et veut littéralement dire « faire assez ». La satisfaction ne correspond donc pas selon ses racines latines à la possibilité d'une plénitude totale, mais à un effort de tolérer l'impossibilité d'être totalement repus. Leur signification antique nous apprend que le désir évoque toujours une limite, et que la satisfaction n'est pas un fait passif, ou biologique, mais l'acquisition d'une capacité à « faire assez », à renoncer intentionnellement. La racine latine des mots désir et satisfaction rappelle donc la transition des étapes précoces du développement psychique :

> « Human development becomes within this context a progressive ability to "make enough". […] Human satisfaction implies the necessary acceptance of limitations which are of the order of the law and the presence of other. » (Jager, 1989, p. 148)

Inversement l'impossibilité de renoncer à la quête de satisfaction totale, l'incapacité à « faire assez » et à supporter le manque, renvoie plutôt à un inachèvement de ce

[1] A noter que le mot libido a pour racine étymologique à la fois les mots « désir » et « satisfaction » (Stern, 1965). L'article de Bernd Jager, éponyme, ne précise pas cette subtilité qui invite en fait à un tout autre regard symbolique et culturel sur la compréhension de la libido, c'est à dire du destin des phénomènes entourant la vie affective humaine, autrement que sous le spectre de la biologie et des lois de la physique.

développement. Le fait de ressentir que « rien n'est jamais assez » indique plutôt une impasse dans la résolution du dilemme de la puberté qui oppose symbiose et séparation. L'échec de la « satisfaction » témoigne plutôt de la persistance d'une forme de gestion archaïque de la sécurité par la toute-puissance, un désir sans limites de posséder jusqu'aux étoiles et de dominer le ciel lui-même.

Bernd Jager (2001) propose un autre exemple d'anthropologie développementale prémoderne avec l'étude de l'épopée de Gilgamesh, plus vieux récit écrit de l'histoire de l'humanité. Ce mythe mésopotamien, écrit il y a environ quatre mille ans, retrouvé sur des tablettes d'argiles autour de la fin du XIXe siècle, raconte l'histoire d'un roi, Gilgamesh, qui aurait régné sur la cité d'Uruk. Ce poème décrit la façon dont ce personnage mythologique apprend à respecter ses sujets, à se montrer responsable de la cité sur laquelle il règne, à partir d'une posture préalablement égoïste, brutale et non civilisée :

> « The epic as whole can be understood as an exploration of the mysterious paths that lead mortal human beings from infancy to maturity and from savagery to civilization. That path leads today as it did in the days of Gilgamesh from narcissism and self preoccupation to participation in communal life, and from a fascination with the word that commands and materially changes the natural world to the poetic word that orient us towards our neighbors. » (Jager, 2001, p. 132)

L'histoire de Gilgamesh est celle d'un homme qui consent à renoncer à sa quête de la vie éternelle et à son désir insatiable de tout posséder à l'issue d'un voyage épique qui l'amène à faire face à son impuissance, à la perte et à la mort. Ce mythe traduit une certaine conception de la condition humaine qui repose sur l'apprentissage fondamental de seuils pour Bernd Jager, c'est-à-dire de l'acquisition d'une aptitude à respecter les limites qui séparent son propre domaine de celui de ses voisins, les limites qui séparent le soi du non-soi : « Humanization and civilization refer here to the long process by which we learn to respect the threshold that separates our own domain from that of our neighbor. » (Jager, 2001, p. 133). Gilgamesh apprend à respecter les domaines des autres et à vivre cordialement avec ses voisins par l'apprentissage d'un seuil. Bernd Jager (2015) illustre le cheminement qui conduit à l'acquisition du seuil à travers d'autres grands récits mythologiques grecs, comme

le mythe de Prométhée d'Hésiode, ou encore depuis les textes fondateurs des traditions judéo-chrétiennes, comme ceux de la genèse. Il montre que les récits modernes ont tendance quant à eux à mettre en scène des héros en quête d'autosuffisance et de pouvoir absolu. Dans le cas de ces épopées modernes, au contraire, l'apprentissage des seuils demeure le plus souvent un échec. L'altérité apparait toujours comme un objet à conquérir ou à éliminer. C'est le cas de la plupart des personnages des récits romantiques du XVIIIe, ainsi que des héros plus contemporains de la « *beat generation* ». « Mieux vaut régner en enfer que servir au paradis », la célèbre réplique de Satan dans *Le Paradis perdu* de Milton (1687), caractérise bien ces héros d'une nouvelle sorte, qui ne tolèrent aucunes limites.

Dans les grands mythes prémodernes, la naissance psychique est donc représentée sous la forme d'un voyage épique dont l'achèvement est marqué par l'apprentissage d'un seuil. Respecter les seuils correspond dans les faits à apprendre à respecter une délimitation qui sépare un domaine personnel de celui d'un voisin, une délimitation qui sépare le ciel et la terre, les morts et les vivants, les dieux et les humains, le soi du non-soi, une délimitation qui fait apparaitre l'autre comme séparé et distinct, non comme une ressource à s'approprier ou un obstacle qu'il s'agit de vaincre pour assouvir une quête de pouvoir et de jouissance (Jager, 2001). L'apprentissage des seuils permet à la fois la délimitation d'un foyer et d'un ailleurs, d'un chez-soi et d'un chez-l'autre. Il est la condition préalable à la possibilité d'habiter, de rencontrer, de voyager, de partir et de revenir. Il contribue donc à la formation d'un rapport personnel au monde en donnant un lieu depuis lequel y accéder en toute sécurité. Il concrétise donc par là le passage de l'indifférenciation à la différenciation. Pour les grandes civilisations bâties autour des récits qui illustrent le parcours d'apprentissage du seuil, on retrouve bien la nécessité de « cultiver », d'éduquer une certaine immaturité initiale, afin d'atteindre une certaine maturité, un certain idéal métaphysique (Brague, 1999). Existe-t-il encore de tels guides pour favoriser le parcours des nouvelles générations vers la vie adulte ? Ce chemin semble aujourd'hui éprouvant, comme si la tâche de grandir était davantage incertaine, chancelante.

