

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

DESCRIPTION ET COMPARAISON CRITIQUE DES MODÈLES NOSOGRAPHIQUES DE  
JEAN BERGERET ET DU PSYCHODYNAMIC DIAGNOSTIC MANUAL (2E ÉDITION)

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

AU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

ANNE-MARIE GAGNON

OCTOBRE 2022

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral 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.04-2020). 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.»

*L'important n'est pas de convaincre,  
mais de donner à réfléchir.*

– Bernard Werber

## REMERCIEMENTS

La rédaction d'un essai doctoral est souvent perçue comme un travail fort solitaire. Je considère plutôt qu'il s'agit d'un incroyable travail d'équipe. Cette équipe qu'est la mienne est composée de personnes formidables, qui m'ont soutenue à travers les années et que je souhaite remercier profondément.

Mes premiers remerciements vont à mon directeur de thèse, Louis Brunet. J'ai toujours admiré vos innombrables connaissances et la grande variété de votre expérience clinique. Je suis chanceuse d'avoir pu en bénéficier. Merci pour votre patience et pour tout ce que vous m'avez enseigné, parfois à votre insu, tant sur les plans théorique et professionnel, que personnel.

Je tiens ensuite à remercier ma famille, que j'aime infiniment. Merci mes parents, Michèle et Luc, pour votre support indéfectible et votre confiance absolue, mais également pour m'avoir toujours appuyée avec bienveillance et pour avoir été mes plus grands supporteurs. Un merci particulier pour les soins infirmiers et pour les morceaux de cerveau et de rein que vous m'avez donnés! Merci Vincent, mon – encore petit – frère, et Christina de m'avoir permis d'apprendre, d'accepter et d'évoluer. Merci Diane, ma *sœur*, pour ta générosité et ton écoute, ainsi que pour toutes les absurdités dont tu m'as fait profiter au fil du temps (!). Depuis toujours, tu joues un rôle des plus importants dans ma vie et tu as grandement illuminé mon parcours doctoral.

Je veux aussi témoigner ma reconnaissance à mes précieux amis, car l'amitié vraie est une denrée rare et j'ai la chance d'en faire l'expérience quotidiennement. Merci Jeanne, pour ta présence, ta douceur et ta générosité. Merci pour les fous rires, les conversations profondes, les folles soirées et les *popcorns* partagés au cinéma. Je ne serais assurément pas celle que je suis aujourd'hui sans toi. Merci AnnieLe et Gaëlle, pour votre authenticité, votre présence et votre humour, sans oublier les réflexions fécondes et les délicieux brunchs! Merci Lili, pour ce lien spécial que nous avons développé si rapidement et qui subsiste à travers le temps, les discussions et les silences. La psychologue que tu es m'offre un bel exemple de compétence, de rigueur et de sollicitude. Fanny, Marie-Josée, David et Viviane, un grand merci pour l'amour et l'acceptation inconditionnelle témoignés à mon égard, pour les découvertes et les réflexions; vous faites de moi une personne meilleure. Des remerciements particuliers à mes collègues de travail, devenus des amis : Annie, Pierre, Josée, Pauline, Jessica, Natacha, Dora et Karina. Les moments passés ensemble, les rires et les repas partagés ont égayé mes journées. Vous m'avez toutes et tous aidée à

persévérer et à avancer. Les traces positives que vous laissez dans ma vie et dans mon cœur influencent la psychologue que je suis en train de devenir.

Je ne peux passer sous silence l'apport d'Odile Husain, d'Éric Dubé et d'André Monast, superviseurs marquants que j'ai eu la chance de côtoyer à divers moments de mon parcours doctoral. Votre savoir-être, votre sensibilité, votre savoir-faire et le généreux partage de vos connaissances ont ineffablement contribué à alimenter ma passion pour la psychologie, en plus de soutenir le développement de mon identité professionnelle. Vous avez, à votre manière, influencé le choix de mon sujet de recherche. Vous êtes des sources d'inspirations; je suis choyée d'avoir pu apprendre et évoluer à vos côtés.

Enfin, un merci spécial à Maxime, mon amoureux, mon meilleur ami et mon humoriste préféré. Merci pour ton amour et ta présence, pour ton soutien et tes encouragements, pour ta compréhension et ta patience devant mes nombreuses heures de rédaction. Merci également pour toute la charge mentale quotidienne dont tu as pris la responsabilité. Tu as fait toute la différence. Je t'Aime. ♥

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	iii
LISTE DES FIGURES.....	ix
LISTE DES TABLEAUX .....	x
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	xi
RÉSUMÉ .....	xii
ABSTRACT .....	xiii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE.....	5
1.1 Évaluation de la personnalité et psychanalyse .....	5
1.2 Diagnostic psychologique et psychanalyse .....	7
1.3 Symptôme et psychanalyse.....	10
1.4 Nosographies psychanalytiques.....	11
1.5 Approche structurale et psychanalyse.....	11
CHAPITRE II MÉTHODOLOGIE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	14
2.1 Objectif et questions de recherche.....	14
2.2 Choix des modèles à l'étude .....	15
2.3 Paradigme de recherche et posture scientifique.....	16
2.4 Constitution du corpus théorique.....	18
2.5 Méthode d'analyse du matériel.....	19
CHAPITRE III CONTEXTUALISATION TERMINOLOGIQUE .....	21
3.1 Personnalité .....	21
3.2 Santé mentale .....	24
3.3 Maladie mentale et psychopathologie .....	25
3.3.1 Maladie mentale .....	25
3.3.2 Psychopathologie.....	26
3.4 Normalité et anormalité .....	28
3.4.1 Normalité .....	28
3.4.2 Anormalité .....	33
3.5 Métapsychologie psychanalytique.....	34
3.5.1 Relation d'objet.....	35

3.5.1.1	Objet .....	35
3.5.1.2	Relation d'objet .....	37
3.5.2	Fonctionnement du Moi .....	39
3.5.2.1	Fonctions du Moi .....	40
3.5.2.2	Moi et identité .....	40
3.5.3	Angoisse .....	41
3.5.3.1	Angoisse et développement psychique .....	44
3.5.3.2	Angoisse et anxiété .....	45
3.5.3.3	Types d'angoisses .....	46
3.5.4	Mécanismes de défense .....	47
3.5.4.1	Défense et mécanisme de défense .....	48
3.5.4.2	Fonctions des mécanismes de défense .....	50
3.5.4.3	Mécanisme de défense et mécanisme d'adaptation .....	51
3.5.4.4	Mécanismes de défense et santé psychologique .....	51
3.5.5	Symptôme .....	52
3.5.5.1	Fonctions du symptôme .....	53
CHAPITRE IV MODÈLES À L'ÉTUDE .....		55
4.1	Modèle structural de Jean Bergeret .....	55
4.1.1	Élaboration du modèle .....	55
4.1.2	Organisation interne du modèle .....	56
4.1.3	Utilisation du modèle .....	58
4.2	Psychodynamic Diagnostic Manual, 2 <sup>e</sup> édition (PDM-2) .....	61
4.2.1	Élaboration des deux éditions du manuel .....	61
4.2.2	Organisation interne et utilisation du manuel .....	64
4.2.2.1	Axe P – Syndromes de personnalité .....	64
4.2.2.2	Axe M – Profils de fonctionnement mental .....	68
4.2.2.3	Axe S – Schémas symptomatiques : l'expérience subjective .....	71
4.2.3	Syndromes de personnalité de l'Axe P .....	73
4.2.3.1	Syndrome dépressif .....	74
4.2.3.2	Syndrome dépendant .....	74
4.2.3.3	Syndrome anxio-évitant et phobique .....	74
4.2.3.4	Syndrome obsessionnel-compulsif .....	75
4.2.3.5	Syndrome schizoïde .....	75
4.2.3.6	Syndrome somatique .....	76
4.2.3.7	Syndrome hystérique-histrionique .....	76
4.2.3.8	Syndrome narcissique .....	76
4.2.3.9	Syndrome paranoïde .....	77
4.2.3.10	Syndrome psychopathique .....	77
4.2.3.11	Syndrome sadique .....	78
4.2.3.12	Syndrome <i>borderline</i> .....	78
4.2.4	Lien avec le Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5 <sup>e</sup> édition (DSM-5) .....	79
CHAPITRE V FONCTIONNEMENT DE LA PERSONNALITÉ .....		81
5.1	Fonctionnement névrotique .....	81
5.1.1	Perspective proposée par le modèle structural de Jean Bergeret .....	82
5.1.1.1	Caractère obsessionnel .....	84

5.1.1.2	Caractère hystérophobique .....	84
5.1.1.3	Caractère hystérique de conversion .....	85
5.1.2	Perspective proposée par le <i>Psychodynamic Diagnostic Manual</i> , 2 <sup>e</sup> édition.....	85
5.2	Fonctionnement psychotique .....	87
5.2.1	Perspective proposée par le modèle structural de Jean Bergeret .....	87
5.2.1.1	Caractère schizophrénique .....	89
5.2.1.2	Caractère paranoïaque .....	89
5.2.1.3	Caractère mélancolique.....	90
5.2.2	Perspective proposée par le <i>Psychodynamic Diagnostic Manual</i> , 2 <sup>e</sup> édition.....	90
5.3	Fonctionnement limite ou <i>borderline</i> .....	92
5.3.1	Perspective proposée par le modèle structural de Jean Bergeret .....	93
5.3.1.1	Aménagement narcissique .....	99
5.3.1.2	Aménagement pervers .....	100
5.3.1.3	Aménagement caractériel .....	101
5.3.2	Perspective proposée par le <i>Psychodynamic Diagnostic Manual</i> , 2 <sup>e</sup> édition.....	101
CHAPITRE VI ANALYSE CRITIQUE ET DISCUSSION .....		104
6.1	Points de convergence des modèles.....	104
6.1.1	Terminologie .....	104
6.1.1.1	Personnalité .....	105
6.1.1.2	Santé mentale.....	105
6.1.1.3	Psychopathologie.....	106
6.1.1.4	Relation d'objet .....	106
6.1.1.5	Mécanismes de défense .....	107
6.1.2	Émergence et manifestations de la psychopathologie.....	108
6.1.3	Approche structurelle de la personnalité .....	109
6.1.4	Évaluation de la personnalité .....	109
6.2	Points de divergence des modèles.....	110
6.2.1	Terminologie .....	110
6.2.1.1	Moi et identité .....	110
6.2.1.2	Angoisse et anxiété.....	111
6.2.1.3	Fonctionnement structurel.....	111
6.2.2	Paradigme normalité/anormalité .....	112
6.2.3	Constitution interne.....	114
6.2.4	Méthode d'utilisation .....	116
6.2.5	Hiérarchisation des fonctionnements de la personnalité.....	117
6.3	Conceptualisation du fonctionnement de la personnalité .....	120
6.3.1	Description des structures/organisations.....	122
6.3.2	Conceptualisation du fonctionnement limite/ <i>borderline</i> .....	124
6.3.2.1	Statut et stabilité .....	124
6.3.2.2	Rapport à la réalité .....	124
6.3.3	Spécificité des caractères et des syndromes de personnalité.....	126
6.4	Synthèse critique des apports et des limites des modèles à l'étude .....	127
6.4.1	Modèle structural de Jean Bergeret .....	127
6.4.1.1	Coefficient de difficulté .....	128



6.4.1.2	Portée clinique .....	129
6.4.1.3	Rigidité des limites entre structures.....	131
6.4.1.4	Confusion dans l'aménagement narcissique de l'astructuration limite .....	132
6.4.1.5	Expérience subjective du sujet .....	133
6.4.2	Psychodynamic Diagnostic Manual (2 <sup>e</sup> édition) .....	133
6.4.2.1	Différences entre la première et la deuxième édition .....	134
6.4.2.2	Démonstration théorique.....	135
6.4.2.3	Dimension intériorisation/extériorisation de l'Axe P .....	136
6.4.2.4	Échelles de cotation.....	139
6.4.2.5	Expérience subjective du sujet .....	141
6.5	Opinion critique quant au paradigme normalité/anormalité.....	141
6.5.1	Changement de visée évaluative .....	141
6.5.2	Changement dans l'approche de la symptomatologie .....	143
6.5.3	Diminution de la pathologisation .....	144
CONCLUSION .....		146
ANNEXE A Glossaire .....		155
ANNEXE B Tableau 4.1 : Associations possibles des organisations et des syndromes de personnalité dans le <i>Psychodynamic Diagnostic Manual</i> (2 <sup>e</sup> édition) .....		162
ANNEXE C Tableau 5.1 : Association des structures/aménagements et des caractères dans le modèle structural de Jean Bergeret .....		163
RÉFÉRENCES .....		164

## LISTE DES FIGURES

Figure 6.1 Hiérarchisation des fonctionnements psychiques selon le modèle structural de Jean Bergeret .....	118
Figure 6.2 Hiérarchisation des fonctionnements psychiques selon le Psychodynamic Diagnostic Manual (2 <sup>e</sup> édition) .....	119

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 4.1 Associations possibles des organisations et des syndromes de personnalité dans le <i>Psychodynamic Diagnostic Manual</i> (2 <sup>e</sup> édition) .....	162
Tableau 5.1 Association des structures, aménagements et caractères dans le modèle structural de Jean Bergeret .....	163
Tableau 6.1 Comparaison de la constitution interne de chaque modèle .....	115
Tableau 6.2 Similitudes et différences entre les deux modèles à l'étude.....	121
Tableau 6.3 Conceptualisation du fonctionnement de la personnalité de chaque modèle .....	128

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CIM : Classification statistique international des maladies et des problèmes de santé connexes

CIM-10 : Classification statistique international des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> édition

DSM : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*

DSM-5 : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5<sup>th</sup> edition*

OMS : Organisation mondiale de la santé

PDC-2 : *Psychodiagnostic Chart-2*

PDM : *Psychodynamic Diagnostic Manual*

PDM-2 : *Psychodynamic Diagnostic Manual, 2<sup>nd</sup> edition*

## RÉSUMÉ

Cet essai doctoral est théorique et s'inscrit dans le courant psychanalytique. Il vise la description et la comparaison du modèle structural de Jean Bergeret et de la deuxième édition du *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM-2). Plus spécifiquement, cet essai cherche à répondre à deux questions principales : 1) Quels sont les points de convergence et de divergence entre les deux modèles à l'étude? et 2) Comment ces modèles conçoivent-ils l'organisation et le fonctionnement de la personnalité?

Pour atteindre cet objectif, une méthodologie de recherche qualitative de type réflexive, telle que décrite par Paillé et Mucchielli (2012), a été utilisée. Le matériel recueilli provient de sources bibliographiques diverses, telles que des livres, des articles scientifiques, des ouvrages collectifs, des actes de colloques et des sites internet. Tout cela permettant une exploration et une compréhension des modèles, prenant appui sur la réflexion, l'intuition et l'expérience de l'étudiante chercheuse.

Un souci particulier a été porté à la définition des concepts généraux sur lesquels s'appuie cet essai, ainsi qu'à la définition de notions psychanalytiques essentielles à la compréhension des modèles. Un glossaire est d'ailleurs fourni au lecteur à l'Annexe A. La perspective *normalité/anormalité* psychique a été discutée. Les modèles nosographiques de Jean Bergeret et du PDM-2 ont été précisément décrits, de même que leur conception du fonctionnement structurel de la personnalité.

Cette recherche a mis en évidence quatre ressemblances principales entre les deux nosographies, concernant la terminologie utilisée, les facteurs d'émergence de la psychopathologie, la conception structurelle de la personnalité et les critères d'évaluation de la personnalité. Cinq divergences majeures ont également été identifiées en ce qui a trait à d'autres éléments terminologiques, au paradigme *normalité/anormalité*, à la constitution interne des modèles, à leur méthode d'utilisation et à la hiérarchisation des fonctionnements de la personnalité. Diverses figures et tableaux ont permis de bien illustrer les résultats. En outre, ces éléments ont soulevé plusieurs réflexions quant à la manière dont les structures/organisations de la personnalité sont décrites dans les modèles, quant à la conception du fonctionnement limite/*borderline* et quant à la spécificité des caractères et syndromes de personnalité. Enfin, puisque cet essai est réflexif, une synthèse critique des apports et des limites de chaque modèle a été présentée par l'étudiante chercheuse et une critique du paradigme *normalité/anormalité* a été proposée.

Mots clés : nosographie, diagnostic, personnalité, approche structurelle, Jean Bergeret, PDM-2.

## ABSTRACT

This doctoral essay is theoretical and is part of the psychoanalytical current. It aims at describing and comparing Jean Bergeret's structural model and the second edition of the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2). More specifically, this essay seeks to answer two main questions: 1) What are the points of convergence and divergence between the two models under study? and 2) How do these models conceive of the organization and functioning of the personality?

To achieve this objective, a reflective qualitative research methodology, as described by Paillé and Mucchielli (2012), was used. The material collected came from various bibliographic sources, such as books, scientific articles, collective works, symposium proceedings, and websites. All of this allowed for an exploration and understanding of the models, drawing on the reflection, intuition and experience of the student researcher.

Particular attention has been paid to the definition of the general concepts on which this essay is based, as well as to the definition of psychoanalytical notions essential to the understanding of the models. A glossary of terms is provided in Appendix A. The psychic normality/abnormality perspective was discussed. The nosographic models of Jean Bergeret and the PDM-2 were accurately described, as was their conception of structural personality functioning.

This research revealed four main similarities between the two nosographies, concerning the terminology used, the factors of emergence of psychopathology, the structural conception of personality and the criteria for assessing personality. Five major discrepancies were also identified with respect to other terminological elements, the normality/abnormality paradigm, the internal constitution of the models, their method of use, and the hierarchy of personality functioning. Various figures and tables were used to illustrate the results. In addition, these elements raised several reflections on the way personality structures/organizations are described in the models, on the conception of borderline functioning, and on the specificity of personality traits and syndromes. Finally, since this essay is reflexive, a critical synthesis of the contributions and limitations of each model was presented by the student researcher and a critique of the normality/abnormality paradigm was offered.

Keywords: nosography, diagnosis, personality, structural approach, Jean Bergeret, PDM-2.

## INTRODUCTION

L'Homme est un être curieux, qui cherche à évoluer, à apprendre et à se comprendre. De nombreuses traces de cet intérêt pour le psychisme humain ont été retrouvées en Égypte ancienne, en Grèce antique et dans diverses civilisations arabes, chinoises et indiennes, à travers divers écrits philosophiques et psychologiques. L'origine étymologique du mot *psychologie* provient du grec *psico* – qui signifie *âme, esprit* – et *logos* – qui signifie *étude*. Il s'agit donc de l'étude « des phénomènes de l'esprit, de la pensée » (Dictionnaires Le Robert, 2003, p. 2111). Grâce aux travaux de Sigmund Freud au début des années 1900, la psychologie a pris un essor considérable et n'a, depuis, cessé d'évoluer. L'intérêt s'est porté tant sur le fonctionnement mental sain que sur la maladie mentale. Nombre de spécialistes ont cherché à mieux comprendre les troubles mentaux, notamment depuis la Deuxième Guerre mondiale, où beaucoup de troubles psychiatriques ont été diagnostiqués chez les soldats et les survivants. Cet intérêt grandissant a entraîné de multiples tentatives de classification. D'abord, à travers l'observation des symptômes manifestes et des manifestations de processus psychiques inconscients inhérents à la symptomatologie puis, graduellement, par le biais du vécu subjectif de l'individu présentant des symptômes. À travers tout cela, les cliniciens ont créé diverses méthodes d'investigation, leur permettant de mieux évaluer et mieux de saisir la psyché humaine : tests standardisés, méthodes projectives, questionnaires auto-administrés ou semi-structurés. Plusieurs modèles d'interprétation et de classification ont ainsi été générés, qu'ils soient organiques, physiologiques ou psychologiques (Bergeret, 1996b).

Compte tenu de la pluralité d'approches théoriques retrouvées en psychologie, il existe actuellement une panoplie de méthodes d'évaluation et d'interprétation du psychisme. À plus petite échelle, ce phénomène est également présent à l'intérieur même de la perspective psychanalytique. De prime abord, cela pourrait sembler stimulant, mais nous estimons que cette pluralité de méthodes engendre plutôt de multiples complications : une fois qu'un clinicien possède les informations nécessaires, il se retrouve devant plusieurs méthodes d'analyse possibles. En fonction de celle utilisée, la lecture des difficultés du sujet et le diagnostic psychologique posé peuvent être différents. En effet, certains modèles sont concordants, alors que d'autres sont divergents. Les critères diagnostiques ne sont pas toujours pareils d'un modèle à l'autre et plusieurs de ces critères manquent de précision (Müller, 2009; St-Onge, 2014). De plus, le vocabulaire utilisé et les catégories diagnostiques identifiées diffèrent également selon les modèles théoriques et évaluatifs employés. Or, s'il y a autant de divergences, comment les professionnels peuvent-ils se comprendre et s'entendre? Est-ce que toutes les évaluations psychologiques sont comparables?

Comment savoir si le diagnostic posé est juste ou s'il traduit adéquatement le fonctionnement psychique du sujet évalué? Il est difficile de répondre à ces questions, mais il demeure fort à propos de le tenter.

Par ailleurs, il est entendu par la communauté scientifique que les impacts d'un trouble psychologique et d'un diagnostic en santé mentale sont grands. Ils pourraient engendrer beaucoup de souffrance, tant chez l'individu touché que chez son entourage. La maladie mentale affecterait plusieurs sphères de la vie, à différents degrés : le fonctionnement quotidien, la qualité des relations interpersonnelles, les capacités d'adaptation, les capacités de régulation émotionnelle, la qualité du fonctionnement cognitif, le niveau de fonctionnement au travail et la santé physique (Fleury et Grenier, 2012). De là, il apparaît que le processus d'évaluation et l'établissement d'un diagnostic psychologique sont des procédures qui pourraient avoir des implications majeures dans la vie d'un sujet. Il est donc essentiel que l'évaluation soit judicieusement menée et que les conclusions soient valides; ces deux éléments permettant au professionnel de proposer un traitement adéquat et efficace (Richard 1996; St-Onge, 2014). Cette réflexion – relative aux multiples modèles d'évaluation et d'interprétation, ainsi qu'aux importants enjeux liés à l'évaluation et aux conclusions associées – nous a poussée à vouloir approfondir notre connaissance et notre compréhension de certains modèles nosographiques existants. Nous avons choisi d'explorer deux modèles d'évaluation diagnostique parmi ceux qui sont les plus utilisés dans la sphère psychanalytique actuelle : le modèle structural de Jean Bergeret et la nosographie proposée dans la deuxième édition du *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM-2). Les quelques questionnements énoncés plus haut ont orienté notre essai doctoral vers l'objectif suivant : décrire et comparer les deux modèles à l'étude, en mettant en lumière leurs points de convergence et de divergence, mais également la manière dont ils conçoivent et expliquent le fonctionnement de la personnalité.

Le premier chapitre de cet essai pose la problématique de recherche. Les enjeux de l'évaluation et du diagnostic en psychanalyse y seront décrits. Il sera ensuite question de la place du symptôme et des nosographies en psychanalyse, pour finalement discuter de l'approche structurale de la personnalité.

Le deuxième chapitre fait état de la méthodologie de recherche utilisée. L'objectif de recherche sera présenté, ainsi que les deux questions de recherche principales. Puis, le choix des deux modèles nosographiques étudiés sera expliqué, de même que le paradigme de recherche et la posture scientifique adoptée. Il y aura ensuite description de la constitution du corpus théorique et, enfin, de la méthode d'analyse du matériel.



Le troisième chapitre présente le contexte terminologique sur lequel s'appuie l'essai. Par conséquent, il y aura définition des concepts suivants : personnalité, santé mentale, maladie mentale et psychopathologie. Cet exposé sera suivi par la présentation du paradigme *normalité/anormalité* psychique – conceptualisation originale de Jean Bergeret. Puis, il y aura présentation des notions psychanalytiques essentielles à la compréhension du lecteur, parce qu'elles constituent les assises théoriques des deux nosographies étudiées. Il sera ainsi question des relations d'objet, du fonctionnement du Moi, de l'angoisse, des mécanismes de défense et du symptôme.

Le quatrième chapitre touche l'essence même de cet essai, en dressant un portrait exhaustif des modèles à l'étude. Le modèle structural de Jean Bergeret sera d'abord présenté, suivi du *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2<sup>e</sup> édition).

Le cinquième chapitre fait état des conceptions théorico-cliniques du fonctionnement de la personnalité basées sur une approche structurelle et en fonction des deux nosographies étudiées. Les fonctionnements névrotique, psychotique et limite/*borderline* seront présentés, tels que décrits dans le modèle de Bergeret et dans la deuxième édition du *Psychodynamic Diagnostic Manual*.

Le sixième et dernier chapitre constitue l'analyse et la discussion de cette recherche. Il y aura présentation des points de convergences et des points de divergence entre les deux modèles à l'étude, notamment quant à la terminologie utilisée, leurs positions théoriques, leur constitution interne et leur méthode d'utilisation. Il y aura également comparaison de leur conceptualisation des trois modes de fonctionnement de la personnalité. Puis, chaque modèle sera subjectivement évalué, afin de mettre en exergue leurs apports et leurs limites. Pour terminer, un retour critique sur la perspective *normalité/anormalité* sera présenté.

Un récapitulatif global du travail réalisé dans cet essai sera fait dans le chapitre de conclusion. Les éléments fondamentaux qui se dégagent de cette étude seront repris. Les limites et les apports particuliers seront également abordés. Enfin, des pistes de réflexion quant à d'éventuelles recherches subséquentes seront proposées.

Par ailleurs, bien qu'il y ait définition de plusieurs notions à travers les chapitres, de nombreux termes et concepts psychanalytiques seront employés dans cet essai sans être préalablement définis. Un glossaire est donc proposé au lecteur en Annexe A, afin de préciser certaines notions psychanalytiques avec

lesquelles ce dernier pourrait être moins familier. Les éléments qui s'y retrouvent sont identifiés dans le texte par un astérisque \*.

# CHAPITRE I

## PROBLÉMATIQUE

Ce premier chapitre aborde la problématique de l'évaluation et du diagnostic en psychologie clinique, plus particulièrement dans le domaine de la psychanalyse. Il sera ainsi question de l'évaluation de la personnalité, du diagnostic psychologique, de la prise en compte des symptômes et du recours aux nosographies\* psychanalytiques.

### 1.1 Évaluation de la personnalité et psychanalyse

L'évaluation psychologique est une « démarche d'exploration et de communication qui soutient l'élaboration du plan d'intervention dans un cadre de soin » (Houdry, 2017, p. 12). Elle aurait pour objectif d'assurer une meilleure compréhension de la nature, de l'ampleur et de l'intensité de la souffrance et des difficultés vécues par un individu (Andronikof, 2017). Le processus évaluatif devrait permettre d'identifier les problèmes ou les dysfonctionnements rencontrés par le sujet, mais également de mettre en lumière « les secteurs de bon ou de meilleur fonctionnement de son appareil psychique » (Andronikof, 2017, p. 15). Il devrait également permettre de proposer des réponses et des pistes de réflexion, de proposer un traitement adéquat, qui serait efficace et significatif (Andronikof, 2017; Richard, 1996; St-Onge, 2014).

Particulièrement dans le domaine de la santé mentale, plusieurs s'entendent pour dire qu'une évaluation de la personnalité est nécessaire à l'établissement d'un bon diagnostic psychologique (Andronikof, 2017). En psychanalyse toutefois, deux écoles de pensées s'affrontent quant à la pertinence d'une telle évaluation. D'aucuns sont d'avis qu'un tel processus est informatif et fort révélateur, que la personnalité soit problématique ou non et qu'elle soit la cible du traitement ou pas (McWilliams *et al.*, 2018). Une étude approfondie de la personnalité favoriserait une meilleure compréhension du fonctionnement général d'un sujet et de ses traits distinctifs, en plus de permettre une exploration de son monde interne et de sa vie psychique. Freud croyait que l'exploration des contenus inconscients, subjectifs et idiographiques de l'esprit humain était fondamentale pour la mise en œuvre d'un traitement efficace (Huprich, 2011). Plusieurs sont également de cet avis, croyant que l'évaluation psychologique permettrait de mieux orienter les différentes interventions, individuelles ou familiales, et que les changements qui suivraient seraient davantage bénéfiques et significatifs pour l'individu (Huprich et Meyer, 2011; Selvini, 2010). Par

ailleurs, lorsqu'il y aurait bel et bien des problèmes sur le plan de la personnalité, ceux-ci devraient être pris en considération et devraient, surtout, être bien identifiés, car l'organisation de personnalité exercerait une grande influence sur la symptomatologie d'un sujet, sur le déploiement du diagnostic et sur la conduite du traitement thérapeutique (Comité de rédaction sur les maladies mentales au Canada, 2002; Huprich, 2011).

Cette vision n'est toutefois pas partagée par tous. Certains psychanalystes estiment, au contraire, qu'un traitement psychanalytique devrait faire abstraction de l'aspect diagnostique. Ils percevraient les nosographies diagnostiques comme étant un regroupement de symptômes donnés, auquel *devrait* correspondre le fonctionnement psychique du sujet évalué, y voyant là des effets potentiellement dévastateurs, notamment le risque « de figer un tableau, d'enfermer une personne dans son rôle de malade, de cristalliser des troubles encore mouvants, tout en satisfaisant à bon compte à la fois l'entourage et les équipes soignantes. » (Andronikov, 2017, p. 16). Le danger que le patient s'identifie à son trouble ou à son diagnostic est également évoqué, ce qui aurait pour conséquence d'entraver le travail thérapeutique. Pour appuyer cette position, d'aucuns affirment qu'un clinicien devrait se présenter sans hypothèse et sans *a priori* susceptibles de l'enfermer dans une vision donnée (Hochmann, 2011). Il devrait faire la rencontre de son client avec une attitude neutre d'ouverture à l'inconnu, ce que W. Bion nomme la *capacité négative* (Hochmann, 2011). Ce concept renvoie à la « disposition qui permet au clinicien d'être et de "rester en relation avec ce qui est incompréhensible, contradictoire et mystérieux" » dans le discours du client; une disposition à accepter de demeurer dans le doute et dans une possible confusion, afin de « ne pas donner prématurément une forme à ce qui est en train d'évoluer et qui pourra prendre forme dans le champ analytique » éventuellement (Blanchard-Laville, 2013, p. 71). Or, il convient de prêter attention à la manière dont cette posture bionnienne est interprétée! En effet, Bion ne se positionne pas *contre* l'évaluation psychodiagnostique en soi; il recommande plutôt de laisser en suspens les considérations diagnostiques et les objectifs thérapeutiques *pendant* les séances, afin de permettre au thérapeute de se concentrer sur le matériel qui surgit et sur les enjeux qui s'y jouent. Conséquemment, à chaque rencontre, « le psychanalyste devrait tenter de se mettre dans l'état d'esprit qui serait le sien s'il n'avait jamais vu son patient auparavant. » (Bion, 1989, p. 1450). Le thérapeute devrait se présenter « sans mémoire et sans désir », de manière à être « le plus réceptif possible à l'inconnu du patient » (Blanchard-Laville, 2013, p. 69). Il s'agirait, d'une part, d'oublier ce qui a été discuté lors des séances précédentes pour se concentrer uniquement sur ce qui se déroule pendant la séance en cours et, d'autre part, d'éviter tout désir et idée relatifs aux résultats de la séance (Bion, 1989). Cet état de *non-connaissance* devrait

permettre d'éviter les idées préconçues et de soutenir la mise en place d'une expérience émotionnelle particulière, expérience qui favoriserait le déploiement de la thérapie et du transfert, de même que l'utilisation du ressenti interne de chaque personne impliquée (Bion, 1989; Hochmann, 2011). Chaque séance ne porterait donc pas « sur ce qui s'est passé ni sur ce qui va se passer », mais bien « sur ce qui *est en train* de se passer » (Bion, 1989, p. 1449). Malgré cela, et entre les rencontres, Bion affirme que le clinicien devrait en arriver à élaborer compréhension théorique et interprétations pour son propre compte. Celles-ci gagneraient en justesse et en conviction au fil du temps, puisqu'elles émergeraient à partir de l'expérience vécue avec le patient « et non de généralisations théoriques imparfaitement retenues » (Bion, 1989, p. 1451). Ce sont là deux positions divergentes, qui comportent chacune des points qui nous apparaissent intéressants.

## 1.2 Diagnostic psychologique et psychanalyse

La notion de *diagnostic* est généralement comprise comme étant le temps « de l'acte médical permettant d'identifier la nature et la cause de l'affection dont un patient est atteint » (« Diagnostic », s. d.) et comme le fait d'identifier « la nature d'une situation, d'un mal, d'une difficulté, etc., par l'interprétation des signes extérieurs » (« Diagnostic », s. d.). Le *diagnostic* est fréquemment associé au domaine psychiatrique, où « il s'agit de repérer des caractéristiques communes aux individus, qui transcendent en quelque sorte leurs singularités, afin de les regrouper en classes, sous-classes, etc., ce qui permet en retour de les identifier. » (Andronikof et Réveillère, 2004, p. 97). Dans certains modèles d'évaluation, notamment le DSM, le diagnostic obtenu a une valeur dichotomique – sain ou malade –, pouvant ainsi être implicitement porteur d'une forme de jugement de valeur du type *bon ou mauvais*. Or, en psychanalyse, lorsque l'évaluation mène effectivement à un diagnostic psychologique, celui-ci n'a pas de valeur en soi : il se veut neutre, ni sain ni pathologique, même si cela peut sembler une aporie. Il qualifie plutôt un sujet selon diverses normes de développement et de fonctionnement de la psyché (Andronikof et Réveillère, 2004). Le niveau de fonctionnement alors identifié pourrait, lui, être pathologique ou non.

Au moment de poser un diagnostic psychologique, diverses méthodes s'offrent au clinicien. En vertu de ce qui est proposé dans la littérature, il semble que deux angles évaluatifs principaux seraient à relever : une approche *descriptive* ou *symptomatique*, essentiellement axée sur les symptômes, et une approche *multidimensionnelle*, qui prendrait en compte l'interrelation de plusieurs facteurs (Baekeland, 2014;

Huprich, 2011; McWilliams, 2011). Une démarche *descriptive* s'intéresserait à la symptomatologie présentée par le sujet. L'accent serait mis sur les comportements et les symptômes de surface. L'objectif serait d'offrir une définition « précise et univoque [...], communicable » de chaque entité clinique, une définition qui pourrait rejoindre des cliniciens d'orientations théoriques diverses (Ionescu, 2019, p. 33). La description et la classification se baseraient sur les manifestations et les symptômes caractéristiques de chaque trouble (Ionescu, 2019). Il s'agirait donc de « regrouper un certain nombre de symptômes [...] en fonction de leur fréquence, durée et étiologie de leur apparition, et leur donner un nom qui soit facilement reconnaissable » (Baekeland, 2014). Il y aurait prise en compte des symptômes rapportés par le patient et par son entourage, auxquels s'ajouteraient ceux observés par le professionnel. De plus, il s'agirait souvent d'une approche dite *polythétique*, signifiant que pour établir un diagnostic donné, le sujet doit présenter « un nombre précis de symptômes parmi ceux qui figurent sur la liste dressée pour le trouble en question », pendant une certaine période (Ionescu, 2019, p. 34). Cette méthode devrait permettre aux cliniciens de rapidement déterminer à quelle catégorie diagnostique appartiennent les symptômes du patient et d'ensuite appliquer le plan de traitement le plus approprié. Il s'agirait de l'approche préconisée, entre autres, dans les différentes éditions du DSM – le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (publiées par l'American Psychiatric Association [APA]) – et de la CIM – la Classification internationale des maladies (publiées par l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). Cette façon de faire ne porterait très peu d'intérêt, parfois aucun, au sens des symptômes ou aux enjeux psychiques du sujet (Huprich, 2011).

Inversement, une approche *multidimensionnelle* examinerait une multitude de facteurs et prendrait en considération plusieurs niveaux de fonctionnement. Les symptômes présentés par le sujet seraient pris en compte, certes, mais de nombreux autres éléments touchant la vie interne du sujet seraient également évalués : la manière d'entrer en relation avec autrui; la gestion des émotions; les peurs et les angoisses; le type de conflit intrapsychique; les mécanismes de défense; les pensées; les désirs et les fantasmes, les perceptions de soi et des autres; les ressources personnelles; l'organisation de personnalité (Andronikof et Réveillère, 2004; Bergeret, 1996b, 2008; McWilliams, 2011). L'environnement immédiat et le contexte socioculturel feraient également partie du processus évaluatif. La démarche globale consisterait à mettre en relation les traits uniques, distinctifs et spécifiques du patient avec les symptômes qu'il présente, tout en tenant compte de l'environnement dans lequel il évolue (Selvini, 2010).

Par ailleurs, il est entendu dans la communauté psychanalytique que de s'appuyer sur les symptômes manifestes pour poser un diagnostic serait une méthode peu fiable (McWilliams, 2011; Möller, 2009; St-

Onge, 2014). Il va sans dire que les symptômes comportent « l'avantage d'être aisément repérables, donc visibles et objectifs pour tous », mais il ne serait pas possible ni souhaitable d'assurer une « équivalence entre visibilité symptomatique ou comportementale et organisation psychique » (Husain *et al.*, 2009, p. 182). Effectivement, des sujets ayant un diagnostic identique pourraient présenter des symptômes manifestes différents, alors que des symptômes identiques pourraient être retrouvés chez des sujets avec un diagnostic différent (Husain *et al.*, 2009). De plus, dans les manuels diagnostiques d'approche descriptive, le chevauchement des symptômes à travers les différents troubles serait extrêmement fréquent, les critères diagnostiques manquant de précision et étant souvent ambigus (St-Onge, 2014). Cette confusion influencerait à la hausse le nombre de comorbidités et pourrait ainsi augmenter le nombre de diagnostics chez un individu (McWilliams, 2011; St-Onge, 2014). Cette situation soulève un enjeu de validité délicat, car un diagnostic ne serait bon et valide que « s'il peut tracer une frontière claire entre maladie mentale et ce qui ne l'est pas, entre différents troubles mentaux conçus comme autant d'entités distinctes les unes des autres » (St-Onge, 2014, p. 211). Dès lors, s'il y a chevauchement, cela signifie que la frontière diagnostique n'est pas suffisamment claire!

Tout porte à croire que ce problème pourrait disparaître avec une méthode d'évaluation multidimensionnelle de la personnalité, puisqu'il y aurait là une prise en compte de nombreux facteurs autres que la seule symptomatologie. En effet, une telle évaluation ciblerait aussi l'inconscient, les motivations implicites, les conflits internes, les mécanismes de défense et les fantasmes\*. Ces dimensions supplémentaires contribueraient à assurer une meilleure identification et compréhension des traits individuels et des caractéristiques psychologiques d'un sujet (Huprich *et al.*, 2015). De là, il deviendrait possible de mieux comprendre la symptomatologie apparente, notamment en fonction de son sens propre et des enjeux psychiques auxquels elle est associée. Cette manière de faire permettrait d'éviter la multiplication diagnostique, en plus de favoriser l'établissement d'un diagnostic clair et adéquat, qui sied au sujet. Une telle conception *multidimensionnelle* des symptômes et de la psyché est absente des modèles diagnostiques descriptifs, alors qu'elle est considérée comme essentielle et incontournable en psychanalyse.

### 1.3 Symptôme et psychanalyse

À la lumière de ce qui précède, il est clair que le modèle psychanalytique ne peut se satisfaire d'une nosologie axée strictement sur les symptômes : purement descriptive, une telle méthode ne reflète pas suffisamment la complexité de la psyché. Dans un modèle descriptif, les symptômes sont considérés comme des signes ou des indices généralement perçus de l'extérieur et leur prise en compte constitue le point central de l'évaluation, qui mène ensuite au diagnostic psychologique (Ferrant et Ciccone, 2007). Cette manière de faire ne considère pas les modes pensées du sujet, ses mécanismes d'adaptation et de défense, ses capacités de régulation émotionnelle ou ses modes de relations aux autres. Elle ne considère pas non plus ses conflits internes, son histoire de vie ou les contextes sociaux et culturels dans lesquels cet individu évolue (St-Onge, 2014). Or, ce sont précisément ces éléments qui intéressent le clinicien psychodynamique. D'ailleurs, certains affirment qu'une évaluation de la personnalité centrée uniquement sur les symptômes manifestes transformerait « des personnes vivantes en abstractions en les réduisant à des porteurs de symptômes » (St-Onge, 2014, p. 224). La psychanalyse chercherait plutôt à comprendre la souffrance psychique du sujet et la conflictualité inconsciente qui motivent le symptôme (Ferrant et Ciccone, 2007). La symptomatologie serait étroitement liée au fonctionnement psychique et au vécu personnel du sujet (Ferrant et Ciccone, 2007). Plusieurs soutiennent que la psychanalyse aurait maintes fois démontré que le symptôme est porteur de sens et qu'il sert une intention (Florence, 2005; Freud, 1926/1999; Sempré, 2006). Ce sens échapperait à la conscience et cette particularité est précisément ce qui permettrait au symptôme d'exister.

Conséquemment, le symptôme devrait être interprété dans une perspective globale et dynamique, ce qui explique qu'une démarche centrée sur les symptômes ne serait définitivement pas suffisante pour comprendre les difficultés d'un individu ni pour établir un psychodiagnostic (Ferrant et Ciccone, 2007; Lingardi et McWilliams, 2017). Il devrait « être considéré au sein d'un ensemble » et pas de manière isolée (Ferrant et Ciccone, 2007, p. 237).

Une description davantage détaillée du symptôme, de la place accordée à sa signification et de ses possibles rôles sera proposée dans le quatrième chapitre (section 4.2.5). Puisque ce chapitre présente certains des concepts théoriques sur lesquels les modèles à l'étude s'appuient, il nous paraissait cohérent d'y aborder la notion de symptôme d'une manière plus spécifique.



#### 1.4 Nosographies psychanalytiques

Compte tenu de ce qui a été précédemment présenté en termes d'évaluation et de diagnostic psychologique, il semble que le modèle évaluatif utilisé devrait être multidimensionnel et devrait s'appuyer sur des théories psychanalytiques. Au fil du temps, de nombreux systèmes d'évaluation et outils diagnostiques ont été proposés par des psychanalystes, prenant appui sur des référents théoriques et des expériences cliniques variées. Nous pouvons d'emblée penser aux propositions de Freud, mais également au modèle d'évaluation de la personnalité d'Otto Kernberg, à l'approche de James E. Masterson pour les troubles de personnalité limite, au modèle structural de Jean Bergeret ou à la théorie de l'attachement de Bernard Golse, pour ne nommer que ceux-là. Ces multiples possibilités nous amènent à interroger leur pertinence et leur mode d'utilisation. Il semble que la majorité d'entre eux portent attention à des éléments similaires : le mode relationnel, la nature de l'angoisse, les types de mécanismes de défense, le déploiement du narcissisme\*, la relation d'attachement. Cependant, ils les décrivent et les organisent différemment. De plus, selon que les cliniciens soient européens ou américains, les appellations et les définitions ne sont pas toutes équivalentes.

Au fil de nos études universitaires, ainsi qu'à travers des discussions avec de nombreux psychologues, nous avons compris qu'un clinicien devrait, idéalement, arriver à s'identifier à une certaine ligne de pensée et d'analyse. Il devrait, en quelque sorte, choisir un modèle sur lequel il baserait sa compréhension de la psyché humaine et qu'il utiliserait pour poser ses diagnostics psychologiques et cliniques. Dès lors, la multitude d'options offertes complique le travail du clinicien et complique également le partage entre professionnels qui ne sont pas de même allégeance théorique. Un nouveau problème apparaît alors : comment s'y retrouver à travers des visions, des critères diagnostiques et des limites hétérogènes? Quels éléments doivent être pris en compte pour faire une évaluation diagnostique qui soit juste et appropriée? Si les divers modèles n'utilisent pas la même terminologie, comment savoir si nous parlons d'une même entité clinique? Comment s'entendre, si nous n'utilisons pas le même langage clinique? Des questions importantes, qui interpellent certainement plusieurs cliniciens.

#### 1.5 Approche structurelle et psychanalyse

Tout système d'évaluation et de classification de la personnalité s'avère être, à la fois, une généralisation et une simplification excessives d'une réalité nettement plus complexe (McWilliams *et al.*, 2018). La

psychologie propose différents systèmes de classement des troubles de santé mentale, généralement tributaires de l'orientation théorique sous-jacente. Il est notamment question d'approches génétiques, biologiques, athéoriques, descriptives, phénoménologiques ou structurelles (Andronikof et Réveillère, 2004; Ionescu, 2019; Kernberg, 2004).

En psychanalyse, l'usage d'un système de classification peut sembler contre-intuitif, considérant le souhait de ne pas apposer d'étiquettes aux patients et d'éviter de les réduire à leur simple symptomatologie (Delbrouck, 2013). Or, nous estimons qu'une forme de repérage diagnostique reste nécessaire, tant dans une visée clinique que dans une visée de communication entre professionnels. Le recours à une *approche structurelle* offre, à notre avis, une réponse satisfaisante à ces préoccupations. En effet, cette méthode permettrait à la fois d'évaluer et de catégoriser le fonctionnement psychique d'un sujet, tout en assurant une compréhension dynamique des différents aspects de la personnalité. L'approche structurelle « procède de l'exploration du champ de l'inconscient » et illustre le fonctionnement psychique des individus « selon le niveau de développement de leur appareil psychique et le type de conflit (intrapsychique et inconscient) qui les anime » (Andronikof et Réveillère, 2004, p. 97). Elle propose une compréhension globale de la psyché, qui associe instances psychiques, fonctions et mécanismes psychiques en un ensemble cohérent et organisé, selon un modèle ordonné par *structures*, d'où le nom de l'approche (Ferrant et Ciccone, 2007). Il y a généralement distinction entre trois structures psychiques : névrotique, limite et psychotique. Chacune d'elle assurerait une fonction « de stabilisateur de l'appareil psychique et de médiateur entre les facteurs étiologiques du trouble » et les manifestations visibles de celui-ci (Kernberg, 2004, p. 18). Ainsi, quels que soient « les facteurs génétiques, constitutionnels, biochimiques, familiaux, psychodynamiques ou psychosociaux qui interviennent dans l'étiologie de la maladie, les effets de tous ses facteurs » se refléteraient dans « la structure psychique du sujet » (Kernberg, 2004, p. 18). Différents thèmes psychiques seraient à investiguer par le clinicien. Ceux-ci différeraient selon le modèle utilisé et l'auteur, mais plusieurs éléments seraient récurrents, à savoir : les relations d'objet, l'angoisse, les mécanismes de défense et les symptômes manifestes (Ferrant et Ciccone, 2007; Kernberg, 2004).

L'évaluation structurelle aurait donc pour visée l'identification de la structure psychique d'un individu, en plus de l'enrichissement et de l'augmentation de la précision de l'évaluation clinique. Elle renseignerait, par exemple, sur « les motivations du patient, ses capacités d'introspection et sur la coopération qu'on peut attendre de lui dans le traitement psychothérapeutique, et aussi sur les potentialités d'acting out\*

et de décompensation psychotique » (Kernberg, 2004, p. 48). Elle permettrait « d'accroître considérablement l'acuité, la précision et l'exactitude des diagnostics différentiels », en plus d'apporter « des éléments pronostiques et thérapeutiques importants pour chaque cas particulier » (Kernberg, 2004, p. 46).