3. Négation de l'immaturité et rejet du maternel : le piège du prégénital

Lorsque la maturité affective demeure inintelligible et hors de portée même à l'âge adulte pour un ensemble d'individus, c'est le rapport social à la réalité (le vivre ensemble civilisé, en tant que communauté de voisins différenciés) qui risque de se déformer sous la nécessité de la faire coïncider avec une quête primitive de sécurité. Un tel rapport défensif et déformé au réel ne se traduit pas inéluctablement par des épisodes pathologiques ou psychiatriques, loin de la. Nous avons vu qu'il peut y avoir une diversité de formes de compensation et d'ajustement pour rendre le réel compatible, compatissant, aux besoins de l'intériorité psychique primitive. C'est plutôt une rupture de cet équilibre silencieux qui provoquerait des épisodes de décompensation que nous rencontrons aussi bien dans la psychose que dans le TPL.

> L'expérience nous apprend que pour la plupart des gens il existe une frontière hors de laquelle leur constitution ne peut pas suivre l'exigence de la civilisation. Tous ceux qui veulent être plus nobles que leur permet leur constitution succombent à la névrose, si la possibilité leur était demeurée d'être plus mauvais, ils s'en seraient mieux trouvés. (Freud, 1969, p. 36)

S'il avait été accordé à certains individus le droit de recourir davantage à des modes de gestions immatures de la sécurité, des modes d'être-au-monde asociaux et irresponsables, le droit d'échapper aux exigences et aux poids de la réalité, comme on l'accorde aux jeunes enfants, sans doute se seraient-ils mieux portés. Cependant, cela ne pourrait se faire qu'au détriment de la préservation du monde et de la civilisation elle-même. Une plus grande tolérance à l'égard des expressions de l'immaturité n'est donc pas non plus une issue envisageable, même si *a priori* elle représente un palliatif séduisant. Les valeurs d'une communauté se doivent, dans un souci de pérennité, de viser à restreindre et éduquer l'immaturité, de trouver une voie parmi la triste alternative à laquelle aboutissent les interruptions traumatiques du développement, une voie entre la destructivité et la pathologie. Les pathologies de la personnalité renverraient donc à une sorte de *flirt* autour de cette frontière au-delà de laquelle les renoncements qu'exige la civilisation deviennent trop coûteux,

mais une frontière sans laquelle la vie, dans son sens le plus large, est menacée d'extinction.

La persistance de l'immaturité, perceptible à travers certaines manifestations cliniques, pointe sans doute l'inconsistance de la pédagogie de l'époque à favoriser l'achèvement de la transition douloureuse qui conduit de l'enfance à l'âge adulte. Nous avons vu que les grandes civilisations qui nous ont précédés possédaient des guides afin de faciliter le parcours qui amène à trouver un équilibre entre les forces destructrices et les forces de liaison qui s'éveillent du fait de la dépendance prolongée du jeune enfant. Ces récits se diffusaient à travers la transmission de récits, de poèmes, par des œuvres d'art, par la représentation de symboles communément admis par des communautés. Le remplacement des anthropologies développementales prémodernes par une anthropologie naturaliste, c'est-à-dire la réification de l'existence sous le prisme d'un monisme matérialiste, a sans doute participé à dévaloriser les formes de transmission mythologiques et poétiques de la naissance psychique, occultant par là aussi l'immaturité qui est au fondement même de la condition humaine. La négligence de l'immaturité, du Ça, de l'inconscient, de la précarité fondamentale de la vie qui pousse tout individu de l'espèce à lutter d'abord pour sa survie, n'encourage pas le détournement et la mise à disposition de l'agressivité au service de la préservation du monde. La négation de l'immaturité ne permet pas de s'en libérer, de s'en émanciper ; au contraire elle conduit en fait à sa prédominance :

> Quand leur existence n'était pas tout à fait niée, les pulsions agressives et sexuelles de l'homme étaient méprisées et condamnées, ou bien ignorées. […] Il n'en reste pas moins que l'agressivité et la sexualité, parties intégrantes de la condition humaine, ne peuvent que se manifester, sous leurs meilleurs ou leurs pires aspects, tant que dure la vie. Lorsqu'on tente de nier leurs droits, de les exclure pour de bon de la participation à la vie, il faut alors qu'elles s'écoulent par les voies de la haine et de la destructivité. (Klein et Riviere, 1937, p. 74-75)

La destructivité et les troubles relationnels qui caractérisent tant les manifestations des troubles de personnalité, indiqueraient donc une crise du modèle culturel qui

doit nous amener à apprendre à « cultiver » l'immaturité pour la mettre au service de la personnalité et de la civilisation.

La négation de l'immaturité et des soins indispensables pour la « cultiver » fragilise nécessairement les conditions d'accès à la maturité affective, à la véritable autonomie, qui consistent à toujours recréer les ressources que l'on nous a généreusement offertes et vis-à-vis desquelles nous ne pouvons jamais nous affranchir. Ignorer l'immaturité, nier la dépendance des premiers moments de la vie et les contributions maternelles qui permettent d'y survivre, ne favorise pas le sacrifice de l'expression de la haine au profit de l'amour. Sous-estimer le rôle de l'immaturité et la considérer plutôt comme l'expression d'une originalité individuelle à revendiquer contribue à la dissociation de l'agressivité et de l'amour, et met en péril même la prospérité d'une communauté :

> L'agressivité dissociée et exclue de sa fusion et de son association avec l'amour n'en vient pas seulement à se décharger sous des formes extrêmes de destructivités, il est un autre aspect de la situation qui résulte spécifiquement de sa négation. Sans l'agressivité qui lui est utile pour l'obtention de ses moyens d'existence, sans la sexualité dont le but est la conservation de l'espèce, l'homme cesserait d'exister. (Klein et Riviere, 1937, p. 76)
> C'est pourquoi la négation de l'existence et de la valeur de ces instincts chez l'homme constitue une illusion et donc un fondement faux à partir duquel construire sa vie. Tous les efforts pour étayer et confirmer ce fondement illusoire ne font qu'accroitre la tromperie à l'égard de soi. Les tentatives de l'adapter à la réalité, et de traiter avec elle sur la base d'une négation, appellent bientôt la dissimulation active et le mensonge pour le soutenir contre la force de la vérité. Par exemple la suffisance et la médisance, l'hypocrisie constituent quelques-unes des formes indirectes et insidieuses d'agressivité. L'angoisse, le doute ou le cynisme s'installent et, en conséquence, la foi en ce qui est bon est également en danger d'être perdue. (Klein et Riviere, 1937, p. 77)

C'est ainsi que l'élargissement de la compréhension du TPL à partir d'un changement de perspective anthropologique nous amène à questionner la considération socioculturelle que nous accordons aujourd'hui à l'enfance et à la parentalité, c'est-à-dire à la façon dont nous contribuons à ce que chaque enfant puisse parvenir à acquérir un sens de soi et du monde, jusqu'à recréer les ressources

qui lui ont été normalement proposées. La crise écologique sans précédent à laquelle notre génération fait ainsi face pourrait être bien plutôt une « crise égologique », une crise de l'égo, une crise du soi, c'est-à-dire une crise du développement de la personnalité et de la mise à contribution de l'immaturité au service de la civilisation et non de l'apaisement des besoins égoïstes liés à la survie.

Une société qui échoue à offrir des conditions favorables à l'achèvement de la naissance psychique, à la construction de la personnalité, court le risque de voir perdurer un déséquilibre dans le conflit qui s'éveille au cours du développement précoce entre la destructivité et l'amour. Nous avons vu que l'agressivité est une force essentielle et vitale lorsqu'elle est mise au service de l'amour et de la réparation. Sans elle, aucune réalisation constructive n'est possible au cours de l'existence. Lorsqu'elle n'est pas neutralisée et liée aux forces d'attachement, les forces agressives mettent la prospérité d'une civilisation en péril. La quête d'apaisement des besoins égoïstes prédomine au détriment de la préservation de l'entourage. Les pulsions ne se mettent pas au service de la civilisation. L'autonomie individuelle, voire celle d'un peuple, n'y serait que factice, autrement dit instable et infructueuse :

> L'autonomie véritable, sans laquelle la civilisation n'est plus qu'un mot vide de sens, est l'apanage d'un stade psychologique hautement évolué. L'état de liberté d'un peuple comme d'un individu est une acquisition progressive ; il ne peut être ni imposé, ni maintenu par des mesures exclusivement extérieures. Il doit être préparé. (Guex, 1940, p. 5)

Une anthropologie développementale indique donc l'existence d'un lien intime entre le degré de construction de la personnalité et la stabilité sociopolitique d'un peuple. La construction de la personnalité est le garant de la vie en communauté, de l'ordre social, du respect de son voisin, de l'autre, et de l'aptitude à pouvoir cohabiter et échanger de manière fructueuse avec divers écosystèmes. Les trois derniers siècles, avec la course à la colonisation du monde au XVIIIe, l'institutionnalisation de la pratique de l'esclavagisme au XIXe, les deux grandes guerres et le déchainement du fascisme au XXe siècle, ne manque pas d'exemples

de régression de l'aptitude à être en relation et à respecter les frontières sacrées qui séparent son domaine de celui de son voisin, qui séparent le soi du non-soi.

Le fait que l'origine et le sens des manifestations du TPL représentent encore une énigme, le fait que ses symptômes, tels que les expressions de l'agressivité et les troubles relationnels soient stigmatisés, ou pire banalisés et considérés comme des moyens d'expression socialement valorisés, témoignent que nous évoluons à une époque qui ignore profondément l'immaturité, le Ça, l'inconscient, la naissance psychique, peu importe la façon de la qualifier. C'est comme si nous vivions toujours dans l'ignorance de notre fragilité, revendiquant une autosuffisance et une toute-puissance à terme autodestructrice, sans tenir compte de ce que nous devons à ceux qui nous précèdent et à ce qui nous entoure :

> « The awarness of vulnerabilty prompts one to look about carefully, to take the measure of things. It leads to knowledge, is essential to good judgment. Without it one's vision of one's self and the world is determined, not by the way things are but by one's will, one's desire. When power is absolute, distortion is extreme ; the real world is replaced by fantasy. » (Wheelis, 1973, p. 73)

Une activité pulsionnelle non réfrénée, indifférente des ressources desquelles provient en réalité ce qui permet à la vie de prospérer, correspond à une gestion pulsionnelle prégénitale, une gestion perverse et égoïste, consacrée à la survie individuelle comme lors des premiers moments de la vie. La précarisation du développement de la personnalité, la difficulté à identifier sa pathogenèses et à la prendre en charge, ou pire sa banalisation, témoignent sans doute du piège dans lequel s'engouffre petit à petit les sociétés d'Occident, le piège de subir sa propre immaturité, faute d'une perspective sur la condition humaine qui en tienne suffisamment compte.