## CHAPITRE II

### MÉTHODOLOGIE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

En psychologie, un essai est une forme de recherche scientifique qui permet au chercheur de « laisser libre cours à ses impressions, sa subjectivité, à son intuition » (Teluq, n.d.). Il s'agit d'un « exposé écrit [...], faisant état des résultats d'un travail de recherche, de création ou d'intervention et constituant un élément essentiel d'un programme de doctorat » (Université du Québec à Montréal, 2022, p. 4). Il offre donc la possibilité de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques, tout en offrant un point de vue personnel, singulier et critique (Brunet, 2002). Ce faisant, il cherche également à susciter la réflexion du lecteur, à ouvrir de nouvelles perspectives de compréhension et à favoriser la discussion.

Ce chapitre présente l'objectif et les questions de recherche, le choix des modèles nosographiques à l'étude, la démarche de recherche utilisée, la posture scientifique adoptée par la chercheuse, la constitution du corpus théorique et la méthode d'analyse.

#### 2.1 Objectif et questions de recherche

Le présent essai doctoral est théorique et s'inscrit dans le courant psychanalytique. Il vise la compréhension et la comparaison de deux modèles nosographiques largement utilisés en psychanalyse : le modèle structural de Jean Bergeret et la deuxième édition du *Psychodynamic Diagnostics Manual* (Lingiardi et McWilliams, 2017). L'objectif de recherche est le suivant :

Décrire et comparer le modèle structural de Jean Bergeret et le *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2<sup>e</sup> édition).

De cet objectif, deux questions ont émergé :

1) Quels sont les points de convergence et de divergence des deux modèles à l'étude?

## 2) Comment ces modèles conceptualisent-ils le fonctionnement de la personnalité?

Ces questions de recherche principales nous permettront de bien comprendre chaque modèle. Elles permettront de faire ressortir les ressemblances et les divergences, les points de contradiction et de complémentarité, tant en ce qui concerne leur construction et leur méthode d'utilisation, qu'en ce qui touche leur conceptualisation du fonctionnement de la personnalité. À travers une étude « progressive et sensible » de la littérature à notre disposition (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 209), diverses autres questions risquent d'émerger et d'ainsi nécessiter des relectures et des réanalyses du matériel. Tout porte à croire que cela permettra de préciser ou d'approfondir l'étude des deux modèles diagnostiques et de mieux répondre à l'objectif et aux questions de recherche. Nous n'avons aucune attente ou hypothèse quant aux résultats qui seront obtenus. Cette méthodologie laisse place à la découverte de nouvelles avenues de comparaison, qui n'auraient pas été pensées au préalable. De là, il apparaît évident que de nouvelles idées ou pistes de réflexion seront générées.

### 2.2 Choix des modèles à l'étude

Comme premier sujet d'étude, notre choix s'est arrêté sur le modèle structural de Jean Bergeret, pour sa grande valeur clinique. Minutieusement présenté dans son ouvrage « La personnalité normale et pathologique » (1996b), Bergeret offre une vision particulièrement innovante de la psychopathologie en introduisant la notion de normalité. De ce fait, il tempère la vision qu'a la psychologie des troubles de personnalité et normalise la différence, il dédramatise le diagnostic psychologique. Nous croyons que cela mérite une étude approfondie. De plus, sa nosographie s'inscrit dans une *approche structurelle* de la personnalité. En plus de permettre l'établissement de diagnostics psychologiques et de diagnostics différentiels, cette approche les enrichit. Elle permet de mettre en lumière les liens entre le fonctionnement de personnalité d'un sujet et ses symptômes manifestes (Kernberg, 2004). En outre, elle améliorerait la prise en charge thérapeutique, par la prise en compte du transfert et du compte-transfert, et « contribue à préciser le pronostic et le traitement » (Kernberg, 2004, p. 17). Qui plus est, il apparaît que la nosographie de Bergeret est beaucoup utilisée au Québec, alors il devient d'autant plus pertinent de s'y intéresser et de l'explorer.

Le second modèle choisi est le *Psychodynamic Diagnostic Manual*, 2<sup>e</sup> édition (Lingiardi et McWilliams, 2017). La première version de l'ouvrage (PDM Task Force, 2006) sera également utilisée à certains moments, à titre de référence. Nous estimons que, dès sa création en 2006, le PDM a transformé le monde du diagnostic. Tout d'abord, car il s'agit d'un système de classification d'origine psychanalytique, au contraire des systèmes disponibles à l'époque qui se voulaient principalement athéoriques. Le manuel est d'ailleurs réputé pour prendre appui sur une grande variété d'études et de recherches empiriques en psychanalyse, ce qui a contribué à ce qu'il gagne en notoriété et crédibilité à travers le monde de la psychologie (Huprich *et al.*, 2015). Puis, parce que cette orientation psychanalytique est peu apparente dans le manuel; il peut être utilisé par des cliniciens de toutes approches théoriques, ce qui le rend très accessible. Enfin, parce que dans les deux éditions du manuel, les catégories diagnostiques, les critères et les descriptions incluent des concepts tels que les motivations implicites, les conflits psychiques, les mécanismes de défense, les désirs et les fantasmes, de même que divers autres construits psychanalytiques (Huprich *et al.*, 2015).

Néanmoins, bien que ces deux modèles s'inscrivent dans le courant psychanalytique, il apparaît que leur construction interne et leur mode d'utilisation sont fort différents, ce qui constitue un intérêt supplémentaire à leur comparaison. Enfin, le fait que le PDM a été créé après le modèle structural de Bergeret est aussi un élément intéressant. Peut-être que certains cliniciens ne trouvaient pas leur compte dans le modèle proposé par Bergeret ou alors qu'un modèle français n'a pas réussi à pénétrer la psychanalyse anglophone? Peut-être serait-ce plutôt que les cliniciens américains ont souhaité créer quelque chose qui répondait davantage à leurs besoins cliniques? Cet élément temporel soulève nombre de questions quant aux similarités et différences entre les modèles. Toutes ces raisons justifient fort bien l'étude et la comparaison des nosographies sélectionnées.

### 2.3 Paradigme de recherche et posture scientifique

Cette recherche s'inscrit dans une *approche qualitative*, de type *réflexive*. Elle se veut une « démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation », qui mène à la découverte et à la « production de sens » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 11). Ce paradigme vise l'exploration et la compréhension des modèles à l'étude, par le biais de la réflexion, l'intuition et l'expérience (Dorais, 1993).

Nous avons décidé de nous positionner dans une approche épistémologique, à la fois herméneutique et constructiviste, où la théorie est au service de la pratique clinique.

L'herméneutique ne doit pas être considérée comme une méthode de recherche, mais plutôt comme « une modalité du comprendre », où le chercheur est partie prenante du processus (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 104). Elle touche l'explication, l'exploration, l'intelligible. Elle a pour objet « la compréhension des logiques humaines et sociales que des textes [...] tentent de rendre et que l'analyste s'efforce d'interpréter rigoureusement en prenant compte à la fois qui il est en tant que chercheur et porteur d'une sensibilité théorique, et ce que les textes [...] offrent comme univers à connaître » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 21). Cette conception est intéressante et particulière, car en tant que chercheuse, « au moment d'entrer dans l'univers des corpus à analyser, nous y sommes déjà, c'est *nous* que nous allons retrouver d'abord. » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 105). Un *nous* influencé par notre histoire personnelle, notre personnalité et nos expériences, mais également par notre culture et la communauté scientifique à laquelle nous appartenons.

La perspective constructiviste serait étroitement liée à l'herméneutique. Il y est considéré que la *réalité* est multiple et subjective. Le sens qui lui est attribué émerge de la relation entretenue entre cette réalité et un individu (Nguyên-Duy et Luckerhoff, 2007). En recherche, cela signifierait que les connaissances générées sont le fruit de l'interaction entre l'objet d'étude et le chercheur. Par conséquent, le « réel connaissable est un réel phénoménologique, celui que le sujet expérimente et nous ne pouvons en aucun cas concevoir un monde indépendant de notre expérience » (Mucchielli, 2005, p. 14). Les connaissances générées dans un contexte constructiviste résulteraient de l'interaction « du sujet connaissant et de l'objet de connaissance » (Mucchielli, 2005, p. 15). Il n'y aurait donc pas de réelle neutralité scientifique. En outre, la construction de nouvelles connaissances serait aussi en lien avec les objectifs de recherche sous-jacents. Mucchielli explique que cognitions et réflexions ont un « caractère intentionnel et donc finalisé », faisant en sorte que les résultats d'une recherche dépendent des objectifs qui ont été préalablement fixés (2005, p. 15). Le constructivisme se voudrait ainsi un processus récursif, où « la connaissance établie et le processus de connaissance qui l'établit se structurent réciproquement », au regard des éléments précédemment énoncés (Mucchielli, 2005, p. 15).

Cette posture scientifique souligne et soutient l'importance de la subjectivité dans le développement des connaissances et permet de rendre ces connaissances davantage accessibles (Mucchielli, 2005).

## 2.4 Constitution du corpus théorique

Considérant que le présent essai doctoral est théorique, il ne requiert l'implication d'aucun participant. De ce fait, il n'y a pas d'enjeux éthiques ni de considérations liées à la confidentialité. Il n'y a pas non plus d'analyses préliminaires, de cueillette de données sur le terrain, de transcriptions ou de logiciels spécialisés.

Le matériel nécessaire s'est plutôt constitué d'une multitude d'écrits. La collecte des données s'est faite par *recherche documentaire*. Nous avons utilisé plusieurs bases de données, accessibles par l'intermédiaire de notre université, pour dénicher des livres, des articles scientifiques et des rapports de colloques. Certains sites internet et blogues ont aussi été considérés. Tous ces éléments ont ensuite permis de décrire et de « restituer la teneur et la dynamique » interne des nosographies étudiées (Dorais, 1993, p. 13).

Les documents retenus s'avèrent être des sources bibliographiques de niveaux primaire et secondaire. Les sources primaires permettent de rendre compte de la pensée des auteurs avec précision. Elles incluent des livres, des participations à des ouvrages communs, des articles de périodiques, des actes de colloques et des comptes rendus de présentations, écrits par Jean Bergeret ou relevant directement des deux éditions du *Psychodynamic Diagnostic Manual* (Lingiardi et McWilliams, 2017; PDM Task Force, 2006). Certains documents sont très récents, alors que d'autres datent de plusieurs années. Malgré cela, ils sont tous pertinents et représentent la vision actuelle des modèles nosographiques.

Les sources secondaires sont multiples et de provenances variées. D'abord, nous avons consulté des textes d'auteurs liés à Bergeret, tels que Claude de Tychey et Marcel Houser. Nous avons également lu de nombreux textes provenant des auteurs qui ont participé à l'élaboration des PDM, dont Nancy McWilliams, Otto Kernberg, Daniel Widlöcher et Vittorio Lingiardi, pour ne nommer que ceux-là. Puis, l'étude de plusieurs écrits de Sigmund Freud s'est avérée d'une aide capitale, tout comme la lecture d'auteurs tels que Jean-Michel Quinodoz ou Jean-Pierre Chartier, qui ont eux-mêmes analysé et commenté l'œuvre de Freud. S'ajoute à cela la lecture de psychanalystes tels que Melanie Klein, Hanna Segal, Anna Freud, Joyce McDougall et René Roussillon. Enfin, différents ouvrages de référence ont été consultés, afin de définir et clarifier les notions entourant le développement de la personnalité, le diagnostic, les processus mentaux et les instances psychiques. Il s'agit de dictionnaires généraux, de dictionnaires de psychanalyse et de divers textes pertinents.



Le corpus théorique constitué par ces multiples références permet de bien illustrer les fondements théoriques des deux modèles diagnostiques.

## 2.5 Méthode d'analyse du matériel

Pour répondre à l'objectif de recherche, il importe de faire dialoguer les deux modèles à l'étude, afin d'articuler les positions de chacun en un tout interprétatif cohérent, dans le but d'établir des comparaisons pertinentes et étayées. Une double méthode d'analyse a été préconisée : *l'analyse en mode écriture* et *l'analyse par questionnement analytique*.

*L'analyse en mode écriture* est une stratégie rigoureuse qui utilise le médium de l'écriture. Il s'agit de noter toutes idées, hypothèses, réflexions, constatations et opinions qui apparaissent lors de la lecture des textes à analyser (Paillé et Mucchielli, 2012; Vigour, 2005). Ces notes permettront de formuler une première compréhension des écrits, menant ensuite la chercheuse à une relecture de ceux-ci. Ce processus implique donc de multiples allées et venues entre la lecture et la prise de notes, dans un objectif « de reformulation, d'explicitation, d'interprétation ou de théorisation » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 184). L'écriture devient une « praxis d'analyse », elle devient « écriture analytique » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 191). Nous avons choisi cette méthode, car, à l'instar de nombreux chercheurs, l'écriture est une méthode nous permettant de mieux déployer et articuler notre pensée. L'écriture nous aide considérablement à faire des liens, à analyser et à comprendre. Comme décrit par Paillé et Mucchielli (2012), *l'écriture analytique* est une manière de faire progresser l'analyse des données, en ce que les séquences de lecture et relecture, écriture et réécriture, ainsi que l'accumulation de tout ceci, permettent de générer des constats, qui mèneront à des interprétations. Ces dernières seront ensuite revues, révisées et enrichies, jusqu'à ce qu'elles mènent à l'articulation et la mise en évidence de résultats qui répondent aux questions de recherche.

Bien que *l'analyse en mode écriture* aurait pu être l'unique outil utilisé, nous l'avons jumelée au mode d'analyse *par questionnement analytique*. L'ajout de cette deuxième méthode était pour nous évident, puisque nos différentes recherches et lectures ont suscité une multitude de nouvelles questions. Il nous semblait donc logique d'utiliser ces questionnements pour bonifier notre analyse. Après avoir utilisé ces deux méthodes d'analyse, nous sommes d'avis qu'elles se combinent très bien. *L'analyse par*

*questionnement analytique* « incarne une herméneutique en tant qu'elle repose sur des allers-retours constants entre observations et questionnements, alors que l'évolution du canevas investigatif est fonction de la saisie plus nuancée de l'objet, et *vice versa* » (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 211). Cette méthode consiste à consigner les questions auxquelles nous souhaitons répondre, pour ensuite écrire les réponses, ou les pistes de réponses, qui apparaissent éventuellement lors des lectures. Au fil des lectures et des analyses subséquentes, les questions se multiplient. Par conséquent, en plus des questions de recherche initialement posées dans cet essai, nous avons cherché à répondre aux questionnements induits par nos lectures. Comme dans *l'analyse en mode écriture*, plusieurs relectures des sources bibliographiques ont été faites, afin de consolider et de valider les réponses obtenues.

Ces deux méthodes de travail et d'analyse ont mené à l'élaboration des paramètres comparatifs d'une manière presque imperceptible par l'étudiante chercheuse. En fait, les facteurs de comparaison se sont naturellement imposés à travers les lectures et les notes prises pendant le processus de recherche. En retraçant les multiples questionnements qui ont émergé en cours de route, il est apparu que la terminologie utilisée par les auteurs, ainsi que la signification accordée à quelques termes généraux et à certaines notions psychanalytiques – comme santé mentale, relation d'objet ou angoisse – étaient des facteurs à comparer. Puis, il s'est avéré que les conceptions véhiculées par les auteurs quant à l'organisation et le fonctionnement de la personnalité étaient également des éléments importants à analyser. Les critères utilisés dans les nosographies pour faire l'évaluation de la personnalité se sont aussi révélés être des aspects significatifs à prendre en considération. En outre, la constitution interne de chaque modèle et leur méthode d'utilisation sont apparues comme des éléments non négligeables. Conséquemment, les deux nosographies à l'étude dans cet essai seront comparées en fonction des aspects suivants : terminologie et vocabulaire; conception de la santé mentale et de la psychopathologie; adhérence au paradigme normalité/anormalité; constitution interne et méthode d'utilisation des modèles; conceptualisation de la personnalité. Le choix a été fait d'aborder cette comparaison sous l'angle des similitudes et des différences, par souci de clarté. Les paramètres susmentionnés seront présentés de manière distincte, selon qu'il s'agit de points de convergence ou de divergence. Cette formule était la plus cohérente selon l'étudiante chercheuse.

## CHAPITRE III

### CONTEXTUALISATION TERMINOLOGIQUE

Préalablement à toute exploration des modèles nosographiques à l'étude dans cet essai, il est nécessaire de s'entendre sur la terminologie utilisée, pour bien comprendre de quoi il retourne et pour éviter toutes confusions de sens ou erreurs de nomenclatures. Ce chapitre propose une définition des concepts principaux qui soutiennent l'ensemble de cette recherche. Nous présenterons d'abord ce qui est entendu par les termes de personnalité, santé mentale, maladie mentale et psychopathologie. Puis, nous présenterons les concepts de *normalité/anormalité*, une position théorico-clinique élaborée par Jean Bergeret. Enfin, nous définirons certains concepts psychanalytiques essentiels à la compréhension des deux nosographies étudiées, à savoir : objet et relation d'objet; fonctionnement du Moi; angoisse; mécanismes de défense; symptôme.

#### 3.1 Personnalité

Pour aborder le fonctionnement de la personnalité d'un individu d'un point de vue psychanalytique, il est nécessaire de s'entendre sur ce que désigne, justement, la personnalité. Nous pouvons d'abord nous référer aux nombreux travaux de Sigmund Freud concernant les première et deuxième topiques, pour comprendre le concept. Au départ, Freud voyait le Moi comme désignant la personnalité dans son ensemble, donc comme la représentation extérieure et consciente du Moi; il parlait du *moi-total* (Quinodoz, 2015). Puis, cette vision aurait évolué et la personnalité aurait été décrite à partir de l'articulation de l'Inconscient, du Préconscient et du Conscient, de même que par l'influence mutuelle des instances Ça\*, Moi et Surmoi\*. Dès lors, la personnalité pourrait être comprise comme le produit des conflits internes entre les instances et le jeu de forces entre le Moi et les exigences du monde extérieur. Elle serait « la résultante des forces respectives en présence et de leur équilibre dynamique » (Quinodoz, 2015, p. 94). Cette conception se serait également enrichie par la prise en compte des stades de développement psychosexuels, où « l'épanouissement plus ou moins complet de chaque stade quant au but visé, tout en tenant compte de la réalité » (Morin et Bouchard, 1997, p. 18) viendrait influencer l'expression de la personnalité et du caractère.

Par la suite, nombre d'auteurs ont repris et redéfini la notion de personnalité, non seulement en psychologie, mais dans maintes disciplines connexes. Le *Grand dictionnaire de la psychologie* (Bloch *et al.*, 1999) définit la personnalité comme des « caractéristiques affectives, émotionnelles, dynamiques relativement stables et générales de la manière d'être d'une personne dans sa façon de réagir aux situations dans lesquelles elle se trouve », ce qui n'inclut pas l'intelligence, les connaissances ou les aptitudes cognitives diverses. La personnalité serait un ensemble organisé de caractéristiques psychiques, elles-mêmes « considérées dans leur évolution à travers les étapes de la vie » et qui présentent une constance suffisante pour assurer « la continuité de la perception de soi, et donc de l'impression qu'a la personne de sa propre identité » (Morin et Bouchard, 1997, p. 3). Le développement de l'identité contribuerait à assurer la cohérence et la constance des comportements, des pensées et des émotions d'une personne (Cloutier *et al.*, 2005, p. 256). Plusieurs cliniciens sont d'avis qu'il est important de considérer les perceptions et les processus inconscients comme constituants de la personnalité, car ils influenceraient l'expression des pensées, des émotions, des comportements et des motivations du sujet (Huprich, 2011).

Pour Jean Bergeret, la personnalité représenterait les « mécanismes psychiques » et les « éléments métapsychologiques profonds et fondamentaux » à l'œuvre chez un sujet (Bergeret, 1996b, p. 47). Elle serait constituée de deux paliers. Le premier serait « un niveau latent et profond évoluant vers une structuration du fonctionnement mental de plus en plus précise et inchangeable » (Bergeret, 1996b, p. 115-116). Il constituerait la base intrapsychique invisible sur laquelle repose la personnalité et serait, de ce fait, un facteur d'influence pour le deuxième niveau. Celui-ci correspondrait à « toute une série de phénomènes manifestes et superficiels beaucoup moins spécifiques, et, en cela, beaucoup plus modifiables », donc des caractéristiques extérieures et visibles (Bergeret, 1996b, p. 116). Par conséquent, la personnalité d'un sujet refléterait l'interrelation des aspects psychiques invisibles et des manifestations visibles. Elle se manifesterait à travers les caractéristiques individuelles du sujet et son originalité, ses relations interpersonnelles et ses choix amoureux, ses besoins, ses angoisses, ses mécanismes de défense, son degré d'adaptation à la réalité, ses rêves et ses fantaisies (Bergeret 1996b, 2011). Les caractéristiques fondamentales du premier palier seraient donc stables et inchangeables, alors que les caractéristiques du second seraient modifiables et transformables, notamment par l'intermédiaire de la psychothérapie (Bergeret, 1996b).

Dans les deux éditions du *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM), la personnalité est conceptualisée comme une carte psychique : une carte qui permet de naviguer, de s'orienter par rapport aux différents points de repère reconnaissables et de trouver une position précise (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 15). Elle est décrite comme un assemblage relativement stable « du tempérament, des éléments développementaux, du style d'attachement, des schémas affectifs, des mécanismes de défense, des tendances motivationnelles, des influences culturelles et sexuelles » (McWilliams *et al.*, 2018, p. 4). La personnalité serait ce qui caractérise un sujet, qui caractérise *qui il est*, ses forces et ses faiblesses (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 16; PDM Task Force, 2006, p. 17). Elle représenterait l'ensemble des façons d'être, de ressentir, d'agir, de s'adapter et d'entrer en relation avec autrui, ainsi que les façons de penser, ce qui inclus le système de croyances, les valeurs morales, les idéaux et les représentations de soi et des autres (Lingiardi et McWilliams, 2017; PDM Task Force, 2006). Pour les auteurs du PDM, la personnalité d'un sujet se constituerait à partir des données génétiques, de la trajectoire développementale du sujet et de ses comportements. Le fonctionnement interne et les processus psychologiques – tels que les schèmes de pensées et d'affects, l'expérience de soi et des autres, les mécanismes de défense et d'adaptation, les motivations et les fantasmes – auraient aussi une influence importante sur le développement de la personnalité (Cloutier *et al.*, 2005; Lingiard et McWilliams, 2017). Certains de ces processus seraient conscients, alors que d'autres seraient inconscients ou automatiques (PDM Task Force, 2006). La personnalité se manifesterait à travers les perceptions et les hypothèses de celui-ci pour comprendre ses expériences personnelles; les manières caractéristiques de poursuivre ses objectifs; son répertoire de réponses émotionnelles et de gestion des affects; ses schèmes comportementaux typiques, notamment dans ses relations interpersonnelles; sa façon de s'accommoder aux exigences de l'environnement externe, de réduire son anxiété et de gérer les possibles attaques à son intégrité ou à son estime personnelle (PDM Task Force, 2006, p. 17). L'organisation de la personnalité influencerait la capacité du sujet à fonctionner au quotidien. Par ailleurs, la personnalité devrait être comprise à partir de la dynamique interne du sujet, plutôt qu'en fonction des comportements ou traits observables (McWilliams, 2011); ceux-ci seraient plutôt les représentants des préoccupations inconscientes (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 29). Tout cela fait en sorte que pour les auteurs du PDM, la personnalité ne serait pas immuable, mais elle évoluerait et changerait tout au long de la vie du sujet; conception qui diffère légèrement de celle de Bergeret.

### 3.2 Santé mentale

Nombreux sont ceux qui ont tenté de définir ce qui peut être considéré comme relevant d'une bonne santé mentale et ce qui est plutôt du domaine de la maladie. Dans les sections suivantes, nous proposerons des définitions et établirons des distinctions entre la santé mentale, la maladie mentale et la psychopathologie.

Dans un premier temps, le recours à des dictionnaires généraux permet de comprendre la notion de *santé*. Le dictionnaire *Le nouveau Petit Robert* désigne la santé comme un « fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme pendant une période appréciable (indépendamment des anomalies ou des traumatismes qui n'affectent pas les fonctions vitales [...]) » et comme un état d'équilibre et d'harmonie psychique (Dictionnaires Le Robert, 2003, p. 2361). En ligne, le dictionnaire *Larousse* décrit la santé comme suit : « État de bon fonctionnement de l'organisme », « Équilibre psychique, harmonie de la vie mentale » (« Santé », s. d.). L'Office québécois de la langue française (2018) en donne la définition suivante : « État de bien-être psychologique caractérisé par une aptitude du psychisme à fonctionner de manière structurée et efficace, permettant à une personne de faire face aux situations difficiles, de réaliser son plein potentiel dans les sphères personnelle, sociale et professionnelle, ainsi qu'à se comporter de façon acceptable socialement ».

Dans un deuxième temps, la consultation de différentes instances œuvrant dans le domaine de la psychologie permet de faire le saut vers la notion de *santé mentale*. Pour l'OMS, la santé mentale représenterait un état complet de bien-être « physique, mental et social », qui permet « à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté » (Portail santé mieux-être, 2019). Un regroupement québécois d'organismes communautaires, appelé Mouvement Santé mentale Québec (2014-2022), décrit la santé mentale comme un état d'équilibre « dynamique entre les différentes sphères de la vie : sociale, physique, spirituelle, économique, émotionnelle et mentale ». La santé mentale serait alors un état où un individu se retrouve adapté à son milieu, épanoui et fonctionnel dans sa vie quotidienne. Dans le *Grand dictionnaire de la psychologie*, la santé mentale renvoie à la santé du psychisme, l'aptitude de la psyché « à fonctionner de façon harmonieuse, agréable, efficace et à faire face avec souplesse aux situations difficiles en étant capable de retrouver son équilibre » (Bloch *et al.*, 1999, p. 813). Selon la même source, la capacité à s'adapter à l'environnement serait un élément fondamental d'une bonne santé mentale, parce qu'elle traduirait la faculté d'un individu à vivre « en harmonie avec son

entourage », à jouir « d'un équilibre satisfaisant, étant donc capable de résoudre ses conflits à la fois à l'extérieur et à l'intérieur de lui-même et de résister aux diverses frustrations inévitables dans une vie avec les autres » (Bloch *et al.*, 1999, p. 814).

La définition du *Grand dictionnaire de la psychologie* (Bloch *et al.*, 1999) concorde avec les idées amenées par Jean Bergeret, puisque ce dernier parle d'équilibre, d'adaptation et d'harmonie. Essentiellement, il conçoit la santé mentale comme un état « d'adéquation fonctionnelle heureuse », un équilibre harmonieux entre les pressions internes et les réalités externes (Bergeret, 1996b, p. 20). Il y voit une bonne adaptation générale entre besoins, relations, réalité et imprévus. Pour lui, la santé mentale est liée à la *normalité* – concept qui sera décrit ultérieurement (section 3.4).

Ces conceptions de la santé mentale correspondent bien avec celle présentée dans le *Psychodynamic Diagnostic Manual*, 2<sup>e</sup> édition (Lingiardi et McWilliams, 2017). En effet, la santé mentale y est décrite comme un fonctionnement optimal ou très bon, pour la plupart des capacités mentales et dans la majorité des sphères de la vie. Un individu qui jouirait d'une bonne santé mentale serait capable d'entretenir des relations interpersonnelles satisfaisantes, de vivre et comprendre une vaste gamme d'émotions et de pensées – en conformité avec son âge – et de gérer ses impulsions de façon appropriée. Son sentiment d'identité serait cohérent, stable et continu, puis ses réactions aux enjeux internes et aux stressors environnementaux seraient flexibles (Lingiardi et McWilliams, 2017). Il présenterait des variations modestes et prévisibles de ses capacités d'adaptation – bien que certains mécanismes de défense soient plus fréquemment utilisés – et ferait preuve d'une souplesse suffisante pour s'adapter adéquatement aux défis et réalités de la vie quotidienne. Ses comportements seraient adaptés aux situations et en accord avec ses valeurs personnelles. Enfin, le manuel indique qu'un sujet en bonne santé psychique ne souffrirait pas de détresse excessive et n'en ferait pas vivre à autrui, mais pourrait devenir symptomatique lorsque confronté à un événement anxiogène (Lingiardi et McWilliams, 2017).

### 3.3 Maladie mentale et psychopathologie

#### 3.3.1 Maladie mentale

Le terme général de *maladie* est défini par les Dictionnaires Le Robert comme une « [a]ltération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution, et comme une entité définissable » (2003, p. 1548).

L'entrée renvoie également au mot *pathologie*, qui est traité comme un comparable. Appliquée au champ de la psychologie, la *maladie mentale* pourrait se décrire par des changements significatifs « du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé[s] à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales » (Fleury et Grenier, 2012). Elle entraînerait une perturbation des activités quotidiennes, professionnelles ou sociales et elle se manifesterait par des symptômes plus ou moins intenses ressentis par le sujet, ainsi que par les changements observés par son entourage (Gouvernement du Québec, 2021).

### 3.3.2 Psychopathologie

Depuis plusieurs années toutefois, le terme *pathologie* est davantage utilisé que l'expression *maladie mentale*. Il réfère à « l'ensemble des manifestations d'une maladie et des effets morbides qu'elle entraîne » (« Pathologie », s. d.). Si cette pathologie concerne le fonctionnement mental et la psyché, il est donc question de *psychopathologie*.

La *psychopathologie* traduirait un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques ou développementaux relatifs au fonctionnement mental et lié à la présence de symptômes (American Psychiatric Association, 2013). Cette formulation apparaît à de nombreuses reprises dans les textes de Freud pour parler des problématiques névrotiques. Il décrivait ces dernières comme étant le résultat de désirs, de peurs et de souvenirs inconscients, qui tentaient de remonter à la conscience, mais qui étaient bloqués par des résistances, elles aussi inconscientes. Il était avancé que ce blocage faisait surgir une formation de compromis, qui permettait une expression partielle et implicite du conflit interne, d'où l'apparition de symptômes (Orcutt, 1997). Depuis l'époque freudienne, la psychanalyse a reconnu d'autres organisations de personnalité, avec des caractéristiques différentes, pour lesquelles le terme de psychopathologie peut s'appliquer.

À travers ses écrits, Jean Bergeret utilise le terme *psychopathologie* pour désigner un déséquilibre entre la vie psychique interne et les exigences du monde externe, « un état de désadaptation visible par rapport à la structure propre et profonde » du sujet (Bergeret, 1996b, p. 45). Il s'agirait d'une « forme plus ou moins durable de comportement à la suite de l'impossibilité de faire face à des circonstances nouvelles [...] devenues plus puissantes que les défenses mobilisables habituellement » (Bergeret, 1996b, p. 45). La psychopathologie est en lien direct avec ce que Bergeret identifie comme un état d'*anormalité*, élément qui sera abordé plus tard. Cet état apparaîtrait donc des suites d'un manque de flexibilité psychique et



d'une adaptation insuffisante aux divers changements situationnels, personnels ou environnementaux (Bergeret, 1996b). De ce fait, pour conclure à la présence d'une psychopathologie, l'équilibre psychique du sujet devrait être suffisamment mis à mal pour que celui-ci n'arrive plus à s'adapter aux défis et événements qu'il rencontre sur son chemin, qu'il ne soit plus en mesure de fonctionner convenablement au quotidien et qu'il présente des symptômes perturbateurs (Bergeret, 1975, 2008). Par ailleurs, le psychanalyste affirme que les mécanismes psychiques qui sous-tendent une décompensation et l'apparition d'une pathologie « préexistaient bien avant les difficultés adaptatives devenues manifestes » dans la maladie (Bergeret, 1975, p. 137).

Les deux éditions du *Psychodynamic Diagnostic Manual* (Lingiardi et McWilliams, 2017; PDM Task Force, 2006) utilisent le terme « *disorder* », qui peut généralement être traduit par *maladie, désordre* ou *trouble*. Dans le domaine de la psychologie, cela renvoie donc à l'appellation *psychopathologie*. Les auteurs du manuel décrivent la psychopathologie comme une condition psychologique marquée par des déficits tels, que le fonctionnement mental en est altéré, que des problèmes apparaissent dans les activités quotidiennes et qu'un traitement est nécessaire (PDM Task Force, 2006, p. 19). Il s'agirait d'un fonctionnement mental qui manquerait de flexibilité, qui présenterait un éventail de défenses restreintes et maladaptées, de même que des déficits majeurs dans certains domaines de la vie. Il y aurait un degré de rigidité et d'exagération important, qui causerait des dysfonctionnements considérables, une altération manifeste du fonctionnement mental et des déficits dans les domaines relationnel, identitaire, affectif ou cognitif (Lingiardi et McWilliams, 2017). À cela s'ajouterait la présence d'une détresse notoire, causée à soi ou à autrui, et l'impossibilité de s'imaginer être différent ou se souvenir de l'avoir déjà été, tout ceci depuis une très longue période (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 17; PDM Task Force, 2006, p. 19).

En outre, les auteurs du manuel considéreraient la psychopathologie comme étant bien davantage qu'un regroupement de symptômes. Elle traduirait plutôt l'interaction entre les facteurs génétiques, le tempérament, les expériences de la petite enfance, le style d'attachement, l'organisation de personnalité et les divers stressors environnementaux auxquels se heurterait un individu (Lingiardi et McWilliams, 2017). Il semble qu'il serait très important que l'évaluation d'une psychopathologie prenne en considération le fonctionnement de la personnalité, car le sens des symptômes serait différent en fonction de l'organisation psychique de l'individu qui les présente (McWilliams *et al.*, 2018). De plus, cette évaluation devrait prendre en compte le contexte où évolue le sujet, ainsi que son niveau d'adéquation avec les normes et les valeurs culturelles, sociales et familiales (Lingiardi et McWilliams, 2017). Ce serait

l'ensemble de ces variables qui permettrait de bien comprendre la symptomatologie apparente et la souffrance du sujet, puis de bien évaluer la présence ou non d'une psychopathologie (McWilliams *et al.*, 2018).

### 3.4 Normalité et anormalité

Déjà dans l'œuvre de Freud, la notion de *normalité* était présente, en raison de son désir de déterminer ce qui relève du normal et du pathologique, de même que ce qui provoque le passage de l'un à l'autre. Il semble que cet intérêt provenait d'abord de son étude des névroses, mais qu'il serait néanmoins demeuré constant à travers l'ensemble de ses travaux. Mains auteurs ont également étudié la question à travers le siècle dernier. Plus récemment, Jean Bergeret serait l'un des premiers psychanalystes à avoir clairement défini et séparé le normal de l'anormal, puis à avoir intégré ces notions à la clinique des troubles de personnalité et au travail diagnostique (de Tychev, 2012). Certains psychanalystes adhèrent à ce paradigme, d'autres pas. Voyons comment tout cela s'articule.

#### 3.4.1 Normalité

De façon générale, la normalité est souvent envisagée en fonction de deux points de vue : statistique et normatif (McDougall, 1972). Le point de vue statistique renvoie à un pourcentage majoritaire, à la plus grande quantité, à ce qui « est conforme à une moyenne considérée comme une norme » (« Normal, normale, normaux », s. d.). Le point de vue normatif réfère à « quelque chose "vers quoi on tend", où se trouve donc incluse l'idée d'un idéal » (McDougall, 1972). Il est fréquent que soient confondus statistique et idéal, dans le désir d'un individu de se comporter et d'être comme « tout le monde » (de Mijolla, 2005). Il est généralement entendu que le *normal* est quelque chose « qui ne surprend ni dans un sens ni dans un autre » et qui « n'a rien d'exceptionnel » (« Normal, normale, normaux », s. d.). En somme, la normalité serait couramment « envisagée par rapport aux autres, à l'idéal ou à la règle » (Bergeret, 1972, p. 382).

Chez Freud, différentes conceptions de la *normalité* ont été élaborées au fil du temps, mais elle aurait toujours été considérée comme étant opposée à la pathologie. Il aurait d'abord affirmé que, pour qu'un sujet soit normal, beaucoup d'enjeux psychiques devaient demeurer inconscients. Dans *Psychopathologie de la vie quotidienne* publié en 1901, il écrit : « Tant de choses se pressent dans la conscience du paranoïaque qui, chez l'homme normal et chez le névrosé, n'existent que dans l'inconscient » (Freud,

1901/1967, p. 293). Plus tard, il aurait établi des liens avec le complexe d'Œdipe\* et le refoulement\*, où une normalité souhaitable correspondrait à « une destruction et une suppression du complexe d'Œdipe », de même qu'à un « état où le refoulement serait résolu et les lacunes du souvenir comblées », cela comme résultat d'une psychanalyse terminée (Tran The, 2018, p. 158). La résolution de l'Œdipe serait alors devenue la référence psychanalytique du *normal* (McDougall, 1972). À travers tout ceci, Freud aurait cependant reconnu que la frontière entre normalité et pathologie n'est pas clairement tracée ni rigide (1901/1967). Dans ses écrits de 1923 et les suivants, il aurait développé un point de vue nouveau sur la normalité que Tran The (2018) décrit comme une vision qualitative, qui emprunte autant à la névrose qu'à la psychose. Elle réfère alors à l'extrait suivant :

Nous appelons normal ou "sain" un comportement qui réunit certains traits des deux réactions, qui, comme la névrose, ne dénie pas la réalité, mais s'efforce ensuite, comme la psychose, de la modifier. Ce comportement conforme au but, normal, conduit évidemment à effectuer un travail extérieur sur le monde extérieur, et ne se contente pas comme la psychose de produire des modifications intérieures ; il n'est plus *autoplastique*, mais *alloplastique*. (Freud, 1884-1924/1973, p. 301).

Le normal freudien serait donc à comprendre comme, d'une part, la reconnaissance d'un événement réel avec sa valeur déstabilisante ou anxiogène et, d'autre part, l'adaptation à celui-ci. Chez le sujet normal, cette adaptation pourrait prendre deux formes : a) un changement intérieur, où des actions tournées vers soi – corps ou psyché – viendraient modifier la vie interne du sujet, en fonction des contraintes de la situation; b) une transformation de l'environnement externe, où des agissements tenteraient de moduler la situation pénible. En opposition à cette normalité, Freud n'a pas utilisé le terme d'*anormalité*, mais a plutôt parlé de *pathologie*. Pour lui, la pathologie était synonyme de *maladie* et renvoyait à la présence de symptômes, qui pouvaient, entre autres, être associés au refoulement et à la présence d'angoisse (Freud, 1926/1999). Il résumait le normal et le pathologique comme le résultat d'un « équilibre des forces entre deux attitudes opposées et indépendantes l'une de l'autre, l'une acceptant la réalité, l'autre la rejetant » (Quinodoz, 2015, p. 110).

De plus, la normalité pourrait également être abordée à partir du développement de l'enfant et du désir de celui-ci de se conformer au fonctionnement familial. Pour un enfant, le *normal* représente ce qu'il connaît, ce qui lui est familier, ce qu'il comprend et perçoit du fonctionnement de sa famille (Bergeret,

2008; McDougall, 1972). Ainsi, cette tendance à la *normalité* constituerait en fait « une tentative visant à gagner l'amour des parents en respectant leurs interdictions et en épousant leurs idéaux », une identification à leurs désirs (McDougall, 1972, p. 347-348). Il ne s'agirait pas nécessairement d'une norme en adéquation avec l'environnement extérieur à la famille ou avec la société. Ce serait toutefois la norme nécessaire à l'enfant dans le développement de son narcissisme. Il n'est donc pas étonnant qu'une fois adultes, certaines personnes tendraient naturellement à se comparer à leur famille ou à se conformer aux valeurs familiales.

Malgré cette conception développementale couramment admise en psychanalyse, il semble que l'existence même de la normalité soit remise en question par certains psychanalystes, tels que Joyce McDougall. D'aucuns considèrent que la normalité n'est pas un concept psychanalytique et qu'un *état normal* n'existe pas (David, 1972; McDougall, 1972). Ils présupposent l'existence de symptômes non apparents et d'une organisation psychique en déséquilibre, ce qui ne correspondrait pas à la supposée normalité que certains individus affichent; le normal serait alors « secrètement pathologique, voire pathogène » (David, 1972, p. 360). D'autres perçoivent la normalité comme une notion oppressante et répressive, refusant de la considérer (Bergeret, 1975). Pour McDougall, chercher à parler ou à définir la normalité serait une démarche contre-productive. D'abord, parce que la norme aurait une valeur sociotemporelle donnée, ce qui empêcherait quiconque d'en élaborer une définition (McDougall, 1972). Aussi, parce que le « sentiment d'être "normal", d'être conforme, dans l'ordre, ordinaire [...] empêche la mise en question de soi et risque de rendre l'individu qui en est frappé, inaccessible à l'analyse » (McDougall, 1972, p. 354-355). Enfin, car elle estime que l'idée d'être *normal* agit comme une défense psychique à l'égard de la vie fantasmatique, des possibilités créatrices individuelles et des pensées novatrices. Elle écrit :

La normalité [...], se rapproche de plus en plus de ce qui est "anormal" dans la mesure où cette qualité du Moi [...] s'écarte du monde de l'imaginaire pour s'orienter uniquement vers la réalité extérieure, factuelle et désaffectée, jusqu'à créer une entorse à la fonction symbolique » (McDougall, 1972, p. 357).

Elle précise en outre qu'une « trop grande emprise du Moi social, raisonnable et adapté, n'est guère plus souhaitable qu'une dominance des forces pulsionnelles déchaînées » (McDougall, 1972, p. 357). De là,

elle introduit l'idée de la *normopathie*, une tendance du sujet à se conformer exagérément à la norme sociale, de telle sorte qu'il se croit *normal*. Il y aurait là un grand désir d'être comme les autres, une recherche de l'approbation sociale, une tendance à la conformité – voire à l'imitation – au prix de la négation d'une individualité. Elle utilise le terme de *normopathe* pour décrire un individu hyperadapté, qui s'estime *normal* et qui ne s'attribue aucun symptôme ni maladie psychique, mais qui serait en fait d'une « normalité pathologique » (McDougall, 1972, p. 346). Il ne serait « pas normal de rencontrer un sujet parfaitement normal » (Chemama et Vandermersch, 2009, p. 394). En dépit de ces objections, le sujet suscite encore de vives discussions. Freud, et nombre de ses successeurs n'auraient « cessé de se référer, sous un nouvel éclairage évidemment, à l'opposition du pathologique et du normal » (David, 1972, p. 360-361). Voilà pourquoi il nous paraît inévitable de considérer cette dualité dans la clinique psychopathologique et qu'il est à propos d'arriver à des définitions opérationnelles et acceptables.

Dans ce contexte, la conception de Jean Bergeret devient fort pertinente. Certes, il reconnaît le danger possible de la normopathie identifiée par McDougall, car il aurait écrit qu'un individu en bonne santé psychique ne serait pas « simplement quelqu'un qui se déclare comme tel, ni surtout un malade qui s'ignore » (Bergeret, 1972, p. 384). Or, plutôt que de s'y arrêter et de considérer la normalité comme une simple défense projective, une pseudo-normalité défensive ou une référence à une norme statistique, le psychanalyste a traité la normalité selon un tout nouveau paradigme : en fonction d'une norme interne, propre à chaque personne et en étroite relation avec le fonctionnement psychique profond (Bergeret, 1996b; McDougall, 1972). Bergeret rapporte qu'étymologiquement, le terme *normal* provient du latin « *norma* », qui réfère à l'équerre utilisée par les architectes et pouvant être décrit comme un outil « utilisé pour construire des maisons qui tiennent debout sur n'importe quelle inclinaison du sol » (Bergeret, 1975, p. 62). Cette comparaison illustre très bien sa conception de la *normalité* : peu importe l'inclinaison du sol – la pression des événements externes ou des conflits internes – la maison tient debout et ne se brise pas – le sujet s'adapte et maintient un équilibre fonctionnel général.

L'état *normal* se définirait comme un état psychologique compensé\* et adapté à la réalité, qui bénéficierait d'une stabilité relative et qui s'étayerait sur les « données particulières à chaque individu » (Bergeret, 1996b, p. 10). Il s'agirait d'une « adaptation au moins assez notable à des données structurelles internes stables et extérieures mobiles » (Bergeret, 1996b, p. 32). La *normalité* traduirait un « état satisfaisant d'adéquation fonctionnelle » au sein d'une organisation de personnalité donnée, un « bon fonctionnement intérieur [...] en dehors des jugements sociaux et des considérations éthiques qui peuvent

être posés » (Husain *et al.*, 2009, p. 181). Un individu normal serait capable de s'adapter tant au monde extérieur, qu'à son économie psychique interne et ses « différents facteurs d'originalité » (Bergeret, 1996b, p. 22). La *normalité* représenterait donc une bonne coordination entre les besoins, les modes d'adaptation et les mécanismes de défense; les conditions internes et héréditaires; les vicissitudes de la réalité externe; les relations interpersonnelles et le mode de structuration et de caractère (Bergeret, 1996b). En 1972, à la suite d'un long travail réflexif, Bergeret en est venu à cette longue – peut-être trop longue, selon lui – définition de la normalité :

Le véritable "bien portant" n'est pas simplement quelqu'un qui se déclare comme tel, ni surtout un malade qui s'ignore, mais un sujet conservant en lui autant de fixations conflictuelles que bien des gens, et qui n'aurait pas rencontré sur sa route des difficultés internes ou externes supérieures à son équipement affectif héréditaire ou acquis, à ses facultés personnelles défensives ou adaptatives, et qui se permettrait un jeu assez souple de ses besoins pulsionnels, de ses processus primaires et secondaires sur des plans tout aussi personnels que sociaux en tenant un juste compte de la réalité, et en se réservant le droit de se comporter de façon apparemment aberrante dans des circonstances exceptionnellement "anormales". (Bergeret, 1996b, p. 11-12)

L'auteur précise que la dernière phrase est importante, car bien que la normalité serait fréquemment « idéalisée comme [un] état sans symptôme », ce ne serait pas tout à fait le cas (Chemama et Vandermerch, 2009, p. 393). L'état *normal* serait indépendant de toutes structures. Bergeret explique qu'il y aurait « différents modèles possibles de "normalité névrotique" et différents modèles de "normalité psychotique" » (1975, p. 65). Pour cette raison, la *normalité* d'un sujet ne peut être comparée à la normalité d'un autre, au même titre que l'état d'*anormalité* d'une personne ne se compare pas avec l'état d'*anormalité* d'une autre. Par ailleurs, la normalité serait un état qui se situe dans le temps, pouvant être momentané ou prolongé, en alternance avec des périodes d'*anormalité*. Lorsqu'un individu fait face à des bouleversements importants, il serait possible et acceptable que des symptômes apparaissent, sans que ce soit considéré comme pathologique ou *anormal*. Cet individu pourrait être dans un état considéré comme *normal* pendant un temps, pour ensuite se retrouver en déséquilibre et présenter une psychopathologie pendant un temps également, sans que son état de *normalité* précédent ne doive être remis en question (Bergeret, 1975, 2008).

À la lumière de ce qui précède, il semblerait que toute personne pourrait se retrouver en situation de normalité au cours de sa vie. Cela dit, Bergeret spécifie clairement que cette normalité ne peut prendre place que dans les structures authentiques, donc chez les sujets structurés selon la lignée névrotique ou psychotique. Il explique que le fonctionnement psychique de base doit pouvoir atteindre la stabilité, la constance et l'équilibre dont il est question dans l'état *normal* (Bergeret, 1996b, 2008)<sup>1</sup>. La psyché doit disposer de l'énergie psychique nécessaire pour se montrer souple et pour s'adapter aux variations internes et externes (Bergeret, 1975). Conséquemment, il ne saurait être question de normalité pour l'astructuration limite, car son fonctionnement psychique serait trop instable : celui-ci demanderait d'énormes « dépenses en contre-investissement » et présenterait une « fragilité du fonctionnement pulsionnel » (Bergeret, 1975, p. 65). Dès lors, il y aurait plutôt présence d'une *pseudo-normalité* : une attitude qui consiste à imiter la normalité perçue chez les autres, sans vraiment toutefois y accéder, une tentative pour paraître hypernormal (Freud, 1926/1999). Bergeret parle d'une « normalité pathologique » (1996b, p. 22), qui relève du domaine de l'anormal.