> Faire exister la personnalité, c'est faire exister en même temps l'humanité. Nous contribuons à la sauvegarde d'une humanité digne de ce nom quand nous travaillons à ce que tout être humain, en commençant par nous-mêmes, devienne vraiment une personne, acquiert une réalité morale. (Guex, 1940, p. 78)

Proposer de concevoir la personnalité comme l'achèvement d'une naissance psychique, et considérer le TPL comme un trouble de cette seconde naissance, c'est redécouvrir l'immaturité, et se questionner sur les façons de l'accompagner jusqu'à la mettre à contribution de l'humanité. Cette réflexion dépasse le cadre de la clinique ou le rôle de la recherche scientifique. Elle nous force à nous interroger personnellement, aussi bien en tant qu'individu que civilisation, sur d'où l'on vient, qui l'on est, comment l'on vit, ce que l'on a reçu et que nous avons sans relâche la responsabilité de concéder et transmettre.

BIBLIOGRAPHIE

Adler G. (1979a). The myth of the alliance with borderline patients. *The American journal of psychiatry*. 136(5). 642-645.

Adler G. (1979b). Aloneness and Borderline Psychopathology: the possible relevance of child development issues. *The international journal of psychoanalysis*. 60(1). 83-96.

Adler G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. Jason Aronson, Inc.

Adler G. (1988). How useful is the borderline concept ? *Psychoanalytic Inquiry*. 8(3). 353-372.

Agence de Santé Public du Canada. (2015*). Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales*.

Akhtar S. (1992). *Broken structures: severe personality disorders and their treatment*. Jason Aronson, Inc.

Allport G. W., Odbert H. S. (1936). Traits-names : A psycholexical study. *Psychological Monographs*. 47(211).

Alliance of Psychoanalytic Organizations. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4thed., tex trev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association Practice Guidelines. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *The American Journal of Psychiatry.*158(10 Suppl). 1-52.

Anders G. (1956). *L'obsolescence de l'homme. Tome 1. Sur l'âme à l'époque de la deuxième révolution industrielle*. Editions de l'encyclopédie des nuisances.

Anders G. (1980). *L'obsolescence de l'homme. Tome 2. Sur la destruction de la vie à l'époque de la troisième révolution industrielle*. Editions de l'encyclopédie des nuisances.

Anderson Q. (1971). *The Imperial Self : An Essay in American Literary and Cultural History*. Knopf, New York.

Arendt H. (2002). *Qu'est-ce que la philosophie de l'existence ?* Rivages.

Arendt H. (1961). *La crise de la culture*. Folio

Bachelard G. (1934). *Le nouvel esprit scientifique*. PUF.

Bachelard G. (1938). *La formation de l'esprit scientifique*. PUF

Baschet J. (2000). Ames et corps dans l'Occident médiéval : une dualité dynamique, entre pluralité et dualisme. *Archives de sciences sociales des religions*. 112.

Baschet J. (2016). *Corps et âmes : une histoire de la personne au Moyen Age*. Flammarion.

Bateman, A. W., &. Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*. 156. 1563-1569.

Bateman A. W., & Fonagy P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18 monthfollow up. *The American Journal of Psychiatry*. 158. 36-42.

Bateman A. W., Fonagy P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *The Journal of Personlity Disorders.* 18(1). 36-51.

Bateman A. W., Fonagy P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford University Press

Bateman A., Fonagy P. (2006). *Mentalization based treatment for borderline personality disorder*. OUP Oxford.

Bateman A. W., Fonagy P. (2011). *Handbook of Mentalizing in Mental Health practice*. American Psychiatric Publishing.

Bergeret J. (2008). *Psychologie pathologique, théorique et clinique*. Masson.

Bion W. (1979). *Aux sources de l'expérience*. PUF

Binswanger L. (1970). *Analyse existentielle, psychiatrie clinique, psychanalyse*. Gallimard.149-157.

Blueler E. (1911). *Dementia præcox ou groupe des schizophrénies*. Coédition GREC/EPEL.

Blurt (1954). *The metaphysical foundation of modern science*. Dover. New York.

Brague R. (1992). *Europe la voie romaine*. Editions Criterion.

Brague R. (1999). *La sagesse du monde. Histoire de l'expérience humaine de l'univers*. Fayard.

Brague R. (2005). *La loi de Dieu. Histoire philosophique d'une alliance*. Gallimard.

Brague R. (2005). *Introduction au monde Grec. Etudes d'histoire de la philosophie*. Les éditions de la Transparence.

Brague R. (2011). *Les ancres dans le ciel*. Seuil.

Brague R. (2014). *Modérément moderne*. Flammarion.

Brague R. (2015). *Le règne de l'homme. Genèse et échec du projet moderne*. Gallimard.

Butterfield H. (1957). *The origins of modern science*. The Free Press.

Buytendijk F. J. J. (1954). *La femme*. Editions desclée de Brouwer.

Buytendijk F. J. J. (1959). La signification de la phénoménologie husserlienne pour la psychologie actuelle. Van Breda, H. L. (Ed.). *Husserl et la pensée moderne*. Haag, All. : Martinus Nijhoof.

Cartwright D. (2008). Borderline personality disorder: What do we know ?

Diagnosis, course, co-morbidity, and aetiology. *South African Journal of Psychology*. 38(2). 429-446.

Cervone D., Pervin L. A. (2014). *Personnalité, théorie et recherche*. ERPI.

Chapman A. L. (2010). *Borderline Personality Disorder. Cognitive-behavioral Therapy for Refractory Cases: Turning Failure Into Success.* APA. Abramowitz J., McKay D., Taylor S.

Clarking J. F., Yoemans F. E., Kernberg O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality : focusing on object relations*. American Psychiatric Publishing.

Coid J. W. (2003). Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*. 182. 3-10.

Cushman P. (1996). *Constructing self, constructing America*. Da Capo Press.

Cyr J. (2012). Aspects neurobiologiques de la personnalité. Delisle G. *La psychothérapie du lien : genèse et continuité*. Les éditions du CIG.

Cyr J., Mercier A. (2015). *Multiple Facets of Personality Disorders : A Traumatic Transactional Neurodevelopmental Model*. ISSPD conférence october 2015.

De Solla Price D. J. (1963). *Litlle Science, Big Sciecne*. University Presses of California, Columbia and Princeton.

Delisle G. (1993). *La relation thérapeutique tri-dimensionnelle et l'identification projective*. Les Éditions du Reflet. Montréal.

Delisle G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt thérapie.* Montréal : Les Éditions du Reflet.

Delisle G. (2004). *Les pathologies de la personnalité ; perspectives développementales*. Montréal. Les Éditions du Reflet

Delisle G. (2012). *Psychothérapie du lien : genèse et continuité*. Montréal. Les Éditions du Reflet.

Duris P. (2010). L'introuvable révolution scientifique. *Anales of science*. 2010. 1-25.

Ellul J. (1954). *La technique ou l'enjeu du siècle*. Economica.

Ellul J. (1977). *Le système technicien.* Cherche midi.

Eysenck H. J. (1970). *The Structure of Personality*. Routledge.

Ferenczi S. (1913). *Sex in psychoanalysis. Stages in the development of the sense of reality*.

Ferenczi S. (1982). *L'enfant dans l'adulte*. Petite Bibliothèque Payot.

Feyerabend P. (1975). *Contre la méthode*. Points.

Feyerabend P. (2011). *La tyrannie de la science*. Seuil.

Feyerabend P. (2009). *Philosophie naturelle*. Seuil.

Fonagy P. (1995). Playing with reality: the development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities. *The international journal of psychoanalysis*. Feb. 76 (Pt 1). 39-44.

Fonagy P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *The journal of american psychoanalytic association*. 48(4). 1129-1146.

Fonagy P., Target M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self organization. *Development and psychopathology*. Fall. 9(4). 679-700.

Fonagy P., Target, M., & Gergely G. (2000). *Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence.* Psychiatric Clinics of North America. 23. 103-122. vii-viii.

Fonagy P. (2003). *Clinical implications of attachment and mentalization: Efforts to preserve the mind in contemporary treatment*. Epilogue. Bulletin of the Menninger Clinic. 67. 271-280.

Fonagy P., Gergely G., Jurist E., Target M. (2005). Psychic reality in Borderline. *States Affect Regulation, Mentalization, and the Development of Self*. Other Press.

Fonagy P., Target M. (2006). The Mentalization-Focused approach to the self-pathology. *Journal of Personality Disorders*. 20(6). 544-576.

Freud A. (1949). Aggression in relation to emotional development, normal and pathological. *Psychoanalytic study of the child*. 3:1. 37-42.

Freud A. (1965). *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Gallimard

Freud S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Gallimard.

Freud S. (1915). *Métapsychologie*. Folio.

Freud S. (1913). *Totem et Tabou*. Payot.

Freud S. (1917). *Introduction à la psychanalyse*. Payot

Freud S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Payot.

Freud S. (1920). *Névrose, psychose et perversion*. PUF.

Freud S. (1921). *Psychologie collective et analyse du moi*. Les classiques des sciences sociales. UQAC.

Freud S. (1923). *Le moi et le Ça* . Payot.

Freud S. (1925). *Ma vie et la psychanalyse*. Gallimard

Freud S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. PUF.

Freud S. (1930). *Malaise dans la civilisation*. PUF.

Freud S. (1940). *Abrégé de psychanalyse*. PUF.

Freud S. (1969). *La vie sexuelle*. PUF.

Green A. (1993). *Le travail du négatif.* Les éditions de minuit.

Green A. (1990). *La folie privée*. Folio.

Green A. (1977). The borderline concept. *Borderline personality disorders*. International Universities Press Inc.

Gould J. Stephen (1981*). La mal-mesure de l'homme*. Odile Jacob.

Government of Canada. (2006). *The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada*. Minister of Public Works and Government Services Canada. N° HP5-19/2006E.

Guex G. (1940). *Quelques entraves psychologiques au développement de la personnalité*. Cinq causeries données à Lausanne en décembre 1939. Editions du groupe esprit.

Guex G. (1950). *La névrose d'abandon*. Presse Universitaire de France.

Gunderson J. G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *The American Journal of Psychiatry*. 166(5). 530-9.

Habermas J. (1968). *La technique et la science comme idéologie*. Gallimard.

Hartmaan H., Kris E., Loewenstein R. M. (1946). Comments on the formation of psychic structure. *Psychoanalytic study of the child*. 2. 11-38.

Hartmaan H., Kris E., Loewenstein R. M. (1949). Notes on the theory of aggression. *Psychoanalytic study of the child*. 3. 9-30.

Hartmaan H. (1950). Psychoanalysis and developmental psychology. *Psychoanalytic study of the child.* 5. 7-17.

Hartmaan H. (1950). Comments on the Psychoanalytic Theory of the EGO. *Psychoanalytic study of the child.* 5. 74-96.