### 3.4.2 Anormalité

Bergeret traite le concept d'*anormalité* comme un synonyme de *psychopathologie* ou de *maladie*, ce qui en fait un opposé de la normalité. Il définit cette *anormalité* comme une « rupture d'équilibre au sein d'une même lignée structurelle », une inadéquation à la structure de base et à l'économie interne (Bergeret, 1996b, p. 20). Elle représenterait un « état de décompensation visible auquel est arrivé une structure par la suite d'une inadaptation de l'organisation profonde et fixe du sujet à des circonstances nouvelles, intérieures ou extérieures, devenues plus puissantes que les moyens de défense dont il dispose » (Bergeret, 2008, p. 154). Ce déséquilibre apparaîtrait chez un sujet qui aurait rencontré des « difficultés internes et externes supérieures à son équipement affectif héréditaire » et supérieures à « ses facultés personnelles défensives et adaptatives » (Bergeret, 2008, p. 150). En situation d'anormalité, il y aurait une « perte du sentiment de l'unité, de la cohérence existentielle et de la valeur personnelle [...], une disparition des sources d'étayage habituellement disponibles et nécessaires pour confirmer l'individu dans le sentiment de sa valeur personnelle » (de Tychev, 2012, p. 99). Il y aurait également un déséquilibre « entre investissements narcissiques et objectaux » (Bergeret, 1996b, p. 36), où la grande difficulté à supporter un désinvestissement quelconque mènerait à une décompensation. L'*anormal* représenterait

---

<sup>1</sup> Les notions de *structure psychotique*, *structure névrotique* et *astructuration limite* seront abordées dans les Chapitres IV et V.

donc un état pathologique, où il y aurait rupture d'équilibre dans la lignée structurelle et où le sujet ne serait pas en mesure de présenter un état d'adaptation suffisant (Bergeret, 1996b, p. 20).

Tout comme pour la *normalité*, l'état *anormal* ne serait pas constant ni immuable. Un sujet *normal* pourrait, à tout moment, se décompenser et entrer en situation d'anormalité, pour ensuite retrouver son état normal précédent. Bergeret explique que « tout "anormal" conserve la possibilité de redevenir "normal" » éventuellement (Bergeret, 1996b, p. 37). Cet équilibre pourrait être retrouvé « soit spontanément, soit à la suite d'un traitement » (Bergeret, 1975, p. 63).

La position de Bergeret quant aux concepts de *structures* et d'*astructuration* sera abordée en détail lors de la présentation de son modèle nosographique, dans le prochain chapitre.

### 3.5 Métapsychologie psychanalytique

Les lectures et relectures des nosographies à l'étude ont soulevé plusieurs questions concernant la terminologie. Bien que nombre des termes utilisés soient admis et présumés compris en psychanalyse, il apparaît que certains peuvent être porteurs de sens multiples, selon l'école théorique à laquelle le lecteur appartient. De ce fait, nous avons souhaité définir ici quelques-uns des concepts psychanalytiques centraux utilisés dans l'évaluation structurelle. Cette décision a été prise pour, d'abord, permettre au lecteur de suivre et de comprendre notre processus réflexif et élaboratif, mais aussi pour clarifier le sens accordé à ces concepts théoriques. Ceux-ci seront utilisés dans la présentation des modèles nosographiques étudiés, ainsi que dans la description des trois fonctionnements structurels de la personnalité faite au cinquième chapitre. Nous sommes d'avis que de définir la signification que ces termes prennent dans le présent essai permettra d'assurer une meilleure compréhension de celui-ci. Enfin, nous croyons que ces définitions peuvent être utiles au lecteur selon son degré de familiarité avec la psychanalyse, notamment s'il s'agit d'étudiants en psychologie. La section qui suit traitera donc de la relation d'objet, du fonctionnement du Moi, de l'angoisse, des mécanismes de défense et des symptômes manifestes.



### 3.5.1 Relation d'objet

En psychanalyse, la relation d'objet est une notion centrale. Nous nous devons inévitablement de la définir, en commençant par une définition de l'objet comme tel.

#### 3.5.1.1 Objet

Dans la métapsychologie freudienne, la définition et la place de l'objet ont été décrites de deux façons. En premier lieu, en tant que corrélatif de la pulsion\*, ce qui lui a valu le nom d'*objet pulsionnel*. Il s'agirait de « ce en quoi ou par quoi la pulsion peut atteindre son but » (Freud, 1915/1968, p. 18-19). L'apparition d'une pulsion susciterait une source d'excitation, qui demanderait satisfaction sous l'égide du principe de plaisir\*. Dans ce contexte, il y aurait liaison à un objet, puisque c'est ce qui rend possible la satisfaction de cette pulsion. Cet *objet pulsionnel* ne serait pas initialement lié à la pulsion et pourrait prendre des formes très variables. La pulsion « se déplace d'un objet à l'autre au cours de son destin » et un même objet pourrait ainsi être utilisé par plusieurs pulsions différentes (Chemama et Vandermersch, 2009, p. 399). En deuxième lieu, l'objet a été décrit comme un *objet d'amour*, c'est-à-dire le réceptacle de l'attraction, de l'amour et de la haine. Cette forme de relation serait plus évoluée que la relation pulsion-objet qui vise seulement la satisfaction pulsionnelle (Chemama et Vandermersch, 2009). Dans *Pulsions et destins des pulsions* (1915), Freud explique que ce serait seulement lorsque l'objet devient perçu par le sujet comme une source de plaisir qu'il peut ensuite être aimé : au moment où l'objet devient source de plaisir, le sujet souhaite s'en approcher le plus possible et l'incorporer en lui, ce qui ferait naître le sentiment d'amour envers l'objet (Freud, 1915/1968). Inversement, lorsque l'objet est source de déplaisir, le sujet souhaiterait s'en éloigner et pourrait ressentir de la répulsion envers l'objet, d'où l'apparition de la haine (Freud, 1915/1968; Quinodoz, 2015). Freud précise que les termes d'amour et de haine ne peuvent pas être utilisés pour parler du lien de la pulsion avec ses objets de satisfaction, mais qu'il s'agirait plutôt de la relation entre le sujet et ses objets (Freud, 1915/1968).

Par ailleurs, l'objet a été dépeint par la psychanalyse comme pouvant présenter différentes caractéristiques. Ce fut notamment le travail de Melanie Klein et de ses disciples, qui l'ont décrit comme pouvant être clivé ou non. Un *objet clivé* serait un objet « scindé en deux », dont la perception est soit idéalement bonne, soit horriblement mauvaise (Parmentier, 2009). Il s'agirait d'une tendance du sujet à ne percevoir que le bon ou le mauvais, en alternance ou en concomitance. Il n'y aurait pas d'intégration entre les deux aspects; ils coexisteraient sans toutefois s'influencer. Ce clivage s'appliquerait tant aux objets internes et externes, qu'à la représentation de soi. Il s'agirait de la caractéristique principale de la

première phase d'organisation psychique de l'enfant que Klein a appelée *position schizo-paranoïde* (Melanie Klein Trust, 2022b). Cette période serait marquée par les expériences de la naissance, de la faim, de l'absence de l'objet et de l'attente de son retour, ce qui entraînerait des frustrations et des angoisses archaïques. Pour y remédier, « la tendance première de la psyché » serait de « prendre en soi ce qui est bon et de rejeter hors de soi ce qui est mauvais » (Parmentier, 2009, p. 16). Cette attitude permettrait au bébé de conserver en lui les représentations aimantes, bonnes et positives, pour de rejeter à l'extérieur ce qui est mauvais, dangereux et frustrant. Normal dans les premiers mois de la vie, ce processus permettrait de constituer un noyau interne positif, fondamental et indispensable au développement du Moi et des relations futures (Melanie Klein Trust, 2022b). À l'inverse, un objet qui n'est pas clivé est un *objet intégré*, où les différents aspects sont reconnus et unifiés dans une même perception. Il y aurait reconnaissance simultanée des bons et des mauvais côtés, des qualités et des défauts, tant chez autrui qu'en soi-même. Cette capacité apparaîtrait au fil du développement du nourrisson, par une harmonisation des objets internes : les objets totalement bons se rapprocheraient graduellement des objets totalement mauvais, pour éventuellement s'unir en une perception inclusive (Parmentier, 2009). D'un point de vue kleinien, cette conception est liée à la *position dépressive*. En plus du changement de perception de l'objet, cet état générerait des angoisses différentes qui, plutôt que centrées sur soi, seraient ressenties à l'égard de l'objet, quant à son bien-être et sa survie (Melanie Klein Trust, 2022a). Bien que la *position dépressive* puisse être surmontée, il semblerait que le mode de relation schizo-paranoïde ne serait jamais totalement abandonné (Melanie Klein Trust, 2022b). Cette idée nous semble judicieuse, parce qu'elle apporte un éclairage sur le fonctionnement psychique du sujet état limite ou *borderline*. En effet, le fonctionnement psychique limite serait marqué par un échec de l'intégration des représentations bonnes et mauvaises de l'objet (Ricard, 2010), ce qui mènerait à une idéalisation des *bons* objets et une dévalorisation des *mauvais* objets. De là, un sentiment d'omnipotence à l'égard des objets positifs se développerait, donnant l'impression au sujet qu'il peut les contrôler et les utiliser contre les objets négatifs (Ricard, 2010). Nous comprenons que ce défaut d'intégration pourrait être expliqué par une position schizo-paranoïde qui n'a pas été complètement abandonnée – tel que proposé par l'idéologie kleinienne.

De plus, l'objet pourrait être *indifférencié* ou *différencié*. Dans le premier cas, il n'y aurait pas de distinction établie entre soi et l'objet : les caractéristiques et les fonctions attribuées à l'objet seraient confondues avec les caractéristiques et les fonctions attribuées à soi-même, elles seraient substituables. Cet état de symbiose proviendrait des premiers mois de vie du nourrisson, où il aurait confondu son environnement externe avec lui-même, sa vie psychique et ses désirs. Dans le deuxième cas, l'objet serait considéré

*différencié* lorsqu'il serait reconnu comme étant différent et distinct de soi. L'objet serait alors perçu comme une entité à part entière, présentant ses propres caractéristiques (Segal, 1964/2011). Cet état serait le fruit de l'évolution de l'enfant et ferait suite à la symbiose précédente.

Une autre caractéristique importante des objets, elle aussi décrite abondamment par les auteurs kleinien, est l'état partiel ou total. L'*objet partiel* prendrait principalement la forme de « parties du corps, réelles ou fantasmées » et de « leurs équivalents symboliques » (Laplanche et Pontalis, 1981, p. 294). La perception de l'objet serait parcellaire : un objet qui n'est en fait qu'un *fragment* d'objet, où chaque fragment est confondu avec le tout (Quinodoz, 2015). Il n'y aurait que certaines parties de l'objet qui seraient reconnues et elles ne seraient pas identifiées comme étant reliées entre elles. Un exemple classique est celui du nourrisson, pour qui sa mère n'est représentée que par le sein qui nourrit ou par les bras qui consolent, sans comprendre que ces éléments – ces objets partiels – sont en fait les représentants d'un même objet global et complet – sa mère (Segal, 1964/2011). La perception d'un objet partiel serait liée à la position schizo-paranoïde et, de ce fait, à un objet qui est clivé et indifférencié (Segal, 1964/2011). Quant à l'*objet total*, il s'agirait d'un objet unifié, apprécié dans sa globalité et son entièreté. Les différentes représentations fragmentaires précédentes – les objets partiels – seraient rapprochées et intégrées en une seule image. L'objet serait perçu comme pouvant être parfois bon et parfois méchant, parfois présent et parfois absent. Il serait source, à la fois « de ce qui est bon et de ce qui est mauvais » (Segal, 1964/2011, p. 82). Il serait perçu comme ayant des caractéristiques différentes ou opposées, conjointement. Tout cela serait également lié au clivage et à la différenciation, en ce sens que la perception d'un objet total implique une absence de clivage et une conscience de la différence soi/autre. Dans la théorie kleinienne, cette capacité de percevoir un objet total apparaîtrait à la période dépressive.

En somme, il appert que l'objet pourrait revêtir des identités multiples : objet d'amour, de désir ou de haine; clivé ou intégré; indifférencié ou différencié; partiel ou total. Il serait « fait des fluctuations des mouvements d'investissement inconscients, préconscients et conscients dans un échange réciproque; il n'est ni une chose, ni une personne, ni le contenu fantasmatique ou une zone du corps de cette personne, bien qu'il s'y réfère » constamment (de Mijolla, 2005, p. 1192).

### 3.5.1.2 Relation d'objet

À la lumière de ce qui précède, l'expression *relation d'objet* est utilisée pour désigner la relation qu'un sujet entretient avec les objets vers lesquels se tournent ses pulsions et, éventuellement, son amour ou

sa haine. Elle désigne l'interaction constante et complexe qui s'établirait entre le sujet et une chose, une personne ou son représentant. Pour Freud, chaque stade du développement psychosexuel de l'enfant, de la naissance jusqu'à l'âge adulte, est marqué par une relation d'objet spécifique. Les stades oral, anal et phallique, ainsi que la période de latence et le stade génital permettraient le déploiement de relations différentes et particulières. Celles-ci ne se succéderaient pas nécessairement, mais pourraient plutôt se chevaucher. De plus, elles laisseraient des traces permanentes dans la psyché, qui perdureraient tout au long de la vie du sujet et qui influenceraient toutes ses relations.

La *relation d'objet* renvoie donc aux liens, à la connexion d'un sujet avec son monde interne et avec le monde externe qui l'entoure. La relation pourrait alors prendre place avec un objet externe ou interne, un objet réel ou fantasmatique. L'objet dit *réel* serait concret, matériel, tangible. Il s'agirait de la vraie personne : la mère, le père, l'ami, le professeur. De ce fait, la *relation d'objet réelle* représenterait la relation entretenue avec autrui qui est réelle et concrète. Elle se manifesterait par des éléments tels que la complicité, les conflits, la proximité ou le type de relation entretenue. Quant à l'*objet interne*, il s'agirait d'une image, d'une représentation mentale et émotionnelle d'un objet externe, qui a été intériorisée par le sujet (Melanie Klein Trust, 2022c). Ces représentations toucheraient à la fois le sujet lui-même, l'autre et la relation entre les deux. De ce fait, la *relation d'objet internalisée* traduirait l'organisation dynamique et complexe de ces différentes représentations internes qu'entretient un sujet (Kernberg, 2004). Elle désignerait l'interaction entre « le monde des figures et objets internalisés et ceux du monde réel » (Melanie Klein Trust, 2022c). La qualité des relations internalisées serait d'une importance capitale dans le développement du psychisme, de l'identité, des relations interpersonnelles et du bien-être, car elles influenceraient toutes les relations entretenues par le sujet adulte, tant sur le plan des relations internalisées que des relations objectives (Klein 1957/1968; Segal, 1964/2011).

La forme que prendra la relation d'objet serait « le résultat complexe et total d'une certaine organisation de la personnalité, d'une appréhension plus ou moins fantasmatique des objets et de tels types privilégiés de défense » (Laplanche et Pontalis, 1981, p. 404). Conséquemment, lors d'un processus d'évaluation de la personnalité ou dans un cadre thérapeutique, la psychanalyse mettrait davantage l'accent sur les relations d'objet internalisées et beaucoup moins sur les relations concrètes avec l'objet réel.

### 3.5.2 Fonctionnement du Moi

Le *Moi* est une instance psychique abondamment décrite dans la littérature psychanalytique et dont les définitions se sont souvent trouvées remises en question ou sujettes à interprétation. Présenter une définition du *Moi* est complexe. À travers le temps, certains y ont vu une mauvaise traduction du *Ich* de Freud, ce qui a mené à de nouvelles interprétations et à la création de concepts autres, tel que le *Self* (Kernberg, 2004). La situation peut être résumée au fait que certains conçoivent le *Moi* comme l'un des systèmes psychiques de la deuxième topique de Freud ou comme le siège de la conscience, tandis que le *Self* serait vu comme une « entité psychosociale, comportementale et relationnelle » (Kernberg, 2004, p. 327). Le *Self* désignerait alors la personne propre, « la personne en tant que sujet distinctif du monde des objets qui l'entoure » (Kernberg, 2004, p. 325). Il s'agirait d'une entité qui reflète « les différentes configurations de la structure normale ou anormale du moi, exprimées par des schémas répétitifs de comportement » (Kernberg, 2004, p. 327). Cette question du *Moi* et du *Self* est délicate; elle aurait d'ailleurs mené à l'apparition de courants théoriques spécifiques. Nous ne souhaitons pas détailler davantage cette confusion terminologique ni la polémique qui l'entoure. Nous nous centrerons ici sur la manière dont le *Moi* est conceptualisé dans cet essai.

Dans les premiers écrits de Freud, le *Moi* représentait la personnalité dans son ensemble, la façon consciente dont le sujet se percevait; Freud avait recours à l'expression *moi-total* (Freud, 1915/1968), renvoyant ainsi à la représentation de soi dans une perspective identitaire (de Mijolla, 2005, p. 1069). À travers les années subséquentes, ses élaborations théoriques concernant le *Moi* ont beaucoup évoluées et subies d'innombrables modifications. Ce sont toutefois les articles *Pour introduire le narcissisme* (1920) et *Le Moi et le Ça* (1923) qui vont marquer un point tournant et définitif. Freud y définit le *Moi* comme une instance psychique à la fois consciente et inconsciente, dans des proportions inconnues. Le *Moi* proviendrait d'une différenciation superficielle du *Ça* et représenterait « la partie du *Ça* qui a été modifiée sous l'influence directe du monde extérieur » (Freud, 1927/1981, p. 237). Il prendrait naissance grâce au système perceptif, à travers le contact avec la réalité, et deviendrait ainsi le « représentant du monde extérieur réel dans le psychisme », le représentant de la raison et du sens commun (Freud, 1927/1981, p. 240). Le *Moi* se construirait à la suite d'une « série d'identifications\* successives, à tel point qu'on pourrait dire qu'il est structuré comme un oignon! » (Chartier, 2001, p. 143). Compte tenu des premiers objets accessibles au nourrisson, « l'objet maternel sera le prototype et l'organisateur du futur *Moi* de l'enfant » et il aurait un impact général et durable (Chartier, 2001, p. 143). Par la suite, le *Moi* continuerait de s'enrichir à travers les diverses expériences de la vie du sujet et les relations objectales subséquentes

(Freud, 1927/1981, p. 271). Ces identifications entraîneraient une altération du Moi, que ce soit sous forme positive « d'un enrichissement ou d'un gonflement » ou sous forme négative d'une « déplétion de l'énergie et des capacités » (Parmentier, 2009, p. 17). En 1927, Freud ajoute à tout ceci que le Moi serait « avant tout un Moi corporel », qu'il serait « dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps, et [...] il représente la surface de l'appareil mental » (Freud, 1926/1999, p. 238).

#### 3.5.2.1 Fonctions du Moi

Les fonctions du Moi viseraient la liaison et l'unification (Quinodoz, 2015). Il jouerait d'abord un rôle de médiateur et de régulateur : maintenir l'équilibre entre les poussées du Ça et les exigences du Surmoi; gérer la relation entre le monde intérieur et les impératifs du monde extérieur (Quinodoz, 2015, p. 94). De plus, il aurait pour tâche d'encadrer la motilité de l'énergie psychique et déloger le principe de plaisir, pour plutôt soumettre les processus psychiques au principe de réalité\* et à la temporalité (Freud, 1927/1981). Puis, le Moi exercerait un rôle défensif, en étant responsable de la protection de la psyché. Il agirait à titre de pare-excitations face aux effractions du monde extérieur, il participerait au processus de censure\*, il serait le siège des résistances et il œuvrerait à la mise en place des mécanismes de défense, notamment le refoulement et la sublimation\*.

#### 3.5.2.2 Moi et identité

Cette présentation du *Moi* a généré en nous des questionnements concernant la notion d'*identité*. Concept peu présent dans l'œuvre de Jean Bergeret, il s'agit d'un terme très utilisé dans le *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Nous nous y sommes alors intéressé, afin de pouvoir mieux comprendre et comparer les deux modèles.

Les élaborations d'Erik Erikson au sujet de l'identité sont particulièrement éclairantes. Pour lui, l'identité représente l'ensemble des identifications passées et présentes, incluant les « croyances primordiales relatives à soi, [...] voire inconscientes, représentant parfois des conflits intrapsychiques intériorisés depuis l'enfance » (Cohen-Scali et Guichard, 2008, p. 3). Le sentiment d'identité d'un individu se traduirait par l'impression de « similitude-avec-soi-même » et de « sa propre continuité existentielle dans le temps et dans l'espace », ainsi que par la perception que cette similitude et cette continuité sont également reconnues par autrui (Cohen-Scali et Guichard, 2008, p. 3). Elle serait étroitement liée à la période de l'adolescence et impliquerait une « quête inconsciente de continuité personnelle », de « synthèse du Moi »

et de « solidarité à un groupe » (de Mijolla, 2005, p. 822). Il s'agirait aussi de la constance dans le temps de l'idée que le sujet se fait des autres qui l'entourent (Kernberg, 2004). L'identité n'est pas une notion freudienne, mais elle a tout de même été traitée par la psychanalyse, de différentes manières à travers le temps. Elle aurait notamment été décrite comme suit :

[S]tructure rendant compte du narcissisme et faisant partie du Moi, capacité de demeurer le même au travers des changements, sentiment de continuité, somme des représentations de soi. Elle implique toujours une relation à l'autre. (de Mijolla, 2005, p. 822)

L'identité serait donc liée aux processus d'identification et d'individuation, ainsi qu'aux relations du Moi avec l'environnement extérieur (de Mijolla, 2005). L'identité pourrait être objectivée selon la manière dont son contenu est structuré – à savoir le niveau d'intégration du Moi – et selon le mode d'organisation et de traitement des informations relatives à soi et aux autres (Jørgensen, 2009).

Dans l'ensemble, l'identité telle qu'elle vient d'être définie rappelle les concepts de *moi-total* de Freud ou de *Self*. En effet, Kernberg désigne le *Self* comme « la personne totale d'un individu, y compris le corps et les diverses parties du corps, aussi bien que l'organisation psychique et les diverses parties de cette structuration » (Kernberg, 2004, p. 325). Klein parle également d'un *Soi*, d'un amalgame « de tout ce que nous avons reçu du monde extérieur, tout ce que nous avons ressenti dans notre monde intérieur, expériences heureuses et malheureuses, relations avec les autres, activités, intérêts et pensées de toute nature, [...] tout ce que nous avons vécu » (Klein, 1957/1968, p. 154). Bien que ni Kernberg ni Klein ne considèrent identité et *Self* comme étant équivalents, il nous apparaît que les définitions deux sont fort semblables. De plus, le fait que le *Self / Soi* soient considérés par plusieurs comme étant une sous-structure du Moi (Bouchard, 1995; Kernberg, 2004), tout comme semble l'être l'identité (de Mijolla, 2005), la prise en compte de l'identité en tant que composante du Moi demeure, à notre avis, cohérente et acceptable.

### 3.5.3 Angoisse

L'angoisse est un élément clef de l'évaluation clinique et se situe souvent au cœur du processus thérapeutique. Au fil du temps, elle s'est vue définie de différentes manières. De même, diverses formes d'angoisse ont été identifiées et expliquées. Voici les conceptions préconisées dans cet essai.

L'angoisse est un constituant psychique qui a intéressé Freud dès le début de ses travaux. À travers son œuvre, deux conceptions majeures de l'angoisse ont été formulées et ensuite identifiées par la communauté psychanalytique comme étant les *première* et *deuxième* théories de l'angoisse de Freud. La *première théorie de l'angoisse* a vu le jour au début des années 1900. Freud expliquait l'apparition de l'angoisse par le fait que la pulsion ne réussit pas à atteindre satisfaction (Bergeret, 2008, p. 78). L'angoisse était alors le fruit d'une excitation libidinale non satisfaite et inemployée, détournée de son but pour se décharger sous forme somatique (Freud, 1926/1999). Freud a mis en lumière la nécessité de différencier l'angoisse de la peur et de l'effroi, en tenant compte de leur rapport avec la notion de danger.

Le terme d'angoisse désigne un état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci, même s'il est inconnu; le terme de peur suppose un objet défini dont on a peur; quant au terme d'effroi, il désigne l'état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé; il met l'accent sur le facteur surprise. [...] il y a dans l'angoisse quelque chose qui protège contre l'effroi. (Freud, 1927/1981, p. 50)

Partant, nous comprenons que l'effroi serait traumatisant et choquant. Freud (19927/1981) en parle comme d'un état émotionnel passif, qui fait irruption dans le psychisme sans que le sujet soit prêt à l'affronter et qui est tributaire d'une expérience passée effectivement traumatique. L'effroi serait donc associé au fait d'un danger subit. L'angoisse proviendrait de l'anticipation face à ce vécu d'effroi et de frayeur, elle serait provoquée par celui-ci. Cette position d'attente permettait de préparer le sujet et d'alors le protéger contre des états potentiellement traumatisants. De là, Freud en est venu à parler d'*angoisse traumatique*, parce qu'elle serait liée à « une situation vécue de désaide », à un trauma passé (Freud, 1926/1999, p. 78).

Il faudra attendre *Inhibition, symptôme et angoisse* en 1926 et les suppléments associés, pour voir un remaniement de la conception freudienne de l'angoisse, qui sera davantage définitif : la *deuxième théorie de l'angoisse*. Cette nouvelle théorisation n'annule pas la précédente, mais représente plutôt une « maturation de [la] réflexion » de Freud, qui va « compléter, éclairer des aspects nouveaux [...] ou encore déployer quelque pensée qui était déjà là à l'origine, à l'état d'ébauche » (Roussillon, 2012, p. 66). Plutôt que de seulement établir des liens avec la libido et la sphère économique, Freud aurait ainsi relié l'angoisse aux différentes instances psychiques, mais également aux processus de remémoration et de répétition.



De ce fait, une distinction s'est établie entre *angoisse automatique* et *angoisse-signal*. L'*angoisse automatique* serait inconsciente, incontrôlable et d'origine économique. Elle apparaîtrait face à un danger pulsionnel inconnu, auquel l'individu se serait trouvé assujéti à une époque antérieure (Freud, 1926/1999). Elle constituerait une réponse à un état d'effroi qui a jadis submergé le Moi (Quinodoz, 2004). Dans leur *Vocabulaire de la psychanalyse*, Laplanche et Pontalis en donnent la définition suivante : « Réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitations, d'origine externe ou interne, qu'il est incapable de maîtriser. L'angoisse automatique s'oppose pour Freud au signal d'angoisse » (1981, p. 28). Quant à l'*angoisse signal*, ils la décrivent de la manière suivante :

[U]n dispositif mis en action par le moi, devant une situation de danger, de façon à éviter d'être débordé par l'afflux des excitations. Le signal d'angoisse reproduit sous une forme atténuée la réaction d'angoisse vécue primitivement dans une situation traumatique, ce qui permet de déclencher des opérations de défense (Laplanche et Pontalis, 1981, p. 447).

Il s'agirait donc d'une angoisse volontaire, à visée défensive, qui jouerait un rôle de signal d'alarme, indiquant un vécu de détresse imminent face à la perception d'un danger, réel ou non (Freud, 1926/1999; Quinodoz, 2004). Dans ce cas, « le moi de l'individu est devenu capable de prévoir l'imminence du danger » (Quinodoz, 2004, p. 245). L'apparition d'un conflit psychique serait interprétée comme une menace qui, bien que d'origine interne, serait considérée comme provenant de l'extérieur (Widlöcher, 2010). Cette projection dans le réel réveillerait « l'ancienne angoisse traumatique d'abandon » et « si des mécanismes de défense intrapsychiques ne viennent pas refouler les représentants de la pulsion que le moi s'était autorisé à rendre conscients », l'*angoisse signal* apparaîtrait (Widlöcher, 2010, p. 23). Il s'agirait donc « d'un signal d'angoisse » créé par le Moi, « avant que la situation économique redoutée ne s'instaure » (Chambrier, 1997, p. 31).

Compte tenu de ce qui précède, l'angoisse pourrait globalement être définie comme un « état d'affect », une sensation qui a « le caractère de déplaisir le plus manifeste » et qui ne peut être ressentie que par le Moi (Freud, 1926/1999, p. 45). Elle représenterait un affect\* « de déplaisir plus ou moins intense qui se manifeste à la place d'un sentiment inconscient chez un sujet dans l'attente de quelque chose qu'il ne peut nommer » (Chemama et Vandermersch, 2009, p. 58). L'angoisse reproduirait, « sous forme d'un état

émotionnel, une trace mnésique préexistante » (Bergeret, 2008, p. 80). Il y aurait donc perception, par le Moi, d'une menace, réelle ou imaginée, difficile à identifier. La forme particulière que prend ce déplaisir donnerait à l'angoisse son caractère spécifique et influencerait le type de décharge qu'elle produira. De là, elle pourrait être ressentie par le sujet comme une « grande inquiétude » et une « anxiété profonde née du sentiment d'une menace imminente mais vague » (« Angoisse », s. d.). Elle pourrait aussi être vécue en tant que « sensation d'oppression et de resserrement », tributaire d'une « crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance devant lesquels on se sent à la fois démuni et totalement impuissant à se défendre » (Bloch *et al.*, 1999, p. 57). En somme, l'angoisse serait soit automatique, soit créée par le Moi; elle résulterait d'un traumatisme et d'une grande détresse, d'un conflit interne ou encore d'une défense du Moi contre les dangers pulsionnels et contre les dangers de la réalité externe; elle pourrait être un résultat ou une cause (Freud, 1926/1999; Widlöcher, 2010).

#### 3.5.3.1 Angoisse et développement psychique

La psychanalyse aurait établi à maintes reprises que les différentes angoisses prennent origine dans le développement de l'enfant et les fixations précoces qui y sont survenues (Freud, 1926/ 1999; Quinodoz, 2015). Chaque stade de développement serait empreint d'un type d'angoisse qui lui est propre et qui s'expliquerait par le niveau d'évolution de l'appareil psychique (Quinodoz, 2015). Ce dernier aurait une capacité variable à tolérer le danger et à y faire face, selon l'âge du sujet. Pour Melanie Klein, ce sont les angoisses *paranoïde* et *dépressive* qui occupent une place centrale dans sa théorie du développement de l'enfant. Klein postule que l'*angoisse paranoïde* serait présente pendant environ les six premiers mois de la vie du nourrisson et qu'elle serait caractéristique de la position schizo-paranoïde que nous avons résumée précédemment. Cette forme d'angoisse serait en rapport étroit avec le clivage\* des représentations de l'objet, où l'objet est perçu comme étant totalement bon et satisfaisant ou alors totalement mauvais et insatisfaisant (Klein, 1957/1968). Elle représenterait une peur intense de voir les bons objets détruits par les mauvais objets (Barthélemy, 2013b, p. 12). Or, puisque le sentiment de sécurité du nourrisson dépendrait de la protection de ces bons objets, cela générerait, par extension, une crainte de mourir ou d'être détruit par l'objet indéniablement dangereux (Klein, 1957/1968). De ce fait, l'angoisse paranoïde toucherait l'essence même de la vie, de la survie et du bien-être personnel, le sujet étant constamment menacé par le mauvais objet (Melanie Klein Trust, 2022b). Par la suite, lorsque l'enfant gagne en maturité, ses perceptions se transformeraient et l'angoisse paranoïde ferait place à l'*angoisse dépressive*, tributaire de la *position dépressive*. À ce stade, les représentations de l'objet et de soi seraient unifiées à l'intérieur de la psyché de l'enfant, alors celui-ci devrait être en mesure de reconnaître que les

attaques contre l'objet proviennent en fait de lui-même et de sa propre agressivité. Il reconnaîtrait aussi une dépendance à l'objet, ce qui générerait tristesse et inquiétudes envers les objets aimés (Barthélemy, 2013a). L'angoisse dépressive porterait donc sur « le danger fantasmatique de détruire et de perdre l'objet aimé du fait de sa propre haine » (Barthélemy, 2013a, p. 8), ce qui entraînerait un grand sentiment de culpabilité et le désir de réparer les dommages faits à l'objet (Widlöcher, 2010). En outre, d'autres angoisses ont été reconnues et discutées à travers le temps, notamment l'angoisse de mort, l'angoisse de persécution, l'angoisse de morcellement ou l'angoisse de perte d'objet (Freud 1927/1981; Klein et Riviere, 1937/2001; Widlöcher, 2010).

Conformément à ce qui précède, il apparaît que le Moi aurait une influence sur le type d'angoisse et sur son destin. Au fur et à mesure que le Moi du sujet se développe, il contribuerait à « dévaloriser la situation de danger précédente et à la mettre à l'écart », modifiant ainsi les formes d'angoisses prédominantes (Freud, 1926/1999, p. 55). Cette opération ne se produirait toutefois pas toujours et il arriverait que ces situations de danger persistent dans la psyché (Freud, 1926/1999). Par conséquent, même si le Moi se serait développé et qu'il aurait gagné en force, cela n'empêcherait pas le possible retour d'une angoisse qui était présente à un âge ou un stade de développement psychique antérieurs. De ce fait, et vu le rôle joué par le Moi, chaque organisation de personnalité ferait face à des angoisses caractéristiques, qui influenceraient le mode de relation d'objet et les mécanismes de défense privilégiés d'un sujet (Kernberg, 2004).

### 3.5.3.2 Angoisse et anxiété

Ayant maintenant une définition claire de l'angoisse, il convient de faire un aparté et de relever les différences pouvant être établies entre angoisse et anxiété. L'intérêt de cette distinction réside, d'abord, dans le fait que le vocable *anxiety* est utilisé dans tout le PDM-2. A priori, cela semble curieux, considérant que le manuel s'appuie sur les théories psychanalytiques, mais il semblerait que *anxiety* soit le terme généralement utilisé dans la littérature psychanalytique anglophone pour désigner l'*angoisse*. De plus, il apparaît que les deux termes sont souvent associés et parfois confondus, alors qu'ils sont légèrement différents.

L'*anxiété* pourrait être définie comme une sensation d'« inquiétude pénible, tension nerveuse, causée par l'incertitude, l'attente » (« Anxiété », s. d.). D'aucuns établissent deux catégories d'anxiété : une *anxiété-état*, qui correspondrait à un état émotionnel passager qui « peut survenir chez tout individu » (Bloch et

*al.*, 1999, p. 70); et une *anxiété-trait*, considérée comme pathologique et qui représenterait une « prédisposition à éprouver des états de peur en présence de stimulus qui, pour d'autres individus, sont moins fortement anxiogènes, voire pas anxiogène du tout », ainsi qu'une « prédisposition à développer des peurs conditionnelles à l'égard de stimulus qui ne sont pas eux-mêmes directement anxiogènes » (Bloch *et al.*, 1999, p. 70). Bien que la distinction soit complexe à établir, il est généralement entendu que l'*angoisse* représente une forme plus sévère ou plus intense d'anxiété. De plus, il semblerait que « l'anxiété reste ressentie le plus souvent à un niveau essentiellement psychique » et conscient, alors que l'*angoisse* « s'accompagne de manifestations somatiques et neurovégétatives multiples » (Bloch *et al.*, 1999, p. 57). L'aspect somatique de cette distinction rejoint les idées de Freud voulant que l'*angoisse* serait un affect négatif et inconscient, qui ne pourrait pas être observé directement, mais bien par le biais de ses manifestations et ressentis corporels (Jeanclaude, 2008). À la différence du déplaisir lié au deuil ou à la douleur, le déplaisir de l'*angoisse* serait associé à des vécus corporels spécifiques et à des organes déterminés. Il s'agirait notamment du cœur et des poumons, où des changements pourraient être observés dans le rythme cardiaque ou la respiration. Freud y verrait la preuve que des actions d'écondution entrent en jeu dans l'*angoisse* (Freud, 1926/1999). À la lumière de ce qui précède, nous pouvons croire que l'*angoisse* et les symptômes somatiques associés renverraient à l'*angoisse automatique* telle que définie par Freud; alors que l'*angoisse-signal* de Freud serait consciente et éprouvée par le Moi, correspondant alors à ce qui est, de nos jours, désigné comme de l'*anxiété* (Bergeret, 1975; Jeanclaude, 2008).

### 3.5.3.3 Types d'angoisses

Différentes formes d'angoisses ont été identifiées au fil du temps. Voici une brève description de sept angoisses les plus couramment admises en psychanalyse (Freud, 1927/1981; Klein et Riviere, 1937/2001; Widlöcher, 2010).

- **Angoisse de mort** : Apparaîtrait au stade de développement psychosexuel oral. Très archaïque, elle se présenterait comme une intense angoisse anobjectale, une peur d'auto-anéantissement, une peur de faire face à une « véritable destruction des composantes vitales, d'un retour à l'inorganique, à un éternel repos », une peur de disparaître ou d'être détruit (Bergeret, 1975, p. 110). Elle résulterait de la perte imaginée de « la protection des puissances du destin » ou d'une force supérieure non identifiée (Chambrier, 1997, p. 31).
- **Angoisse de morcellement** : Apparaîtrait au stade oral. Angoisse « sinistre de désespoir et de repli » (Bergeret, 1975, p. 109). Elle serait associée à un défaut d'unité avec impossibilité pour le

sujet de « constituer un véritable Moi, assez autonome et unifié »; à une peur de pénétration ou d'éclatement via une intrusion de l'objet; à la réalisation de la perte de l'objet anaclitique générant une sensation que l'objet est disparu et qu'il ne peut donc plus être soutenant ou réconfortant (Bergeret, 1996b, p. 88).

- Angoisse de persécution : Apparaîtrait au stade oral. Angoisse reliée à l'objet partiel, qui refléterait une peur irrationnelle de type persécuteur/persécuté. Il s'agirait d'une peur de blesser ou d'être blessé, d'attaquer ou d'être attaqué, d'une crainte d'être l'instigateur ou la victime de cruauté, de malveillance, de haine, d'agressivité (de Mijolla, 2005; Lingiardi et McWilliams, 2017). Cette angoisse proviendrait « de la projection des pulsions destructrices haineuses sur un objet externe » qui feraient ensuite retour de l'extérieur vers le sujet (Azoulay, 2007, p. 49).
- Angoisse dépressive : Apparaîtrait au stade anal. Il s'agirait d'une angoisse qui concerne « à la fois le passé et le futur », qui rappellerait « un passé malheureux mais elle témoigne cependant, en même temps, d'une espérance de sauvetage investie dans la relation de dépendance féconde à l'autre » (Bergeret, 1996b, p. 147). Elle surviendrait si le sujet craint de perdre son objet d'amour anaclitique ou s'il craint que cet objet lui fasse défaut, ce qui constituerait alors un deuil impossible qui mènerait à la dépression (Bergeret, 1996b).
- Angoisse de perte d'objet ou Angoisse de séparation : Apparaîtrait au stade de développement psychosexuel anal. Son émergence serait « brutale, immédiate et peu symbolisée » (Bergeret, 1975, p. 109). Il s'agirait d'une angoisse latente, « permanente, diffuse, flottante [...] infiltrante » et difficile à gérer (Bergeret, 1975, p. 108). Elle serait associée à la « peur de la perte de l'objet narcissique extérieur, et bien mal introjecté », tout en sachant qu'il existe encore (Bergeret, 1975, p. 110). Elle se manifesterait notamment par une peur d'être abandonné, la peur de perdre l'amour ou la protection de l'objet, la peur de l'agressivité dirigée envers l'objet ou la peur de décevoir celui-ci (Bergeret, 1996b). Elle entraînerait un sentiment d'abandon qui générerait des émotions de colère, d'anxiété, de tristesse et/ou de culpabilité (Lingiardi et McWilliams, 2017).
- Angoisse de castration : Apparaîtrait aux stades de développement psychosexuel phallique et génital. Elle résulterait de la prise de conscience de la différence des sexes, de façon symbolique, mais également réelle. Il s'agirait d'une angoisse qui marque « l'accès au désir génital et à la loi, et à la relation triangulaire de personnes totales et sexuées » (Bergeret, 2008, p. 284). Ce serait « une angoisse de faute, dirigée vers un objet ancien et érotisé » (Bergeret, 1975, p. 109). Elle serait associée au narcissisme et au sentiment de puissance ou de contrôle, ainsi qu'à la libido objectale et au plaisir sexuel pouvant être procuré par les organes (Bergeret, 2008). Elle porterait une menace de castration fantasmatique (Bergeret, 1996b). Elle posséderait une valeur morale, puisqu'une crainte du Surmoi et des instances parentales serait présente.

#### 3.5.4 Mécanismes de défense

Les mécanismes de défense sont des processus psychiques fort importants dans le fonctionnement individuel. Ils sont pris en considération dans la majorité des nosographies psychanalytiques, notamment dans les deux modèles à l'étude.

#### 3.5.4.1 Défense et mécanisme de défense

En psychanalyse, le terme de *défense* renvoie à toutes les techniques psychiques utilisées par la psyché pour répondre et surmonter les conflits intrapsychiques (de Mijolla, 2005, p. 425). Il s'agirait de l'ensemble « d'opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique » (Laplanche et Pontalis, 1981, p. 108). Elles auraient pour fonction de protéger, préserver et défendre le psychisme contre les conflits internes et les revendications pulsionnelles (Freud, 1926/1999). Les défenses interviendraient dans le cours pulsionnel, afin de réprimer les pulsions menaçantes et les faire dévier de leur but, pour ainsi les rendre inoffensives (Freud, 1926/1999). Elles opéreraient par voie de contre-investissement. Les défenses porteraient « non seulement sur des revendications pulsionnelles, mais sur tout ce qui peut susciter un développement d'angoisse : émotions, situations, exigences du surmoi » (Laplanche et Pontalis, 1981, p. 235). Les représentations, les souvenirs ou les fantaisies auxquelles les pulsions sont liées seraient également visés par les défenses, de même que la relation au monde extérieur. Les défenses pourraient être de formes et de natures diverses, telles que : censure, résistance, compulsion de répétition, formation de compromis et de symptôme, mécanismes de défense.

Les *mécanismes de défense* représenteraient l'un des dispositifs particuliers qui peuvent être adoptés par la défense; ce seraient des procédés dont se sert la défense (Freud, 1926/1999). Il s'agit des processus, le plus souvent inconscients, derrière la mise en place et le fonctionnement des défenses (de Mijolla, 2005, p. 427). Ce serait, par exemple, le cas de la censure, qui utilise des mécanismes tels que le déplacement\* et la condensation\* pour atteindre son but. Les *mécanismes de défense* prendraient place dans le Moi et seraient employés vis-à-vis une menace interne, que ce soit l'apparition de désirs inconscients incompatibles avec le maintien de l'équilibre intrapsychique ou devant des « représentations susceptibles d'éveiller des sensations désagréables » (Freud, 1926/1999, p. 168). Les mécanismes de défense rejetteraient et maintiendraient hors conscience les éléments déplaisants et inconciliables auxquels serait confronté le Moi. Ils auraient pour rôle « l'organisation et le maintien des conditions psychiques optimales, pouvant aider le Moi du sujet à affronter et à éviter l'angoisse et le malaise psychique » (de Mijolla, 2005, p. 427). Anna Freud aurait d'ailleurs démontré que « la visée défensive peut utiliser les activités les plus diverses (fantasme, activité intellectuelle) » (Laplanche et Pontalis, 1981, p. 235). Les mécanismes de défense permettraient donc de masquer, minimiser, déformer, oublier ou rejeter des parts dérangeantes de la réalité (Phaneuf, 2012). Leur présence permettrait de faire face aux difficultés de la vie quotidienne, aux événements pénibles ou anxiogènes, de même qu'aux traumatismes (Chabrol, 2005). Ils

contribueraient à l'élaboration des conflits psychiques et, de là, à la croissance du psychisme (de Mijolla, 2005, p. 427). En outre, l'utilisation et la sélection de mécanismes de défense particuliers seraient en étroite relation avec le type d'affections en jeu et le niveau de développement du Moi (Freud, 1926/1999).

Sigmund Freud est le premier à avoir parlé de défenses et de mécanismes de défense; il n'a toutefois jamais établi clairement la distinction entre les deux. Au fil du temps, Anna Freud, Melanie Klein et plusieurs autres auteurs ont défini et travaillé sur divers mécanismes de défense. Il n'existe actuellement aucune liste complète des mécanismes de défense ni de consensus sur leur nombre (Chabrol, 2005). Les psychanalystes reconnaissent cependant que les mécanismes de défense peuvent être catégorisés selon leur niveau d'évolution psychique. Par conséquent, il y aurait des *mécanismes de défense primitifs* ou *archaïques* et des *mécanismes de défense matures*. Les *mécanismes de défense primitifs* seraient des mécanismes qui étaient originellement utilisés au début de la vie de l'enfant, alors que celui-ci se trouvait encore dans des phases de développement précœdipiennes (Ricard, 2010). Ils sont donc moins évolués et moins raffinés que les mécanismes développés ultérieurement. Pour Melanie Klein, ces mécanismes archaïques sont ceux qui étaient utilisés dans la position schizo-paranoïde et qui se sont ensuite cristallisés (de Mijolla, 2005, p. 131). Les défenses de cette catégorie auraient pour but d'éviter la prise de conscience de conflits internes ou de réalités pénibles, de même que de désirs, « d'impulsions, d'idées, d'affects désagréables ou inacceptables » (Chabrol, 2005, p. 33). Ils joueraient aussi un rôle dans la régulation de l'estime de soi. Cette catégorie inclurait des mécanismes tels que : *acting out\**, clivage de l'objet\*, clivage du Moi\*, contrôle omnipotent de l'objet\*, défense maniaque\*, déni de la réalité\*, dissociation\*, identification projective\*, passage à l'acte\*, projection\*, régression\* et somatisation\*. Quant aux *mécanismes de défense matures*, ils auraient été développés et utilisés par le sujet plus tardivement dans son développement psychique, soit à partir de la période œdipienne (Ricard, 2010). Partant, ils seraient davantage évolués et sophistiqués que les précédents. Du point de vue kleinien, ce sont des mécanismes employés dans la position dépressive. Les mécanismes de défense matures devraient permettre l'accès et la gestion des conflits intrapsychiques, ainsi que la régulation de l'estime de soi et des relations interpersonnelles (Gabbard, 2010). Ils permettraient également d'atténuer le vécu d'émotions fortes et, parfois, de plutôt mettre l'accent sur la pensée et les cognitions (Gabbard, 2010). Cette catégorie regrouperait des mécanismes tels que : altruisme\*, annulation rétroactive\*, conversion\*, dénégation\*, déplacement\*, formation réactionnelle\*, humour\*, identification\*, inhibition\*, intellectualisation\*, isolation\*, perlaboration\*, rationalisation\*, refoulement\*, renversement en son contraire\*, répression\*, retournement contre soi\*, sublimation et suppression\*.

### 3.5.4.2 Fonctions des mécanismes de défense

Les mécanismes de défense seraient, par définition, neutres : leur présence ne pourrait être considérée ni saine ni pathologique. Tout dépendrait de l'effet produit, de la nature des mécanismes utilisés, de même que de la souplesse, l'intensité, la fréquence et la durée de leur utilisation (Chabrol, 2005; Chabrol et Callahan, 2018). Ces facteurs influenceraient la fonction adaptative des mécanismes. Ceux-ci auraient un rôle adaptatif et fonctionnel, lorsqu'ils protègent le Moi et permettent de maintenir l'harmonie psychique; lorsqu'ils aident à la régulation et la tolérance des affects « en réduisant ou écartant les affects négatifs »; lorsqu'ils maintiennent « l'homéostasie, en restaurant un niveau confortable de fonctionnement »; lorsqu'ils facilitent l'adaptation à des conditions de vie difficiles (Chabrol et Callahan, 2018). Les mécanismes de défense *matures* sont généralement considérés comme étant plus adéquats et plus complexes, ce qui assurerait une meilleure adaptation aux circonstances internes et environnementales. En fonction des processus impliqués, ils autoriseraient ou empêcheraient la perception consciente des « idées, sentiments, souvenirs, désirs ou craintes potentiellement menaçants », ainsi que leurs conséquences (Chabrol, 2005, p. 34). L'aspect adaptatif des mécanismes de défense relèverait également de leur variété et de la flexibilité de l'utilisation qui en est faite : si les mécanismes sont peu diversifiés et qu'ils sont utilisés de manière excessive, répétitive ou compulsive, cela signerait un emploi inconvenable et inadapté, voire pathologique (Chabrol, 2005). Un usage rigide et très fréquente de certains mécanismes serait un signe supplémentaire d'un fonctionnement défensif inadéquat (Chabrol et Callahan, 2018). Une utilisation inadaptée ou dysfonctionnelle des défenses se produirait lorsqu'elles ne parviennent pas à empêcher l'émergence des conflits internes ni à maintenir un bon équilibre psychique. Ils pourraient alors obstruer le champ de la conscience, couper le sujet de la réalité, nuire à son fonctionnement quotidien et à ses relations interpersonnelles (Phaneuf, 2012). Il est souvent entendu que le recours à des mécanismes de défense *archaïques* serait moins adéquat et moins approprié. À plus ou moins grande échelle, ils pourraient provoquer une confusion ou une distorsion de l'image de soi, de l'image des autres, des représentations, des cognitions ou de la réalité extérieure. Ils maintiennent hors de la conscience les affects, les idées, les causes des impulsions et des stressors (Chabrol, 2005). De plus, ils offriraient une régulation pauvre, insuffisante ou inexistante des aspects suivants : estime personnelle, émotions, pensée et impulsions (Chabrol, 2005). Néanmoins, leur présence serait tout de même acceptable, tant qu'ils font partie d'un ensemble plus vaste de défenses et que leur utilisation est ponctuelle.



#### 3.5.4.3 Mécanisme de défense et mécanisme d'adaptation

Dans le PDM-2 les expressions *defenses* et *coping stratégies* apparaissent toutes deux pour désigner les processus utilisés par la psyché pour se défendre ou se protéger (Lingiardi et McWilliams, 2017). Nous avons donc voulu explorer la différence entre les deux terminologies.

En français, l'expression *coping stratégies* se traduit par *mécanismes d'adaptation*. Il semble effectivement qu'une distinction serait parfois établie entre *mécanismes de défense* et *mécanismes d'adaptation* : certains prétendent que les premiers sont inconscients, involontaires et automatiques, alors que les deuxièmes seraient conscients et intentionnels (Chabrol et Callahan, 2018; Lingiard et McWilliams, 2017). Pour d'autres, les mécanismes de défense seraient vus comme des traits de personnalité d'un sujet, alors que les processus d'adaptation renverraient plutôt au « comportement, et plus précisément la cognition, derrière les moyens utilisés pour faire face à une situation » (Chabrol et Callahan, 2018, p. 16). Cette distinction nous apparaît globalement peu souhaitable, car elle « dichotomise assez artificiellement les opérations mentales et ne rend pas compte de leur complexité » (Chabrol, 2005, p. 32). En effet, il y aurait des « processus mentaux intermédiaires, dont les degrés de conscience et d'intentionnalité sont variables » (Chabrol, 2005, p. 32). De plus, l'évolution de la recherche à ce sujet aurait « conduit à une convergence notable » et aurait démontré un chevauchement tel, que la distinction entre les deux ne serait guère utile (Chabrol et Callahan, 2018, p. 17). Il apparaît plutôt que les mécanismes de défense et d'adaptation « s'activent habituellement conjointement ou successivement et contribuent ensemble » à l'adaptation du sujet, constituant ainsi deux composantes entremêlées (Chabrol, 2005, p. 32). Pour ces raisons, dans le présent essai, les mécanismes de défense et les mécanismes d'adaptations sont tous deux pris en considération et nous avons choisi de les regrouper sous l'appellation générale des *mécanismes de défense*.

#### 3.5.4.4 Mécanismes de défense et santé psychologique

D'aucuns affirment que le degré de maturité des défenses utilisées serait en lien avec la santé psychique d'un sujet. Il semblerait qu'une plus grande prévalence de mécanismes de défense *matures* prédirait une meilleure santé mentale et physique, notamment quant à « l'adaptation psychosociale, le soutien social, le plaisir à vivre, et le fonctionnement physique subjectif » (Chabrol, 2005, p. 41). Dans le même ordre d'idées, il apparaît que l'utilisation majoritaire de certains mécanismes de défense serait liée à « des types particuliers de personnalité, ou dans certains cas, à des troubles de la personnalité » (Gabbard, 2010, p. 28). À titre d'exemple, il serait fréquent de retrouver la formation réactionnelle chez une personnalité

obsessive-compulsive, l'omnipotence chez une personnalité narcissique, le clivage chez une personnalité limite ou la projection chez une personnalité paranoïaque (Chabrol, 2005; Gabbard, 2010).

### 3.5.5 Symptôme

Dans le premier chapitre de cet essai, nous avons rapidement discuté de l'importance de considérer le symptôme comme l'un des multiples facteurs qui influencent la psychopathologie d'un sujet. Il nous apparaît clair qu'une « constellation de symptômes est largement insuffisant[e] » pour arriver à comprendre le fonctionnement psychique d'un sujet ou pour établir un diagnostic psychologique (St-Onge, 2014, p. 212).

La découverte du sens du symptôme aurait été faite par Freud aux environs de 1884, alors qu'il étudiait l'hystérie et les signes de conversion hystérique. Il aurait alors déduit que le symptôme *parle*, qu'il a une signification, même si celle-ci est ignorée par le sujet (Freud, 1926/1999; Stryckman, 2001). Cette parole serait « le discours indirect qui permet à l'inconscient de s'exprimer, de se dévoiler, tout en s'oblitérant, et de se donner comme langage parce qu'il n'a pas la possibilité de se donner comme parole et d'être effectivement dit » (Misrahi, s.d.). Le symptôme était alors considéré par Freud comme une formation de l'inconscient, une manifestation visible de phénomènes intrapsychiques invisibles. De ce fait, le symptôme ignorerait son origine. Freud allègue cependant que l'étiologie de tous symptômes « demeure toujours la frustration, le non-accomplissement d'un de ces désirs infantiles » (1884-1924/1973, p. 285). Le symptôme serait également vu comme un compromis, « où le jeu se fait, dans une première topique, au niveau des censures entre Inconscient, Préconscient et Conscient; ou entre les instances de la deuxième topique, où le Surmoi devient le grand ordonnateur » (de Mijolla, 2005, p. 1770). De là, Freud aurait affirmé que le symptôme névrotique est le résultat d'un conflit entre le Moi et le Ça, où le Moi « reste fidèle à son allégeance vis-à-vis le monde extérieur et cherche à bâillonner le ça » (Freud, 1884-1924/1973, p. 285). Le symptôme psychotique serait plutôt tributaire d'un conflit entre le Moi et la réalité, où le Moi « se laisse dominer par le ça et arracher du même coup à la réalité » (Freud, 1884-1924/1973, p. 285). Dans tous les cas, la mise en œuvre du symptôme passerait par le Moi et traduirait incontestablement l'échec de celui-ci à « réconcilier ensemble les différentes revendications » internes et externes (Freud, 1884-1924/1973, p. 286). Le symptôme se substituerait à la pulsion\*; une solution coûteuse qui nécessiterait beaucoup d'énergie psychique, afin de maintenir le contre-investissement. Par conséquent, la symptomatologie serait à la fois « l'expression d'un accomplissement de désir et la réalisation d'un

fantasme inconscient servant à accomplir ce désir » et « une formation de compromis dans la mesure où le refoulement s'exprime aussi en lui » (Chemama et Vandermersch, 2009, p. 563).

Bien que le symptôme pourrait être indice « d'un processus morbide » (Freud, 1926/1999, p. 3), Freud affirme que son apparition ne signe pas nécessairement la présence d'une psychopathologie, d'où l'importance d'évaluer l'intention derrière ce symptôme. Il semble que la réalisation du symptôme serait étroitement liée à la vie psychique : la manière dont les pulsions sont combinées aux différentes instances psychiques déterminerait le type de symptôme et/ou la pathologie qui prendront place chez un sujet (Chartier, 2001). La symptomatologie d'un individu pourrait donc être tributaire de mille et une causes : « vulnérabilité biologique, accumulation de stressseurs environnementaux, expériences traumatiques, environnement malsain [...], intimidation par les pairs ou isolement social » (Lemay, 2015). Cette multitude de possibilités explique qu'un même symptôme puisse renvoyer à des motivations dynamiques différentes et, pareillement, qu'une souffrance psychique similaire puisse donner lieu à des manifestations symptomatiques différentes. Dans tous les cas, la mise en œuvre du symptôme passerait par le Moi et traduirait incontestablement l'échec de celui-ci à « réconcilier ensemble les différentes revendications » internes et externes (Freud, 1884-1924/1973, p. 286).

#### 3.5.5.1 Fonctions du symptôme

Dans la mesure où chaque symptôme serait spécifique à l'individu qui le présente et ne pourrait être compris qu'en fonction de son histoire personnelle, il apparaît que le symptôme peut présenter différents rôles et fonctions (Ferrant et Ciccone, 2007; Stryckman, 2001). D'abord, il pourrait avoir une fonction *préventive* et *protectrice*, en association avec la formation de compromis, qui viserait à prémunir le Moi du développement d'angoisse et à éviter la situation de danger qui est mise à jour par cette angoisse signal; ou encore qui permettrait d'éviter l'émergence de toutes sensations de déplaisir, de détresse et de douleur (Freud, 1926/1999; Stryckman, 2001). La création du symptôme supprimerait alors la menace ressentie par le Moi. En outre, l'apparition de symptômes pourrait être *adaptive*, en permettant au sujet de maintenir un fonctionnement quotidien adéquat et en lui permettant d'éviter la décompensation\* et la maladie. Le symptôme s'inscrirait alors en tant que tentative de traitement – une solution alternative fonctionnelle – face à une angoisse ou à des affects difficiles (Stryckman, 2001). Par ailleurs, le symptôme pourrait permettre au Moi « une satisfaction narcissique dont autrement il serait privé », touchant ainsi l'amour propre ou l'estime de soi (Freud, 1926/1999, p. 15). Enfin, la présence de symptômes pourrait être le « reflet relationnel visible d'une structure sous-jacente fixe et cachée à partir du moment où cette

structure de base ne se verrait plus fonctionner dans un état d'adaptation suffisant par rapport aux réalités « internes et externes, donc être pathologique » (Bergeret, 1975, p. 60).

À travers son fonctionnement inconscient, ses significations énigmatiques, ses différentes fonctions et les multiples formes qu'il peut prendre, le symptôme occupe une place importante dans l'évaluation du fonctionnement psychique. Il est donc pertinent d'analyser la place qui lui est accordée et la manière dont il est traité dans chacun des modèles étudiés.

## CHAPITRE IV

### MODÈLES À L'ÉTUDE

Les assises théoriques de cette recherche étant posées, il convient de présenter les modèles à l'étude. Le modèle structural de Bergeret sera d'abord présenté, suivi du *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2<sup>e</sup> édition). Dans les deux cas, nous présenterons la manière dont ils ont été élaborés, leur mode d'organisation interne et leur méthode d'utilisation.

Le modèle de Bergeret s'inscrit clairement dans une approche structurale, telle que décrite dans le premier chapitre. Le PDM-2 propose toutefois une organisation double : globalement construit sous une approche multiaxiale, une partie du modèle est d'orientation structurale – un axe sur trois – soit la partie qui traite de l'évaluation de la personnalité. Les deux nosographies s'appuient néanmoins sur le postulat que la personnalité est organisée en structures et reconnaissent ainsi des fonctionnements de personnalité névrotique, limite/*borderline* et psychotique. Pourtant, les descriptions qu'ils en donnent et l'emploi qu'ils en font diffèrent. Le vocabulaire utilisé pour parler et décrire les fonctionnements de personnalité n'est également pas le même, ce qui peut porter à confusion. Conséquemment, dans un souci de compréhension et de simplification, nous emploierons des termes différents, en fonction du modèle qui est discuté. Nous avons choisi de rester le plus fidèle possible aux terminologies utilisées par les auteurs. De ce fait, les vocables *structure*, *aménagement/astructuration* et *caractère* seront utilisés lorsqu'il est question du modèle de Bergeret; les termes *organisation* et *style/syndrome*<sup>2</sup> de personnalité pour la nosographie du PDM-2.

#### 4.1 Modèle structural de Jean Bergeret

##### 4.1.1 Élaboration du modèle

Jean Bergeret a développé son modèle structural en prenant appui sur les travaux de différents auteurs et il ne manque pas, d'ailleurs, de nommer ses sources d'inspirations à travers ses écrits. Il y aurait d'abord Sigmund Freud, fréquemment cité par Bergeret et dont les théories signent la base métapsychologique

---

<sup>2</sup> Communément, le terme *syndrome* a une connotation pathologique et renvoi à une « [a]ssociation de plusieurs symptômes signes ou anomalies constituant une entité clinique reconnaissable » et à l'ensemble « des signes révélateurs d'une situation jugée mauvaise » (Dictionnaires Le Robert, 2003, p. 2543-2544). Cependant, puisqu'il s'agit du terme spécifiquement utilisé dans le manuel, nous avons adopté la terminologie.

des travaux de ce dernier. Un deuxième auteur très important, car souvent mentionné, semble être Robert Fliess. Bergeret rapporte s'être beaucoup intéressé à la conception nosographique développée par celui-ci, qui « mettait en évidence les différences structurelles entre les pathologies inventoriées » (Bergeret, 2011, p. 186). Il semble que Fliess « insistait sur l'évolution psychogénétique propre à chaque lignée » et faisait référence à une *divided line*, une *ligne de division* établie au milieu du stade anal, entre la phase d'expulsion et la phase de rétention, qui différencierait les pathologies psychotiques et névrotiques (Bergeret, 2011). Puis, il y aurait Paul-Claude Racamier qui, de manière similaire à Fliess, admettait l'existence d'un aménagement de personnalité intermédiaire, qui n'était conçu ni comme une forme de psychose légère ni comme une névrose grave (Bergeret, 2011). Ses positions sur la psychogenèse et le fonctionnement psychotique s'apparenteraient d'ailleurs fortement aux hypothèses de Bergeret (1975). Tout ceci aurait donc alimenté les réflexions de Bergeret quant au nécessaire établissement d'un tierce état, un *état limite*, situé entre psychose et névrose. Il semble que les travaux de Racamier auraient aussi stimulé l'intérêt de Bergeret pour la reconnaissance de différentes structures de personnalité (Bergeret, 2011). Par ailleurs, ce dernier fait également référence à Karl Abraham, évoquant à diverses occasions ses apports théoriques quant aux caractéristiques de l'objet, au fonctionnement pathologique et à la dépression (Bergeret, 1975). Enfin, Bergeret parle de Bela Grunberger comme ayant influencé son étude du narcissisme et le développement de ses théories sur la violence fondamentale (Bergeret, 1975; Vermorel *et al.*, 1999).

Dans son modèle nosographique, Bergeret s'est majoritairement attaché à décrire la personnalité adulte, considérant que la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent n'est pas encore déterminée ni fixée avant la fin de l'adolescence. Bien qu'il se soit tout de même attardé au volet pédopsychiatrique et qu'il ait posé diverses hypothèses cliniques, celui-ci ne sera pas abordé dans le cadre de l'essai actuel. Nous nous en tiendrons à sa perspective de la personnalité adulte seulement.

#### 4.1.2 Organisation interne du modèle

L'élément central du modèle structural de Bergeret est le concept de *structure de base*. De manière générale, il définit la *structure* comme une « disposition complexe mais stable et précise des parties qui la composent, c'est la manière même dont un tout est composé et dont les parties de ce tout sont arrangées entre elles » (Bergeret, 1996b, p. 3). Chaque élément prendrait alors sa valeur par rapport à l'ensemble auquel il est lié. En ce qui concerne la personnalité, la notion de *structure de base* renverrait aux assises sur lesquelles repose le fonctionnement mental d'un sujet, un ensemble indécomposable de

caractéristiques individuelles, perçues dans leur globalité (Bergeret, 1996b). Elle refléterait l'agencement des fonctions mentales essentielles, l'arrangement d'un système complexe et durable de fonctions psychiques (Vermorel *et al.*, 1999). Une *structure vraie* représenterait « la base idéale d'aménagement stable des éléments métapsychologiques constants et essentiels chez un sujet » (Husain *et al.*, 2009, p. 181). Elle se constituerait « selon une variété d'organisation interne avec des lignes de clivage et de cohésion qui ne pourront plus varier par la suite » (Bergeret, 1996b, p. 54). Elle désignerait le « mode d'organisation permanent le plus profond de l'individu, celui à partir duquel se jouent les aménagements fonctionnels » normaux ou morbides (Bergeret, 1996b, p. 3). Elle se démarquerait par sa solidité, sa stabilité, son authenticité et sa constance. La structure organiserait la personnalité de manière irréversible, « avec des mécanismes de défense peu variables, avec un mode de relation d'objet sélectif, avec un degré d'évolution libidinale et moïque défini, avec une attitude arrêtée de façon répétitive devant la réalité, avec un jeu réciproque assez invarié des processus primaire et secondaire » (Bergeret, 1996b, p. 46). La *structure* est à distinguer de la *personnalité* décrite précédemment, en ce que la structure serait « un mode d'organisation de la personnalité », l'élément de base sur lequel s'appuie la personnalité d'un sujet (Bergeret, 2011, p. 188).

Deux structures de personnalité pourraient être identifiées dans le modèle structural, soit la structure névrotique et la structure psychotique. Bergeret en parle comme de structures *vraies*, solides et définitives, qui seraient mutuellement exclusives : un sujet structuré de façon névrotique ne pourrait pas, pour quelle que raison que ce soit, devenir psychotique et vice versa. Une fois qu'un individu serait organisé en fonction d'une structure donnée, il y resterait pour la vie (Bergeret, 1996b, 2008). Ces deux structures seraient séparées par un aménagement non structurel, appelé *astructuration limite*. Cet aménagement ne répondrait pas aux critères de solidité et d'invariabilité d'une structure vraie, car il serait instable et fluctuant. L'aménagement limite présenterait un mouvement intérieur constant et un combat incessant pour maintenir une forme d'équilibre précaire et peu sécurisant pour le sujet. Il s'agirait d'un état trop fragile et pas suffisamment organisé narcissiquement pour se voir désigné le statut de structure (Bergeret, 2008). Ceci dit, les deux structures et l'astructuration limite auraient un mode de fonctionnement qui leur est propre et qui se distinguerait selon quatre axes organisateurs fondamentaux : la nature de l'anxiété latente, le mode de relation d'objet, les mécanismes de défense principaux et le mode habituel d'expression du symptôme (Bergeret, 1996b, p. 68). Leurs différences seraient donc essentiellement qualitatives et non pas quantitatives (Husain *et al.*, 2009).

Bergeret soutient que la psychogenèse des structures et de l'astructuration est influencée par plusieurs facteurs, tels que les relations aux parents durant l'enfance, le milieu de vie et le développement psychosexuel de l'enfant, ainsi que par les fixations et les traumatismes désorganiseurs précoces (Bergeret, 1996b, 2008, 2011). Les événements survenant pendant les stades de développement oral, anal et phallique auraient donc beaucoup d'importance; l'atteinte ou le dépassement de ces stades influencerait le développement de la future organisation de personnalité. Bergeret explique que l'évolution psychique serait interrompue pendant le stade de latence, car, bien que plusieurs vécus latents soient en jeu, cette période développementale contribuerait peu au développement structurel (Bergeret, 1975). Le processus évolutif serait réactivé au moment de l'adolescence, où « tout sera à nouveau remis en question » (Bergeret, 1975, p. 70). La structure de personnalité ne serait véritablement fixée qu'une fois l'adolescence terminée. Bergeret suggère qu'un individu s'organiserait selon la structure psychotique si des fixations et des traumas sont survenus alors qu'il se trouvait au stade oral ou au premier sous-stade anal; qu'une structuration névrotique surviendrait après résolution du stade phallique et après résolution variable de l'Œdipe, avec des fixations sans grande importance (Bergeret, 1996b; Vermorel *et al.*, 1999). Enfin, s'il y a eu traumatisme désorganiseur au deuxième sous-stade anal ou au début du stade phallique, l'auteur postule que le sujet serait voué à un fonctionnement limite, aucune structure fixe ne se mettant en place (Bergeret, 1996b; de Tychey, 2012). Cela dit, en présence d'un deuxième traumatisme tardif ou d'une accumulation de microtraumatismes, rappelant le trauma précoce, l'aménagement limite pourrait prendre la voie de la décompensation somatique. Il pourrait également y avoir une régression vers la voie de la structuration psychotique ou une évolution vers la structuration névrotique (Bergeret, 2008; Ricard, 2010). Ce changement de lignée structurelle serait toutefois rare et l'individu se trouvant dans l'astructuration limite aurait de fortes chances d'y rester sa vie entière. Ceci explique que chaque structure a « sa cohérence et son homéostasie propre », bien qu'elles présentent des différences « par rapport à leur degré d'accomplissement œdipien » (Vermorel *et al.*, 1999, p. 28).

#### 4.1.3 Utilisation du modèle

L'identification du type de structure ou d'astructuration du sujet constitue la première étape de l'évaluation de la personnalité, selon le modèle de Bergeret. La deuxième étape suggérée est la précision du mode de fonctionnement psychique, caractérisé par trois paliers : le caractère, les traits de caractère et la pathologie du caractère.



Le *caractère* est défini par Bergeret comme « le témoignage visible de la structure de base de la personnalité, le véritable “signe extérieur de richesse ou de pauvreté structurelle” » (1996b, p. 184). Il représenterait les manifestations concrètes et non morbides du mode de fonctionnement de la structure. Il serait stable et constant. Il refléterait les modes de fonctionnement du Moi, les besoins pulsionnels, le choix objectal, les particularités de l’angoisse, les conflictualités internes et les représentations fantasmatiques et oniriques diverses (Bergeret, 1996b). Il incarnerait les caractéristiques manifestes de la personnalité du sujet, en concordance avec la structure profonde. Pour en faire l’évaluation, Bergeret prendrait appui sur les quatre facteurs de base précédemment mentionnés – angoisses latentes, mode de relations d’objet, mécanismes de défense principaux, mode habituel d’expression des symptômes. Il prendrait aussi en compte le niveau de fonctionnement de la libido et du Moi, la nature des conflits intrapsychiques, les fixations, les représentations fantasmatiques et la genèse de la relation parentale (Bergeret, 1996b). Tous ces éléments aideraient à bien définir le caractère présenté par un sujet et permettraient d’établir un diagnostic différentiel, si nécessaire (Bergeret, 1996b). Le caractère particulier d’un sujet partagerait les caractéristiques générales que la structure/aménagement profonde sur laquelle il repose. Cependant, certaines angoisses seraient plus dominantes ou certains mécanismes de défense seraient davantage utilisés que dans les autres caractères de la même structure. De plus, l’étiologie pourrait être légèrement différente d’un caractère à l’autre, bien qu’ils soient dans la même lignée structurelle. Qui plus est, chaque caractère serait spécifiquement associé à l’un des trois modes d’organisation de la personnalité. Suivant cette logique, un individu de structuration névrotique pourrait présenter un caractère obsessionnel, un caractère hystérophobique ou un caractère hystérique de conversion. Il y aurait possibilité de retrouver un caractère schizophrénique, paranoïaque ou mélancolique chez un sujet de structure psychotique. Enfin, dans l’aménagement limite, une personne pourrait présenter un caractère narcissique, pervers, caractériel ou psychosomatique. Puisque le type de caractère est considéré comme intimement relié à la structure/astructuration dans laquelle il apparaît, la description de chaque caractère sera faite dans le prochain chapitre, lorsque les trois fonctionnements de personnalité seront définis. Les définitions alors formulées permettront de mieux comprendre les caractères qui seront par la suite présentés. Nous estimons que ce choix favorisera une meilleure compréhension et une meilleure cohérence.

Par ailleurs, il serait possible que certaines manifestations caractérielles ne concordent pas avec les caractéristiques de la structure profonde, qu’elles ne correspondent pas à l’expression habituelle et attendue. Ce phénomène traduirait la présence de ce que Bergeret appelle des *traits de caractère*. Ceux-

ci sont décrits comme des mécanismes auxiliaires, qui agiraient à titre de roue de secours au fonctionnement caractériel habituel, que ce soit pour maintenir le fonctionnement normal de la structure ou pour aider au système défensif lorsqu'il y a « défaillance pathologique » (Bergeret, 1996b, p. 239). Deux types de traits de caractère sont identifiés par Bergeret : les traits de caractère *défensifs* – traits névrotiques, psychotiques et narcissiques – et les traits de caractère *pulsionnels* – traits libidinaux et agressifs. Les premiers seraient le résultat d'une intervention défensive du Moi, pour suppléer aux possibles défaillances du caractère du sujet, par des traits appartenant à d'autres modes caractériels; les seconds seraient des éléments n'appartenant à aucune structure spécifique, mais qui « traduisent simplement une fixation ou une régression développée à un niveau quelconque de l'évolution pulsionnelle » (Bergeret, 1996b, p. 240). L'auteur affirme qu'il y a toujours des traits de caractère ajoutés au caractère propre (Bergeret, 1996b).

Finalement, l'appellation *pathologie du caractère* renverrait à la psychopathologie, à une présence importante de symptômes. Bergeret affirme qu'une décompensation surviendrait chez un sujet lorsque celui-ci ne réussit pas à s'adapter aux diverses problématiques internes ou externes qu'il rencontre sur sa route. Il s'agirait de situations où « les conflits intrapsychiques œdipiens et/ou préœdipiens sont majeurs et ne peuvent espérer se résoudre que par l'apparition de symptômes coûteux pour la vie psychique et la vie tout court » d'un sujet (Bergeret, 2008, p. 174). Bergeret en parle comme d'une « maladie, non seulement de la relation objectale, mais aussi du *statut* même de l'objet, lié à un vice plus ou moins grave selon les variétés cliniques de maladies du caractère dans la constitution de la représentation objective » (Bergeret, 1996b, p. 266). Ces états pathologiques pourraient survenir à différents moments, plaçant le sujet successivement en état « d'adaptation, de désadaptation, de réadaptation, etc. » (Bergeret, 1996b, p. 23). Dans les faits, cette conception de la pathologie du caractère renvoie à la définition de l'*anormal* présentée précédemment : la *pathologie du caractère* serait donc une autre manière de se représenter l'état d'*anormalité* dans lequel un sujet pourrait momentanément se retrouver.

En outre, il est important de comprendre que, pour Bergeret, les structures et l'astructuration sont présentées selon un fonctionnement linéaire, tributaire du parcours développemental de l'enfant. Elles ne seraient pas hiérarchisées en fonction d'un état de santé ou de pathologie ni selon un degré de normalité ou de supériorité quelconque. L'ordre serait plutôt établi en tenant compte de la qualité du fonctionnement interne, « dans le sens maturatif, élaboratif et relationnel des différentes fonctions du Moi » (Bergeret, 1996b, p. 38). Cette classification serait donc tributaire « des maturations sexuelles, des

niveaux d'élaboration des processus mentaux, des degrés atteints par la force du Moi, des niveaux de constitution du Surmoi, des possibilités de relation ou d'indépendance objectale » (Bergeret, 1972, p. 399). De ce fait, la structure psychotique présenterait un fonctionnement psychique global moins mature et moins élaboré que la structure névrotique, alors que le fonctionnement de l'aménagement limite se situerait entre les deux. Qui plus est, il convient de rappeler que les états de normalité et d'anormalité précédemment expliqués pourraient se trouver tout autant dans la structure névrotique que dans la structure psychotique. Ces structures pourraient toutes deux évoluer de façon *normale* lorsqu'elles sont compensées et fonctionnelles, car si un individu est « adapté à sa structure de fond, il est dans un état de normalité. Le bon fonctionnement de sa structure originale personnelle le rend normal » (Bergeret, 2011, p. 189). La normalité de la structure psychotique serait, évidemment, différente de la normalité d'une structuration névrotique (Bergeret, 1975, 2011), puisque leurs degrés de maturité et de fonctionnement psychique ne seraient pas les mêmes. Pareillement, les structures pourraient se retrouver en état d'anormalité s'il y a décompensation et déséquilibre psychique. Ce ne serait toutefois pas le cas de l'aménagement limite, qui est plutôt qualifié par Bergeret de *pseudo-normal* : il jouerait à la normalité, au prix d'artifices aliénants et coûteux. Il y aurait imitation de la stabilité et la normalité des structures voisines, n'y accédant jamais. Bien que cet aménagement serait généralement durable dans le temps, il resterait toujours fragile, ce qui ne lui permettrait pas d'entrer dans la *normalité* bergeretienne.

## 4.2 Psychodynamic Diagnostic Manual, 2<sup>e</sup> édition (PDM-2)

### 4.2.1 Élaboration des deux éditions du manuel

La création du PDM est due aux efforts de Stanley I. Greenspan, pédopsychiatre et psychanalyste américain. Animé par le désir de concevoir un système de classification utile sur le plan clinique, il a réussi à enrôler plusieurs organismes et une quarantaine de psychanalystes à travers le monde, afin de créer un outil qui allait changer la manière de travailler dans le domaine de la santé mentale (McWilliams, 2011, p. 118). La première édition du *Psychodynamic Diagnostic Manual* a été publiée en 2006 et la seconde en 2017. Ces ouvrages traduisent l'effort collaboratif de plusieurs associations et organismes qui œuvrent en psychologie psychodynamique ou qui sont reliés à la santé mentale. Il y a, entre autres, l'*American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, l'*American Association for Psychoanalysis in Clinical Social Work*, l'*American Psychoanalytic Association*, l'*International Psychoanalytical Association*, l'Association européenne de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent et l'*International Society of*

*Adolescent Psychiatry and Psychology*. S'ajoutent à cela plusieurs figures importantes de la psychanalyse, dont Robert Wallerstein, Nancy McWilliams, Otto Kernberg, Jonathan Shedler et Vittorio Lingiardi. Les deux éditions du manuel ont été élaborées à partir des connaissances et postulats psychanalytiques, mais aussi à la suite de nombreuses recherches empiriques de la neuroscience et de la clinique psychothérapeutique (Lingiardi et McWilliams, 2017; McWilliams *et al.*, 2018). La deuxième édition aurait cherché à allier psychanalyse et symptomatologie en une proposition polyvalente et complète, afin d'offrir une classification des individus, une « taxonomie des personnes » plutôt qu'une « taxonomie des maladies » (Lingiardi *et al.*, 2015, p. 96). L'objectif principal était d'améliorer l'évaluation diagnostique et le traitement des troubles psychologiques, en s'appuyant sur une description en profondeur aussi bien qu'en surface, du fonctionnement psychique d'un sujet (Porcerelli *et al.*, 2011, p. 177). Les auteurs souhaitaient offrir une description multidimensionnelle du fonctionnement émotionnel, cognitif et social d'un sujet, ainsi que des processus psychologiques sous-jacents à la présentation symptomatique (McWilliams *et al.*, 2018). Ils souhaitaient également fournir aux cliniciens des moyens et des outils thérapeutiques adaptés aux particularités individuelles (PDM Task Force, 2006). Un grand effort aurait été mis pour redonner une place au sujet et faire du sens avec l'observable (Lingiardi et McWilliams, 2017). Le PDM intégrerait une perspective idiosyncratique et holistique, plutôt que la traditionnelle – et incomplète – perspective nomothétique (McWilliams, 2011).

La caractéristique fondamentale des PDM et PDM-2 repose sur le postulat que les difficultés et les problèmes psychologiques ne pourraient être évalués correctement sans d'abord comprendre profondément l'individu qui les présente (Lingiardi et McWilliams, 2017). Il serait primordial pour les auteurs qu'une évaluation prenne en compte la réalité et l'expérience individuelle globale du sujet, de même que le contexte socioculturel dans lequel il évolue (Lingiardi et McWilliams, 2017). Il y aurait un grand intérêt pour les prédispositions biologiques, cognitives, affectives, somatiques des troubles, ainsi qu'une grande attention portée à l'expérience subjective du sujet vis-à-vis ses symptômes (Huprich *et al.*, 2015). Il est entendu que les sphères émotionnelle, sociale et comportementale seraient interreliées et qu'elles fonctionneraient conjointement, plutôt que de façon isolée (PDM Task Force, 2006, p. 1). De plus, des liens sont constamment établis entre les symptômes et les capacités sociales et émotionnelles; la symptomatologie y étant conçue comme « le reflet d'une expression franche des méthodes d'adaptation et de défense d'un sujet, face aux événements » (Huprich *et al.*, 2015, p. 63).

Une autre spécificité des deux ouvrages est l'accent porté au volet thérapeutique. Une grande place est accordée aux particularités de la psychothérapie et la relation avec le thérapeute est envisagée comme un outil diagnostique essentiel (Selvini, 2010). Le travail thérapeutique est présenté comme s'appuyant, en partie, sur les verbalisations du sujet quant à ses pensées, ses émotions et ses comportements (PDM Task Force, 2006, p. 5). Les deux éditions du PDM s'appliquent à présenter le déploiement de la relation thérapeutique et de divers enjeux présents, en tenant compte des différentes caractéristiques de la personnalité du sujet. Dès lors, il y a description de l'alliance thérapeutique, de la dynamique relationnelle qui s'établit entre le sujet et le clinicien, de la façon dont le client se présente en thérapie ou qu'il parle de son vécu personnel, de même que des possibles réactions contre-transférentielles du thérapeute (Lingiardi et McWilliams, 2017). Enfin, des exemples cliniques sont présentés à plusieurs endroits.

Par ailleurs, il semble que les auteurs auraient cherché à rendre le PDM pratique et utilisable par le plus grand nombre de professionnels. Une attention aurait donc été portée à minimiser l'utilisation du jargon psychanalytique pour utiliser un vocabulaire accessible, où les cliniciens de toutes allégeances théoriques peuvent s'y retrouver (McWilliams, 2011; McWilliams *et al.*, 2018). De plus, il apparaît que la compréhension du fonctionnement sain et de ce que représente une bonne santé psychique serait essentielle : cela devrait inévitablement précéder toute description de troubles psychiques ou de pathologies (PDM Task Force, 2006, p. 2). Comprendre le fonctionnement mental en santé permettrait ensuite d'en identifier les déviations, de les comprendre, de les expliquer et de les classer (PDM Task Force, 2006, p. 431). Tant la santé mentale que la psychopathologie impliqueraient une multitude de caractéristiques fonctionnelles subtiles (Lingiardi et McWilliams, 2017). Le PDM prônerait ainsi une étude en profondeur de la personnalité, ce qui ferait partie du courant identifié comme la *deep psychology* (PDM Task Force, 2006). Il s'agirait, en fait, de prendre en considération les parts de la psyché qui ne se manifestent pas directement dans les comportements ou les symptômes de surface et pas nécessairement dans un contexte de vie quotidienne, mais qui influenceraient tout de même le fonctionnement mental (PDM Task Force, 2006, p. 433). Cette orientation clinique s'intéresserait particulièrement aux aspects psychologiques associés au développement de l'identité, aux capacités d'individuation et de différenciation, à la symbolisation, aux émotions, aux mécanismes de défense, à la capacité d'intimité et au développement de la personnalité (PDM Task Force, 2006, p. 433).

#### 4.2.2 Organisation interne et utilisation du manuel

Le PDM-2 est divisé en cinq volets : vie adulte, adolescence, enfance, petite enfance et vie du nourrisson, vie de la personne âgée. Nous nous intéresserons ici au volet adulte seulement. Celui-ci est séparé en trois axes principaux, qui permettraient de faire l'évaluation complète du fonctionnement psychique.

##### 4.2.2.1 Axe P – Syndromes de personnalité

Les auteurs du manuel postulent que les troubles mentaux et les symptômes ne peuvent pas être compris, évalués ou traités sans qu'il y ait d'abord une compréhension globale de la vie psychique de la personne évaluée (Huprich *et al.*, 2015; PDM Task Force, 2006). La personnalité est considérée comme la base sur laquelle repose l'ensemble du fonctionnement psychique d'un sujet (Lingiardi et McWilliams, 2017). Les auteurs expliquent que les troubles mentaux et les symptômes ne peuvent pas être compris, évalués ou traités sans qu'il y ait d'abord une compréhension globale de la vie psychique du sujet (Huprich *et al.*, 2015; PDM Task Force, 2006). Par conséquent, l'*Axe P – Syndromes de personnalité* est placé en premier et devrait être la première dimension évaluée chez l'adulte.

L'utilisation de cet axe se ferait en deux temps. En premier lieu, il conviendrait de déterminer le niveau d'*organisation de personnalité* du sujet et d'en comprendre le fonctionnement. Cette notion d'*organisation* désignerait l'agencement général de la personnalité et du psychisme, l'ensemble des caractéristiques intrapsychiques fondamentales, organisées entre elles et qui rendent compte du fonctionnement psychologique d'un individu. Il serait notamment question des conflits et des enjeux internes, des forces et faiblesses du sujet, des motivations personnelles, des schèmes de pensées, des mécanismes de défense et des fantasmes (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 16). Le manuel présente quatre niveaux d'organisation, situés sur un continuum allant de la santé mentale à la psychopathologie : l'organisation saine, qui serait la plus adaptée et la plus fonctionnelle; l'organisation névrotique, qui présenterait des difficultés modérées dans des domaines précis; l'organisation *borderline*, qui souffrirait de problèmes notables, perturbant le fonctionnement quotidien; l'organisation psychotique, qui serait l'organisation la plus altérée et la moins fonctionnelle – ces organisations seront décrites en détail dans le chapitre suivant. La description de chaque organisation est faite selon plusieurs paramètres : le niveau de fonctionnement du sujet quant à la qualité des relations interpersonnelles; l'expérience, la compréhension et la variété des émotions; l'expérience, la compréhension et la variété des pensées; le niveau de flexibilité mentale lorsque confronté à des stressseurs externes ou des conflits internes; le degré de cohérence

identitaire; l'expression des impulsions, en concordance avec les valeurs personnelles et la situation; la souffrance personnelle ou imposée aux autres (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 18).

Pour situer un sujet sur ce continuum, la première édition du PDM proposait d'évaluer le fonctionnement de personnalité du sujet quant à sept facteurs clefs : l'identité, les relations d'objet, la tolérance aux affects, la régulation des affects, l'intégration du Moi et des idéaux, l'épreuve de réalité\*, la force du Moi et la résilience (PDM Task Force, 2006, p. 22). Cette section a toutefois été retirée du PDM-2. Pour trouver des normes d'évaluation claires, il est nécessaire de se référer à la *Psychodiagnostic Chart-2* à la fin du manuel (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 1019). Quatre fonctions mentales essentielles y sont présentées :

1. Identité : perception de soi selon le niveau de complexité, de stabilité et de justesse.
2. Relations d'objet : capacité à maintenir des relations intimes, stables et satisfaisantes.
3. Niveau de défense : types de mécanismes de défense privilégiés.
4. Épreuve de réalité : capacité à adhérer aux normes conventionnelles de la réalité.

De là, il s'agirait d'attribuer une cote de 1 (déficit sévère) à 10 (fonctionnement sain) à chacune des quatre fonctions précédentes, ce qui permettrait ensuite d'établir une moyenne globale. Celle-ci permettrait d'identifier le niveau d'organisation de personnalité auquel appartient le sujet : une majorité de scores entre 1 et 2 signerait la présence d'une organisation psychotique; plusieurs cotes entre 3 et 5 suggéreraient une organisation *borderline*; une prépondérance de cotes entre 6 et 8 renverrait à une organisation névrotique; une présence majoritaire de scores de 9 ou 10 traduirait la présence d'une organisation saine (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 951). Les auteurs précisent qu'il n'y a évidemment pas de séparation nette et que le jugement du clinicien est primordial.

En deuxième lieu, il s'agirait d'évaluer les *styles* ou *syndromes de personnalité*, ce qui permettrait de dépeindre plus précisément le fonctionnement psychique du sujet évalué. Un *syndrome de personnalité* représenterait une configuration complexe, mais reconnaissable, de caractéristiques comportementales et psychologiques interreliées, qui colorent la personnalité. Il ne serait pas pathologique en soi et serait relativement stable dans le temps (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 72). L'identification du syndrome devrait permettre de mettre en évidence les schémas de pensées caractéristiques, le profil sentimental, les tendances comportementales récurrentes, de même que le mode privilégié d'entrée en relation avec

autrui et le monde extérieur (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 1020). Les syndromes recensés devraient être interprétés comme des prototypes ou des idéaux sans limites rigides, comme des entités descriptives qui s'appliquent à un sujet dans une mesure plus ou moins grande (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 27). De ce fait, un individu pourrait présenter des traits de personnalité appartenant à plus d'un style : il pourrait y avoir une correspondance très forte avec un ou deux syndromes donnés et une correspondance moindre avec quelques autres. Le PDM-2 identifie les douze syndromes de personnalité suivants : syndrome dépressif, syndrome dépendant, syndrome anxio-évitant et phobique, syndrome obsessionnel-compulsif, syndrome somatique, syndrome schizoïde, syndrome hystérique-histrionique, syndrome narcissique, syndrome paranoïde, syndrome psychopathique, syndrome sadique, syndrome *borderline* (Lingiardi et McWilliams, 2017). Il y a, pour chacun d'eux, une description du fonctionnement global et des précisions sont ajoutées quant à divers enjeux qui pourraient influencer le processus psychothérapeutique. Finalement, chaque description est suivie d'un résumé, étayé par six paramètres :

1. Facteurs constitutionnels et maturatifs contribuant.
2. Tensions et préoccupations centrales.
3. Affects centraux.
4. Croyances pathogènes distinctives à propos de soi.
5. Croyances pathogènes distinctives à propos des autres.
6. Mécanismes de défense principaux.

Le manuel présente ces syndromes dans un certain ordre, basé sur la dimension *intériorisation* ou *extériorisation* dudit syndrome : celui qui tendrait le plus vers l'intériorisation est présenté en premier – le syndrome dépressif – et celui qui tiendrait davantage de l'extériorisation est présenté en dernier – le syndrome sadique (Lingiardi et McWilliams, 2017; Lingardi *et al.*, 2015; McWilliams *et al.*, 2018; PDM Task Force, 2006). Des liens sont d'ailleurs rapidement établis entre cette polarité et d'autres qui sont similaires : *introversion/extraversion* de C. G. Jung ou *introjection/anaclitisme* de Sidney Blatt (Lingiardi et McWilliams, 2017). Conséquemment, le pôle *internalisation-introversion-introjection* présenterait des enjeux liés à l'identité et au sentiment de soi. Ce seraient des personnalités plutôt discrètes et réservées, avec une tendance à l'isolement ou au retrait social\*. Il y aurait aussi une propension à l'autocritique et au blâme de soi-même. Les six syndromes de personnalité de ce registre, classés du plus introverti au moins introverti, seraient les syndromes dépressif, dépendant, anxio-évitant et phobique, obsessionnel-compulsif, schizoïde et somatique. Le pôle *externalisation-extraversion-anaclitisme*, traduirait plutôt des enjeux



relationnels, avec une problématique touchant la stabilité et la réciprocité des relations. Il y aurait une tendance à blâmer autrui et à diriger contre eux colère, agressivité et critiques (Lingiardi *et al.*, 2015; McWilliams *et al.*, 2018). S'ajouteraient à cela une grande labilité affective et une attitude de dépendance à l'égard des autres (PDM Task Force, 2006). Ce seraient des personnalités davantage extraverties et éclatantes, parfois bruyantes. Dans ce registre, le manuel présente les six syndromes suivants, du moins extraverti au plus extraverti : hystérique-histrionique, narcissique, paranoïde, psychopathique et sadique. Le syndrome *borderline* serait considéré comme trop instable et fluctuant pour être placé sur ce continuum (Lingiardi et McWilliams, 2017).

Les douze syndromes recensés pourraient, pour la majorité, se retrouver dans l'une ou l'autre des trois organisations de la personnalité. Un sujet pourrait être, par exemple, d'organisation névrotique et présenter un syndrome dépendant; de même qu'il pourrait être d'organisation psychotique et présenter un syndrome de personnalité dépendant. Le Tableau 4.1 (voir Annexe B) illustre quel syndrome de personnalité pourrait être retrouvé dans quelle organisation. Bien que chaque syndrome possède les caractéristiques de l'organisation de personnalité dans laquelle il se retrouve, il aurait également un fonctionnement qui lui est propre et qui influencerait la personnalité d'une façon particulière. Une brève description des douze syndromes est présentée à la fin de ce chapitre (section 4.4.3).

Pour déterminer quels sont les syndromes qui permettent le mieux de décrire la personnalité d'un sujet, il serait nécessaire de d'abord identifier tous les syndromes présents, d'ensuite leur attribuer une note entre 1 (atteinte sévère) et 5 (haut fonctionnement), pour finalement retenir les deux syndromes dominants. Le manuel précise que les syndromes de personnalité sont neutres, ni sains ni pathologiques : un individu pourrait donc présenter un syndrome de personnalité dépressif, sans souffrir de dépression pour autant. La différence résiderait dans l'amplitude que prend le syndrome et dans sa nature invalidante. Un *trouble de la personnalité* désignerait une constellation de signes, de symptômes ou de traits de personnalités qui, ensemble, constituent une unité de sens et tradiraient un fonctionnement altéré ou anormal (Lingiardi *et al.*, 2015). Kernberg le décrit comme un ensemble de « traits anormaux et pathologiques du caractère présentant une intensité suffisante pour entraîner une perturbation importante du fonctionnement intrapsychique et/ou interpersonnel » (Kernberg, 2004, p. 116-117). Lors de l'évaluation de l'Axe P, la cote accordée aux syndromes dominants permettrait de déterminer s'il y a présence d'un trouble de personnalité ou pas : une cote de 5 traduirait la présence de traits qui colorent légèrement la personnalité; une cote de 3 signifierait que la personnalité est modérément marquée par le

syndrome; une cote de 1 indiquerait la présence d'un trouble de personnalité. Enfin, il est précisé que plus le fonctionnement psychique est sain et souple, plus le sujet aurait des traits de personnalité appartenant à différents syndromes (Lingiardi et McWilliams, 2017). Au contraire, lorsque le fonctionnement serait davantage rigide et déficitaire, la présence des syndromes serait davantage évidente et ceux-ci apparaîtraient sous une forme plus pure et plus explicite (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 27).