Hartmaan H. (1951). Technical Implications of Ego Psychology. *Psychoanalytic Quaterly*. 20. 31-43.

Hartmaan H. (1951). The Mutual Influences in the Development of Ego and Id. *Psychoanalytic study of the child*. 7. 9-30.

Hartmaan H. (1956). Notes on the Reality Principles. *Psychoanalytic study of the child*. 11. 31-53.

Hartmaan H. (1958). *La psychologie du moi*. PUF.

Hartocollis P. (1977). *Borderline personality disorders*. International Universities Press Inc.

Heard L. H., Linehan M. (1994). Dialectical Behavior Therapy : An integrative approach to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of psychotherapy integration*. 4(1), 55-82.

Heidegger M. (1958). *Essais et conférences*. Gallimard.

Heidegger M. (1929). *Qu'est-ce que la métaphysique ?* Nathan.

Hill D. (2015). *Affect Regulation Theory: A Clinical Model*. W. W. Norton & Company.

H. Res. 1005. (2008). *Borderline Personality Awareness Month*. 110th Congress (2007-2008)

Husserl E. (1935). *La crise des sciences européennes et la phénoménologie transcendantale*. Gallimard.

Institut National de Santé Public du Québec. (2015). *Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Numéro 11.

Jacobson E. (1964). *Le soi et le monde objectal*. Le fil rouge.

Jacobson E. (1967). *Psychotic conflict and reality*. The Hogarth Press.

Jager B. (1971). Horizontality and verticality: An exploration into lived space. Duquesne studies in phenomenological psychology. *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology.* 1. 212-235.

Jager B. (1978). Toward a phenomenology of the passions. Valle R. S., King M. *Existential phenomenological alternatives for psychology*. Oxford University Press.

Jager B. (1987). Language and game in psychoanalysis. In E. Murray (Ed.). *Phenomenology, meaning, and psychotherapy*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.

Jager B. (1989). Desire and satisfaction as natural event and as cultural achievement. *Journal of Phenomenological Psychology*. 20:2 (1989:Fall) p. 145.

Jager B. (1990). Masks and marks. *Journal of phenomenological psychology*. 21(2).

Jager B. (1991). Psychology in a post-modern Era. *Journal of phenomenological psychology*. 22(1).

Jager B. (1996). The obstacle and the threshold: Two fundamental metaphors governing the natural and the human sciences. *Journal of phenomenological psychology*. 27(1).

Jager B. (1997). Concerning the festive and the mundane. *Journal of phenomenological psychology.* 28(2).

Jager B. (2001). The Birth of Poetry and the Creation of a Human World : An exploration of the Epic of Gilgamesh. *Journal of phenomenological psychology.* 23(2). 131-154.

Jager B. (2010). Toward a psychology of homo habitants. *Les Collectifs du Cirp Volume 1 (édition spéciale).*175-190.

Jager B. (2011). The art of drawing closer to persons and things. Revisiting van den Berg's contribution to human science. *Metabletica.* 2. 35‑46.

Jonas H. (2012). *L'art médical et la responsabilité humaine*. Passages.

Kernberg O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American psychoanalytic association*. 15(3). 641-85.

Kernberg O. F. (1992). Psychopathic, paranoid, and depressive transferences. *Agression in personality disorder and perversion*. Yale University Press.

Kernberg,O. F. (1984). *Severe personality disorders : Psychotherapeutic strategies*. New York: Yale University Press.

Kernberg O. F., Caligor E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In Clarking J. F., Lenzenweger M. F. *Major Theories of Personality Disorder*. The Guilford Press.

Kernberg O. F., Michels R. (2009). Borderline Personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 166(5). 505-8

Klein M., Riviere J. (1937). *L'amour et la haine*. Payot, éditions 1968.

Koyré A. (1957). *Du monde clos à l'univers infini*. Gallimard.

Koyré A. (1973). *Etude d'histoire de la pensée scientifique*. Gallimard.

Knowlton L. (1999). Marsha Linehan : Dialectic Behavioral Therapy. *Psychiatric Times*. Vol. XVI. Issue 7.

Kuhn T. (1962). *La structure des révolutions scientifique*. Chicago: University of Chicago Press.

La Presse. (2017). *Trouble de personnalité limite: la vie en montagnes russes*. Publié 18 mai 2017. Isabelle Audet et Catherine Hanfield. Ressource Internet, accès : https://www.lapresse.ca/vivre/sante/201705/16/01-5098441-trouble-de-personnalite-limite-la-vie-en-montagnes-russes.php

Laplanche J., Pontalis J. B. (1967). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. PUF.

Lasch C. (1985). *The Minimal Self: Psychic Survival in Troubled Times*. Norton.

Lasch C. (1991). *The Culture of Narcissism: American Life in an Age of Diminishing Expectations.* Norton.

Linehan M.M. (1988). Perspectives on the interpersonal relationship in behavior therapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*. 7. 278-290.

Linehan M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan M.M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Livesley W. J. (2003). *Practical management of personality disorder*. New York : Guilford.

Livesley W. J. (2005). Progress in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 50. 433-434.

Livesley W. J. (2005). Principles and Strategies for Treating Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 50: 442-450.

Luyten P., Mayes L. C., Fonagy P., Target M., Blatt S. J. (2015). *Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology.* The Guilford Press

Mahler M. S. (1967). On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. *Journal of American Psychoanalytic Association.* 15(4). 740-63.

Mahler M. S. (1969). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. Infantile psychosis, Vol I.* The Hogarth Press.

Mahler M. S. (1971). A study of the separation-individuation Process – and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychanalytic study of the child*. 26. 403-424.