#### 4.2.2.2 Axe M – Profils de fonctionnement mental

Le deuxième axe d'évaluation est l'*Axe M – Profils de fonctionnement mental*. L'objectif serait de traduire et de systématiser, le mieux possible, l'unicité et la richesse du fonctionnement psychique du sujet évalué (Lingiardi et McWilliams, 2017). Pour ce faire, un regard spécifique serait porté à la qualité du fonctionnement mental. Les différentes capacités psychiques contribueraient à l'articulation de la personnalité d'un individu et influenceraient le niveau de santé mentale ou de psychopathologie (PDM Task Force, 2006, p. 8). L'Axe M permettrait de conceptualiser et d'appréhender le degré de fonctionnalité psychique et les capacités d'adaptation psychologiques. Il permettrait également de saisir la complexité et la singularité du fonctionnement mental d'un sujet, avec ses forces et ses limitations (Lingiardi et McWilliams, 2017). En outre, les auteurs du PDM-2 considèrent que le développement et l'exécution de ces capacités mentales seraient le résultat de l'interaction des composantes génétiques – tempérament, prédispositions héréditaires, traits de personnalité sous-jacents – avec l'éducation et le vécu d'un sujet – expériences personnelles, apprentissages, relations d'attachement, contexte socioculturel (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 76).

Pour évaluer la qualité du fonctionnement psychique, le manuel a mis en exergue des capacités mentales spécifiques qui joueraient un rôle déterminant dans l'organisation de la personnalité d'un sujet, tant en présence d'une organisation saine que d'une organisation morbide. La première édition du PDM présentait neuf dimensions, alors que la deuxième propose maintenant douze facultés mentales de base, qui sont objectivées et regroupées en quatre catégories plus générales, afin de traduire diverses activités psychologiques et capacités fonctionnelles. Voici comment elles sont organisées et décrites dans le PDM-2 (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 77-79) :

##### A. Processus cognitifs et affectifs.

1. Capacité de régulation, d'attention et d'apprentissage : processus fondamentaux qui permettent de traiter l'information d'origine interne ou externe; de réguler l'attention; de diviser l'attention pour effectuer plusieurs tâches simultanément;

de filtrer les informations étrangères à la conscience et d'apprendre des expériences vécues.

2. Capacité de communication, de compréhension et d'expérimenter des émotions : habilité à vivre, exprimer et comprendre une vaste gamme de schémas affectifs, de manière appropriée à la situation et consistante avec les normes et attentes environnementales ou culturelles; capacité à symboliser les expériences affectives significatives et à verbaliser les états affectifs de manière appropriée.
3. Capacité de mentalisation et de fonction réflexive : capacités de déduction et de réflexion quant à ses propres états mentaux et ceux des autres, pour ensuite les utiliser dans les interactions personnelles et sociales; interprétation des comportements de soi et d'autrui visant la compréhension des états mentaux associés (besoins, désirs, sentiments, croyances, objectifs, intentions, motivations); capacité d'utilisation de la pensée pour expérimenter, décrire et exprimer la vie psychique interne, ainsi que pour réguler les affects et développer un sens d'identité cohérent; possibilité d'établir des inférences précises sur l'état mental d'autrui.

#### B. Identité et les relations interpersonnelles.

4. Capacité de différenciation et d'intégration : aptitude à distinguer soi et autre, fantasmes et réalité, représentations internes et représentations externes, présent et futur, ainsi qu'à établir des liens entre tous ces éléments sans les confondre; construction et maintien de représentations différenciées, réalistes, cohérentes et complexes de soi (identité) et des autres, puis d'établir des liens entre elles.
5. Capacité d'entretenir des relations et capacité d'intimité : profondeur, variété, cohérence et satisfaction mutuelle des relations interpersonnelles; capacité d'ajuster la proximité relationnelle selon le type de relation, en lien avec les attentes culturelles; conscience des désirs sexuels et des émotions associées; capacité à entretenir des activités et des fantaisies sexuelles agréables; aptitude à intégrer sexualité et intimité.
6. Capacité de régulation de l'estime de soi et qualité des expériences internes : niveau de confiance en soi et regard porté sur soi qui caractérise la relation d'un sujet avec lui-même, les autres et le monde; capacité à éprouver un sentiment de contrôle interne, d'auto-efficacité et d'adéquation.

#### C. Mécanismes de défense et d'adaptation.

7. Capacité de régulation et de contrôle des impulsions : capacité de moduler les impulsions et de les exprimer de manière culturellement adaptée.
8. Capacité de fonctionnement défensif : capacité à gérer et exprimer les besoins, les désirs, les affects et les expériences internes; aptitude à réguler l'anxiété résultant de conflits internes, de défis externes ou de menaces autres, sans distorsion excessive de la réalité ou de la perception de soi et sans passage à l'acte exagéré.
9. Capacité d'adaptation, de résilience et de résistance : habilité à s'ajuster aux événements imprévus et aux circonstances changeantes; capacité à faire face à l'incertitude, la perte, le stress et les défis divers de manière efficace, créative et réfléchie; capacité à transcender les obstacles et à transformer les revers de la vie en opportunités de croissance et de changement positif.

#### D. Conscience de soi et intentionnalité.

10. Capacité d'auto-observation : capacité d'introspection; capacité à porter un regard sur sa vie intrapsychique de façon réaliste et réfléchie, puis d'utiliser ces

informations de manière adaptée; niveau d'intérêt porté à une meilleure compréhension de soi-même.

11. Capacité de construction et d'utilisation de standards et d'idéaux internes : aptitude à ériger des valeurs et des idéaux internes qui reflètent la conscience de soi et l'évolution dans un contexte culturel donné; capacité à prendre des décisions réfléchies, basées sur des principes moraux intrapsychiques qui sont conséquents, flexibles et cohérents; aptitude à évaluer l'impact moral de ses décisions sur autrui; expression du sens moral.
12. Capacité de signifiante et d'intentionnalité : aptitude à construire un récit interne qui est cohérent avec les choix personnels et qui leur donne un sens; capacité à établir des buts et objectifs de vie; capacité à se soucier des générations futures; niveau de spiritualité qui permet de donner un sens à la vie.

Bien que ces douze capacités soient présentées séparément, elles opéreraient en étroite connexion. Elles seraient complémentaires et devraient être conceptualisées « comme un tout, un ensemble de processus psychiques unifiés, intégrés et interreliés » (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 76). Les auteurs reconnaissent que certaines d'entre elles se chevauchent parfois, mais que ce chevauchement serait inévitable, en raison du large éventail de processus psychologiques couverts par l'Axe M (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 76). Néanmoins, chaque dimension mettrait en évidence un élément unique et essentiel du fonctionnement psychologique, élément qui ne serait pas abordé dans les autres capacités mentales (Lingiardi et McWilliams, 2017).

Pour chacune de ces capacités, il est recommandé de déterminer le niveau d'adéquation ou de compromission, sur une échelle de cotation s'échelonnant de 1 (déficit sévère) à 5 (fonctionnement optimal). La somme de toutes les cotes obtenues mènerait à un score global d'un maximum de 60 points, qui pourrait être compris ainsi : entre 54 et 60 – fonctionnement sain et optimal; entre 47 et 53 – fonctionnement mental approprié, avec quelques zones de difficultés; entre 40 et 46 – altérations et troubles légers; entre 33 et 39 – atteintes et difficultés modérées; entre 26 et 32 – problèmes majeurs; entre 19 et 25 – déficits significatifs; entre 12 et 18 – déficits sévères et considérables dans les fonctions mentales de base (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 953). De cette cotation, des liens seraient également établis avec l'Axe P, ce qui permettrait d'associer quelle organisation psychique correspondrait au profil de fonctionnement mental d'un sujet. Conséquemment, un score entre 54 et 60 correspondrait à une organisation saine; un score entre 40 et 53 à une organisation névrotique; un score entre 19 et 39 à une organisation *borderline* et un score entre 12 et 18 à une organisation psychotique.

L'établissement d'un profil de fonctionnement mental exigerait de considérer à la fois les domaines adaptés et ceux qui sont inadaptés, car ce serait ce qui assurerait une compréhension fine et complexe du psychisme. L'utilisation de l'axe M aurait de nombreux avantages : contribuer à la mise en place d'objectifs de traitement plus ciblés; favoriser la planification d'interventions thérapeutiques plus efficaces et plus complètes; permettre l'anticipation des défis pouvant survenir pendant le traitement; assurer une évaluation plus juste des progrès observés chez le sujet (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 75).

#### 4.2.2.3 Axe S – Schémas symptomatiques : l'expérience subjective

Le troisième et dernier axe est l'Axe S, nommé *Schémas symptomatiques : l'expérience subjective*. Il exposerait l'expérience personnelle, particulière et unique du sujet face aux symptômes qu'il présente. Cette prise en compte de la perspective subjective serait fondamentale, selon les auteurs du manuel, car ce serait ce qui permettrait de traduire le plus fidèlement possible la complexité du fonctionnement psychique d'un individu et qui aiderait à la planification du suivi thérapeutique (PDM Task Force, 2006). Dans la pratique clinique, l'évaluation de la symptomatologie repose inévitablement sur la perspective du sujet quant aux changements qu'il observe en lui-même. Le matériel principal du clinicien est les verbalisations du sujet à l'égard de ses ressentis internes, ses émotions, ses pensées et ses comportements. Puisque les professionnels sont inévitablement confrontés au monde insaisissable de la subjectivité, il serait nécessaire de fournir une description de la vie interne du patient la plus complète possible, afin d'espérer rendre justice à son expérience personnelle distinctive (PDM Task Force, 2006, p. 5). Cette description détaillée et cette compréhension symptomatique globale seraient donc essentielles, car elles influenceraient la forme et le déroulement de la psychothérapie (PDM Task Force, 2006). Par ailleurs, les auteurs du manuel affirment que cette évaluation symptomatique devrait être faite en dernier, les symptômes ne pouvant être adéquatement compris et traités qu'après une bonne évaluation de la personnalité et du niveau de fonctionnement mental (PDM Task Force, 2006).

Pour la création de cet axe, les auteurs expliquent clairement s'être appuyés sur la manière dont les troubles sont répertoriés et classés dans les diverses versions du DSM et de la CIM (Lingiardi et McWilliams, 2017). En référence aux classifications de ces deux ouvrages, le PDM-2 propose huit catégories diagnostiques, qui regroupent au total 37 entités cliniques (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 140) :

- S1. Troubles à prédominance psychotique.
- S2. Troubles de l'humeur.

- S3. Troubles principalement liés à l'anxiété.
  - S31. Troubles anxieux.
  - S32. Troubles obsessionnels-compulsifs.
- S4. Troubles principalement liés à des événements et des stressseurs.
  - S41. Troubles traumatiques.
  - S42. Troubles dissociatifs.
  - S43. Troubles de conversion.
- S5. Troubles somatiques et autres troubles reliés.
- S6. Troubles à symptômes spécifiques.
- S7. Troubles liés à la dépendance ou à une autre condition médicale.
  - S71. Dépendance.
  - S72. Autre condition médicale.
- SApp. Appendice : Expériences psychologiques qui méritent une attention clinique.

Les groupes de symptômes ainsi créés seraient vus comme des descripteurs utiles, qui permettraient ensuite de dépeindre la symptomatologie en fonction de l'expérience personnelle du sujet vis-à-vis ses difficultés principales (PDM Task Force, 2006, p. 8). Pour chaque entrée diagnostique, une description des symptômes est donnée et des associations sont faites avec les classifications du DSM-5 et de la CIM-10. De plus, les enjeux thérapeutiques et contre-transférentiels typiquement liés sont abordés. La grande particularité du manuel résiderait dans l'ajout de descriptions qui traduisent l'expérience subjective du sujet présentant des difficultés : celles-ci permettraient d'illustrer comment le trouble est vécu par l'individu et comment celui-ci s'accommode de sa symptomatologie (McWilliams, 2011). Cette description s'appuie sur quatre aspects psychiques (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 134) :

1. États affectifs.
2. Modèles cognitifs.
3. États somatiques.
4. Modèles relationnels.

Ce portrait clinique serait complété par une présentation de l'expérience subjective du thérapeute et par une brève vignette clinique (Lingiardi et McWilliams, 2017). Pour procéder à l'évaluation de l'Axe S, il est proposé d'établir une liste des principaux symptômes présentés par l'individu, dans le même ordre qu'ils apparaissent dans l'axe – symptômes à prédominance psychotique, symptômes liés à l'humeur, symptômes anxieux et ainsi de suite. Dès lors, il s'agirait d'identifier les principaux symptômes selon leur degré de sévérité, avec une cote se situant entre 1 (symptôme sévère) et 5 (symptôme léger).

Dans le but de supporter ce processus d'évaluation multiaxial, une grille est proposée à la fin du manuel (aux pages 1019 à 1023) : la *Psychodiagnostic Chart-2* (PDC-2). L'outil est constitué de cinq sections, qui reprennent les paramètres essentiels des trois axes d'évaluation. Conformément à l'organisation interne du PDM-2 – cinq volets correspondant à cinq groupes d'âge différents – une grille est associée à chaque volet et l'ordre des sections diffère légèrement. Dans la grille adulte, les deux premières sections touchent l'Axe P et contribuent respectivement à l'identification de l'organisation de personnalité et des styles/syndromes associés; la troisième aide à l'évaluation des capacités mentales de l'Axe M; la quatrième permet l'identification des schémas symptomatiques de l'Axe S. La cinquième section recommande la prise en compte des facteurs culturels, contextuels et environnementaux : il y est suggéré de relever et de noter tous les éléments qui pourraient influencer le fonctionnement psychique ou le déploiement de la personnalité.

#### 4.2.3 Syndromes de personnalité de l'Axe P

Il a été précédemment mentionné que les syndromes de personnalités ne sont pas spécifiques à une organisation donnée et que certains d'entre eux peuvent être retrouvés dans plus d'une organisation (Lingiardi et McWilliams, 2017). Voilà pourquoi nous avons fait le choix de présenter ici les douze styles de personnalité identifiés dans le manuel.

En plus de posséder les caractéristiques générales de l'organisation de personnalité sur laquelle ils s'appuient, les syndromes auraient des traits et des attributs propres, qui coloreraient la personnalité de différentes manières. Par conséquent, un syndrome ne se manifesterait pas de la même manière selon qu'il prend place dans une organisation névrotique, *borderline* ou psychotique (Lingiardi et McWilliams, 2017). Le manuel offre parfois des spécifications quant aux caractéristiques particulières du syndrome selon le niveau d'organisation où il est retrouvé, mais ces spécifications ne sont pas exhaustives. Les définitions données sont davantage axées sur les caractéristiques spécifiques de chaque syndrome. Il apparaît que les organisations de personnalités plus flexibles et plus saines seraient généralement caractérisées par un mélange de traits appartenant à plusieurs syndromes différents. Au contraire, les organisations de personnalité dont le fonctionnement serait davantage déficitaire présenteraient des traits appartenant à moins de syndromes différents et ceux-ci apparaîtraient de manière plus franche (Lingiardi et McWilliams, 2017).

#### 4.2.3.1 Syndrome dépressif

Il semblerait que le *syndrome dépressif* soit le plus communément retrouvé dans la population (Lingiardi et McWilliams, 2017). Globalement, les enjeux psychiques toucheraient l'autocritique et l'autopunition, avec une préoccupation importante pour les relations interpersonnelles et la perte. L'individu entretiendrait la croyance qu'il y a quelque chose d'essentiellement mauvais, inadéquat ou incomplet en lui-même (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 33). Il aurait donc une grande peur d'être rejeté par les autres s'il se montrait authentique. D'importants sentiments de tristesse, de culpabilité et de honte seraient fréquemment ressentis. Les principaux mécanismes de défense utilisés seraient l'idéalisation\* d'autrui et la dévalorisation de soi, l'introjection\* et le renversement. Le *syndrome dépressif* pourrait être de deux ordres : une forme *mélancolique*, caractérisée par un grand sentiment de culpabilité, une tendance à l'introjection, à l'autocritique et au perfectionnisme; une forme *anaclitique*, où il y aurait honte, sentiment de vide, peur intense du rejet et de la perte. Le *syndrome dépressif* pourrait être retrouvé dans les organisations névrotique, *borderline* et psychotique.

#### 4.2.3.2 Syndrome dépendant

Le *syndrome dépendant* serait caractérisé par une recherche de sécurité personnelle à travers la relation avec l'autre. L'enjeu principal toucherait le maintien ou la perte des relations. Les affects principalement ressentis par l'individu dépendant seraient le plaisir et la sécurité lorsqu'il est en relation ou la tristesse et la peur lorsqu'il est seul (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 36). Il y aurait une propension à se croire inadéquat, demandant ou impuissant, alors que les autres seraient perçus comme puissants et sécurisants, capables de prendre soin. Le sujet pourrait adopter une attitude *passive-agressive*, où il y aurait une colère insidieuse face au besoin de dépendance et une tendance à la vengeance. Il pourrait aussi se montrer *contre-dépendant*, alors que la honte face à la dépendance serait camouflée par une attitude de grande indépendance. Dans tous les cas, les mécanismes de défense fréquemment utilisés seraient l'évitement\*, la régression, le renversement et la somatisation. Ce syndrome pourrait prendre place dans les organisations névrotique, *borderline* et psychotique.

#### 4.2.3.3 Syndrome anxio-évitant et phobique

Le style de personnalité *anxio-évitant et phobique* s'organiserait autour de la dualité sécurité/danger (Lingiardi et McWilliams, 2017). Il y aurait une peur fréquente et très forte associée à des situations ou des objets spécifiques. L'individu serait convaincu d'être constamment en danger, danger qui l'inciterait à fuir



ou auquel il devrait se soustraire. Les relations interpersonnelles seraient vécues comme étant la source de ce danger ou, inversement, comme pouvant offrir une protection magique contre celui-ci (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 38). Le sujet serait timide, réservé et indécis, en plus de présenter une tendance à se sentir inférieur ou inadéquat. Il rencontrerait des difficultés à reconnaître, décrire et exprimer ses émotions. De plus, il ressentirait une anxiété quasi permanente, dont il serait conscient puisqu'il essaierait constamment de s'en défendre. Les mécanismes de défense usuels seraient le déplacement, l'évitement, la pensée magique\*, la rationalisation et la symbolisation\*. Le *syndrome anxio-évitant et phobique* ne se rencontrerait que dans les organisations névrotique et *borderline*. Lorsqu'une tendance similaire serait présente chez un individu psychotique, il s'agirait plutôt du *syndrome paranoïde*.

#### 4.2.3.4 Syndrome obsessionnel-compulsif

Le style *obsessionnel-compulsif* serait caractérisé par une préoccupation massive entourant le contrôle et la discipline. L'enjeu majeur toucherait la soumission et la rébellion face à l'autorité (Lingiardi et McWilliams, 2017). Les émotions principales seraient la colère, la culpabilité, l'anxiété, la honte et la peur. Elles seraient toutefois perçues comme étant dangereuses et comme devant être contrôlées ou restreintes. De plus, le sujet entretiendrait la croyance que les autres sont moins en contrôle ou moins compétents que lui, ce qui ferait naître le besoin de les contrôler ou d'éviter d'être contrôlé par eux. Les mécanismes de défense qui en résultent seraient l'annulation rétroactive, la formation réactionnelle, l'intellectualisation et l'isolation de l'affect. Le style *obsessionnel-compulsif* pourrait être retrouvé dans les organisations de personnalité névrotique, *borderline* ou psychotique.

#### 4.2.3.5 Syndrome schizoïde

Le *syndrome schizoïde* se caractériserait par un retrait défensif, une hypersensibilité et une grande réactivité en contexte relationnel. L'enjeu psychique principal concernerait les relations interpersonnelles, qui seraient marquées par une oscillation entre peur et désir de proximité. Pour le sujet, les relations seraient vues comme potentiellement menaçantes et comme source de danger, un danger d'être englouti, envahi, contrôlé, surstimulé ou traumatisé (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 41). Considérant l'hypersensibilité susmentionnée, les affects seraient souvent intenses et deviendraient source de douleur. De ce fait, le sujet chercherait à les supprimer et les éliminer. Il y aurait présence de croyances pathogènes voulant que l'amour et la dépendance à l'égard d'autrui seraient dangereuses. Le monde extérieur serait lui aussi perçu comme dangereux, menaçant, envahissant, engloutissant. Les défenses utilisées dans ce style de personnalité seraient le retrait social et le retrait dans les fantasmes (Lingiardi et McWilliams,

2017). Le style *schizoïde* pourrait prendre place dans les organisations *borderline* ou psychotique seulement.

#### 4.2.3.6 Syndrome somatique

Le style de personnalité *somatique* pourrait être décrit par une tendance à la somatisation et une difficulté d'accès aux émotions. Le conflit psychique central toucherait l'intégrité ou la fragmentation de soi et du corps (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 44). Il y aurait présence d'une grande détresse globale, soutenue par un sentiment de rage et une possible alexithymie\*. La représentation et la verbalisation des émotions seraient très difficiles, ce qui conduirait à une transposition et une inscription du vécu émotionnel dans le corps (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 43). Le sentiment de soi serait fragile; le sujet se considérerait vulnérable et souvent en danger de mort, alors qu'il percevrait les autres comme des personnes puissantes, en santé et indifférentes à ses problèmes. Les préoccupations seraient plutôt concrètes et répétitives. Les mécanismes de défense caractéristiques seraient la somatisation et la régression. Le *syndrome somatique* se retrouverait dans les organisations névrotique, *borderline* ou psychotique.

#### 4.2.3.7 Syndrome hystérique-histrionique

Chez le sujet présentant un *syndrome hystérique-histrionique*, les préoccupations centrales toucheraient la sexualité, le pouvoir et la séduction. Il y aurait, chez le sujet, une dévalorisation de son propre sexe et une valorisation du sexe opposé, ces processus étant associés à des affects de peur, de honte et de culpabilité. Le sujet aurait tendance à croire que son sexe et les stéréotypes associés sont négatifs ou le rendraient faible. De là, le sexe opposé serait vu comme ayant davantage de valeur et de puissance, comme étant plus excitant. La présentation symptomatique semble, par ailleurs, être de deux ordres : démonstrative, flamboyante, sexualisée, séductrice, à la recherche d'attention et de validation; ou inhibée, réservée, réprimée. Les mécanismes de défense privilégiés seraient l'*acting out*, la conversion, la régression, la répression et la sexualisation\*. Ce syndrome pourrait prendre place dans une organisation névrotique ou *borderline*, mais il conviendrait d'utiliser l'appellation personnalité *hystérique* pour l'organisation névrotique et personnalité *histrionique* pour l'organisation *borderline*.

#### 4.2.3.8 Syndrome narcissique

Le niveau de fonctionnement et de sévérité du *syndrome narcissique* varierait beaucoup selon l'organisation de personnalité dans lequel il apparaît. Les principales variations toucheraient les capacités

d'adaptation, la qualité des relations interpersonnelles et l'image de soi projetée à autrui. La présentation du *syndrome narcissique* serait différente en fonction de la place occupée sur le spectre introversion/extraversion. Il semble que l'attitude extravertie serait la plus fréquemment rencontrée : le sujet afficherait une estime de soi hypertrophiée, se comporterait de façon grandiose et arrogante, se croirait tout permis et traiterait les autres avec mépris (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 46). Dans une position davantage introvertie, l'individu afficherait plutôt une attitude déprimée, honteuse et envieuse du succès d'autrui (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 46). Dans les deux cas, les enjeux principaux toucheraient l'estime de soi et un sentiment de vide intérieur ou d'insignifiance. Le sujet aurait l'impression de devoir être parfait pour être aimé d'autrui. Il serait porté à croire que le bonheur – le sien et celui des autres – dépend du succès, de la richesse, du pouvoir ou de la beauté. Les mécanismes de défense principaux seraient la dévalorisation et l'idéalisation, à l'égard d'affects tels que la honte, le mépris, l'humiliation et l'envie. Le *style narcissique* pourrait se retrouver dans l'une ou l'autre des trois organisations de personnalité.

#### 4.2.3.9 Syndrome paranoïde

Le syndrome de personnalité *paranoïde* serait caractérisé par la présence d'affects, d'impulsions et d'idées vécues comme insupportables par le sujet. Elles seraient ainsi désavouées et attribuées à autrui, pour ensuite être perçues avec crainte ou indignation (Lingiardi et McWilliams, 2017). L'enjeu psychique majeur concernerait donc la dualité attaquer/être attaqué et se traduirait par des affects tels que la peur, la rage, la honte, le mépris et l'hostilité. L'individu aurait l'impression que l'environnement externe est rempli d'attaquants potentiels et de manipulateurs (Lingiardi et McWilliams, 2017). Les principales défenses présentes seraient le déni\*, la formation réactionnelle, l'identification projective et la projection. Le *syndrome paranoïde* pourrait être retrouvé dans une organisation *borderline* – représentant l'état le plus sévère de cette organisation – ou psychotique (Lingiardi et McWilliams, 2017).

#### 4.2.3.10 Syndrome psychopathique

Il serait rare de rencontrer un style de personnalité psychopathique. Dans la population générale, cela toucherait 4% des hommes et 1% des femmes (Glover-Bondeau, 2019). Les principales particularités de ce syndrome seraient la recherche de pouvoir et de stimulations, l'égoïsme, le manque d'empathie et le plaisir à manipuler autrui (Lingiardi et McWilliams, 2017). La vie affective serait généralement pauvre, mais le sujet pourrait tout de même ressentir de la rage ou de l'envie. L'expression émotionnelle serait rarement authentique et aurait une visée manipulatoire. L'angoisse serait peu présente, alors l'emploi de

mécanismes de défense serait faible; il y aurait plutôt une recherche de contrôle omnipotent. Le sujet aurait tendance à se croire tout permis et tout-puissant. Les autres seraient considérés comme étant malhonnêtes, manipulateurs, égoïstes ou faibles. Il s'agirait d'un style de personnalité pouvant être retrouvé dans les organisations *borderline* ou psychotique.

#### 4.2.3.11 Syndrome sadique

Le *syndrome sadique* s'organiserait autour du thème domination/soumission. La vie affective serait très pauvre – voire quasi stérile – et serait empreinte de mépris, de haine et de froideur. Les capacités d'attachement seraient déficitaires. Le sujet sadique ressentirait du plaisir à humilier, contrôler et faire souffrir l'autre, en pensées ou dans la réalité. Les motivations comportementales dominantes seraient le contrôle, l'assujettissement et la contrainte de l'autre (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 51). L'individu se considérerait en droit de blesser et d'humilier les autres, ces derniers étant vus comme objets déshumanisés de sa domination (Lingiardi et McWilliams, 2017). Cette personnalité pourrait se retrouver dans les organisations *borderline* ou psychotique.

#### 4.2.3.12 Syndrome *borderline*

Le *syndrome de personnalité borderline* a été ajouté à la deuxième édition du manuel suivant les travaux d'Otto Kernberg. La distinction entre l'*organisation de personnalité borderline* et le *syndrome borderline* serait tributaire de la grande représentation du trouble de personnalité *borderline* dans la population clinique.

La préoccupation centrale de l'individu présentant ce syndrome toucherait la cohésion ou la fragmentation identitaire. Le sujet *borderline* ne saurait pas qui il est vraiment et n'aurait pas de sentiment de continuité interne. Il porterait un important enjeu relationnel : le sentiment d'être envahi et contrôlé par l'autre, associé à une grande peur du rejet et de l'abandon, dualité qui engendrerait une forte agitation intérieure (Lingiardi et McWilliams, 2017). Les émotions seraient vécues intensément et leur gestion serait très ardue pour le sujet, ce qui pourrait facilement entraîner une perte de contrôle émotionnel. Un défaut du processus de mentalisation\* serait présent et il y aurait de fréquentes erreurs d'interprétation des comportements, des intentions, des désirs et des émotions d'autrui (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 54). Le sujet *borderline* aurait une perception des autres qui dépend de l'effet que ces derniers ont sur lui. Les mécanismes de défense majoritairement utilisés dans ce syndrome seraient primitifs et incluraient l'*acting*

out, le clivage, le déni, la dissociation et l'identification projective. Ce syndrome ne pourrait se retrouver que dans l'organisation de personnalité *borderline*.

#### 4.2.4 Lien avec le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5<sup>e</sup> édition (DSM-5)

La création du *Psychodynamic Diagnostic Manual* n'aurait pour visée ni la comparaison avec d'autres modèles diagnostiques ni la compensation des lacunes de ceux-ci (Lingiardi et McWilliams, 2017). Or, considérant l'organisation multiaxiale des deux éditions du PDM, la constitution de l'Axe S, ainsi que le mode d'utilisation proposé, il serait facile de glisser vers une comparaison avec le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* – DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Majoritairement utilisé en Amérique, le DSM répertorie les troubles psychopathologiques actuellement reconnus chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Le premier DSM a été publié en 1952 et la cinquième version, la plus récente, en 2013. L'organisation interne des deux manuels est similaire : tous les troubles sont séparés en catégories générales – identifiées par un nom et un code chiffré – selon leurs similarités symptomatologiques; et des informations cliniques sont mises de l'avant, afin d'aider le clinicien à mener à bien le processus thérapeutique. Nonobstant cette ressemblance, le fonctionnement du DSM s'inscrit dans une approche *descriptive* de la maladie mentale, où l'accent est mis sur les symptômes visibles. Il y a prise en compte de leur nombre, leur fréquence et leur durée : l'individu doit présenter un nombre minimal de symptômes, pendant un temps donné, afin de répondre aux critères diagnostiques. Puis, chaque trouble est présenté en fonction de ses caractéristiques, de sa prévalence, de son développement, de son pronostic, du diagnostic différentiel avec d'autres troubles et des comorbidités fréquemment associées. Parfois aussi, selon le trouble, d'autres informations sont données quant aux conséquences fonctionnelles, aux particularités diagnostiques liées au genre, aux marqueurs diagnostiques biologiques ou à la présence de risque suicidaire. En revanche, le PDM s'inscrit plutôt dans une approche *multidimensionnelle* : les symptômes sont pris en considération, certes, mais un grand intérêt est porté aux ressources personnelles du sujet, à son expérience subjective et au contexte psycho-socio-culturel dans lequel il évolue. L'Axe S du PDM-2 est certainement celui qui présente le plus de similitudes avec le DSM, puisque sa création est partiellement basée sur cette nosographie et que les troubles répertoriés sont classifiés de la même manière (Lingiardi et McWilliams, 2017). Toutefois, le contenu proposé est différent, davantage axé sur l'expérience personnelle et individuelle du sujet face à ses symptômes.

De plus, le paradigme conceptuel dans lequel s'inscrivent les deux manuels est différent. Le DSM se veut une référence athéorique depuis la parution de sa troisième édition, où les références à la psychanalyse ont été abolies (St-Onge, 2014). Au contraire, le PDM s'enracine clairement dans la théorie psychanalytique, bien que le vocabulaire utilisé se veuille parfois athéorique, afin de rejoindre davantage de cliniciens (Lingiardi et McWilliams, 2017).

En outre, dans le DSM-5, les troubles ne sont plus répertoriés en fonction de l'âge, comme ce fut le cas jadis; les diagnostics sont plutôt présentés de façon globale, en fonction de leurs ressemblances symptomatologiques. À l'inverse, l'organisation du PDM-2 tient compte de l'âge et se base précisément sur ce paramètre pour séparer les cinq volets d'évaluation – vie adulte, adolescence, enfance, petite enfance et vie du nourrisson, vie de la personne âgée (Lingiardi et McWilliams, 2017).

Enfin, à travers les différentes éditions du DSM, la description d'un diagnostic particulier fait rarement mention de la vie intrapsychique ou des divers conflits internes vécus par un individu (Huprich, 2011). Le DSM-5 tente, certes, de mettre de l'avant les fondements neurobiologiques derrière les troubles, les traits et le tempérament des individus, tout en conservant l'intérêt pour les symptômes et leur expression (Huprich, 2011). Les « avancées de la génétique, des neurosciences et de la pathophysiologie » devaient agir comme nouveaux critères à l'établissement des diagnostics dans cette cinquième version du manuel (St-Onge, 2014, p. 207). Cependant, il semble que cela ait été fait sobrement : une cinquantaine de pages seulement y sont dédiées. Il est spécifié que l'ajout d'une *approche dimensionnelle* des troubles devrait faciliter le diagnostic, mais que ces éléments devront faire l'objet de recherches futures (American Psychiatric Association, 2013). Cette tentative du DSM-5 d'intégrer l'*approche dimensionnelle* démontre bien l'importance de considérer plus que les simples symptômes dans l'énoncé d'un diagnostic en santé mentale.

En somme, il y a plusieurs différences conceptuelles et fonctionnelles entre ces deux ouvrages. Le DSM-5 n'approche en rien la profondeur descriptive du PDM-2 ni son niveau d'intégration des processus intrapsychiques et de l'expérience émotionnelle. Définitivement, le *Psychodiagnostic Diagnostic Manual* est plus complet et permet une évaluation davantage approfondie et exhaustive.

## CHAPITRE V

### FONCTIONNEMENT DE LA PERSONNALITÉ

Les deux nosographies à l'étude, ainsi que leur mode de fonctionnement, ont été présentées dans le chapitre précédent. Il est désormais possible d'étudier de quelle manière chacune d'elle conçoit et explique le fonctionnement de la personnalité. Ce chapitre traite des trois formes d'organisation psychique, telles que conçues dans une approche structurale : névrotique, psychotique et limite/*borderline*. Nous présenterons de quelle manière ces structures sont conceptualisées et décrites dans le modèle de Jean Bergeret, puis dans le *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2<sup>e</sup> édition).

À noter que dans les sous-chapitres consacrés à Bergeret, nous présenterons et définirons également les *caractères* de personnalité que l'auteur a identifiés dans son modèle. La manière dont il décrit les caractères est intrinsèquement liée aux niveaux de maturation du Moi et d'évolution libidinale, donc à la manière dont il décrit les structures/astructuration. Le choix de placer ces informations dans ce chapitre a été fait afin de faciliter la compréhension du lecteur.

#### 5.1 Fonctionnement névrotique

Il semble que ce soit le médecin écossais William Cullen qui ait introduit dans la littérature le terme de « névrose » pour la première fois en 1769 (Godfryd, 2020). À l'époque, cela désignait « des troubles du sentiment et du mouvement, sans lésion décelable des organes, mais en rapport avec une affection générale du système nerveux » (Godfryd, 2020, p. 5). Ce ne serait qu'avec les travaux de Freud et de Pierre Janet que des précisions quant aux entités psychopathologiques de la névrose auraient été apportées, en termes de névrose hystérique, névrose d'angoisse, névrose phobique ou névrose obsessionnelle (Godfryd, 2020). Par la suite, la conception du système névrotique a beaucoup évolué, grâce à l'apport de multiples cliniciens.

### 5.1.1 Perspective proposée par le modèle structural de Jean Bergeret

Pour Bergeret, la structure névrotique se construirait « sous le primat de l'économie génitale » (1996b, p. 104). Il postule que l'enfant n'aurait pas vécu de frustrations précoces ou de fixations pré-génitales trop sévères. Les stades de développement psychosexuel oral et anal auraient été dépassés sans trop de problèmes, de même que le stade phallique. Ce dernier stade, lié au complexe d'Œdipe, prendrait place et se résoudrait différemment selon le sexe de l'enfant. Y serait associé un fantasme de castration, permettant à l'enfant de répondre à l'énigmatique question de la présence ou de l'absence du phallus (Laplanche et Pontalis, 1981), qui mènerait ensuite à l'angoisse de castration. Chez le garçon, ces enjeux œdipiens apparaîtraient légèrement plus tôt que chez la fille. Pour lui, l'angoisse de castration tirerait son origine de la peur de perdre son pénis, « comme réalisation d'une menace paternelle en réponse à ses activités sexuelles » (Laplanche et Pontalis, 1981, p. 74). Elle signifierait la dissolution du complexe d'Œdipe et l'entrée dans la période de latence (Bergeret, 1975). Chez la fille, cela surviendrait plus tard dans le stade phallique. L'angoisse de castration prendrait plutôt la forme de sentiments de manque, d'injustice et de jalousie, du fait de ne pas avoir de pénis comme son père. Ce vécu entraînerait chez elle un désir de compensation ou de réparation, qui ouvrirait alors la porte à la période œdipienne et, éventuellement, mènera à la période de latence (Bergeret, 1975). La résolution du complexe d'Œdipe chez la fille se ferait donc plus tardivement. Néanmoins, peu importe le sexe de l'enfant, la période œdipienne résoudrait à des degrés divers, ce qui influencerait les formes d'identifications faites par l'enfant, ainsi que le développement futur de l'identité et de la qualité des relations interpersonnelles (Bergeret, 2008). Cette période développementale marquerait un tournant important quant à l'organisation du Moi. À ce stade, la différenciation Moi/non-Moi devrait avoir déjà eu lieu et le Moi devrait avoir atteint un certain degré de maturation, ce qui permettrait alors à l'enfant d'accéder au narcissisme secondaire\*. La relation d'objet ainsi développée en serait une triangulaire : l'enfant serait capable de se reconnaître comme sujet et de reconnaître l'autre comme objet total et différencié. La relation ne dépendrait plus d'une fusion avec l'autre (comme dans la structure psychotique) ou de perceptions ambivalentes et dichotomiques (comme dans l'aménagement limite). Tout ceci ferait en sorte de *pré-organiser* le Moi de façon névrotique, avant que le développement psychosexuel ne soit mis sur pause pendant les périodes de latence et de l'adolescence. Si aucun conflit majeur ou trauma ne survient, une structure névrotique stable devrait se mettre en place à l'âge adulte. Par contre, s'il y a des conflits internes ou externes trop intenses, le Moi pourrait « être amené à se détériorer davantage, à s'adresser à des systèmes relationnels ou défensifs plus archaïques », le sujet pouvant alors glisser vers un fonctionnement psychotique, de type mélancolique ou paranoïaque (Bergeret, 1996b, p. 104). Un retour dans la lignée névrotique serait alors impossible. Ce



phénomène serait rare, mais serait légèrement plus fréquent que le passage d'une pré-organisation psychotique vers une structuration névrotique (Bergeret, 1996b).

Ce fonctionnement infantile ferait en sorte qu'une fois adulte, l'individu en serait venu à développer une identité cohésive. Le Moi serait unifié et complet, jamais clivé. Il y aurait un sentiment d'identité présent et constant, bien qu'il pourrait y avoir de légères distorsions liées aux identifications œdipiennes faites dans l'enfance (Bergeret, 2008). De plus, la structure névrotique serait la seule qui présente un véritable Surmoi organisé, puisqu'elle serait l'unique structure à avoir accédé au stade phallique et à l'Œdipe. De fait, les interdits socioculturels seraient instaurés, la différence des sexes et des générations serait établie et le conflit psychique majeur se situerait à l'intérieur du Moi, entre le Surmoi et les pulsions. De plus, l'individu névrotique évoluerait selon un mode de relation objectale totale et génitale. L'autre constituerait un objet externe entier, différencié et sexué (Bergeret, 2008). Il serait reconnu dans son unicité et son individualité. Cette relation triangulaire serait mentalisée et porteuse de sens. Elle serait associée à l'intégration de l'amour et de la haine chez le même objet, ainsi qu'au développement de bonnes relations avec un tiers. Elle mènerait cependant à une angoisse de castration, angoisse d'incomplétude et de manque. Elle serait aussi reliée à la peur de perdre l'amour de l'objet, de perdre sa place et son unicité aux yeux de l'autre ou alors de perdre une partie de soi à travers la relation avec l'autre (Bergeret, 2008). Lorsque l'angoisse est trop forte ou que le conflit psychique devient trop sérieux, le refoulement apparaîtrait comme mode de défense principal. En fonction du type de caractère présenté par l'individu, d'autres défenses pourraient émerger en appui, telles que l'isolation, le déplacement, la rationalisation, l'évitement, l'annulation\* et la formation de compromis. À travers tout ceci, le rapport à la réalité serait toujours conservé. Il pourrait parfois subir une transformation, par une tentative défensive, mais le réel ne serait jamais dénié; il n'y aurait pas de perte de contact avec la réalité chez le névrotique. Le principe de plaisir serait soumis au principe de réalité, la distinction contenant-contenu serait maintenue en permanence. La satisfaction pulsionnelle, interdite par le Surmoi, serait réalisée à travers les fantasmes et le rêve, ce qui devient une formation de compromis saine (Bergeret, 1996b). Lorsque le sujet névrotique décompense et entre en situation d'anormalité, il y aurait régression de la libido à des points de fixation du deuxième sous-stade anal ou du stade phallique. Cette régression ne serait toutefois pas majeure et le Moi demeurerait intacte, à l'inverse de la décompensation psychotique, où il y aurait atteinte à l'intégrité et au fonctionnement du Moi. En fonction du caractère présent, le type de décompensations pourrait prendre la forme de névrose obsessionnelle, de phobie ou d'hystérie (Bergeret, 2008).

Le modèle bergeretien présente la structure névrotique comme pouvant mener à trois types de caractères, classés comme suit : le caractère obsessionnel – plus près du fonctionnement limite – le caractère hystérophobique et le , caractère hystérique de conversion – celui où le fonctionnement global témoigne d'une plus grande évolution générale. Ces trois caractères partageraient les caractéristiques de la structure névrotique énoncées ci-haut. Malgré cela, certaines différences sont présentes et renvoient principalement à la nature de la relation d'objet, aux processus de pensée et à la qualité de la vie fantasmatique.

#### 5.1.1.1 Caractère obsessionnel

Le caractère *obsessionnel* serait le moins évolué des caractères névrotiques. Il présenterait une « régression du Moi de l'acte vers la pensée », où l'agir défend le sujet face à des pensées et des fantasmes agressifs ou sexuels insupportables (Bergeret, 1996b, p. 122). La symptomatologie principale se constituerait de superstitions, de rituels ou de comportements répétitifs, provenant d'une « surestimation constante et défensive de la pensée » (Bergeret, 1996b, p. 110). S'y ajouterait une vie affective pauvre, où les affects gênants sont détachés de leurs représentations pour être rattachés à d'autres représentations considérées protectrices (Bergeret, 1996b, 2008). Dans la relation d'objet, l'autre serait maintenu à distance, ni trop près ni trop loin, ce qui offrirait au sujet une illusion de contrôle et de sécurité. La pensée pourrait servir d'écran entre le sujet et les autres (Bergeret, 2008). Il y aurait présence d'angoisse de castration reliée à la peur que les pensées et désirs érotiques ou agressifs soient découverts par autrui (Bergeret, 1996b). Les principaux mécanismes de défense seraient l'annulation, le déplacement, la formation réactionnelle, l'isolation, la pensée magique, la rationalisation et le refoulement (Bergeret, 1996b, 2008).

#### 5.1.1.2 Caractère hystérophobique

Bergeret identifie ensuite un caractère *hystérophobique*, également appelé *hystérie d'angoisse*. Il s'agirait d'une « régression topique et partielle de la libido », où une représentation fantasmatique interdite est déplacée sur une représentation substitutive (Bergeret, 1996b, p. 123). L'angoisse de castration porterait sur la peur que les fantasmes ou les pensées se réalisent (Bergeret, 1996b). La pensée serait alors déplacée sur un objet autre, qui deviendrait l'élément phobique, craint. Celui-ci aurait un double rôle : « éviter le contact avec l'objet anxiogène » initial et « le laisser présent "à portée de main" ou [...] à la portée du regard » (Bergeret, 1996b, p. 123). Les relations d'objet seraient mobiles, multiples et érotisées. Elles seraient teintées d'ambivalence, où il y aurait « agressivité à l'égard des objets d'amour et affection pour

les objets agressés » (Bergeret, 1996b, p. 115). Le refoulement serait la principale défense, mais il y aurait également recours au déplacement et à l'évitement (Bergeret, 1996b).

#### 5.1.1.3 Caractère hystérique de conversion

Bergeret décrit le caractère *hystérique de conversion* comme étant le plus évolué de la structure névrotique. Il se caractériserait par une très forte composante érotique, qui dominerait la vie et les relations d'objet (Bergeret, 1996b). L'autre serait maintenu à proximité, dans une tentative de contrôle, mais un « double mouvement *séduction/retrait* » serait aussi présent (Bergeret, 2008, p.177). Il y aurait angoisse de castration, concernant un « danger de voir se réaliser un passage à l'acte interdit » et redouté (Bergeret, 1996b, p. 123). De là, il y aurait une « mise "hors d'état de nuire" d'une partie du corps » qui aurait pu contribuer à la réalisation de ce passage à l'acte, symptôme somatique face auquel le sujet serait souvent indifférent (Bergeret, 1996b, p. 119). Les autres signes perceptibles seraient notamment une grande mentalisation, un langage expressif et séducteur, de la mythomanie, des fabulations et de nombreuses hésitations (Bergeret, 2008). Le refoulement serait le principal mécanisme de défense, mais le sujet pourrait aussi recourir à la conversion somatique, au déplacement et à la répression des affects.

#### 5.1.2 Perspective proposée par le *Psychodynamic Diagnostic Manual*, 2<sup>e</sup> édition

Avant de parler d'organisation névrotique, le PDM-2 décrit brièvement une *organisation de personnalité saine*, située à l'extrémité supérieure du continuum. Il s'agirait d'une organisation de personnalité où le fonctionnement psychique est souple et flexible, permettant une adaptation appropriée aux divers défis de la réalité externe et aux variations internes (Lingiardi et McWilliams, 2017). L'identité serait bien définie, cohérente et stable dans le temps. La gestion des émotions et des impulsions serait bonne et adéquate. Le développement et le maintien des relations interpersonnelles seraient satisfaisants (Lingiardi et McWilliams, 2017; PDM Task Force, 2006). L'organisation *saine* ne présenterait aucun trouble de la personnalité (Huprich *et al.*, 2015). Elle se caractériserait plutôt par la présence de divers traits de personnalité appartenant à plusieurs styles, parmi ceux présentés à l'Axe P. De plus, il y aurait un excellent niveau de fonctionnement dans les douze capacités mentales de l'Axe M. Cette organisation serait donc la plus fonctionnelle, la plus adéquate et la plus adaptée. Il s'agirait de l'organisation de personnalité qui illustre le mieux la *santé mentale* telle que précédemment définie.

Viendrait ensuite l'*organisation de personnalité névrotique*. Elle est décrite par un bon fonctionnement quotidien et un haut niveau de fonctionnalité des douze capacités mentales évaluées à l'Axe M (Lingiardi

et McWilliams, 2017). L'individu névrotique serait capable de créer, d'entretenir et de maintenir des relations interpersonnelles positives. Les angoisses ne seraient pas trop envahissantes, car les mécanismes de défense seraient globalement adaptés et matures, ce qui signifie qu'ils contribueraient efficacement au fonctionnement et à la défense du psychisme (Lingiardi et McWilliams, 2017). Malgré tout, il y aurait chez le névrotique une forme de souffrance psychique particulière, un conflit interne toujours présent, qui s'articulerait autour d'un thème spécifique. Ce conflit apparaîtrait lorsqu'une situation serait vécue comme discordante avec la moralité interne ou lorsqu'elle entraînerait une dissension intérieure entre deux types d'émotions ou de valeurs (Lingiardi et McWilliams, 2017). Ce conflit varierait selon le style de personnalité dominant : dans le syndrome de personnalité dépressif, ce conflit toucherait la perte, le rejet et l'autopunition; dans le syndrome hystérique, il s'agirait de la sexualité, le genre et le pouvoir; dans le syndrome obsessionnel-compulsif, ce serait le contrôle; le schéma conflictuel du syndrome phobique n'est pas précisé dans le manuel (Lingiardi et McWilliams, 2017). De plus, l'organisation névrotique présenterait parfois une certaine rigidité, dans certaines sphères de la vie du sujet, ce qui ferait en sorte de restreindre l'éventail des mécanismes de défenses ou de mécanismes d'adaptation qui pourraient être utilisés (PDM Task Force, 2006). Les mécanismes de défense utilisés seraient généralement des mécanismes matures comme l'altruisme, l'humour, la sublimation ou la suppression (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 73). Il y aurait apparition de défenses immatures ou inadéquates seulement dans les situations qui touchent le pattern de souffrance caractéristique. À titre d'exemple, le PDM-2 explique qu'un individu pourrait présenter des difficultés avec l'autorité, plutôt qu'un problème général dans toutes ses relations interpersonnelles. En outre, dans un contexte psychothérapeutique, le sujet névrotique est décrit comme étant capable d'introspection et de perspective face à ses difficultés, en mesure d'identifier de quelle façon il souhaite changer et capable de former une relation de travail adéquate avec son thérapeute (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 21). Il est rapporté que devant un tel patient, le clinicien se sentirait confortable, qu'il présenterait une attitude respectueuse et sympathique et qu'il aurait espoir d'établir une alliance thérapeutique collaborative.

Parmi les styles de personnalité présentés dans le PDM-2, les sept suivants pourraient être retrouvés dans l'organisation névrotique : personnalité dépressive, personnalité dépendante, personnalité anxio-évitante et phobique, personnalité obsessionnelle-compulsive, personnalité somatique, personnalité hystérique et personnalité narcissique (Lingiardi et McWilliams, 2017). Tous ces styles partageraient les caractéristiques du fonctionnement névrotique susmentionnées, mais présenteraient également des attributs spécifiques, qui modifieraient et préciseraient le fonctionnement psychique du sujet.

## 5.2 Fonctionnement psychotique

Certains rapportent que la notion de psychose aurait été introduite en 1885, par le médecin viennois Ernst von Feuchtersleben pour désigner l'aliénation mentale, la folie, une « maladie de l'âme ou de l'esprit » (Chottin et Zaoui, 2013, p. 200). Cette conception a, évidemment, beaucoup évolué depuis.

### 5.2.1 Perspective proposée par le modèle structural de Jean Bergeret

La genèse d'une telle structure serait liée à la vie intra-utérine ou à la petite enfance (Bergeret et Houser, 2007). Bergeret explique que des stimulations, des excitations ou des frustrations sévères, précoces et toxiques seraient survenues alors que l'enfant n'avait pas les capacités de pare-excitations nécessaires à la protection de sa psyché. Ces événements auraient créé des fixations pendant le stade de développement oral ou, au plus tard, pendant le premier sous-stade anal d'incorporation/expulsion (Bergeret, 1996b). De plus, pour diverses raisons, il semble que le jeune enfant n'aurait pas été considéré comme sujet à part entière par sa figure d'attachement principale, qu'il n'aurait pas été traité comme séparé et « distinct de la mère sujet » (Bergeret, 1996b, p. 73). Conséquemment, la différenciation du Moi de l'enfant avec le non-Moi et le monde extérieur ne se serait donc pas faite correctement. L'enfant serait resté au stade du narcissisme primaire\*, dans un état de toute-puissance (Laplanche et Pontalis, 1981). Une relation fusionnelle se serait créée – à différents degrés – avec l'environnement et celle-ci serait sans cesse répétée dans les relations futures. Ces frustrations précoces et cette défaillance du narcissisme primaire feraient en sorte de pré-organiser le Moi de l'enfant de façon psychotique. Cette forme d'organisation psychique perdurerait pendant les stades de développement ultérieurs, de même que pendant la période de latence et l'adolescence. Selon Bergeret, il serait possible, mais rare, que l'évolution psychoaffective du sujet puisse reprendre et que celui-ci évolue vers une structuration névrotique. Toutefois, il y aurait de fortes chances que la pré-structuration psychotique persiste après la période de latence et qu'elle se cristallise en une structure psychotique vraie.

Cette trajectoire développementale aurait nécessairement plusieurs incidences sur l'identité du sujet adulte, car les fixations primitives et le narcissisme primaire déficient auraient mené au développement d'un Moi morcelé, non unifié, incomplet. Le Moi du psychotique serait alors constitué de façon partielle, comme un ensemble de parties qui tiennent au moyen de l'intervention du monde externe, ce dernier étant aussi perçu comme un assemblage de différents morceaux, imbriqués au Moi. Tout serait interrelié.

L'adulte se retrouverait enfermé dans des relations préobjectales et fusionnelles, qui mèneraient à de fortes angoisses de morcellement, de destruction et de mort par éclatement. Le sujet tenterait de s'y défendre par certains mécanismes privilégiés, tels que la projection, le clivage du Moi, le déni de la réalité. Ces mécanismes pouvant ensuite mener à des phénomènes de dépersonnalisation\*, de dédoublement de la personnalité et de déréalisation (Bergeret, 1996b). Les enjeux psychiques principaux proviendraient du conflit entre la réalité extérieure et « les besoins pulsionnels élémentaires », conflit pour lequel le Moi se trouverait même exclu (Bergeret, 1996b, p. 73). Si ce conflit interne devient trop important et la réalité trop gênante, le sujet tendrait à dénier une grande partie de cette réalité, pour se construire une néoréalité qui lui semblerait bénéfique, bien que réalistement absurde; apparaîtrait alors le délire. Il s'avère également que le fonctionnement psychique du psychotique serait basé sur les processus primaires et le principe de plaisir. L'objet ne serait pas nécessaire à la satisfaction pulsionnelle, ce qui pourrait mener à une hallucination de la matérialisation des désirs (Bergeret, 1996b). Le langage du sujet psychotique comporterait aussi certaines particularités. En effet, l'affect serait souvent dissocié de la représentation, ce qui fait que « les mots sont considérés à un certain niveau comme étranges, étrangers et creux » (Bergeret, 1996b, p. 73). Le contenu serait plus important que le contenant et, souvent, les codes et les signes non verbaux seraient confondus. Néanmoins, l'individu psychotique pourrait avoir de très bonnes capacités mathématiques, intellectuelles et de spéculation, car celles-ci ne sont pas sous le contrôle et la régulation du Moi – ce dernier ayant été préalablement décrit comme incapable de tenir son rôle de pôle médiateur et organisateur.

Le modèle structural propose trois types de caractères dans la structure psychotique : le caractère schizophrénique, le caractère paranoïaque et le caractère mélancolique ou maniaco-dépressif. Il est clair pour Bergeret que le caractère schizophrénique est le plus archaïque quant à l'évolution libidinale et au fonctionnement du Moi. Cependant, cette hiérarchisation serait moins certaine pour les deux autres caractères. En effet, Bergeret estime que l'état paranoïaque jouit d'une meilleure évolution libidinale (premier sous-stade anal) que le caractère mélancolique, mais d'un niveau de développement du Moi inférieur. À l'inverse, la mélancolie serait tributaire d'un développement psychosexuel plus régressif (phase orale), mais d'un Moi mieux construit et plus adapté que le caractère paranoïaque. Considérant ceci, de même que la psychogenèse du caractère mélancolique – décrite ci-après dans la section sur le fonctionnement limite –, celui-ci est placé au-dessus du caractère paranoïaque, plus près de l'astructuration limite (Bergeret, 1975). Puisque ces trois caractères prennent place dans la structure

psychotique, ils en partagent les caractéristiques principales. Leur fonctionnement diffère légèrement quant au fonctionnement du Moi, au mode de relation à l'autre et à la prise en compte de la réalité.

#### 5.2.1.1 Caractère schizophrénique

Le caractère *schizophrénique* serait le plus régressé du point de vue évolutif, avec d'importantes fixations orales. L'enjeu principal se situerait autour de la dynamique Moi/non-Moi, un conflit prenant place entre les objets internes, les objets externes et l'ensemble de leurs représentants psychiques (Bergeret, 1996b, 2008). Le sujet étant peu différencié de l'objet, les relations interpersonnelles seraient immatures, avec une forte tendance à la fusion et au clivage. De là, apparaîtraient des angoisses de mort et de morcellement tributaires d'un défaut d'unité, reliées à l'impossibilité pour le sujet d'exister sans l'objet, de se constituer un Moi unifié et autonome (Bergeret, 1996b). Le sujet schizophrénique présenterait un détachement et un sentiment d'étrangeté à l'égard des affects. La distinction entre le fantasme et la réalité serait parfois difficile et la pensée serait marquée par un fonctionnement archaïque, avec un « univers fantasmatique aussi luxuriant que profondément régressif » (Bergeret, 1996b, p. 77). Bergeret ajoute d'ailleurs que « certaines parties de cette réalité » pourraient n'avoir « jamais été objectivement reconnues » (1996b, p. 88). Par ailleurs, il apparaît que le sujet de structure psychotique schizophrénique « ne pense pas et ne parle pas réellement avec des mots, mais qu'il agit avec ces mots, comme il le ferait avec des objets » (Bergeret, 1996b, p. 78). Le langage se verrait ainsi placé au service de la pulsion agressive, constituant alors un mode de communication sadique (Bergeret, 1996b). Les mécanismes de défense seraient immatures, les principaux étant le clivage, la condensation, le déni de la réalité, le déplacement, l'introjection et la projection (Bergeret, 2008). Le sujet pourrait présenter des manifestations symptomatiques telles que la catatonie\*, le délire, la dépersonnalisation, la déréalisation\* ou l'hallucination.

#### 5.2.1.2 Caractère paranoïaque

Le caractère *paranoïaque* présenterait un conflit psychique relatif à des désirs passifs et agressifs. Le Moi serait différencié du non-Moi, mais il y aurait tout de même un grand sentiment de dépendance à l'égard de l'objet, teinté d'agressivité et de contrôle. La relation d'objet serait marquée par la dualité persécution/maîtrise. Elle serait également utilitaire, l'autre étant utilisé comme un « instrument à la disposition du sujet » et perçu comme un « complément vital » (Bergeret, 1996b, p. 81). Le sujet se montrerait méfiant, suspicieux et hypervigilant à l'égard d'autrui et de son environnement. Les affects seraient difficiles à vivre et à tolérer, se retrouvant souvent niés. La pensée serait concrète, plutôt rigide,

régressée et peu mentalisée, ce à quoi s'ajouterait de fortes fantaisies d'être piégé ou dupé. Il y aurait angoisse de persécution et angoisse de morcellement, en lien avec une « menace d'éclatement par pénétration » (Bergeret, 1996b, p. 88). Les principaux mécanismes de défense utilisés seraient l'annulation rétroactive, la dénégation, le déni du réel, l'identification projective, la projection et le retournement contre soi (Bergeret, 1996b, 2008).

#### 5.2.1.3 Caractère mélancolique

Le caractère *mélancolique*, autrefois appelé *psychose maniaco-dépressive*, serait marqué par des tendances dépressives et maniaques. Il y aurait d'importants enjeux relatifs aux stades oral et anal, avec des éléments phalliques régressés (Bergeret, 1996b). Le Moi serait différencié du non-Moi, mais présenterait une faille importante quant à l'intégration et la cohésion identitaire. Les affects seraient forts, intenses et variables, fréquemment de l'ordre de la tristesse, de la honte et du dégoût. Le sujet vivrait avec des sentiments d'impuissance, de pessimisme et d'autodépréciation, pouvant aussi être habité d'un sentiment de vide et avoir peu d'élan vital (Bergeret, 2008). La relation d'objet serait anaclitique et ambivalente, avec une dominante agressive et hostile (Bergeret, 1996b). Le sujet présenterait des angoisses dépressives et de morcellement, relatives à la réalisation que l'objet anaclitique est différent et séparé de soi, voire *perdu* (Bergeret, 1996b). La qualité du langage serait variable, selon l'état psychique du sujet : débit de parole rapide; syntaxe relâchée; vocabulaire riche, varié et imprécis en « phase d'excitation » ou alors expression « pauvre, monocorde, indécise » en « phase dépressive » (Bergeret, 1996b, p. 87). Les mécanismes de défense majoritairement utilisés seraient le clivage de l'objet, le déni partiel de la réalité, la défense maniaque, l'introjection, le passage à l'acte, la pensée magique et le retournement contre soi (Bergeret, 1996b, 2008).

#### 5.2.2 Perspective proposée par le *Psychodynamic Diagnostic Manual*, 2<sup>e</sup> édition

L'un des changements majeurs du PDM-2 est l'ajout d'une organisation de personnalité psychotique. En effet, ce niveau d'organisation était absent de la première édition. À l'époque, certains auteurs craignaient que le terme *psychotique* soit trop étroitement associé aux manifestations pathologiques telles que délire, confusion de la pensée ou hallucination et que cela puisse générer une confusion chez les cliniciens qui ne sont pas d'orientation psychodynamique (McWilliams, 2011). Il avait alors été décidé de réserver l'utilisation du mot *psychotique* pour parler des psychopathologies associées, comme la schizophrénie, le trouble schizophréniforme, le trouble schizo-affectif ou le trouble délirant, notamment identifiés dans le Mini DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004; PDM Task Force, 2006). Les manifestations d'une



personnalité psychotique s'inscrivaient alors dans l'organisation *borderline* et elles étaient traitées comme des signes d'un fonctionnement de bas niveau et perturbé, un fonctionnement *borderline* à la limite de la psychose (McWilliams, 2011, p. 119). Depuis, l'existence d'une organisation de personnalité psychotique a été démocratisée et normalisée, à la suite de diverses recherches et grâce à l'apport de psychanalystes tels que Wilfred Bion, Otto Kernberg, Nancy McWilliams et Herbert Rosenfeld, pour ne nommer que ceux-là (Lingiardi et McWilliams, 2017; McWilliams *et al.*, 2018). Lors de la révision de la première édition du manuel, cette organisation de personnalité a donc été ajoutée au continuum (Lingiardi *et al.*, 2015).

Le PDM-2 situe le fonctionnement psychotique à l'extrémité inférieure du continuum de sévérité des organisations de personnalité, se retrouvant ainsi après l'organisation *borderline*. Cette organisation est considérée comme étant la plus malade et la moins fonctionnelle, car les réponses offertes par le sujet en situation de détresse seraient rigides et inflexibles; les mécanismes de défense utilisés seraient restreints, coûteux et maladaptés; il y aurait des déficits majeurs et sévères dans plusieurs des capacités mentales de l'Axe M (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 18). La différence majeure avec l'organisation *borderline* résiderait dans le déficit de l'épreuve de réalité : l'organisation psychotique présenterait une défaillance dans la prise en compte de la réalité et dans la distinction des fantaisies avec le réel (Lingiardi et McWilliams, 2017). Le manuel décrit un mode de pensée bizarre et concret, avec présence de généralisations abusives ou erronées. Le sujet psychotique porterait une croyance inébranlable dans ses convictions et dans les inférences et attributions faites envers autrui, indépendamment des paroles ou des comportements réels de l'autre. En outre, les capacités langagières et le sens de la narration seraient appauvries. Il y aurait parfois des hallucinations, des délires ou des réactions paranoïdes sévères et récurrentes. De plus, l'organisation psychotique serait marquée par une diffusion de l'identité et une confusion – ou une pauvre différenciation – entre les représentations Moi/autre (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 23). La relation d'objet serait ambivalente : à la recherche de soutien et de fusion, s'adjoindrait la perception que l'autre est dangereux. Il y aurait également un double mouvement constant avec l'objet, une alternance entre rapprochement et éloignement, entre collaboration et opposition. L'anxiété serait intense et persistante, résultant d'une angoisse d'annihilation extrême. Les mécanismes de défense retrouvés dans l'organisation psychotique seraient peu variés, primitifs et immatures. Ils contribueraient très peu à l'adaptation du sujet, seraient psychologiquement coûteux et pourraient même perturber le bon fonctionnement psychique ou le quotidien de l'individu (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 73). Les principales seraient le déni psychotique, le retrait autistique\*, la distorsion de la réalité, la projection délirante\*, la fragmentation\*, la concrétisation\*, la somatisation et le recours à d'importantes

compulsions (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 23). Les auteurs rapportent l'apparition possible de troubles factices\*, d'anorexie, de comportements socialement inappropriés et d'hostilité envers autrui, à différents degrés (Lingiardi et McWilliams, 2017). Sur le plan thérapeutique, le PDM-2 recommande une approche davantage soutenante qu'exploratrice, qui supporte les mécanismes de défense et le fonctionnement du Moi. Il est rapporté que les cliniciens pourraient tendre à répondre aux questions du patient, prodiguer des conseils, normaliser et contextualiser la souffrance, divulguer des éléments de leur vie personnelle et faire de la psychoéducation relativement aux émotions, aux comportements ou aux processus de pensée du patient (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 27). Il serait de convenance que le clinicien soit respectueux, patient, égalitaire, terre-à-terre et relativement autoritaire. Ceci, pour permettre au patient de se sentir en sécurité et soutenu, mais aussi pour diminuer les possibles sentiments d'humiliation ou de honte ressentis devant ses symptômes ou son besoin d'aide.

Il y a neuf syndromes de personnalité qui pourraient être retrouvés dans l'organisation de personnalité psychotique, soit les syndromes dépressif, dépendant, obsessionnel-compulsif, somatique, schizoïde, narcissique, paranoïde, psychopathique et sadique. Ils partageraient tous les caractéristiques du fonctionnement psychotique, bien qu'ils présenteraient des traits distinctifs quant aux mécanismes de défense privilégiés, la qualité de la relation objectale, les émotions principalement ressenties, les préoccupations et les croyances centrales.

### 5.3 Fonctionnement limite ou *borderline*

Il semble que les psychanalystes aient longtemps eu des opinions divergentes quant au fonctionnement limite. D'aucuns concevaient qu'il s'agissait de « formes mineures de psychose » ou alors d'une forme majeure de névrose; certains y voyaient plutôt une entité assurant le passage entre « névroses et psychoses »; d'autres, enfin, considéraient qu'il s'agissait plutôt d'une « entité nosologique indépendante » et à part entière (Bergeret, 1996b, p. 136-138). Diverses terminologies auraient été utilisées pour parler du fonctionnement de personnalité limite. Toutefois, il apparaît que depuis les travaux de Eisenstein en 1949, la majorité s'entend quant à l'appellation; il y a usage des termes *borderline* en anglais et *état limite* en français (Bergeret, 1996b).

### 5.3.1 Perspective proposée par le modèle structural de Jean Bergeret

Le fonctionnement limite de la personnalité est un sujet qui a été longuement traité par Bergeret – les nombreux écrits qu’il a publiés en témoignent sans conteste. Bien que la complexité de son point de vue ne puisse être résumée en quelques lignes seulement, il est possible d’en présenter l’essentiel et de suggérer une reformulation permettant d’en comprendre les particularités, sans en atténuer la portée.

D’un point de vue étiologique, la petite enfance du sujet limite aurait suivi une évolution relativement banale. Le stade oral et le premier sous-stade anal auraient été dépassés, sans qu’il y ait de trop grandes frustrations ou de fixations importantes. Le Moi de l’enfant aurait réussi à évoluer au-delà des points de limitations qui auraient pu entraîner une pré-organisation psychotique. Cependant, entre le deuxième sous-stade anal et le début de la période œdipienne, une vive frustration affective aurait eu lieu, générant un *traumatisme psychique précoce* qui fait office de « “premier désorganisateur” de l’évolution psychique » (Bergeret, 2008, p. 223). Bergeret en parle comme d’un « émoi pulsionnel intense survenu dans un état encore trop mal organisé et trop peu mûr » quant à l’équipement, aux capacités d’adaptation et aux mécanismes de défense alors en place chez l’enfant (Bergeret, 1996b, p. 140). Il précise qu’une série de microtraumatismes répétés et rapprochés pourrait avoir un effet similaire. L’enfant aurait alors été catapulté « trop brutalement et trop précocement, de même que trop massivement, dans une situation œdipienne à laquelle il n’était pas du tout préparé » (Bergeret, 1996b, p. 140). Ce trauma désorganisateur aurait une valeur identitaire, sexuelle ou de séduction (Estellon, 2019). Il y aurait donc eu sollicitation de la libido « avec anticipation, par une provocation à la génitalisation précoce », qui se « trouverait en quelque sorte *en avance* sur l’état de maturation du Moi » (Bergeret, 1975, p. 76). Cette expérience aurait été vécue comme une menace narcissique, face à laquelle l’enfant n’aurait pas été en mesure de se défendre, son équipement affectif et défensif n’étant pas suffisamment mature et le travail du refoulement étant déficient. Quoiqu’il n’y ait pas de régression vers un fonctionnement psychotique, il y aurait alors, faute de mieux, appui sur des mécanismes de défense régressés, plus archaïques et plus coûteux psychiquement. Bergeret identifie, entre autres, le déni de représentations sexuelles, le clivage de l’objet, l’identification projective et le maniement omnipotent de l’objet (Bergeret, 1996b). En conséquence de ce traumatisme, il y aurait un désinvestissement pulsionnel, qui provoquerait un arrêt du développement libidinal de l’enfant (Bergeret, 1975). Cette infraction psychique propulserait prématurément l’enfant dans une position de latence, une *pseudo-latence précoce*, qui est plus durable que la latence normale : elle recouvre la classique période de latence, mais se prolonge au-delà de celle-ci en englobant aussi la période de l’adolescence (Bergeret, 1996b). Parfois même, elle perdure à l’âge

adulte et il est possible que le sujet y reste sa vie entière (Bergeret, 1975, 1996b). La survenue de ce trauma précoce et l'entrée dans la phase de pseudo-latence font donc en sorte d'occulter le stade phallique; l'enfant n'accède pas au génital ni à l'organisation œdipienne, tous deux propres à une pré-organisation névrotique. En parallèle à tout ceci, survient également un blocage du processus de maturation du Moi, alors que celui-ci ne serait pas encore constitué de façon complète et consistante (Bergeret, 2008). Dès lors, bien que l'enfant ait dépassé la relation fusionnelle et qu'une relation à deux existe, son Moi reste suspendu dans une relation d'objet ambivalente et anaclitique (Bergeret, 2008). Malgré que l'autre serait perçu comme une personne distincte et séparée, le Moi y serait tout de même dépendant et aurait besoin de s'appuyer sur cet autre pour exister. Cette posture générerait une angoisse de perte d'objet et, de là, une angoisse dépressive. De plus, le problème d'accès à l'Œdipe fait en sorte que le Moi n'est pas adéquatement différencié sexuellement et que le Surmoi ne parvient pas à se développer totalement, demeurant très incomplet et imparfait (Bergeret, 1975, 1996b).

Cette voie développementale mènerait, chez l'adulte, à la constitution de ce que Bergeret appelle une *α-structuration* limite (Bergeret, 1975, 1996b, 2008). Il s'agirait d'une configuration de la personnalité instable et précaire, qui ne répondrait pas aux critères nécessaires à la constitution d'une structure vraie, comme le sont les structures névrotique et psychotique. L'*α-structuration* limite se présenterait comme un aménagement, un état d'adaptation approximative, où la lignée psychotique s'est vue dépassée, mais où la lignée névrotique « n'a pas pu être atteinte quant à l'évolution, tant pulsionnelle que maturative, du Moi » (Bergeret, 2008, p. 223). Le sujet aurait donc « évité de constituer une structure psychotique, mais il n'a pas le bénéfice d'une structuration névrotique. Il flocule. » (Bergeret, 2011, p. 189). Cette instabilité et cette fragilité de l'état limite placeraient le Moi dans une position ambiguë : « d'un côté angoisse de tomber dans le morcellement psychotique, mais envie des défenses plus solides qui s'y rencontrent; et de l'autre côté envie et angoisse de la génitalité névrotique et des plaisirs qu'elle pourrait procurer » (Bergeret, 1996b, p. 141). Faute d'une structuration solide, le Moi aurait donc mis en place un arrangement interne au meilleur de ses capacités. Il aurait cherché à constituer un fonctionnement psychique le plus adapté et le plus fonctionnel possible, en dépit du traumatisme désorganisateur précoce et de l'entrée en pseudo-latence qui a suivi.

Un tel aménagement de la personnalité se manifesterait par un fonctionnement du Moi qui n'est pas génitalisé, à savoir un Moi qui n'a pas réussi à accéder au mode relationnel génital et qui a refoulé « les questions relatives à la sexualité », ne permettant pas au conflit œdipien de s'organiser (Estellon, 2019, p.

44). Le Moi ne se serait pas établi comme sujet à part entière, mais se serait plutôt organisé selon un fonctionnement à deux niveaux. D'une part, selon un registre *adaptatif*, où il demeurerait adapté à la réalité extérieure et où il ressentirait peu de menaces relationnelles; d'autre part, selon un registre *anaclitique*, dès qu'une menace de perte d'objet apparaît. Le point central toucherait donc les besoins narcissiques du sujet et la défense contre ces menaces de perte d'objet (Bergeret, 1996b). Il ne s'agirait cependant pas d'un éclatement ou d'un clivage du Moi, car le noyau du Moi ne serait pas touché. Ce serait plutôt une déformation, une « simple réaction défensive dans les activités du Moi, destinée à éviter justement la menace d'éclatement » (Bergeret, 1996b, p. 142). Le Moi serait donc en état de lutte perpétuelle contre son immaturité fonctionnelle et contre la possible menace dépressive (Bergeret, 1996b, 2011). Il devrait fournir un effort constant d'adaptation à la réalité extérieure changeante. Bien que très coûteux, cela permettrait au Moi de maintenir une sécurité et une mobilité relatives, sans toutefois être jamais totalement stable ou solide. Il demeurerait trop dépendant des « variations de la réalité extérieure et des positions des objets comme de leur distance à son égard » (Bergeret, 1996b, p. 141). De plus, puisque le Surmoi serait incomplet, son rôle interdictif et moralisateur serait focalisé et circonscrit à quelques domaines seulement, laissant alors place à une instance idéale « puéril[e] et gigantesque », qui occuperait une partie de l'espace laissé vacant par le manque surmoïque (Bergeret, 1996b, p. 149), que Bergeret appelle *Idéal du Moi*. Or, la définition qu'il en donne n'est pas forcément celle généralement considérée en psychanalyse. Il y voit l'héritier du narcissisme primaire, qui se déploie par « un inépuisable et infructueux effort [...] pour tenter de restaurer des parties non atteintes ou perdues de la bonne relation » à l'objet tout-puissant (Bergeret, 1975, p. 95). Il s'agirait d'une instance idéale qui a des « ambitions héroïques démesurées de *bien faire*, pour conserver l'amour et la présence de l'objet » et qui a ainsi peur de ne pas faire assez bien les choses (Bergeret, 1996b, p. 149). Cet idéal prendrait place dans l'astructuration limite à un stade développemental où le Moi n'est pas encore totalement organisé. Ce faisant, il ressemblerait davantage à un *Idéal du Soi*, ce que l'auteur reconnaît : « il serait plus logique de parler "d'Idéal de Soi" [...] considérant le niveau narcissique commun au Soi et à l'Idéal de Soi du point de vue psychogénétique » (Bergeret, 1996b, p. 53). Bergeret continue néanmoins d'utiliser la formulation *Idéal du Moi* et affirme que cet idéal devient le pôle organisateur de la personnalité limite. De ce fait, la relation d'objet se caractériserait « par une étroite dépendance comprise entre le besoin de se sentir séparé de l'autre et l'inclinaison à devoir s'appuyer contre lui » (Estellon, 2019, p. 44). Les relations interpersonnelles seraient marquées par une grande dépendance et répondraient à un besoin vital de proximité, malgré le rôle ambivalent de l'objet. Les lacunes du Moi et du Surmoi seraient comblées grâce à l'établissement d'une relation anaclitique, où l'autre se verrait attribuer un rôle de Moi et de Surmoi

auxiliaires. Ce mode relationnel maintiendrait cet autre dans une situation d'ambivalence, marquée par un double mouvement de protection et persécution (Bergeret, 1996b). L'identité du sujet limite demeurerait donc fluctuante et fragile, tributaire des identifications primaires et des relations interpersonnelles (Bergeret, 2008). Il y aurait un manque d'intégration envers le bon et le mauvais, les qualités et les défauts, tant chez le sujet lui-même que dans sa perception de l'autre. Il y aurait également une recherche excessive de « compréhension, de respect, d'affection et de soutien » (Bergeret, 1996b, p. 143). Cette place importante accordée à l'autre entraînerait d'intenses angoisses de perte d'objet et dépressive. L'individu craindrait constamment que l'autre lui fasse défaut, qu'il disparaisse et qu'il lui échappe, ce qui mettrait en péril son identité et l'ensemble de sa personnalité. La perte de cet objet d'étayage constituerait un deuil impossible et mènerait à une décompensation dépressive. Il en va de même pour les idéaux démesurés de l'Idéal du Moi bergeretien, qui pèseraient lourd sur le sujet et qui le mettraient à risque d'échec provoquant, le cas échéant, des sentiments de honte et de dégoût (Bergeret, 1996b). L'idée que cet échec pourrait provoquer la fuite et la perte de l'objet générerait une angoisse de perte d'objet et, de ce fait, une angoisse dépressive. Cette menace dépressive, par le biais de la perte de l'objet, serait donc constante. De ce fait, cela exigerait une perpétuelle utilisation de mécanismes de défense. Les mécanismes utilisés par l'aménagement limite seraient moins élaborés et moins efficaces que ceux de la structure névrotique, mais seraient tout de même plus matures que ceux utilisés dans la structure psychotique. Bergeret (1996b) identifie quatre défenses principales utilisées par l'adulte limite : l'évitement, la forclusion\*, les réactions projectives et le clivage de l'objet. Il serait également possible d'observer des comportements hypomaniaques ou euphoriques. À travers tout ceci, il semble que le lien avec la réalité soit préservé et qu'il n'y aurait pas de perte de contact avec le réel. Cependant, il semble que la prédominance de l'Idéal du Moi et la faiblesse du Surmoi influenceraient les processus mentaux, « ce qui ne peut aller sans un certain anachronisme et une notable inadaptation » (Bergeret, 1996b, p. 150). De plus, l'agir remplacerait souvent les processus de représentation, de mentalisation et de verbalisation, car la mise en actes serait plus facile que l'élaboration, la reconnaissance et l'intégration des idées ou des fantaisies. Les affects seraient donc perçus et vécus avec une intensité absolue, tributaire du degré d'immaturation du Moi et des moyens limités dont celui-ci dispose pour leur faire face (Bergeret, 1996b, p. 148). Tout ceci correspond à ce que Bergeret appelle le *tronc commun des états limites* ou le *tronc commun aménagé*, une expression qui désigne le fonctionnement psychique général de l'astructuration limite (Bergeret, 1996b). De ce tronc commun, deux mouvements psychiques pourraient être observés et identifiés comme menants à des *évolutions stables* ou des *évolutions aiguës*. L'*évolution stable* renverrait à un aménagement spontané de la personnalité, qui serait légèrement plus solide et plus

durable que le fonctionnement habituel de l'état limite; au contraire, une *évolution aiguë* correspondrait plutôt à une réorganisation de la personnalité du sujet, à la suite à une décompensation tributaire d'une situation de crise et d'un excès d'angoisse (Bergeret, 1996b). Il importe ici d'approfondir le sujet.

L'*évolution stable* adviendrait dans la majorité des cas, lorsqu'aucun incident particulier ou situation intense ne seraient survenus pendant l'adolescence. Il n'y aurait donc pas eu d'événement désorganisateur majeur ni d'accumulation de microtraumatismes qui auraient pu mener à une décompensation importante. Le sujet développerait un état de stabilité relative, où il pourrait, « pendant plus ou moins longtemps et avec plus ou moins d'efficacité [...] évoluer dans une absence à peu près totale de manifestations symptomatiques » (Bergeret, 1975, p. 77). Le maintien de ce fonctionnement psychique à l'intérieur du tronc commun serait fait au prix d'efforts importants, « de bien des renoncements, de compromis, de déguisements, d'évitement, de défenses énergétiques considérables et de ruses diverses » (Bergeret, 1996b, p. 152). Bien que certainement inconfortable, cet état resterait tolérable, car il serait subtilement et habilement agencé (Bergeret, 1996b). Ce mode d'évolution pourrait mener à deux formes d'aménagements de la personnalité : l'aménagement *pervers* et l'aménagement *caractériel*. Tous deux se présenteraient comme ayant des mécanismes de défense légèrement plus stables et plus originaux que le tronc commun (Bergeret, 1996b, 2008). Bergeret parle ici d'*aménagement* de la personnalité – plutôt que de structure – vu la nature chancelante et peu solide de ces arrangements psychiques.

À l'opposé, une *évolution aiguë* serait le résultat d'une « décompensation morbide de l'organisation limite » (Bergeret, 1996b, p. 152). Elle pourrait survenir à tout moment de la vie d'un sujet, de l'adolescence jusqu'à la période de sénescence. Comme cela vient d'être expliqué, l'effervescence de l'adolescence mène habituellement à une stabilisation du fonctionnement du tronc commun, où un aménagement pervers ou caractériel se mettrait en place. Cependant, il arriverait parfois que cela ne se produise pas, le sujet n'accédant à aucune organisation interne particulière. Bergeret explique qu'il y aurait alors prolongation de la période de latence, dans une *pseudo-latence tardive* et prolongée (Bergeret, 1996b). Le sujet continuerait ainsi d'évoluer dans le tronc commun, mais présenterait un fonctionnement psychique qui demeure très fragile, coûteux et instable. Dans certains de ses écrits, Bergeret identifie ce fonctionnement du tronc commun comme étant l'aménagement *narcissique* de la personnalité (1996b). Ce serait un état d'hésitation identificatoire et d'indécision du Moi, où le sujet évoluerait toute sa vie, sans qu'aucun aménagement stable ne s'instaure (Bergeret, 1970, 2008). Dès lors, si ce sujet rencontre sur sa route un *deuxième traumatisme désorganisateur tardif*, cet aménagement provisoire du tronc commun

ne suffirait plus à le maintenir en équilibre – un équilibre qui était déjà précaire – et provoquerait l'éclatement du tronc commun (Estellon, 2019). Cet effondrement engendrerait une réorganisation de la personnalité; il y aurait *évolution aigüe*. Les causes de ce second traumatisme pourraient être multiples : mariage ou séparation, naissance d'un enfant ou situation post-partum, deuil ou perte importante, bouleversement social, retraite, ennuis financiers, perturbation affective, accident corporel ou accumulation de microtraumatismes (Bergeret, 1996b, 2008; Fourcade, 2010). Il s'agirait donc toutes de situations qui menacent de « rompre, sans préavis [...] une relation aux autres, de mode essentiellement anaclitique » (Bergeret, 1996b, p. 153), provoquant une surcharge pulsionnelle, sexuelle et/ou affective. Ce trauma réveillerait alors les angoisses archaïques de perte d'objet, ainsi que les blessures et les frustrations narcissiques infantiles vécues lors du premier traumatisme désorganisateur (Bergeret, 1975, 2008; Estellon, 2019). De là apparaîtrait un *épisode d'angoisse aigüe*, une « crise morbide de développement psychique » (Bergeret, 1975, p. 86). Bergeret l'explique comme « une caricature de crise d'adolescence, une crise d'adolescence à la fois brutale, intense, tardive, raccourcie, remettant en cause toute l'organisation profonde du Moi et ses aménagements provisoires antérieurs » (Bergeret, 1996b, p. 153). L'aménagement interne précaire qui était en place serait alors totalement bouleversé et le Moi du sujet se retrouverait submergé. Les mécanismes de défense habituellement utilisés par le Moi se révéleraient inefficaces et impuissants face à cet excès d'angoisse et ne permettraient plus de maintenir « l'aménagement provisoire et imparfait » qui prévalait jusque-là (Bergeret, 2008, p. 227). Il y aurait un éclatement du tronc commun, entraînant une grande menace de décompensation dépressive. Pour l'éviter, le Moi se verrait dans l'obligation de chercher un nouveau système défensif, davantage efficace, car à ce moment, « il n'existe plus aucun aménagement médian possible » (Bergeret, 1996b, p. 155). Il y aurait nécessairement un abandon du tronc commun de l'état limite et un changement de lignée structurelle (Bergeret, 1975). Trois voies d'évolutions aigües seraient alors possibles selon Bergeret. La première est une régression vers la lignée psychotique, ce qui entraînerait une structuration psychotique et donnerait naissance au caractère maniaco-dépressif. Ce mouvement se produirait si le Surmoi est trop faiblement élaboré et que le Ça parvient à dominer le Moi, si « les mouvements pulsionnels font éclater la partie du Moi qui était restée adaptée à la réalité » jusque-là, grâce aux défenses précédemment utilisées (Estellon, 2019, p. 45). Bien qu'il soit question de régression, cette solution permettrait tout de même au Moi d'accéder à un fonctionnement plus solide et plus stable, avec des mécanismes de défense davantage efficaces. La deuxième voie serait une évolution vers la lignée névrotique, qui mènerait à une structuration névrotique de la personnalité. Ce mouvement serait possible seulement si le Surmoi du sujet est assez fortement constitué et « consistant, pour autoriser une alliance avec la partie saine du Moi contre les



pulsions intempestives du Ça », favorisant l'accès au génital (Bergeret, 1996b, p. 156). Bergeret postule que cette nouvelle structuration prendrait la forme d'un caractère hystérophobique. Enfin, la troisième voie serait celle d'une régression vers un fonctionnement psychosomatique, qui se produirait lorsque « les manifestations mentales se trouvent désexualisées, désinvesties, autonomisées au profit d'un retour à un mode somatopsychique archaïque et unifié d'excitations et d'expression » (Bergeret, 1975, p. 86). Cet aménagement se caractériserait donc par une incessante instabilité. Une fois l'épisode d'angoisse dépassé, le sujet reviendrait à son fonctionnement précaire antérieur. Il passerait alors sa vie à naviguer à l'intérieur du *tronc commun aménagé*, constamment sujet à des décompensations psychosomatiques soudaines, sans jamais accéder à l'une ou l'autre des deux évolutions stables.

En résumé, et de manière très concise, la trajectoire constitutionnelle de l'astructuration limite peut donc suivre les six voies suivantes : 1) une stabilisation relative menant à un aménagement pervers; 2) une stabilisation relative menant à un aménagement caractériel; 3) une instabilité perpétuelle, menant à un aménagement narcissique; 4) une transformation régressive conduisant à une structuration psychotique; 5) une transformation régressive entraînant le retour à un état psychosomatique archaïque; 6) une transformation évolutive conduisant à une structuration névrotique.

Enfin, tout comme pour les structures névrotiques et psychotiques, les caractéristiques psychiques du tronc commun de l'état limite seraient partagées par tous les caractères provenant des évolutions stables – aménagements pervers ou caractériels. Chacun de ces aménagements présenterait également des traits distinctifs, qui résident principalement dans la configuration des relations interpersonnelles, dans les formes d'angoisses prédominantes et dans les principales manifestations défensives. Le Tableau 5.1 placé en Annexe C, illustre les diverses combinaisons d'aménagements et de caractères possibles, tels qu'ils ont été décrits par Bergeret.

#### 5.3.1.1 Aménagement narcissique

Les caractéristiques fonctionnelles de l'aménagement narcissique correspondent à la description faite précédemment du *tronc commun organisé* de l'état limite. L'auteur affirme cependant que l'identification d'un authentique aménagement narcissique et du caractère associé serait complexe, car « ce type de caractère peut prendre des allures variées » et présenterait des « facilités d'imitation d'autres modes d'évolutions structurales que revêtent [...] les différentes entités tirant leur origine, immédiate ou lointaine, du tronc commun aménagé des états limites » (Bergeret, 1996b, p. 217). Malgré cette apparente

complexité, il identifie neuf caractères qui pourraient être retrouvés dans l'aménagement narcissique : le *caractère abandonnique*, où il y aurait présence massive d'angoisse d'abandon, d'agressivité réactionnelle et où le sujet douterait de « ses capacités à être aimé et à affronter les autres » (Bergeret, 1996b, p. 218); le *caractère de destinée*, lorsqu'il y aurait certitude du sujet d'être poursuivi par un destin malheureux et d'être emprisonné dans un cycle inéluctable de répétitions; le *caractère narcissique-phobique*, où il y aurait déficit de la capacité d'inhibition du registre dépendance/agression, qui se retrouverait « au contraire manifestée de façon très positive (bien que camouflée habituellement) dans la relation à l'objet contra-phobique (Bergeret, 1996b, p. 220); le *caractère phallique*, où le sujet chercherait à se rassurer à travers les objets partiels ou totaux auxquels ils s'identifient; le *caractère dépressif*, lorsque l'enjeu principal concernerait une lutte irrésolvable entre les tendances affectueuses et hostiles du sujet envers l'objet; le *caractère hypocondriaque*, qui se caractériserait par des soucis constants au sujet de l'état de santé; le *caractère psychasthénique*, qui présenterait des traits dépressifs et obsessionnels reliés à la satisfaction de l'Idéal du Moi; le *caractère psychopathique*, qui se présenterait sous forme de tendances narcissique, antisociale et agressive; le *caractère hypomaniaque*, où une « fuite en avant » qui permettrait de contrer les tendances dépressives (Bergeret, 1996b, p. 224).

#### 5.3.1.2 Aménagement pervers

L'aménagement pervers s'organiserait autour d'enjeux relationnels, où certains objets partiels seraient déniés ou surinvestis. L'objet de ce déni serait généralement le sexe de la femme, alors que l'objet surinvesti serait le sexe masculin; leurs représentations symboliques seraient également incluses (Bergeret, 1975, 1996b). Le caractère pervers présenterait un narcissisme primaire mal intégré « et figé au niveau de l'attrait pour un objet partiel plein de mystère » (Bergeret, 1996b, p. 162). Le sujet pourrait ainsi présenter des tendances voyeuriste, exhibitionniste ou fétichiste, de même que des compulsions sexuelles (Bergeret, 1996b, 2008). Le sujet présenterait une carence de mentalisation et il y aurait souvent équivalence perceptive entre la partie et le tout. Les relations d'objet seraient teintées par l'ambivalence, la recherche de contrôle, la dualité idéalisation/dévalorisation, de même que par une recherche de complicité. L'angoisse vécue serait de type dépressive, reliée à la reconnaissance des sexes et à la crainte de perdre l'objet partiel sexuel (Bergeret, 1996b). Les principaux mécanismes de défense utilisés seraient le clivage de l'objet, le déni partiel de la réalité, la forclusion et la répression.

### 5.3.1.3 Aménagement caractériel

L'aménagement caractériel se situerait légèrement plus près de la structure névrotique et s'organiserait autour d'enjeux narcissiques, de valeur personnelle, d'amour et de haine. La pensée est plutôt concrète et la vie fantasmatique faible (Bergeret, 2008). Les relations d'objet sont ambivalentes, teintées par des attitudes de domination/soumission, de rapprochement/rejet. Le sujet peut se montrer provocateur, opposant, pessimiste, avide ou jaloux (Bergeret, 2008). À cela s'ajoutent des jugements moraux plutôt rigides et une tendance à la grandiosité et à la toute-puissance. L'angoisse dépressive serait en lien avec la peur de perdre l'objet d'amour ou la crainte que cet objet lui fasse défaut; il s'agirait donc d'une angoisse de perte d'objet (Bergeret, 1975). Les mécanismes de défense principalement utilisés seraient le déni du narcissisme de l'autre, la formation réactionnelle, la projection et la sublimation (Bergeret, 1975, 1996b). Cet aménagement opérerait dans l'une de ses trois formes particulières : la *névrose de caractère*, s'il y a problématique touchant davantage la relation à l'objet; la *psychose de caractère*, si le lien affectif avec la réalité est affecté; la *perversion de caractère*, s'il y a trouble quant au narcissisme du sujet (Bergeret, 2008).

### 5.3.2 Perspective proposée par le *Psychodynamic Diagnostic Manual*, 2<sup>e</sup> édition

Dans le PDM-2, l'organisation de personnalité *borderline* est décrite comme étant marquée par une grande difficulté de régulation des émotions et des impulsions, de même que par des débordements émotionnels. McWilliams *et al.* (2018) parlent de *tempêtes affectives intenses*, où le sujet serait vulnérable à ses propres émotions, qui seraient brutes, intenses et envahissantes, ainsi qu'aux émotions d'autrui. Les relations interpersonnelles seraient essentielles dans l'organisation *borderline*, mais seraient souvent source de difficultés récurrentes (PDM Task Force, 2006). Les auteurs expliquent que la relation à l'autre prendrait place dans un rapport idéalisation/dévalorisation. Il y aurait un grand besoin d'attachement et de proximité, bien que celui-ci serait associé à une peur profonde d'intimité. Cette ambivalence générerait des difficultés dans la vie personnelle, en ce qui concerne les amitiés ou les relations de couple, mais également dans la sphère professionnelle. Tout ceci serait associé à une grande angoisse d'abandon, qui entraînerait une souffrance particulière si les relations significatives sont menacées ou si le sujet imagine qu'elles le sont. Lorsque cela se produirait, il y aurait apparition fréquente de comportements à risque, d'autodestruction ou de dépendance, notamment : automutilation, comportements téméraires, compulsions alimentaires, comportements sexuels compulsifs et/ou risqués, accumulation excessive de dettes, vol à l'étalage, abus de substances et dépendance aux jeux vidéo ou aux jeux d'argent (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 21; PDM Task Force, 2006, p. 24). Dans les cas où le syndrome associé à l'organisation *borderline* se situerait dans le pôle anaclitique, le sujet serait davantage à risque de présenter des épisodes

marqués de dépression, de rage ou d'anxiété, en plus de certains des comportements autodestructeurs susmentionnés (Lingiardi et McWilliams, 2017). Lorsque le syndrome associé serait plutôt dans le pôle de l'introjection, le sujet présenterait des affects tels que le désespoir chronique et un faible niveau de plaisir, avec un recours à l'autodestruction moins fréquent (PDM Task Force, 2006). Dans les deux cas, l'identité de l'organisation *borderline* serait diffuse. Il y aurait un manque de constance face à l'image de soi et à l'image de l'autre, ce à quoi s'ajouteraient des représentations de soi et de l'objet clivées, non unifiées. Il y aurait échec d'intégration des éléments disparates de l'identité en un tout cohérent. Le sujet présenterait un faible sentiment d'identité, ainsi qu'une incapacité à reconnaître ses propres failles et sa souffrance. Certains rapportent une remise en question identitaire, touchant des préoccupations telles que *je ne sais pas qui je suis* (McWilliams et al., 2018). Il y aurait chez le sujet « une expérience subjective de vide chronique, des perceptions contradictoires du self, [...] une perception superficielle, plate, appauvrie des autres » (Kernberg, 2004, p. 28). De la dissociation pourrait aussi apparaître, que ce soit concernant le vécu expérientiel ou le sentiment de soi (Lingiardi et McWilliams, 2017). De plus, cette organisation ne bénéficierait pas de mécanismes de défense matures, au contraire de l'organisation névrotique ou d'une organisation saine. Ceux-ci seraient plutôt immatures, primitifs et coûteux, pouvant laisser place à de la désorganisation, de la dissociation sévère ou de la régression (Lingiardi et McWilliams, 2017). Les mécanismes de défense les plus fréquemment utilisés seraient le clivage et l'identification projective. Par conséquent, le sujet aurait tendance à compartimenter ses perceptions et ses émotions de façon irréaliste positives ou négatives, pour ensuite les considérer séparément ou en alternance, en lui-même ou chez les autres (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 22; PDM Task Force, 2006, p. 25). Cette attitude traduirait une non-intégration du *bon* et du *mauvais* dans le même objet. L'identification projective engendrait une incapacité à reconnaître les perturbations ou problèmes présents en soi, pour plutôt les attribuer à l'autre avec conviction, mais à tort, à la suite duquel cet autre serait traité en fonction de cette attribution projetée sur lui (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 22; PDM Task Force, 2006, p. 25). En plus de ces deux mécanismes, les autres défenses caractérisant l'organisation *borderline* seraient les suivantes : *acting out*, contrôle omnipotent, déni, dévalorisation primitive, idéalisation, introjection, retrait dans le fantasme, somatisation (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 22). Sur le plan cognitif, le PDM-2 décrit une polarisation des perceptions générales et des émotions, avec présence de biais d'interprétation négatifs. Le contact avec la réalité serait toutefois préservé (McWilliams, 2011). Dans un cadre thérapeutique, il semble qu'un patient d'organisation *borderline* provoquerait d'intenses émotions chez le clinicien, telles que la peur, la confusion, l'impuissance ou l'hostilité, ainsi que des fantaisies de sauvetage ou des fantaisies sexuelles (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 23). Il semble qu'un désir de

déroger du cadre pour aider davantage le patient ou pour répondre aux besoins de celui-ci pourrait apparaître chez le thérapeute. Au sujet de ces réactions, le manuel recommande l'établissement et le maintien d'un cadre thérapeutique clair et structuré (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 25). Il serait souhaitable que le clinicien adopte une attitude active et qu'il puisse présenter une bonne capacité à tolérer le transfert, parfois massif et intense.