Mahler M. S., Pine F., Bergman A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. Basic Book.

Masterson J, F., Rinsley D. B. (1975). The Borderline Syndrome : The Role of the Mother in the Genesis and Psychic Structure of the Borderline Personality. *International Journal of Psycho-Analysis*. 5(6). 163-177

Masterson J. F. (1976). *Psychotherapy of borderline adult*. Brunner/Mazel.

Masterson J. F. (1981). *The narcissistic and borderline disorders*. Brunner/Mazel.

Masterson J. F. (1988). *The real self. A Developmental, Self And Object Relations Approach.* Brunner/Mazel.

Masterson J. F., Klein R. (1989). *Psychotherapy of the disorder of the self: The Masterson approach*. Brunner/ Mazel.

Masterson J. F., (2015). *The Personality Disorders Through the Lens of Attachment Theory and the Neurobiologic Development of the Self: A Clinical Integration*. Zeig, Tucker & Theisen.

May R., Angel E., Ellenberger H. F. (1958). *Existence: A new dimension in Psychology and Psychiatry*. Basic books.

May R. (1976). Psychologie existentielle : Introduction à la psychologie existentielle. Broché.

Médium Large (2017). *Trouble de la personnalité limite : l'instabilité extrême au quotidien*. Publié le 18 juillet 2017. Animé par Catherine Perrin. Ressource internet, accès : https://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/medium-large/segments/panel/31598/trouble-personnalite-limite-david-ferland-dupre

Merck and Co., Inc., Kenilworth. (2020). *Le manuel MSD, version pour le grand public*. Ressource internet, accès : https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-cerveau,-de-la-moelle-%C3%A9pini%C3%A8re-et-des-nerfs/troubles-du-syst%C3%A8me-nerveux-autonome/pr%C3%A9sentation-du-syst%C3%A8me-nerveux-autonome

Misiak H., Sexton S. V. (1973). *Phenomenological, existential and humanistic psychologies: A historical survey*. Grune and Gratton.

Moulin A. M. (1983). De l'analyse au système : le développement de l'Immunologie. *Revue d'histoire des sciences*. Vol 36. No 1. 49-67

Mumford L. (1934). *Technique et civilisation*. Seuil.

Mumford L. (1956). *Les transformations de l'homme.* Editions de l'encyclopédie des nuisances.

Odier C. (1933). Une névrose sans Œdipe ? *Revue française de psychanalyse*. Vol VI. No 3.

Odier C. (1947). *L'angoisse et la pensée magique. Essai d'analyse psychogénétique appliquée la phobie et la névrose d'abandon*. Delachaux & niestlé.

Odier C. (1950). *L'homme esclave de son infériorité, essai sur la genèse du moi*. Delachaux & niestlé.

Oldham J. M. (2009). Borderline personality disorder comes of age. *American Journal of psychiatry.* 166. 509-511.

Paris J. (1996). Cultural factors in the emergence of borderline pathology. *Psychiatry*. 59. 185-192.

Paris J. (1997). Social factors in the personality disorders. *Transcultural Psychiatry*. 34. 421-452.

Paris J. (1998). Does childhood trauma cause personality disorders in adults ? *Canadian Journal of Psychiatry*. 43. 148-153.

Paris J. (2003). Personality disorders over time: Precursors, course and outcome. *Journal of Personality Disorders*. 17. 479-488.

Paris, J. (2005). Recent advances in the treatment of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 50. 435-441.

Paris J. (2015). *Overdiagnosis in Psychiatry: How Modern Psychiatry Lost Its Way While Creating a Diagnosis for Almost All of Life's Misfortunes*. Oxford.

Panksepp, J., and Biven, L. (2012). *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotion.* New York: W. W. Norton & Company.

Panksepp J. (2004). *A Textbook of Biological Psychiatry*. New York, Wiley.

Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions.* New York : Oxford University Press.

Piaget J. (1925a). La représentation du monde chez l'enfant. *Revue de Philosophie et de théologie*. Vol 13. No 56. 191-214.

Piaget J. (1925b). De quelques causalités primitives chez l'enfant. *L'année psychologique*. Vol 26. 31-71.

Piaget j. (1957). *Le jugement moral chez l'enfant*. PUF.

Piaget J. (1967a). *Le jugement et le raisonnement chez l'enfant.* Delachaux et Niestlé.

Piaget J. (1967b). *La construction du réel chez l'enfant.* Delachaux et Niestlé.

Piaget J. (1976). *La formation du symbole chez l'enfant.* Delachaux et Niestlé.

Popper K. (1934). *La logique de la découverte scientifique.* Payot

Porges S. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation.* W. W. Norton & Company.

Pradeu T. (2007). *L'immunologie et la définition du soi biologique*. Thèse doctorale de Philosophie des sciences. Paris, Sorbonne.

Pradeu T. (2019). *The limits of the self, immunology and biological identity*. Oxford University.

Praz M, Davidson A., Kermode F. (1970). *The romantic agony.* Oxford University Press.

Psychodynamic Diagnostic Manual Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring (MD) : Alliance of Psychoanalytic Organizations.

Reichenbach H. (1938). The three tasks of epistemology. *Experience and Prediction: An Analysis of the Foundations and the Structure of Knowledge*. Chicago, The University of Chicago Press.

Robins C.J., & Chapman A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: Cunent status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*. 18. 73-79.

Robins C. J., Rosenthal M. Z., Cuper P. F. (2010). Dialectical Behavior Therapy. Magnavita J. J. *Evidence-Based treatment of personality dysfunction: Principles, Methods, and Processes*. American Psychological Association.