Une distinction est faite entre deux niveaux d'organisation borderline : le haut niveau – se situant près de la présentation globale de l'organisation névrotique – et le bas niveau – qui présente davantage de déficits et qui ressemble davantage au fonctionnement de l'organisation psychotique (PDM Task Force, 2006). Ce serait l'arrangement global de la personnalité et le mode de fonctionnement général du sujet qui permettrait d'évaluer qualitativement où celui-ci se situe dans l'organisation *borderline*. Cette distinction devrait permettre l'adoption d'une approche thérapeutique différente. Chez les patients de haut niveau, la thérapie pourrait être davantage exploratoire, interprétative et orientée vers les prises de conscience; chez les patients de bas niveau, la thérapie devrait être plutôt axée sur le support et le développement de capacités et outils personnels (Lingiardi et McWilliams, 2017). Dans les deux cas, il est suggéré de travailler la conciliation et l'intégration de l'identité (McWilliams *et al.*, 2018).

Les syndromes de personnalité pouvant être retrouvés dans l'organisation *borderline* seraient les douze suivants : dépressif, dépendant, anxio-évitant et phobique, obsessionnel-compulsif, somatique, schizoïde, histrionique, narcissique, paranoïde, psychopathe, sadique et *borderline*. Ces syndromes partageraient les caractéristiques générales de l'organisation dans laquelle ils s'inscrivent, mais chacun d'eux présenterait aussi des aspects particuliers qui influenceraient le déploiement des mécanismes de défense, des relations interpersonnelles et des processus de pensée, de même que la place prise par l'anxiété et les émotions.

## CHAPITRE VI

### ANALYSE CRITIQUE ET DISCUSSION

L'objectif de cet essai théorique est de décrire et de comparer le modèle structural de Jean Bergeret et le *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2<sup>e</sup> édition). Plus spécifiquement, nous souhaitons arriver à comprendre quelles sont les similitudes et les différences entre les deux nosographies, mais également de quelle manière elles conceptualisent l'organisation et le fonctionnement de la personnalité.

Ce chapitre présentera d'abord les points de convergence et les points de divergence entre les modèles, afin de répondre à la première question de recherche. Ceux-ci seront comparés en fonction de leurs choix terminologiques; leurs conceptions de la santé mentale et la psychopathologie; leur constitution interne et leur méthode d'utilisation. Puis, il sera question de la manière donc chaque modèle conceptualise le fonctionnement de la personnalité, dans le but de répondre à la deuxième question de recherche. Par la suite, une synthèse critique des apports et des limites des modèles sera présentée. Enfin, nous discuterons du paradigme normalité/anormalité.

#### 6.1 Points de convergence des modèles

À la lumière des notions précédemment définies et de la présentation faite de chaque nosographie, il apparaît que quatre points de convergence principaux sont à relever entre le modèle structural de Jean Bergeret et la deuxième édition du *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Ceux-ci concernent la terminologie utilisée, les facteurs d'émergence de la psychopathologie, la conception structurelle de la personnalité, ainsi que les critères recommandés pour l'évaluation de la personnalité.

##### 6.1.1 Terminologie

Un premier point commun des modèles concerne la terminologie. Le lecteur aura constaté que le premier, les troisième et quatrième chapitres de cet essai ont exposé plusieurs concepts liés au sujet de recherche. Ce besoin de définition provenait originalement des questionnements qui avaient émergé pendant les lectures et l'étude des modèles. Toutefois, il apparaît qu'en plus d'avoir apporté précisions et clarifications, ces définitions permettent maintenant d'établir des comparaisons terminologiques entre les modèles.

Ceux-ci accordent donc des sens similaires aux concepts de personnalité, santé mentale, psychopathologie, relations d'objet et mécanismes de défense.

#### 6.1.1.1 Personnalité

Ce qui est entendu par *personnalité* est comparable d'une nosographie à l'autre. Effectivement, dans les définitions proposées dans le Chapitre III, il apparaît que la personnalité est conçue comme un assemblage de mécanismes intrapsychiques et de comportements manifestes, qui rendraient un sujet unique et différent, lui permettant de se distinguer des autres individus. Elle serait constituée des relations interpersonnelles, des enjeux et conflits intrapsychiques, des angoisses, des mécanismes de défense, des fantasmes, des rêves, des capacités d'adaptation à la réalité externe, des besoins, des processus de pensée et des particularités du fonctionnement cognitif (Bergeret, 1996b, 2011; Lingardi et McWilliams, 2017). Les comportements observables, les manières d'être, d'agir et d'entrer en relation avec l'environnement seraient d'autres composantes de la personnalité.

#### 6.1.1.2 Santé mentale

Une autre similitude des modèles concerne leur conception des capacités psychiques soutenant un fonctionnement mental sain. Ils indiquent tous deux qu'un *fonctionnement normal* – dans le cas de Bergeret – ou qu'une *bonne santé mentale* – dans le cas du PDM-2 – sont tributaires de flexibilité, de souplesse, d'adaptation et d'équilibre.

La flexibilité représenterait la « qualité de ce qui est flexible [...] de quelque chose qui peut s'adapter aux circonstances particulières » (« Flexibilité », s. d.), alors que la souplesse renverrait à la capacité d'appréhender la réalité de différentes façons, à la facilité et l'habileté « à se plier aux circonstances, à s'adapter » (« Souplesse », s. d.); nous pouvons affirmer qu'il s'agit là de synonymes. Ces aptitudes permettraient notamment d'examiner un problème sous différents angles et de choisir une réponse parmi plusieurs possibilités, réponse adaptée sur les plans du réel et du fantasmatique (Bergeret, 1996b; PDM Task Force, 2006). Ces facultés impliqueraient l'emploi de mécanismes de défense et de réponses comportementales variés, la possibilité d'adopter différents points de vue ou différentes réactions à l'aide de moyens divers. Un sujet en bonne santé mentale ou en situation de normalité ne serait pas confiné à un seul type de réponse face à une problématique donnée et il pourrait utiliser des mécanismes internes diversifiés (Bergeret, 1996b; PDM Task Force, 2006). De plus, il apparaît que les deux modèles envisagent la capacité d'adaptation comme une caractéristique majeure dans le fonctionnement mental sain. En effet,

l'aptitude d'un individu à modifier ses pensées ou ses comportements en réponse à une situation nouvelle et son habileté à ajuster ses besoins et sa réalité interne avec les circonstances extérieures pour préserver son harmonie intérieure (« Adapter », s. d.) seraient des capacités centrales. Il semble que cela permettrait au sujet de s'adapter, de ne pas décompenser et de ne pas ressentir de la détresse dès qu'il rencontre un obstacle ou un problème.

La flexibilité, la souplesse et la capacité d'adaptation contribueraient à la préservation de l'équilibre psychique. Malgré les possibles bouleversements intérieurs ou extérieurs, l'harmonie interne serait maintenue et l'individu pourrait fonctionner adéquatement. À la fois la psyché et le sujet lui-même resteraient fonctionnels et éviteraient de tomber dans l'extrême ou dans la rigidité. Le modèle structural de Bergeret et le PDM-2 présentent ces facteurs comme les indicateurs d'un fonctionnement psychique *normal et sain*.

#### 6.1.1.3 Psychopathologie

Le sens accordé au terme *psychopathologie* est fort semblable dans les deux modèles. Bergeret parle d'un déséquilibre psychique, d'un manque de flexibilité et d'une adaptation insuffisante – voire une inadaptation – aux circonstances personnelles, situationnelles ou environnementales changeantes (1975, 1996b, 2008). Il décrit aussi une incapacité du sujet à affronter les changements ou les circonstances nouvelles et un échec du travail des défenses, ce qui entraînerait des difficultés fonctionnelles et l'apparition de symptômes perturbateurs; tout cela, de manière plus ou moins durable. Les auteurs du PDM-2 décrivent la pathologie comme une condition psychique marquée par un manque de flexibilité, par des mécanismes de défense restreints et mal adaptés, ainsi que par des difficultés d'adaptation aux réalités environnementales et culturelles (Lingiardi et McWilliams, 2017). Y seraient associés une altération du fonctionnement quotidien et des déficits majeurs dans les sphères identitaires, affectives, cognitives ou relationnelles. Des explications différemment formulées, qui renvoient néanmoins au même concept.

#### 6.1.1.4 Relation d'objet

Les expressions *objet* et *relation d'objet* sont utilisées dans les deux nosographies. De plus, le PDM-2 emploie des formulations telles que *interpersonal relatedness* et *relationship* (Lingiardi et McWilliams, 2017). Dans tous les cas, le sens est similaire et renvoie aux relations entretenues par le sujet avec son



monde interne, l'environnement externe et sa perception de l'interaction entre les deux. Leurs conceptions concordent avec les explications données au quatrième chapitre (section 4.1.1).

Bergeret décrit la relation d'objet comme étant une « *interrelation* dialectique : [mettant en] cause non seulement la façon dont le sujet constitue ses objets (externes et internes) mais aussi la façon dont ceux-ci modèlent l'activité du sujet » (Bergeret, 2008, p. 10). À travers les descriptions qu'il fait des structures/astructuration de la personnalité, il est question de la qualité de ces relations, de la proximité ou de la distance maintenue par le sujet avec l'objet. De même, la description des *relations d'objet* faite dans le PDM-2 touche la qualité des relations qu'un individu entretient avec les autres, sa capacité à développer un sentiment d'intimité avec certaines personnes, la qualité des objets internalisés, ainsi que les représentations mentales de soi, des autres et de l'interaction entre les deux (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 95).

#### 6.1.1.5 Mécanismes de défense

Les deux modèles utilisent l'expression *mécanismes de défense* pour parler des processus psychiques permettant à la psyché de se protéger ou de se défendre. Cependant, le PDM-2 parle également de *mécanismes d'adaptation* et établit une distinction avec les *mécanismes de défense* : les premiers seraient consciemment et délibérément utilisés par le sujet, alors que les deuxièmes apparaîtraient de manière automatique et partiellement ou totalement inconsciente (Lingiardi et McWilliams, 2017). Malgré cela, tout comme nous l'avons fait précédemment, les auteurs reconnaissent que les deux formes de mécanismes se recoupent et se chevauchent (Lingiardi et McWilliams, 2017). Chez Bergeret, bien que l'appellation *mécanisme d'adaptation* ne soit pas utilisée, il y a tout de même reconnaissance que les mécanismes de défense ont une fonction et un rôle adaptatifs (Bergeret, 2008). Nous constatons que les deux modèles décrivent les processus défensifs comme la réponse de la psyché face aux stressors internes ou externes, aux conflits intrapsychiques, aux affects, aux besoins et désirs conflictuels et aux demandes du monde externe (Bergeret, 2008; Lingiardi et McWilliams, 2017). Voilà pourquoi nous considérons ici que le sens accordé aux défenses est similaire dans les deux nosographies.

De plus, tant Bergeret que les auteurs du PDM-2 envisagent les mécanismes de défense comme pouvant être plus ou moins matures et élaborés. En examinant quels mécanismes ont été associés à quels caractères ou syndromes de personnalité, nous pouvons constater que les défenses identifiées comme étant plus sophistiquées sont la conversion somatique, le déplacement, l'évitement, la formation

réactionnelle, l'intellectualisation, l'isolation de l'affect, la rationalisation, le refoulement et la répression des affects (Bergeret, 1996b, 2008; Lingiardi et McWilliams, 2017; PDM Task Force, 2006). Ceux considérés davantage archaïques sont l'*acting out*, le clivage du Moi, la concrétisation, le contrôle omnipotent, le déni de la réalité, l'identification projective, l'introjection et la projection (Bergeret, 1996b, 2008 ; Lingiardi et McWilliams, 2017; PDM Task Force, 2006). Les deux modèles y associent également des phénomènes de dépersonnalisation, de déréalisation et d'hallucinations.

### 6.1.2 Émergence et manifestations de la psychopathologie

Un deuxième point de convergence des modèles se rapporte à l'émergence et les manifestations de la psychopathologie. Pour conclure à une pathologie donnée et pour bien en comprendre les manifestations, les deux nosographies proposent une conception pluridimensionnelle. Elles accordent une grande importance à l'évaluation de l'environnement global d'un sujet, ainsi qu'à son mode de fonctionnement interne. Les symptômes manifestes seraient considérés, sans toutefois être l'unique élément permettant de conclure à une pathologie. Celle-ci serait plutôt tributaire d'un amalgame de plusieurs facteurs biologiques, environnementaux, sociaux, psychologiques et personnels.

Plus précisément, il semble que pour Bergeret, les aspects influençant l'apparition et la forme prise par la pathologie seraient les expériences prénatales et néonatales, le type de relation avec les figures d'attachement primaires, les frustrations précoces, les conflits intrapsychiques divers, les poussées pulsionnelles et l'influence de la réalité extérieure, avec ses circonstances changeantes ou nouvelles (1996b, 2008). Le type de structure/astructuration et le caractère associé joueraient aussi un rôle dans la pathologie du caractère. En ce qui concerne le *Psychodynamic Diagnostic Manual*, les auteurs identifient les aspects suivants : les facteurs génétiques, le tempérament, les expériences de la petite enfance – tels que les traumatismes et la négligence – et les relations d'attachement précoces (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 19). En outre, il serait important de considérer les divers stressors situationnels et environnementaux auxquels le sujet devrait faire face. S'ajouterait à cela l'organisation de personnalité immédiate du sujet, qui influencerait les manifestations symptomatiques de la pathologie.

Bien que ce ne soient pas exactement les mêmes facteurs qui soient identifiés, ceux-ci se chevauchent suffisamment pour considérer qu'il s'agisse d'un point de convergence des modèles.

### 6.1.3 Approche structurelle de la personnalité

Une troisième ressemblance entre les modèles touche leur vision commune d'un fonctionnement structurel de la personnalité. En effet, ils postulent que la personnalité peut être appréhendée selon trois modes d'organisation psychique différents, généralement appelés *structure* et disposant chacun de caractéristiques particulières. Il s'agit des fonctionnements psychotique, *borderline*/limite et névrotique.

Dans le modèle de Bergeret, leur description est faite à partir de facteurs tels que les instances psychiques, l'économie pulsionnelle, les relations objectales, la nature de l'angoisse, les mécanismes de défense, les représentations fantasmatiques et la genèse de la relation parentale (1996b). Dans le PDM-2, les organisations sont décrites par les schémas développementaux et maturatifs, les tensions et préoccupations centrales, les affects centraux, les croyances pathogènes distinctives relatives à soi, celles relatives à autrui et les mécanismes de défense principaux. Bien que la manière de nommer ces facteurs soit différente, il semble tout de même qu'ils soient analogues. Nous pouvons effectivement associer les instances psychiques, l'économie pulsionnelle et la genèse des relations parentales aux affects centraux et aux schémas développementaux et maturatifs; l'angoisse aux tension et préoccupation centrales; les relations d'objet et les représentations fantasmatiques aux croyances pathogènes de soi et des autres.

Enfin, les deux nosographies proposent une hiérarchisation des fonctionnements de personnalité, selon des paramètres particuliers. Ceux-ci constituent toutefois un point de divergence qui sera abordé un peu plus loin.

### 6.1.4 Évaluation de la personnalité

Enfin, la quatrième similarité relevée concerne l'évaluation de la personnalité. Les deux modèles s'entendent sur le fait que la psyché humaine est fort complexe. Pour cette raison, ils prônent la tenue d'une *évaluation multidimensionnelle* du fonctionnement psychique, évaluation qui tient compte de l'interaction de multiples facteurs, tels que : la qualité des relations d'objet; la nature et l'intensité de l'angoisse; le type et la variété des mécanismes de défense; le développement et l'intégration de l'identité ou du Moi; le niveau de différenciation soi/autre; les processus de pensée; le rapport à la réalité; le mode habituel d'expression des symptômes; l'expérience et le sens, inhérents et subjectifs, des symptômes manifestes (Bergeret, 1996b, 2008; Lingardi et McWilliams, 2017; PDM Task Force, 2006). Ce serait l'articulation de tous ces processus qui permettrait de décrire, le plus adéquatement possible, le fonctionnement idiosyncratique d'un individu.

## 6.2 Points de divergence des modèles

Bien qu'il y ait de nombreuses concordances entre les modèles à l'étude, il y a également des différences. Nous en avons relevé cinq, au sujet de la terminologie, du paradigme normalité/anormalité, de la constitution interne des modèles, de leur méthode d'utilisation et de la hiérarchisation des fonctionnements de personnalité.

### 6.2.1 Terminologie

Une première différence entre les modèles est reliée au vocabulaire. Bien que plusieurs éléments terminologiques aient précédemment été présentés comme un point de similitude entre les deux modèles, restent que l'emploi de certains termes est divergent. Il s'agit du Moi et de l'identité, de l'angoisse et l'anxiété, ainsi que du vocabulaire relatif au fonctionnement structurel.

#### 6.2.1.1 Moi et identité

Dans ses écrits, Bergeret parle de *fonctionnement du Moi*, tandis que le PDM-2 réfère plutôt à *l'identité* ou au *Soi*. Le sentiment d'identité est défini dans le manuel par divers aspects, tels que la différenciation soi/autre, la différenciation fantasme/réalité, les représentations internes de soi et des autres, la qualité de l'expérience interne, entre autres. À la lecture de ces éléments, nous constatons qu'ils sont fort similaires aux constituants psychiques associés au fonctionnement du Moi. En vertu des définitions proposées au troisième chapitre, il semble que cette similarité tiendrait du fait que l'identité serait une sous-partie du Moi; ce serait d'ailleurs la position de Bergeret (2008). Ce dernier estime que le Moi est intrinsèquement lié aux stades de développement psychosexuel, tels que décrits par Freud, et il y attribue les mêmes fonctions que celles que nous avons antérieurement décrites, à savoir : promouvoir l'équilibre interne, assurer la médiation et la régulation des exigences internes et externes, encadrer les pulsions et l'énergie psychique ou protéger et défendre la psyché.

Le PDM-2 présente également l'identité comme étant tributaire du Moi et la décrit comme l'ensemble des caractéristiques relatives à soi, incluant l'image de soi, la confiance en soi, l'individualité, les capacités d'autocritique, la conscience de soi, la perception de soi, le vécu émotionnel, les valeurs, les croyances et les buts personnels, les groupes d'appartenance auxquels s'identifie le sujet et les rôles adoptés en société (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 279). Cependant, les fonctions du Moi que nous venons d'énoncer ne

semblent pas pouvoir être attribuées à l'identité. Comment le sentiment d'identité pourrait-il permettre de maintenir l'équilibre entre les diverses exigences internes et externes? Comment pourrait-il jouer un rôle de pare-excitations?

Ces questions laissent peut-être croire que le PDM-2 met de côté ou néglige certains éléments qui jouent un rôle dans l'articulation et le déploiement de la personnalité. Ce n'est toutefois pas le cas, car les fonctions que Bergeret attribue au Moi sont également prise en compte par le PDM-2; elles sont traitées comme des capacités psychiques et sont évaluées à l'Axe M, plutôt qu'à l'axe d'évaluation de la personnalité. Il est ainsi question de la *Capacité de régulation, d'attention et d'apprentissage*, de la *Capacité de mentalisation et de fonction réflexive* ou de la *Capacité de fonctionnement défensif*, pour ne nommer que celles-là. Cette différence de signification est donc intrinsèquement reliée au mode d'organisation des modèles, qui sera bientôt discuté.

#### 6.2.1.2 Angoisse et anxiété

Il semble que, dans le PDM-2, la signification du mot *anxiety* désigne parfois l'*angoisse* et parfois l'*anxiété*. Bien que ce problème ne soit pas présent dans le modèle de Bergeret, qui parle invariablement d'angoisse, cela soulève le questionnement suivant : comment savoir si le PDM-2 traite vraiment d'angoisse psychique et inconsciente ou s'il n'est pas plutôt question de la peur ou de l'anticipation typiques de l'anxiété? La seule manière de faire la distinction semble être la prise en compte du contexte où le mot est employé. Certes, le PDM-2 ne peut être tenu responsable de cette possible confusion, car elle est plutôt tributaire du passage d'une langue à une autre. Or, pour un professionnel moins familier avec le vocabulaire psychanalytique anglais, nous croyons que cela pourrait peut-être poser un problème.

#### 6.2.1.3 Fonctionnement structurel

Le vocabulaire utilisé pour décrire le fonctionnement de la personnalité diffère d'un modèle à l'autre. En effet, Bergeret utilise les termes de *structures* de personnalité, *aménagement*, *organisation* ou *astructurelation* limite – comme autant de synonymes – qui sont ensuite qualifiés par un *caractère* et des *traits de caractère*. Le PDM-2 réfère plutôt à des *organisations* de personnalité, qui sont ensuite précisées par un *style*, un *type* ou un *syndrome* (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 28). La notion d'*organisation* fait référence à deux entités cliniques différentes. Dans le PDM-2, elle renvoie aux fonctionnements névrotique, *borderline* et psychotique, ce qui serait comparable aux structures névrotique et psychotique chez Bergeret. Nous pourrions donc tenter le parallèle entre *organisation* et *structure*. Cependant, puisque

l'aménagement limite dispose d'un statut singulier et qu'il ne peut être considéré comme une structure, le rapprochement ne fonctionne pas complètement. De même, chez Bergeret, l'aménagement limite est parfois appelé *organisation*, ce qui signifie donc que *structure* et *organisation* ne sont pas synonymes. Il apparaît alors que le sens du terme *organisation* dans le PDM-2 est différent de celui de l'*organisation* dans le modèle de Bergeret. En faire l'équivalence constituerait une erreur de compréhension du modèle structural et de la psychogenèse exposée par l'auteur.

Évidemment, il est attendu que le vocabulaire psychanalytique change et évolue à travers le temps. Il fut d'ailleurs une époque où le *caractère* désignait ce qui est aujourd'hui compris comme la *personnalité* (Villa, 2009). Néanmoins, le problème ici soulevé tient du fait que le modèle de Bergeret et le PDM-2 coexistent à la même époque et que nous aimerions pouvoir les utiliser en complémentarité. De là, nous estimons que ces vocables différents, pour désigner des éléments souvent similaires, compliquent largement le dialogue entre les deux modèles.

#### 6.2.2 Paradigme normalité/anormalité

La deuxième divergence significative concerne le paradigme *normalité/anormalité* : élément central du modèle de Jean Bergeret, cela semble absent du PDM-2. Rappelons que dans le modèle structural, la structure névrotique et la structure psychotique pourraient toutes deux être en situation de normalité, tant qu'elles sont compensées. Bien sûr, leur fonctionnement général serait différent, puisqu'il est influencé par le développement du Moi et l'évolution libidinale. Bergeret parle ainsi d'une *normalité névrotique* et d'une *normalité psychotique*, permettant toutes deux une activité quotidienne normale et fonctionnelle (Bergeret, 1996b, 2008). Bien que l'aménagement limite soit considéré comme *pseudo-normal* par Bergeret, il pourrait réussir à maintenir une forme d'équilibre précaire, faisant ainsi en sorte d'éviter la décompensation. Bergeret estimerait qu'il y a psychopathologie – un état d'anormalité – lorsqu'un déséquilibre important apparaît dans le fonctionnement habituel du sujet. Or, dans le PDM-2, la notion de *normalité* ne semble pas abordée ou, du moins, elle l'est de manière fort différente, voire subtile. Conséquemment, il n'a pas été possible pour nous d'arriver à une compréhension claire de ce que serait cette *normalité* dans le manuel.

Nous savons que le *Psychodynamic Diagnostic Manual* situe la santé mentale sur un continuum, allant d'un fonctionnement sain et optimal à un fonctionnement altéré et minimal. Les structures névrotique, *borderline* et psychotique ne seraient donc pas considérées comme bénéficiant d'une bonne santé

mentale. Certes, le sujet d'organisation névrotique est vu comme ayant un bon fonctionnement global, mais celui-ci ne serait pas optimal, car il y aurait tout de même quelques rigidités et certains enjeux psychiques conflictuels et particuliers. L'idée d'un fonctionnement sain ne s'appliquerait pas non plus à l'organisation *borderline*, qui aurait à composer avec plusieurs défis notables qui altèreraient le fonctionnement quotidien. Enfin, cela toucherait encore moins à l'organisation psychotique, d'emblée envisagée comme ayant une activité perturbée et pathologique, faisant d'elle l'organisation la plus malade du continuum. Par conséquent, mis à part l'organisation saine, aucune autre organisation du PDM-2 ne présenterait une santé mentale optimale. Cette position nous apparaît plutôt extrême et mérite d'être nuancée par l'idée de régression ou d'évolution structurelle.

Bergeret a clairement affirmé, dans de nombreux écrits, que le mode de structuration psychique d'un sujet se cristalliserait après la période de l'adolescence et qu'il n'y aurait ensuite plus possibilité de changement (Bergeret, 1975, 1996b, 2008). Un passage d'une lignée structurelle à une autre ne serait pas envisageable. L'astructuration limite ne constituerait pas une voie de transition d'une structure à une autre, même s'il s'agit d'un aménagement instable. De là, nous comprenons plus facilement pourquoi une structure/astructuration donnée pourrait tendre vers la normalité et l'anormalité à différents moments de la vie du sujet. En revanche, le PDM-2 postule plutôt que l'organisation de personnalité d'un sujet pourrait varier dans le temps, notamment en fonction des circonstances environnementales et culturelles (Lingiardi et McWilliams, 2017). Dès lors, un sujet pourrait, par exemple, évoluer dans une organisation névrotique pendant un temps puis, pour une raison particulière, voir son état régresser et ainsi se retrouver dans un fonctionnement de mode psychotique. Cette position est d'autant plus claire lorsque la méthode d'évaluation proposée par le manuel – la cotation de diverses fonctions et capacités – est prise en compte. En effet, la somme des cotes attribuées à l'Axe P suggère une organisation de personnalité donnée. Pareillement, l'addition des douze cotes de l'Axe M permet de qualifier le fonctionnement mental selon l'organisation de personnalité à laquelle elle pourrait correspondre.

En somme, il apparaît que le fonctionnement *normal* de Bergeret pourrait correspondre à une structure compensée, adjointe d'un caractère donné et de quelques traits de caractère; un fonctionnement *normal* selon le PDM-2 correspondrait à une organisation saine qui présente des traits, à bas bruit, appartenant à plusieurs syndromes. De la même façon, un fonctionnement *anormal* selon Bergeret signifierait un déséquilibre interne et une décompensation, sans changement de structure, avec davantage de symptômes manifestes; l'*anormal* du PDM-2 renverrait à une régression vers une organisation où le

fonctionnement est plus altéré – tant sur l’Axe P que sur l’Axe M – et qui présenterait davantage de symptômes sur l’Axe S.

### 6.2.3 Constitution interne

Le troisième élément différenciateur est fondamental, en ce qu’il concerne la constitution interne des nosographies : le modèle de Bergeret est entièrement *structurel*, alors que le PDM-2 est majoritairement *multiaxial*, sauf pour l’Axe P.

L’*approche structurelle* a précédemment été décrite comme concevant la personnalité selon différents niveaux d’organisation psychique, généralement au nombre de trois, appelés *structure*. Celles-ci présenteraient toutes des caractéristiques particulières, tributaires de déterminants multiples et dynamiques. Il s’agit bel et bien de l’approche adoptée par Bergeret dans son modèle structural : la personnalité y est représentée comme un ensemble complexe qui s’étaye sur des couches ou des paliers de fonctionnement successifs. Le premier niveau, le fonctionnement profond, serait représenté par les structures névrotique et psychotique, ainsi que par l’aménagement limite; le deuxième niveau en serait un intermédiaire, représenté par le caractère; le troisième et dernier niveau serait celui de surface, constitué des traits de caractère et, s’il y a lieu, des symptômes manifestes. L’évaluation de ces trois paliers de fonctionnement permettrait de comprendre et de dépendre la personnalité d’un sujet. Le modèle de Bergeret serait donc entièrement basé sur une approche *structurelle*.

Le *Psychodynamic Diagnostic Manual* serait différent. Certes, il s’appuie partiellement sur une approche *structurelle*, mais uniquement dans l’Axe P, où l’identification et la catégorisation de la personnalité sont faites en termes d’organisations névrotique, *borderline* et psychotique. Ce n’est toutefois pas le mode d’organisation interne qui domine dans le manuel, celui-ci reposant principalement sur une approche *multiaxiale*. En effet, il est proposé de faire l’évaluation du fonctionnement psychique d’un sujet en s’appuyant sur trois axes différents et organisés séparément : l’Axe P – *Syndromes de personnalité*, l’Axe M – *Profils de fonctionnement mental* et l’Axe S – *Schémas symptomatiques : l’expérience subjective*. Il conviendrait ensuite de regrouper les informations recueillies à ces trois axes et de les traiter comme un tout cohérent, afin d’arriver à une compréhension multidimensionnelle du fonctionnement psychique du sujet évalué. Cette différence constitutionnelle entre les deux modèles est bien représentée dans le Tableau 6.1.



Tableau 6.1 Comparaison de la constitution interne de chaque modèle

MODÈLE STRUCTURAL DE JEAN BERGERET	PSYCHODYNAMIC DIAGNOSTIC MANUAL, 2 <sup>E</sup> ÉDITION
Structures et astructuration	Axe P – Organisations de personnalité
	Axe M – Profils de fonctionnement mental
Caractères	Axe P – Syndromes de personnalité
	Axe M – Profils de fonctionnement mental
Traits de caractère	Axe P – Syndromes de personnalité
	Axe M – Profils de fonctionnement mental
Pathologie du caractère ou symptômes manifestes	Axe S – Expérience subjective des symptômes

Tel qu’illustré ci-haut, les informations retrouvées dans les descriptions de Bergeret, relativement aux structures/astructuration et aux caractères, peuvent être comparées aux informations que le PDM-2 présente à travers l’Axe P, mais également dans l’Axe M, plus particulièrement ce qui touche les processus cognitifs, et affectifs, les relations interpersonnelles, l’identité et les mécanismes de défense. Les descriptions que fait Bergeret du fonctionnement et du déploiement des processus psychiques sont analogues à ce que le PDM-2 présente à l’Axe M. Dès lors, nous pouvons affirmer que l’entièreté du modèle de Bergeret se compare majoritairement avec les deux premiers axes du PDM-2. Quant à l’Axe S, il n’est que partiellement couvert par le modèle structural, à travers les *traits de caractère* et les *pathologies du caractère*. Bergeret parle bel et bien de symptômes manifestes, mais il le fait de façon sommaire et descriptive. Il n’aborde que brièvement l’expérience subjective de l’individu qui présente ces

symptômes, de même que l'expérience du thérapeute qui travaille avec celui-ci. Ces éléments sont explorés beaucoup plus en profondeur dans les deux éditions du PDM.

#### 6.2.4 Méthode d'utilisation

Une quatrième différence notable touche la méthode d'utilisation de chaque nosographie. Aucune manière spécifique n'est proposée dans le modèle structural de Bergeret, alors qu'une grille d'évaluation est offerte par le *Psychodynamic Diagnostic Manual* pour synthétiser l'ensemble des informations obtenues aux trois axes.

Le modèle bergeretien se présente davantage comme un traité de psychopathologie, où une abondance d'explications et de détails entoure la présentation des structures/astructuration. Il n'y a proposition d'aucune méthode d'utilisation précise. Dans ses écrits, Bergeret identifie divers paramètres qui devraient être utilisés pour évaluer et décrire la personnalité d'un sujet : le point de vue topique, l'économie pulsionnelle, la nature de l'angoisse, le mode de relation d'objet, les mécanismes de défense, les représentations fantasmatiques, le mode d'expression habituel du symptôme et la genèse de la relation parentale (Bergeret, 1996b). De là, le clinicien est libre de procéder de la manière qui lui convient le mieux pour obtenir les informations relatives à ces paramètres, pour les consigner et pour les interpréter. Conséquemment, l'identification du fonctionnement de personnalité et l'établissement d'un possible diagnostic dépendent entièrement du jugement clinique et des connaissances du psychologue qui fait l'évaluation. Il est sous-entendu que ledit clinicien doit être capable de lier la théorie avec les observations cliniques et les résultats des tests administrés, si tel est le cas.

Au contraire, le PDM-2 propose un outil permettant de faciliter le repérage et l'évaluation du fonctionnement psychique. Il s'agit de la *Psychodiagnostic Chart-2* (PDC-2), qui permet d'évaluer concrètement le fonctionnement d'un sujet sur chacun des trois axes du manuel. La première section de la grille permet de déterminer le niveau d'organisation de personnalité; la deuxième section vise l'identification des principaux syndromes; la troisième section évalue chacune des douze capacités mentales, afin d'obtenir un score de fonctionnement global; la quatrième section permet d'établir la liste des symptômes manifestes et de déterminer leur degré de sévérité; enfin, la cinquième section propose de relever les éléments culturels, les facteurs situationnels et tous autres éléments importants qui pourraient influencer le fonctionnement psychologique d'un individu. La présence d'un trouble de personnalité ou d'un diagnostic psychologique dépendrait partiellement des cotes et des scores obtenus

à chaque section de la grille PDC-2, mais également du jugement clinique du professionnel. D'ailleurs, le manuel insiste sur l'importance de ce jugement clinique, puisque ce serait ce qui permet d'assurer une intégration juste et cohérente des informations recueillies à travers les trois axes.

Le mode d'emploi du PDM-2 nous semble être beaucoup plus clair, concret et opérationnel que celui, quasi absent et davantage ambigu, du modèle de Bergeret. La grille proposée dans le PDM-2 le rend certainement plus facile à utiliser, notamment pour des professionnels qui ne sont pas d'approche psychodynamique. Malgré tout, les deux méthodes d'utilisation restent tout de même subjectives, car tributaires de l'évaluation faite par le professionnel.

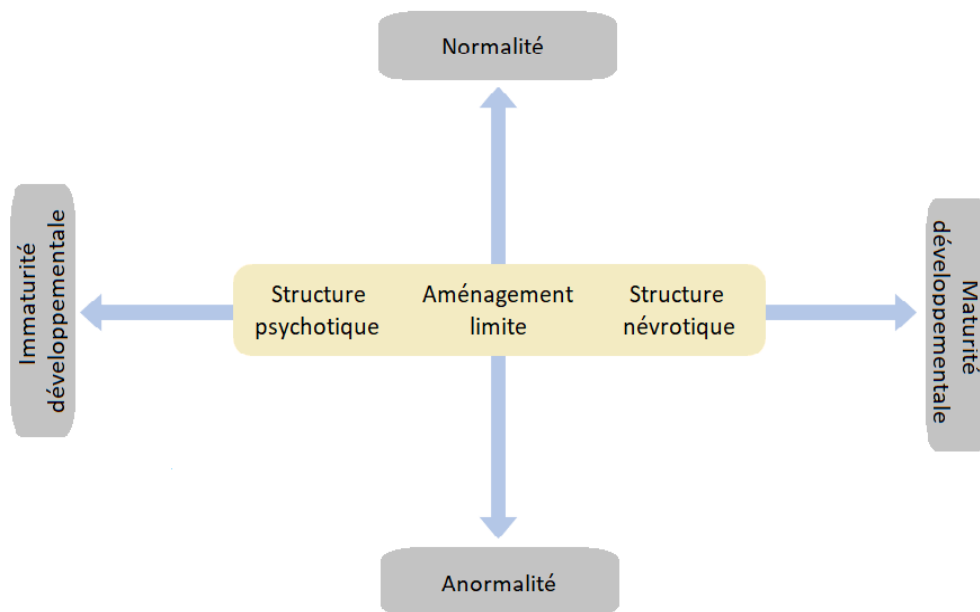
#### 6.2.5 Hiérarchisation des fonctionnements de la personnalité

Le cinquième et dernier point de divergence est la hiérarchisation des fonctionnements de personnalité. Bien que les deux nosographies établissent un ordre hiérarchique, celui-ci s'appuie sur des bases différentes.

Dans le modèle de Bergeret, la hiérarchisation structurelle repose sur « la complétude des bases narcissiques de la constitution du Moi, sur l'étendue des possibilités créatrices et relationnelles, sur le mode [...] de relation objectale » et sur le degré d'intégration des pulsions (Bergeret, 1996b, p. 38). De ce fait, une structure psychotique est considérée comme ayant un degré de maturation générale moindre que celui de la structure névrotique. Malgré cela, les deux structures pourraient être fonctionnelles et adaptées, normales ou anormales. De même, l'astructuration limite présenterait un niveau de développement supérieur à celui de la structure psychotique, mais inférieur à celui de la structure névrotique, ce qui explique sa position intermédiaire. Par conséquent, et tel qu'illustré par l'axe vertical de la Figure 6.1, les trois types de fonctionnements se situent à égale distance des états de normalité et d'anormalité – donc de santé mentale et de psychopathologie. La hiérarchisation est plutôt visible par l'axe horizontal, qui représente la qualité du développement psychosexuel et de la maturation psychique du sujet. Le sujet psychotique, présentant un stade de développement et de maturité moindres, est donc classé à un rang inférieur à ceux de l'aménagement limite et de la structure psychotique. Chacune de ses structures/astructuration pourrait basculer dans l'anormalité et la pathologie, à différents moments et pour différentes raisons. Ce qui provoque l'entrée dans la pathologie ne serait donc pas lié au type de fonctionnement de la personnalité ni au degré de maturité développementale. Bien que l'aménagement limite soit considéré comme *pseudo-normal*, nous avons tout de même choisi de le positionner au même

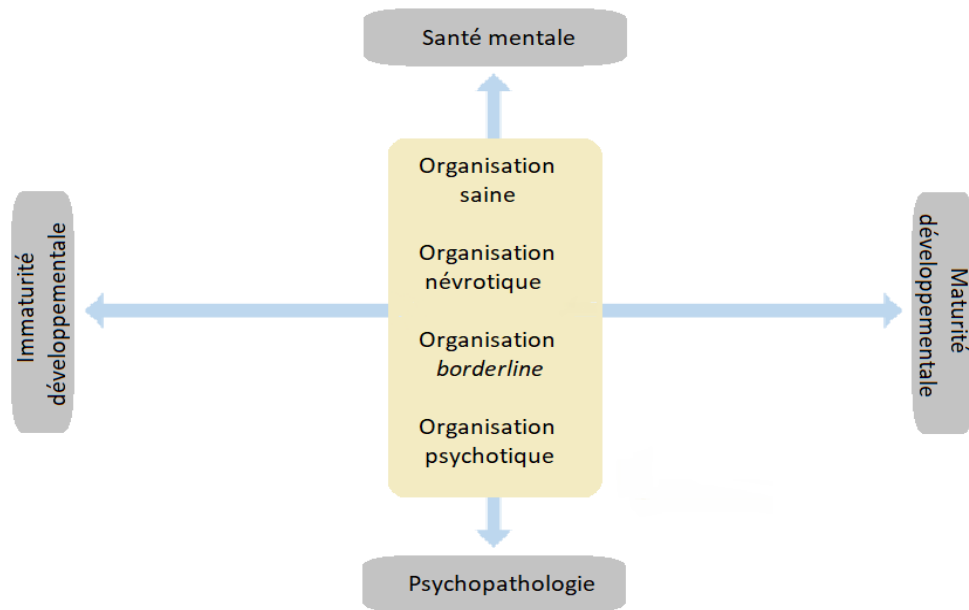
niveau que les structures, afin d'illustrer sa position sur l'axe de maturité développementale. Par ailleurs, puisque son fragile équilibre lui permet généralement d'éviter la décompensation, son emplacement sur l'axe vertical reste approprié.

Figure 6.1 Hiérarchisation des fonctionnements psychiques selon le modèle structural de Jean Bergeret



La conception proposée dans le PDM-2 est différente : d'entrée de jeu, les organisations de la personnalité sont hiérarchisées selon la gravité des déficits fonctionnels qu'elles présentent. À l'extrémité supérieure du continuum se trouve l'état *sain* et adapté; puis l'organisation névrotique est située juste en dessous et est considérée comme légèrement limitée; l'organisation *borderline* suit avec davantage de déficits; tandis que l'organisation psychotique se situe à la fin du continuum et elle est considérée comme étant la plus hypothéquée, malade. Cette classification fait en sorte qu'un sujet présentant une organisation *borderline*, par exemple, est de facto considéré comme ayant un fonctionnement davantage pathologique qu'un individu avec une organisation névrotique (voir Figure 6.2).

Figure 6.2 Hiérarchisation des fonctionnements psychiques selon le *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2<sup>e</sup> édition)



Une comparaison des deux figures précédentes – où la santé mentale est représentée en haut et la pathologie en bas – permet de constater que la conceptualisation de Bergeret place les structures et l’astructuration sur un continuum horizontal, alors que celle du PDM-2 les présente sur un continuum vertical. La hiérarchisation de Bergeret repose sur la résolution des stades de développement psychosexuel et sur la maturité du fonctionnement psychique; la hiérarchisation du PDM-2 s’appuie sur l’évaluation du niveau de santé ou de pathologie des organisations. À titre d’exemple, selon le modèle de Bergeret, un sujet de structure psychotique pourrait être *normal*, équilibré et avoir un fonctionnement de tous les jours satisfaisant; selon le PDM-2, le sujet psychotique aurait un fonctionnement d’emblée pathologique et présenterait de grandes difficultés quotidiennes.

Bien sûr, puisque le PDM-2 s’inscrit dans la perspective psychanalytique, nous pouvons penser que sa classification est basée sur des aspects développementaux et maturatifs, comme dans le modèle bergeretien. Ce n’est toutefois pas ce qui est formulé dans le manuel. Il semble donc que nous devions ici revenir à cette différence fondamentale, discutée au point 6.2.2, touchant le possible ou impossible mouvement de régression et d’évolution structurel. Puisque les deux modèles ont une conception

opposée à ce sujet, il n'est pas surprenant que leur hiérarchisation des fonctionnements psychiques soit différente. Néanmoins, même si nous pouvons en comprendre l'origine, elle pose un problème de taille et le dialogue que nous souhaiterions établir entre les deux modèles s'en trouve significativement compliqué. En effet, un sujet caractérisé comme présentant une structure/organisation psychotique se verrait considéré, voire jugé, très différemment selon que le clinicien travaille avec le modèle structural de Bergeret ou avec le PDM-2. Dans le premier cas, l'individu pourrait être vu comme normal ou anormal, compensé ou décompensé, avec plus ou moins de problèmes quotidiens, en fonction des résultats de l'évaluation. Dans le second cas, l'individu serait perçu comme en état de déséquilibre et de compromission, avec une altération significative de la qualité de son fonctionnement général. Nous osons cependant croire que le traitement offert serait comparable, celui-ci tenant compte des caractéristiques associées au fonctionnement psychotique – caractéristiques similaires dans les deux nosographies.

En vertu de ce qui précède, nous sommes tout de même d'avis que le PDM offre une image davantage polarisée du fonctionnement de la personnalité, alors que le modèle structural propose une vision plus bienveillante et neutre au regard du fonctionnement de la personnalité et de la pathologie.

Tous les points de convergence et de divergence qui viennent d'être présentés sont résumés dans le Tableau 6.2 de la page suivante.

### 6.3 Conceptualisation du fonctionnement de la personnalité

Plusieurs similitudes et différences ont été relevées entre les modèles à l'égard de la terminologie utilisée, de leur constitution interne, de leur mode d'utilisation et de leurs conceptions de l'organisation de la personnalité. Ce travail a permis de répondre à la première question de recherche qui était : *quels sont les points de convergence et de divergence des deux modèles à l'étude?* Il convient maintenant de s'attarder à la deuxième question, à savoir : *comment ces modèles conceptualisent-ils le fonctionnement de la personnalité?*

Tableau 6.2 Similitudes et différences entre les deux modèles à l'étude

	MODÈLE STRUCTURAL DE JEAN BERGERET	PSYCHODYNAMIC DIAGNOSTIC MANUAL, 2 <sup>E</sup> ÉDITION
<b>SIMILITUDES</b>		
Terminologie utilisée	Personnalité. Santé mentale. Psychopathologie. Relation d'objet. Mécanismes de défense.	
Émergence et manifestations de la psychopathologie	Vision pluridimensionnelle.	
	Influence de plusieurs éléments : expériences prénatales et néonatales; figures d'attachement primaires; frustrations précoces; conflits intrapsychiques; poussées pulsionnelles; réalité extérieure; structure/astructuration et caractère.	Influence de plusieurs éléments : génétique; tempérament; expériences de la petite enfance; relations d'attachement précoces; stressseurs environnementaux; organisation de personnalité.
Approche structurelle de la personnalité	Fonctionnements névrotique, limite/ <i>borderline</i> et psychotique.	
Critères d'évaluation de la personnalité	Évaluation multidimensionnelle. Angoisse. Mécanismes de défense. Identité et Moi. Différenciation soi/autre. Processus de pensée. Rapport à la réalité. Symptômes manifestes.	
<b>DIFFÉRENCES</b>		
Terminologie utilisée	Moi. Angoisse. Structures et aménagement. Caractère et Traits de caractère. Pathologie du caractère ou symptômes.	Identité. Anxiété. Organisations. Styles ou syndromes. Symptômes.
Normalité et anormalité psychique	Possibilités de présenter une structure normale ou anormale. Aménagement limite présente une <i>pseudo-normalité</i> .	Normalité attribuée au fonctionnement sain et optimal. Anormalité associée à un fonctionnement altéré.
Constitution interne	Approche structurelle.	Approche multiaxiale, avec un volet structurel rattaché à l'Axe P.
Méthode d'utilisation	Jugement clinique. Méthodes de classification et d'interprétation laissées au choix du clinicien.	Jugement clinique. Système de cotation et grille d'utilisation proposés au clinicien.
Hiérarchisation des fonctionnements psychiques	Fonctionnements hiérarchisés selon le stade d'évolution libidinale atteint et le niveau de développement du Moi.	Organisations hiérarchisées en fonction du niveau de santé mentale : sain, légèrement altéré, altéré, malade.

Il a été établi que le modèle de Bergeret et le *Psychodynamic Diagnostic Manual* envisagent la personnalité selon une approche structurale, reconnaissant ainsi trois modes d'organisation psychique : névrotique, limite/*borderline* et psychotique. Cette complémentarité ne fait cependant pas en sorte qu'ils décrivent et conceptualisent ces fonctionnements de la même manière. Nous avons identifié trois aspects majeurs qui méritent d'être approfondis.