Roger J. (1964). Réflexions sur l'histoire de la biologie (XVII-XVIII) : problème de méthode. *Revue d'histoire des sciences et de leurs applications*. Vol 17. No 1. 25-40.

Santé Canada. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa.

Siegel D. J. (2012). *Pocket Guide to Interpersonal Neurobiology*. W. W. Norton & Company.

Siegel D. J. (1999). *The Developing Mind : Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience.* The Guilford Press.

Schore A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development*. Lawrence Erlbaum Associates.

Schore A. N. (2003). *Affect dysregulation & disorders of the self*. New York: W.W. Norton.

Schore N. A. (2001a). The effects of early reational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*. Vol 22. 201-269.

Schore N. A. (2001b). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal.* vol 22. 7-66.

Schore N. A. (2009). relational trauma and the developing right brain : an interface of psychoanalytic self psychology and neuroscience. Self and systems. *Anals of the New York academy of Sciences*. 1159. 189-203.

Shoenfeld D. D. (1959). In memoriam; Adolph Stern; 1878-1958. *Journal of the American Psychoanalytic Association.* 7(2). 381-382.

Skinner B. F. (1971). *Beyond Freedom and Dignity*. Hackett Publishing Company.

Skodol A.E., Buckley P., & Charles E. (1983). Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality ? *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 171. 405-410.

Skodol A.E., Gunderson J.G., Pfohl B., Widiger T.A., Livesley W.J., & Siever L.J. (2002). The borderline diagnosis : I. Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*. 51. 936-950.

Skodol A.E., Gunderson J.G., Shea M.T., McGlashan T.H., Morey L.C., Sanislow C.A., et al. (2005). The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorders*. 19. 487-504.

Spitz R. A. (1949). The role of ecological factors in emotional development in infancy. *Child development*. Vol 20, No 3. 145-155.

Spitz R. A. (1953). Aggression : its role in the establishment of object relation. *Drives,affects, behavior : essays in honor of Marie Bonaparte.* 1. 126-138.

Spitz R. A. (1959). *Embryogenèse du moi*. Editions Complexe.

Spitz R. A. (1963). *La première année de la vie de l'enfant (Genèse des premières relations objectales)*. PUF.

Stern A. (1938). Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *Psychoanalytic Quarterly.* Vol 7, No 4. 467-489.

Statistique Canada Division de l'analyse de la santé. (2012). *Descriptions des états de santé au Canada : Maladies mentales*. Ministère de l'industrie.

Stern K. (1954). *The third revolution*. New York. Harcourt, Brace and Company.

Stern K. (1965). *The flight from women*. New York. Farrar, Straus and Giroux.

Stern K. (1975). *Love and success*. New York. Farrar, Straus and Giroux.

Stivers R. (1994). *The culture of cynicism*. Blackwell.

Stivers R. (1999). *Technology as magic*. Continuum.

Stivers R. (2004). *Shades of Loneliness: Pathologies of a Technological Society*. Rowman& Littlefield Publishers

Stivers R. (2009). *The illusion of freedom and equality*. State university of New York Press.

Straus E. (1948). *On obsession A Clinical and Methodological Study* (Nervous and Mental Disease Monographs, No. 73). First Edition Ex-Library.

Straus E. (1956). *The primary world of the senses.* New York, Basic Books.

Straus E. (1966). *Phenomenological Psychology*. New York, Basic Books.

Straus E. (1982). *Man, time and world.* Duquesne studies.

Van Den Berg J. H. (1955). *The phenomenological approach to psychiatry*. Charles Thomas Publisher.

Van Den Berg J. H. (1966). *The psychology of sickbed*. Duquesne University press, Pittsburg.

Van Den Berg J. H. (1961). *The changing nature of man: Introduction to an historical psychology.* Norton & company. New York.

Van Den Berg J. H. (1971). What is Psychotherapy ? *Humanitas : Phenomenology and Metabletics*. Vol VII, no 3.

Van Den Berg J. H (1972). *A different Existence.* Duquesne University press, Pittsburg.

Van Den Berg J. H. (1974). *Divided Existence and complex society, an historical approach.* Duquesne University press, Pittsburg.

Van Den Berg J. H. (1978). *Medical power, medical ethics.* Duquesne University Press.

Van Den Berg J. H. (1980). Phenomenology and psychotherapy. *Journal of phenomenological psychology*. 11(2).

Van Den Berg J. H. (1999). *The two laws of thermodynamics*. Duquesne University Press, Pittsburg.

Wheelis A. (1958). *The quest for identity.* The Norton library.

Wheelis A. (1973). *How people change.* Harper & Row, Publishers, Inc.

Whitehead A. N. (1925). *Science and the modern world.* The Free Press.

Whyte W. H. (1956). *L'homme de l'organisation.* Plon.

Winnicott D. W. (1958). *Through pediatrics to psychoanalysis.* Routledge.

Winnicott D. W. (1964). *The child, The family and the outside world*. Perseus publishing.

Winnicott D. W (1965). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. The Hogarth Press.

Winnicott D. W. (1971). *Playing and reality*. Routledge.

Winnicott D. W. (1986), *Home is where we start from*. Penguin Books.

Winnicott D. W. (1988a). *Human nature*. Schocken book.

Winnicott D. W. (1988b). *Babies and their mothers.* Free Association book.

Winnicott D. W. (1993). *Talking to parents.* Addison-Wesley Publishing Company.

Zanarini M. C., & Frankenburg F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*. 11. 93-104.

Zanarini M.G., Frankenburg F. R., Hennen, J., & Silk K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the Phenomenology of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 160. 274-283.