### 6.3.1 Description des structures/organisations

La manière dont les structures et les organisations de personnalité sont décrites dans les deux nosographies est bien différente. Bergeret le fait à la manière d'un traité de psychopathologie, alors que cela prend plutôt la forme d'un précis nosologique dans le *Psychodynamic Diagnostic Manual*.

Bergeret décrit et expose son modèle dans trois ouvrages majeurs : *La dépression et les états limites* (1975), *La personnalité normale et pathologique* (1996b), *Psychologie pathologique* (2008). Dans chacun d'eux, le modèle structural est présenté de la manière la plus précise et explicite qui soit. Pour chaque structure/astructuration, il y a description de l'étiologie – essentiellement basée sur les hypothèses psychogénétiques freudiennes –, des relations objectales précoces et adultes, des angoisses, des mécanismes de défense et des formes d'expression symptomatique habituelles (Bergeret, 1996b). Il présente, en outre, des informations touchant l'économie pulsionnelle, le point de vue topique, les représentations fantasmatiques, le fonctionnement de la pensée et les particularités du langage (Bergeret, 1996b). Divers exemples cliniques viennent appuyer ou clarifier ces présentations théoriques.

Au contraire, le PDM-2 offre une description très succincte des organisations psychiques. Il n'y a que quelques lignes sur l'organisation saine; pas tout à fait une page sur l'organisation névrotique; deux pages sur l'organisation *borderline*; une page sur l'organisation psychotique (Lingiardi et McWilliams, 2017). Les descriptifs sont brefs et précis. Des références de recherches et de publications scientifiques sont proposées au lecteur qui souhaiterait en apprendre davantage à propos des théories sous-jacentes aux explications fournies. Parfois, les descriptifs ressemblent à une liste de caractéristiques qui aurait été reprise et réécrite sous forme de texte. Nous retrouvons, par exemple, la phrase suivante, que nous n'avons exceptionnellement pas traduite pour en préserver l'exactitude :



Some patients who have never had a diagnosed psychotic illness, or who have had episodes of psychosis from which they seem to recover quickly and completely, may nonetheless have psychotic features such as overgeneralized, concrete, or bizarre thinking; socially inappropriate behaviors; pervasive and severe annihilation anxiety; and the unshakable conviction that their own attributions about someone are correct, regardless of anything the other person may say or do. (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 23)

Cet extrait synthétise plusieurs caractéristiques psychiques associées à l'organisation psychotique. Cependant, rien n'explique pourquoi la pensée est jugée concrète et bizarre, pourquoi il y a angoisse d'annihilation ou pourquoi les attributions à l'égard d'autrui sont si fortes. Le clinicien se retrouve donc avec des informations certainement pertinentes sur le plan clinique, sans nécessairement en comprendre l'origine ou la signification. À titre comparatif, Bergeret décrit l'angoisse de morcellement du caractère psychotique schizophrénique de la manière suivante :

[Il y a] une fixation topique portant sur les hésitations de la dialectique Moi/non-Moi, et à une organisation pulsionnelle fixée à la phase orale, la primauté de cette économie n'ayant jamais été dépassée au milieu de divers apports postérieurs demeurés hétéroclites et non intégrés. L'angoisse de morcellement, commune à toutes les structures psychotiques, tire ici sa spécificité dans une crainte particulière de morcellement liée à l'impossibilité ressentie pour constituer un véritable Moi, assez autonome et unifié. (Bergeret, 1996b, p. 87-88)

Bergeret présente l'angoisse comme étant appuyée sur les stades de développement psychosexuels et sur le fonctionnement du Moi. Certaines personnes seraient probablement satisfaites de pouvoir accéder aussi rapidement et clairement aux informations utiles telles que présentées dans le PDM-2 et trouveraient que Bergeret donne peut-être trop d'explications. D'autres – c'est notre cas – pourraient avoir l'impression que le PDM-2 fait fi d'éléments explicatifs pertinents qui pourraient faciliter la compréhension et jugeraient que les descriptions de Bergeret sont davantage intéressantes et éclairantes. Il serait alors opportun d'aller consulter les références bibliographiques suggérées dans le manuel, quoique cette entreprise pourrait s'avérer fastidieuse.

Cet écart pourrait fort bien être justifié par le fait que les ouvrages de Bergeret et le *Psychodynamic Diagnostic Manual* ont des visées cliniques différentes : les premiers se voudraient des ouvrages

didactiques qui traitent du développement psychique et de l'organisation de la personnalité d'une manière systématique; le deuxième serait plutôt un abrégé, qui résume et condense les théories et informations existantes, pour n'en présenter que les aspects essentiels.

### 6.3.2 Conceptualisation du fonctionnement limite/*borderline*

Dans les deux modèles, le fonctionnement limite/*borderline* occupe une place intermédiaire, entre la structure névrotique et la structure psychotique, mais la conceptualisation qui en est faite n'est pas tout à fait la même.

#### 6.3.2.1 Statut et stabilité

Pour Bergeret, l'aménagement limite s'insère dans une catégorie à part, vu son état d'instabilité et de précarité fonctionnelle, mais également parce qu'il lui est impossible d'acquérir le statut de *normalité* psychique; il s'agirait plutôt d'une *pseudo-normalité* (Bergeret, 1996b, 2008). Cette distinction serait aussi tributaire du niveau de développement et de maturation psychique associé à l'état limite, qui serait moins évolué que celui de la structure névrotique, mais plus que celui de la structure psychotique. Voilà pourquoi Bergeret n'utilise pas le terme *structure*, mais parle plutôt d'*astructuration* ou d'*aménagement*. Cette différence terminologique met en évidence la fragilité et les particularités de l'état limite, ainsi que la distinction établie avec les structures *vraies*, les structures névrotique et psychotique. Inversement, le fonctionnement *borderline* du PDM-2 est considéré comme une structure à part entière et se voit accorder le statut d'*organisation*, au même titre que les deux autres. Cette uniformité structurelle du PDM-2, en ce qui concerne le vocabulaire utilisé et le statut de l'organisation *borderline*, rend sans doute sa conceptualisation plus facile à comprendre.

#### 6.3.2.2 Rapport à la réalité

Les deux modèles semblent concevoir différemment le rapport à la réalité entretenu par un sujet de fonctionnement limite/*borderline*. Ce rapport à la réalité, notion pouvant être comparée à l'*épreuve de réalité*, renvoie au lien que le sujet entretient avec le réel. Il s'agirait de la capacité à « distinguer les stimuli provenant du monde extérieur des stimuli internes, et de prévenir la confusion possible entre ce que le sujet perçoit et ce qu'il ne fait que se représenter » (Laplanche et Pontalis, 1981, p. 138). Cette aptitude permettrait de distinguer perceptions et représentations, afin d'éviter l'hallucination (Arlow, 2018). Il est entendu qu'un déficit dans l'épreuve de réalité mènerait généralement à des symptômes psychotiques,

tels que l'hallucination et le délire, des difficultés dans la maîtrise des pulsions et une perte globale du sens de la réalité (Segal, 1964/2011).

Jean Bergeret considère la perte de contact avec le réel comme un – rare – symptôme spécifique à la structure psychotique (Bergeret, 2011; Vermorel *et al.*, 1999). En effet, il postule que la structure psychotique aurait cette particularité de perdre contact avec la réalité, de plusieurs manières : au quotidien, de façon souvent subtile; par la construction d'une « néoréalité subjective »; lors d'une décompensation (Bergeret, 2008, p. 218). Cependant, sa conception de l'astructuration limite n'admet pas de rupture du lien avec le réel. Certes, la réalité peut être tenue « à distance respectable » et être légèrement modifiée – notamment à l'aide de divers mécanismes de défense –, mais le contact avec le réel ne serait pas abandonné pour autant (Bergeret, 1996b, p. 203). Inversement, le PDM-2 reconnaît qu'une perte de contact avec le réel pourrait apparaître tant chez le *borderline* que chez le psychotique. Il y est expliqué qu'une personne avec une organisation *borderline* pourrait présenter des pertes de contact avec la réalité ou des épisodes de dissociation et que les mécanismes de défense utilisés pourraient induire une distorsion globale de la réalité (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 21).

Cette absence de consensus soulève un questionnement quant à la manière dont cette perte de réalité est conceptualisée dans les deux modèles. Peut-être, en fait, qu'il ne s'agit pas simplement de questionner le maintien ou non du contact avec le réel, mais qu'il est également nécessaire de questionner *comment* ce contact serait préservé ou perdu? Il semble que pour Bergeret, l'astructuration limite pourrait présenter une perte de contact *partielle* avec la réalité, qui prendrait la forme d'un déni partiel et d'un clivage de l'objet, mais où le contact avec le monde extérieur serait maintenu (Bergeret, 2008). La structure psychotique perdrait le contact avec la réalité à travers un déni de la réalité objective et un clivage du Moi, des suites desquelles apparaîtrait une construction fantasmatisque d'une néoréalité, subjective et délirante (Bergeret, 1996b, 2008). Dans le PDM-2, la perte de contact avec la réalité de l'organisation *borderline* est présentée comme résultant de mécanismes tels que le clivage de l'objet, le déni et l'identification projective (Lingiardi et McWilliams, 2017). Dans l'organisation psychotique, cette rupture de contact avec le réel serait associée à du clivage ou de la fragmentation du Moi, de la dissociation et des troubles significatifs de différenciation Moi/autre et fantasme/réalité, pouvant finalement mener à l'apparition de délires (Lingiardi et McWilliams, 2017). Cette clarification fournit donc une réponse à notre interrogation précédente et permet d'affirmer que, malgré une formulation différente, la perte de contact dont il est question dans l'organisation *borderline* correspond bel et bien avec la perte de contact *partielle* décrite

par Bergeret. Par conséquent, ce qui semblait être un point de divergence important entre les modèles s'avère finalement être une similarité.

### 6.3.3 Spécificité des caractères et des syndromes de personnalité

Une distinction majeure entre les modèles concerne la spécificité des caractères et des syndromes de personnalité. Le modèle de Bergeret décrit des caractères spécifiques à chaque structure ou à l'aménagement limite, alors que les syndromes de personnalité répertoriés dans le PDM-2 ne sont spécifiques à aucune organisation.

Dans le modèle structural, chaque structure et astructuration serait caractérisée et précisée par des caractères spécifiques, qui ne seraient retrouvés dans aucune autre. Cette particularité s'explique par le fait que le caractère prendrait appui sur la structure ou l'astructuration sous-jacente, en partageant ainsi ses caractéristiques de base – angoisses, relations d'objet, mécanismes de défense et symptomatologie usuelle. À titre d'exemple, un caractère paranoïaque serait retrouvé seulement dans la structure psychotique, alors que le caractère hystérophobique ne pourrait être présent que dans la structure névrotique. Il est vrai que des traits de caractère ne correspondant pas à la structure profonde pourraient parfois apparaître chez un sujet. Cependant, ce serait l'examen de leurs fonctions, assurément différentes, qui permettrait de faire le diagnostic différentiel : des traits obsessionnels observés chez un sujet névrotique n'auraient pas la même fonction ni la même signification que les traits obsessionnels retrouvés chez le psychotique.

Inversement, la majorité des syndromes qui sont décrits dans le PDM-2 ne seraient pas distinctifs d'une organisation de personnalité particulière. Les syndromes de personnalité dépressif, dépendant, anxio-évitant et phobique, obsessionnel-compulsif, schizoïde, somatique, narcissique et sadique pourraient tous caractériser deux ou trois organisations à la fois. Malgré tout, il apparaît que quelques syndromes ne pourraient qualifier qu'une seule organisation ou, sinon, qu'ils seraient nommés différemment. Mentionnons, par exemple, la personnalité *anxio-évitante et phobique*, qui pourrait être retrouvée dans les organisations névrotique et *borderline*, mais pas dans l'organisation psychotique, où elle correspondrait plutôt au *syndrome paranoïde*. Le *syndrome hystérique* ne serait retrouvé que dans l'organisation névrotique et deviendrait plutôt le *syndrome histrionique* dans l'organisation *borderline*. Enfin, le syndrome *borderline* ne serait présent que dans l'organisation de personnalité *borderline*.

Les auteurs du PDM-2 ont maintes fois affirmé que le manuel vise une description souple et fluide du fonctionnement psychique et des troubles associés, en fournissant des repères cliniques. Cette manière de faire tenterait de répondre au déséquilibre entre les nomenclatures nomothétiques et idiosyncratiques existantes (McWilliams, 2011). Cependant, nous sommes d'avis que cette classification non spécifique des styles de personnalité vient plutôt créer de la confusion et compliquer l'évaluation diagnostique. L'identification des styles de personnalité pouvant s'appliquer à un sujet sera beaucoup plus longue dans le PDM, considérant qu'il y a sept syndromes possibles pour l'organisation névrotique, douze syndromes pour l'organisation *borderline* et dix syndromes pour l'organisation psychotique. De plus, les particularités d'un syndrome, en fonction de l'organisation dans laquelle il prend place, ne nous apparaissent pas toujours claires. Le modèle de Bergeret est certainement plus rigide, puisque des caractères spécifiques sont associés à une structure ou astructuration particulière, mais nous estimons que cela permet de diminuer les risques d'ambiguïté et d'erreurs diagnostiques. Le langage clinique s'en trouve de ce fait clarifié, car la seule référence au caractère permet de déduire la structure/astructuration sous-jacente. Le Tableau 6.3 reprend les caractéristiques différentielles que nous venons d'exposer.

#### 6.4 Synthèse critique des apports et des limites des modèles à l'étude

Nous sommes d'avis que les deux modèles à l'étude offrent des visions cliniques à la fois différentes et complémentaires, rendant leur comparaison fort pertinente. Nos multiples lectures, de même que la mise en exergue des similarités et des différences ont suscité de nombreuses réflexions et, de là, diverses questions ont émergé : est-ce que les modèles sont faciles à utiliser? Est-ce qu'ils permettent de vraiment comprendre la personnalité d'un individu? Est-ce que le recours à l'un ou l'autre des modèles serait préférable dans un établissement public? Dans un bureau privé? Quelles sont les forces et les limites de chaque modèle? Nous partagerons ici des pistes de réponses à ces questions qui, espérons-le, stimuleront également la réflexion du lecteur.

##### 6.4.1 Modèle structural de Jean Bergeret

L'étude exhaustive du modèle de Bergeret et l'utilisation que nous en faisons dans notre travail clinique nous permettent d'émettre une opinion critique et de soulever quelques forces et limitations.

Tableau 6.3 Conceptualisation du fonctionnement de la personnalité de chaque modèle

PARAMÈTRE COMPARATIF	MODÈLE STRUCTURAL DE JEAN BERGERET	PSYCHODYNAMIC DIAGNOSTIC MANUAL, 2 <sup>E</sup> ÉDITION
Description des structures et organisations	Descriptions détaillées.  Informations sur : origines développementales; fonctionnement libidinal; développement des instances psychiques; angoisses; relations d'objet; mécanismes de défense; symptômes manifestes.  Peu d'informations quant au processus thérapeutique.	Descriptions abrégées.  Peu d'explications concernant l'étiologie ou l'origine développementale.  Informations sur : identité; relations interpersonnelles; régulation des affects; mécanismes de défense; processus de pensée et cognitions; symptômes manifestes; alliance thérapeutique, transfert et contre-transfert.
Conceptualisation du fonctionnement limite/ <i>borderline</i>	Astructuration, instable, différente des structures névrotique et psychotique.  Constance du rapport à la réalité.	Organisation psychique stable, au même titre que les organisations névrotique et psychotique.  Fluctuation possible du rapport à la réalité.
Spécificité des caractères et des syndromes de personnalité	Caractères spécifiques pour chaque structure et pour l'astructuration.	Syndromes non spécifiques, qui peuvent être retrouvés dans plus d'une organisation psychique.

#### 6.4.1.1 Coefficient de difficulté

L'utilisation du modèle de Bergeret nous semble complexe, pour deux raisons principales. D'une part, car il s'appuie sur les théories psychanalytiques, dont plusieurs élaborées par Freud, et il en utilise le langage. Pour bien comprendre la conception et l'articulation du modèle structural, il importe donc de bien connaître les multiples dimensions des théories psychanalytiques. Il est notamment nécessaire de connaître les stades de développement psychosexuel de l'enfant, ce qu'ils impliquent et quels en sont les impacts sur la vie adolescente et adulte. Il est également de mise que le clinicien possède un certain niveau de connaissance et de maîtrise de nombreux concepts psychanalytiques tels que les structures intrapsychiques, les relations d'objet, l'angoisse et les pulsions, pour ne nommer que ceux-là. L'usage de ce modèle demande donc une habileté à manipuler ces notions et à établir des liens entre théorie et

clinique. Il nous semble évident qu'un tel modèle pourrait difficilement être utilisé par des cliniciens qui ne sont pas d'approche psychanalytique.

D'autre part, car le modèle structural ne propose aucun mode d'utilisation précis. Les structures/astructuration y sont décrites avec exhaustivité et Bergeret identifie nombre d'éléments qui devraient être évalués et que nous avons précédemment relevés, soit les relations d'objet, l'angoisse, les défenses et la symptomatologie. Nous sommes d'avis que ces nombreuses informations facilitent l'intégration et la compréhension du modèle. En revanche, cela fait en sorte d'alourdir la lecture et de complexifier son utilisation. Les manières d'obtenir ces informations, de les organiser et de les traiter par la suite ne sont pas précisées par l'auteur. Il n'y a pas non plus d'outils concrets permettant de faciliter l'évaluation ni de grille de cotation. À nos yeux, cette liberté, sûrement intéressante pour plusieurs professionnels, augmente le coefficient de difficulté dans le maniement d'un tel modèle et soulève de nombreux questionnements. Comment repérer les divers facteurs évaluatifs dans le discours du sujet? Comment savoir si les caractéristiques apparentes de la personnalité traduisent le caractère réel ou s'ils sont simplement des traits de caractère de surface? De quelle manière peut-on résumer ou consigner ces informations, afin de mettre en évidence un tableau clinique juste? Il n'y a malheureusement pas de réponses claires à ces questions. De là, il apparaît que pour utiliser le modèle structural, le clinicien doit avoir une bonne connaissance des paramètres susmentionnés : des connaissances théoriques, mais également des connaissances quant aux manifestations cliniques de ces notions. Le modèle structural semble s'adresser davantage à des professionnels qui possèdent un savoir et une expérience clinique manifestes (Kernberg, 2004). Nous estimons qu'il serait bien laborieux pour un clinicien débutant d'utiliser le modèle de Bergeret sans matériel autre que les livres de l'auteur.

Toutefois, considérant que Bergeret fournit une foule d'informations et nombre de tableaux à travers ses écrits, il serait possible, pour le clinicien qui le désire, de reprendre ces éléments pour créer des tableaux résumés. Nous croyons même que cela serait fort utile et pertinent, offrant ainsi un aide-mémoire et un support concret au professionnel qui utiliserait le modèle structural.

#### 6.4.1.2 Portée clinique

Malgré le quotient de difficulté que nous venons de présenter, nous estimons que la nosographie de Bergeret est d'une grande richesse clinique. Premièrement, car elle offre une compréhension profonde des caractéristiques psychologiques d'un sujet, ce qui permet ensuite de brosser un portrait clinique

unique, complet et comportant plusieurs niveaux. Elle met en lumière le fonctionnement en profondeur et en surface; l'intrapsychique et le manifeste; le personnel et l'interpersonnel. Elle permet au professionnel de *voir* le sujet, d'appréhender son degré de maturation psychosexuelle, le fonctionnement de ses instances psychiques, son mode relationnel, son rapport au réel, ses habiletés et ses défis personnels.

Deuxièmement, parce que le fait de comprendre la structuration psychique profonde permettra d'ensuite mieux intégrer la symptomatologie dans le tableau clinique. Il a été précédemment expliqué que le symptôme ne fait du sens que s'il est étudié et considéré en fonction de l'ensemble du fonctionnement psychique et du vécu personnel d'un sujet (Ferrant et Ciccone, 2007). Puisqu'un symptôme n'est pas pathognomonique, l'identification de la structure/astructuration est fort importante pour en saisir la signification et l'utilité (Bergeret, 1996b, 2008). Le modèle structural permet d'appréhender « le fondement métapsychologique spécifique à chaque structure pour considérer ensuite [l']évolution logique [...] des symptômes éventuels qui y correspondent en cas de décompensation. » (Bergeret, 1996, p. 267). Le mode d'organisation interne – structure/astructuration, caractère, traits de caractère – assure cette compréhension de la place, de l'importance et du rôle joué par le symptôme. Un symptôme phobique, par exemple, n'aurait pas la même fonction dans une structure psychotique que dans une structure névrotique, la différence résidant notamment dans la place accordée aux affects, le niveau de fonctionnement du Moi et l'organisation narcissique du sujet (Bergeret, 1996a). Il est donc évident pour nous que le modèle structural assure une intégration optimale du symptôme dans l'évaluation diagnostique.

Troisièmement, nous estimons qu'une telle évaluation structurale permet de faciliter le diagnostic différentiel. Dans les nosographies descriptives, il y a de fréquents chevauchements de symptômes entre les diverses entités cliniques répertoriées, ce qui complique la formulation d'un diagnostic psychologique (Möller, 2009; St-Onge, 2014). Ce problème semble évité dans le modèle structural : bien qu'il soit assurément possible de relever des symptômes pouvant apparaître dans plus d'un caractère, le fait d'identifier le mode de structuration profond d'un sujet apporte la clarification nécessaire à l'établissement d'un diagnostic juste. L'évaluation structurale de Bergeret pourrait mettre à jour un noyau psychotique, même si celui-ci est camouflé derrière des traits de caractère ou des symptômes d'allure limite ou névrotique. Prenons l'exemple d'un sujet qui présenterait des symptômes confabulatoires : ceux-ci pourraient être de nature psychotique et signer une méconnaissance ou une perte de contact avec la réalité; ils pourraient également être de nature limite et plutôt traduire un arrangement tout-puissant de



la réalité (Husain *et al.*, 2009). Ce serait l'évaluation des angoisses latentes, des mécanismes de défense prédominants, du mode de relation d'objet, de l'organisation du langage, des représentations fantasmatiques ou des instances psychiques qui rendrait cette distinction possible. Conséquemment, une connaissance de la structure profonde de l'individu permettrait de véritablement faire la distinction entre ces deux possibilités et de procéder au diagnostic différentiel. Nous considérons que la prise en charge thérapeutique sera ainsi améliorée, car le clinicien pourra adapter sa posture et ses interventions au mode de fonctionnement particulier de son patient. En outre, bien que ce ne soit pas notre domaine d'expertise, nous pensons que l'amélioration du diagnostic différentiel entraînerait aussi une optimisation de la prise en charge pharmaceutique, car celle-ci serait entièrement adaptée et compatible avec le véritable fonctionnement de personnalité du sujet.

#### 6.4.1.3 Rigidité des limites entre structures.

Les structures de Bergeret sont conçues comme étant permanentes et définitives. Une fois la période de latence terminée, l'organisation psychique du sujet serait fixée dans une voie structurale donnée et serait ensuite immuable (Bergeret, 1996b, 2008). Nous estimons que ces frontières entre structures et aménagement présentent, à la fois, des points positifs et des points discutables.

Le modèle structural postule que les frontières entre la structure psychotique, l'aménagement limite et la structure névrotique sont hermétiques. La période de l'adolescence permettrait de revisiter le fonctionnement psychique interne qui se serait préétabli dans l'enfance, mais elle mènerait généralement à une cristallisation, à un « renforcement de l'organisation préalable » plutôt qu'à un aménagement différent (Ferrant et Ciccone, 2007, p. 255). Cette rigidité structurelle a été fortement critiquée par plusieurs psychanalystes, dont René Roussillon et Alain Ferrant. Le postulat à l'effet qu'aucun mouvement n'est possible entre structures et astructuration fait en sorte de limiter théoriquement la possibilité de changement et de développement individuel. Sans vouloir transmettre de vains espoirs, nous considérons néanmoins qu'il y a des potentialités psychiques qui sommeillent en chaque individu. Ce qui « est resté en suspens au sein de la psyché peut potentiellement se réorganiser » grâce au contact avec un objet bon, sensible et supportant, qui soutiendrait les mécanismes de mentalisation et de symbolisation (Ferrant et Ciccone, 2007, p. 256). Nous croyons vivement à la force du processus thérapeutique et au pouvoir de l'objet comme outil de réparation et de réaménagement psychique. Nous savons cependant que ce n'est pas toujours possible.

Ce principe selon lequel la structure ou l'aménagement établi chez le sujet ne se modifierait pas avec le temps signifie, chez Bergeret, que le travail thérapeutique n'aurait pas pour objectif, et ne permettrait pas, un changement de lignée structurelle. Il viserait probablement davantage le réaménagement des capacités internes, l'augmentation de la flexibilité psychique ou une meilleure adaptation à la réalité. Or, cela n'est pas une mauvaise chose en soi, car ces objectifs sont tout à fait louables. De plus, cette vision permet de proposer un traitement psychothérapeutique qui est étroitement associé aux besoins ou aux angoisses du sujet et qui est en lien direct avec la qualité de son fonctionnement psychique. De même, cette perspective assure l'élaboration d'objectifs qui seraient davantage réalistes et adaptés aux capacités psychiques, ce qui « contribue à préciser le pronostic » (Kernberg, 2004, p. 17).

#### 6.4.1.4 Confusion dans l'aménagement narcissique de l'astructuration limite

Nous avons déjà évoqué le fait que dans le modèle structural, chaque caractère est associé à une structure/astructuration donnée. Il s'agit, selon nous, d'une proposition fort avantageuse qui permet de relier instantanément un caractère à son fonctionnement de base. Ainsi, un *caractère paranoïaque*, par exemple, serait automatiquement associé à une base structurelle psychotique et aux aspects particuliers qui la caractérisent. Il n'y aurait aucune confusion possible avec, par exemple, un *caractère obsessionnel*, puisque celui-ci ne prendrait place que dans une structure névrotique. De plus, les descriptions présentées pour les six caractères névrotiques et psychotiques nous apparaissent claires et distinctives.

Ce n'est toutefois pas le cas pour les caractères de l'aménagement limite narcissique. Bergeret décrit sommairement neuf caractères, qui se veulent différents les uns des autres. Pourtant, la lecture de ceux-ci suscite en nous beaucoup de perplexité : nous avons l'impression qu'il s'agit d'un méli-mélo de caractéristiques, qui ont subi une tentative de classification peu heureuse. Nous imaginons Bergeret qui aurait noté, chez divers sujets, des particularités caractérielles aux allures variées et qui aurait ensuite tenté de les rassembler en neuf sous-groupes caractériels distincts! Or, les explications qui sont fournies pour ces neuf entités manquent de clarté et, souvent, de précision. Nommons, par exemple, le « penchant dépressif, rencontré chez tous les narcissiques » dont parle l'auteur dans sa description du *caractère dépressif* et de l'évocation d'une forme *pure* de ce caractère, qui n'est toutefois pas explicitée et que nous n'arrivons pas à discerner (Bergeret, 1996, p. 221). De même, plusieurs des traits évoqués ne favorisent pas la discrimination et apparaissent comme pouvant appartenir à plus d'un caractère. En effet, Bergeret (1996) affirme que tous les caractères narcissiques sont sous-tendus par une importante angoisse de perte d'objet, tant l'amour que la protection de cet objet. Toutefois, il présente un *caractère abandonnique*,

dont la caractéristique centrale serait cette angoisse d'abandon et de perte d'objet. Considérant ces traits communs, comment arriver à bien différencier ce caractère du groupe général des économies narcissiques? L'auteur écrit aussi que plusieurs sujets au *caractère psychasthénique* présentent davantage de comportements dépressifs que de comportements compulsifs, ce qui soulève la question du diagnostic différentiel entre ce caractère et le *caractère dépressif* (Bergeret, 1996). En outre, il écrit que le *caractère hypomaniaque* est « une réaction contre la tendance dépressive [...] une fuite en avant dans le domaine de l'activité » (Bergeret, 1996, p. 224). Cette explication est également confondante et soulève le questionnement suivant : pourquoi en faire un caractère différent, plutôt que d'y voir un mécanisme de défense du caractère dépressif? Toute cette ambiguïté fait en sorte que nous avons du mal à réellement distinguer et retenir les particularités de chaque entité clinique. Au contraire de ce qui est présenté dans le reste du modèle, nous estimons que ces neuf caractères ne facilitent pas la compréhension de l'aménagement narcissique et n'en clarifient pas non plus son fonctionnement; une épuration serait de mise.

#### 6.4.1.5 Expérience subjective du sujet

Alors que l'expérience subjective constitue le point central sur lequel s'appuie l'élaboration des deux éditions du *Psychodynamic Diagnostic Manual*, Jean Bergeret parle peu de l'expérience subjective du sujet. Que ce soit en ce qui concerne les ressentis face à l'émergence de l'angoisse, le vécu des symptômes manifestes et le sens que l'individu leur donne ou l'attitude générale adoptée en thérapie, ces éléments ne sont pratiquement pas abordés par Bergeret, autrement que de manière indirecte dans quelques vignettes cliniques. Nous considérons que cette prise en compte de la subjectivité est fort intéressante, car il s'agit d'un contenu auquel, généralement, le clinicien a facilement accès : l'expérience subjective représente une grande partie des informations fournies par le patient lors des séances. De plus, cette perspective est rarement décrite sur le plan théorique, bien qu'elle soit très utile, à la fois dans la conduite du processus thérapeutique et dans la dynamique transférentielle/contre-transférentielle. Dès lors, il est vraiment dommage que cet aspect subjectif soit peu abordé dans le modèle structural. Nous sommes d'avis que cela aurait permis de rendre le modèle moins théorique et plus riche cliniquement.

#### 6.4.2 *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2<sup>e</sup> édition)

Comme ce fut le cas pour le modèle de Bergeret, notre exploration approfondie du *Psychodynamic Diagnostic Manual* nous mène à critiquer le manuel et à présenter certains apports et limites de celui-ci.

#### 6.4.2.1 Différences entre la première et la deuxième édition

Nous considérons qu'entre la première et la deuxième édition du manuel, trois changements significatifs ont été apportés. Il y a, premièrement, l'ajout de l'*organisation psychotique* à l'extrémité inférieure du continuum de santé mentale. Le premier PDM reconnaissait une organisation saine, une organisation névrotique et une organisation *borderline*. Les caractéristiques maintenant associées à l'organisation psychotique étaient alors présentées comme une organisation *borderline* de bas niveau (PDM Task Force, 2006). Selon nous, cette addition était nécessaire, car le fonctionnement intrapsychique de l'organisation psychotique et celui de l'organisation *borderline* sont bien différents. Les descriptions respectives faites dans le PDM-2 appuient d'ailleurs cette affirmation. Le fonctionnement psychotique ne peut être considéré comme un fonctionnement *borderline*, même de bas niveau; leurs origines, leurs manifestations et leurs résultantes, notamment, sont trop divergentes. D'aucuns mentionnent également que cette distinction était nécessaire pour mettre en exergue le difficile rapport à la réalité et le grand besoin de sécurité du sujet psychotique, ce qui influencerait la manière de conduire le processus thérapeutique (McWilliams *et al.*, 2018).

Deuxièmement, le PDM-2 recense désormais un style de personnalité *borderline*, pouvant être retrouvé dans l'organisation du même nom. Cet ajout nous semble cohérent, considérant que de nombreux écrits cliniques témoignent de l'existence d'un tel style de personnalité. La différence entre l'organisation et le syndrome résiderait dans le niveau de complexité. Comme tous les styles de l'Axe P, le syndrome *borderline* partagerait les caractéristiques de l'organisation *borderline* dans laquelle il prend place, mais celles-ci seraient plus intenses et plus sévères. Il serait ainsi question de difficultés identitaires plus importantes, sur le plan de l'intégration et la diffusion de l'identité; d'une plus grande présence d'affects contradictoires, engendrant des réactions émotives intenses et un manque de régulation affective; d'un sentiment de vide interne et d'une méconnaissance de soi plus importante, causant des états dissociatifs ou des perceptions de soi et des autres non intégrées (McWilliams *et al.*, 2018).

Troisièmement, il apparaît que la deuxième édition du manuel a, hélas, perdu en richesse théorique. La première version contenait une grande section théorique présentée à la fin du manuel, qui est absente du PDM-2. Il y avait, entre autres, des textes qui traitaient des origines derrière la création de nosologies psychanalytique, d'autres qui expliquaient le développement de l'enfant et les processus d'attachement ou encore des écrits qui décrivaient les relations d'objet, les mécanismes de défense et les différentes instances psychiques. Cette section offrait la possibilité au lecteur intéressé de mieux comprendre les

fondements du manuel, mais également d'aller chercher du contenu théorique d'ordre psychanalytique et d'approfondir ses connaissances. Ce retrait est dommage, car un professionnel qui n'a en sa possession que la deuxième édition ne peut pas avoir accès à ces renseignements; il est quasi nécessaire de posséder les deux éditions du PDM pour pouvoir en faire une utilisation adéquate et pour en arriver à une compréhension optimale.

#### 6.4.2.2 Démonstration théorique

Nous estimons que le PDM-2 ne fournit pas suffisamment d'explications théoriques, particulièrement au sujet des organisations de personnalité et des capacités mentales. À l'Axe P, il apparaît que les définitions des termes utilisés – tels que personnalité, trouble de personnalité, caractère, traits/types/styles de personnalité, mécanismes de défense – sont très peu élaborées. Il s'agit pourtant de notions centrales à l'utilisation du manuel, qui devraient être claires et formulées de manière à être bien comprises par le lecteur. Nous sommes d'avis que certains concepts auraient dû être définis avec davantage de détails. De plus, nous considérons que les quatre niveaux d'organisation de personnalité – organisation saine, névrotique, *borderline* et psychotique – sont décrits très sommairement et de manières inégales; certains font quelques lignes alors que d'autres font deux pages. Ce manque d'exhaustivité nuit à la compréhension des particularités et des spécificités de chaque organisation. Dans le but d'obtenir davantage de précision, le lecteur doit se référer à la *Psychodiagnostic Chart-2* (PDC-2), à la fin du manuel, pour accéder aux critères d'évaluation permettant de déterminer le type d'organisation de personnalité; ce n'est pas convivial ni pratique. À l'Axe M, il apparaît qu'une grande attention a été portée à la présentation des études empiriques et des divers outils psychométriques à partir desquels sont constituées les douze capacités mentales. Bien que nous reconnaissons l'importance d'avoir de solides appuis scientifiques, nous sommes d'avis que ces informations sont superflues. Elles ne permettent ni de préciser les informations présentées, ni d'améliorer la compréhension du lecteur, ni de faciliter l'utilisation de l'axe. Elles sont présentées au détriment d'informations cliniques nécessaires et utiles au bon usage du manuel. De ce manque d'explication généralisé, il résulte une impression de consulter une liste de caractéristiques ou de symptômes, sans trop comprendre l'articulation psychique de ceux-ci ou leur provenance. La lecture de ces descriptions génère des questions qui restent en suspens, quant aux éléments sous-jacents aux caractéristiques présentées. Nous estimons que le processus évaluatif devient ainsi plus difficile à réaliser : le manque de précision rend la compréhension et l'intégration plus complexes. Cependant, nous imaginons que cela pourrait s'expliquer par le désir des auteurs de rendre le manuel pratique et accessible aux professionnels de toutes approches théoriques.

De là, nous avons constaté qu'il est parfois nécessaire de consulter des sections des volets enfant ou adolescent, afin d'accéder à certaines définitions ou pour obtenir des clarifications conceptuelles. À titre d'exemple, mentionnons la *Capacité de différenciation et d'intégration (identité)*, où la notion d'*identité* n'est pas décrite dans le volet adulte. Il convient de se référer à la même capacité mentale, dans le volet adolescent, pour obtenir une définition de ce qu'est l'identité et de comment elle se construit (Lingiardi et McWilliams, 2017). Ce phénomène regrettable est courant dans le manuel. Nous reconnaissons tout de même que de nombreux cliniciens sont certainement satisfaits de cette ligne de conduite et que plusieurs souhaiteront consulter les nombreuses références à des publications scientifiques mentionnées dans l'ouvrage.

#### 6.4.2.3 Dimension intériorisation/extériorisation de l'Axe P

La dimension *intériorisation/extériorisation* incorporée à l'Axe P est utilisée pour qualifier et ordonner les différents syndromes de personnalité. Les auteurs du manuel postulent que certains styles de personnalité se ressemblent davantage, alors que d'autres sont plus différents. Cette position semble expliquer leur choix de répertorier les syndromes en fonction de leur tendance à l'intériorisation ou à l'extériorisation. Le manuel décrit l'*intériorisation* comme une tendance à souffrir intérieurement, à se blâmer soi-même et à se montrer vulnérable aux affects dépressifs et anxieux; l'*extériorisation* est décrite comme une propension à faire subir sa souffrance aux autres, à blâmer ceux-ci pour les difficultés vécues et à exprimer colère et agressivité (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 28). Partant de la personnalité la plus intériorisée jusqu'à la plus externalisée, le manuel ordonne les syndromes de la manière suivante : dépressif, dépendant, anxieux-phobique, obsessionnel-compulsif, somatique, schizoïde, hystérique-histrionique, narcissique, paranoïde, psychopathique et sadique (voir *Tableau 4.1*). Il semble que le syndrome *borderline* ne pourrait être placé sur ce spectre, se montrant trop instable : il y aurait un manque de régulation interne et de fréquentes fluctuations entre l'intériorisation et l'extériorisation, ce syndrome empruntant ainsi des caractéristiques aux deux polarités (Lingiardi et McWilliams, 2017). À notre avis, cette description de la dimension *intériorisation/extériorisation* est très sommaire et ajoute peu de valeur clinique, même si elle participe à la classification des styles de personnalité.

Notre intérêt augmente cependant lorsque nous explorons davantage chaque pôle et arrivons à en dégager davantage de caractéristiques. Le manuel fait référence aux idées de Westen et ses collaborateurs pour décrire le paradigme *intériorisation/extériorisation*. Par conséquent, nous avons choisi d'explorer davantage cette perspective, bien que d'autres auteurs aient également formulé des propositions plus ou

moins semblables à ce modèle – nous pensons notamment à certaines propositions de Winnicott et de Green. Selon Westen *et al.* (2012), un individu évoluant dans le spectre de l'*intériorisation* présenterait des difficultés de reconnaissance et d'expression des émotions, particulièrement en ce qui concerne la colère. Il aurait une propension à l'autopunition, retournant ses émotions contre lui-même. Il vivrait presque continuellement avec des affects dépressifs et anxieux, de culpabilité et de honte. L'autocritique serait constante et entraînerait un sentiment d'inadéquation. Il y aurait un penchant pour la rumination et l'autocritique, le sujet se percevant responsable des difficultés qu'il vit. Les relations interpersonnelles seraient marquées par la timidité, l'inhibition et la passivité, de même que par une grande peur du rejet ou de l'abandon, ce qui engendrerait parfois un évitement des situations sociales. Le sujet aurait du mal à s'affirmer et à exprimer ses besoins ou ses envies. Il aurait une prédisposition à se sentir facilement rejeté ou exclu, de même qu'impuissant ou à la merci des autres et l'environnement externe. Peu de relations amicales ou intimes seraient entretenues. À l'autre extrémité du continuum, toujours selon Westen *et al.* (2012), le sujet se retrouvant dans le spectre de l'*extériorisation* présenterait une propension à la colère et à l'hostilité, qui se manifesterait par de l'agressivité verbale, du contrôle, de la critique, de l'opposition ou des épisodes de rage. Il pourrait présenter un manque d'empathie pour les sentiments ou les besoins des autres et l'impact de ses comportements sur eux serait souvent dénié ou, du moins, peu considéré. Il aurait une tendance à se croire supérieur, privilégié. Les relations sociales évolueraient sous le signe de la méfiance, de la rancune et de la lutte de pouvoir. L'individu aurait de fréquents conflits avec l'autorité. Il présenterait un manque d'autocritique et un manque de recul envers diverses situations de sa vie, ce qui entraînerait des pensées et des cognitions erronées ou biaisées, envers lui-même, les autres ou les événements. Il aurait une propension à la victimisation ou à la déresponsabilisation, attribuant ainsi ses échecs et ses difficultés à autrui ou aux circonstances externes. Il pourrait se montrer rancunier et avoir beaucoup de mal à tolérer les affronts, perçus comme de l'humiliation. À nos yeux, ces nombreuses précisions apportent un éclairage pertinent et, surtout, nécessaire à l'appréciation du paradigme *intériorisation/extériorisation* de l'Axe P.

Par ailleurs, il est mentionné dans le PDM-2 que la dimension *intériorisation/extériorisation* partage certaines similarités avec le modèle *introversion/extraversion* de Carl Gustav Jung et celui de Sidney Blatt, *introjection/anaclitisme* (Lingiardi et McWilliams, 2017). Au sujet de Jung, il décrivait à l'époque l'*introversion* comme une tendance au repli sur soi; un intérêt globalement dirigé vers les pensées, les réflexions et le monde interne; un penchant pour le refoulement des émotions et le besoin de solitude (Thorne, 2010). En contraste, l'*extraversion* était vue comme une orientation vers le monde extérieur; une

disposition à exprimer ses émotions ou à se montrer bavard et amical; une propension à mettre les relations interpersonnelles à l'avant-plan (Thorne, 2010). En ce qui concerne Blatt, il semble que ses travaux auraient mis en lumière le fait qu'un même diagnostic pourrait présenter des symptomatologies différentes. L'auteur aurait constaté que le trouble dépressif pouvait se manifester par une grande culpabilité, une forte autocritique et des idées suicidaires, ou encore par un besoin de dépendance et une recherche de soin et de contact relationnel (Auerbach, 2017). Il en serait alors venu à élaborer un modèle à double configuration, pour expliquer que la personnalité se constituerait selon deux pôles différents, mais complémentaires : une tendance *introjective* et une tendance *anaclitique*. Dans le cadre du développement psychoaffectif d'un individu, ces deux pôles seraient respectivement impliqués dans l'élaboration et le maintien d'un sentiment de soi différencié, cohérent, positif et réaliste, ainsi que dans le développement et l'entretien de relations interpersonnelles réciproques, significatives et satisfaisantes (Lingiardi et McWilliams, 2017). En termes d'évaluation psychopathologique, cette perspective permettrait d'appréhender certaines problématiques psychiques d'un œil différent et d'adapter le traitement psychothérapeutique. L'inclinaison *introjective* se traduirait par des préoccupations concernant l'image de soi, la valeur personnelle, le contrôle, l'indépendance et la séparation (Kemmerer, 2006). L'accent serait porté sur l'identité, sur la définition de soi en tant qu'entité distincte et différente des autres, sur l'intégrité (Kemmerer, 2006). Il y aurait un besoin d'accomplissement, un haut niveau de perfectionnisme et de compétitivité, ce qui répondrait à un besoin de répondre aux attentes d'autrui et à un besoin de reconnaissance. Il y aurait d'importants enjeux touchant la culpabilité, l'autocritique, le sentiment d'infériorité et la dévalorisation (Lingiardi *et al.*, 2015; Kemmerer, 2006). Les relations interpersonnelles seraient de moindre importance, car la préoccupation centrale toucherait le développement de soi, l'autonomie et la validation (Kemmerer, 2006). Le désir fondamental chez le sujet introjectif serait d'être reconnu, respecté et admiré (Kemmerer, 2006, p. 7). En revanche, le profil *anaclitique* serait davantage centré sur les relations interpersonnelles et sur des thèmes tels que l'amour, la confiance, le support émotionnel, l'intimité et la sexualité. Il y aurait des tentatives exagérées de réparation ou de compensation des lacunes perçues dans ces relations, tentatives se manifestant par des conflits dans l'établissement de relations intimes et par une insatisfaction générale (Auerbach, 2017; Kemmerer, 2006). Une grande préoccupation quant au fait d'être capable d'aimer et de se sentir aimé serait présente (Kemmerer, 2006). Le sentiment de soi et le développement de l'identité seraient donc relayés au second plan, au profit du déploiement et du maintien de relations interpersonnelles satisfaisantes (Kemmerer, 2006). La mise en relation de ces trois modèles nous apparaît fort avantageuse, augmentant significativement notre compréhension des syndromes de personnalité de l'Axe P et du



fonctionnement identitaire, relationnel et émotionnel d'un sujet. Nous arrivons à mieux nous représenter la souffrance et les difficultés adjointes à un syndrome donné, ainsi que leurs différents modes d'expression.

En outre, d'aucuns affirment que la méthode de travail du clinicien et les objectifs thérapeutiques devraient être adaptés au type de fonctionnement de la personnalité du sujet (Auerbach, 2017; Lingiardi et McWilliams, 2017; Lingiardi *et al.*, 2015). Ils soutiennent que le modèle de Blatt permettrait de mieux cerner les besoins thérapeutiques et d'assurer une meilleure prise en charge du sujet (Auerbach, 2017). En toute logique, nous estimons que la prise en compte conjointe de ces trois perspectives devrait avoir un résultat similaire, voire meilleur, puisqu'elle fournirait davantage d'informations, complémentaires, au clinicien. Il est alors postulé que, plus l'individu tendrait vers le pôle *intériorisation/introversión/introjection*, mieux il répondrait à une thérapie d'orientation psychanalytique, car le sujet aurait une propension à se montrer coopérant, motivé et curieux, tout en étant capable de tolérer un certain niveau d'anxiété et d'affects difficiles (PDM Task Force, 2006). Le maintien d'une certaine distance entre thérapeute et patient favoriserait le sentiment d'indépendance (Kemmerer, 2006). Des interventions interprétatives et un travail favorisant l'introspection et les associations psychiques seraient à privilégier (Auerbach, 2017; Lingiardi et McWilliams, 2017). À l'inverse, un sujet qui serait plus près des polarités *extériorisation/extraversión/anaclitisme*, présenterait une meilleure réponse thérapeutique s'il reçoit un soutien accru, si l'expression verbale est favorisée, s'il y a beaucoup d'interactions avec le thérapeute et si certaines interventions sont explicatives ou psychoéducatives (Auerbach, 2017; Kemmerer, 2006; PDM Task Force, 2006). Il serait important que la position du clinicien traduise un grand respect et une attitude égalitaire, mais également une force suffisante qui permettrait au sujet de se sentir en confiance et en sécurité (PDM Task Force, 2006).

#### 6.4.2.4 Échelles de cotation

L'usage d'échelles quantitatives dans l'Axe P et l'Axe M du manuel nous apparaît surprenant, car dans les faits, il est excessivement rare d'en utiliser en psychanalyse. Certes, il y a parfois recours à l'angle quantitatif dans la cotation et la correction de certains tests – pensons notamment au système de cotation intégré d'Exner pour le *Rorschach* ou au système de cotation de Vica Shentoub pour le *Thematic Apperception Test* (TAT) – mais cela n'est pas monnaie courante. Nous sommes d'avis que le fonctionnement psychologique peut difficilement être évalué de manière si franche ou objective. Qui plus est, l'attribution de cotes précises, pour arriver à une conclusion évaluative, nous apparaît comme une

illusion de scientificité. Nous avons l'impression qu'il s'agit d'une tentative de rendre l'évaluation de personnalité davantage conforme au rationnel scientifique des sciences dures. Nous ne saisissons pas entièrement l'utilité ni la portée du chiffre en soi : sur les échelles de sévérité, en quoi un score de 5/10 ou de 6/10 est-il différent? À l'Axe P, quelle est la différence entre un score de 7 ou de 8 dans une organisation névrotique? En quoi les scores globaux de l'Axe M, qualifiés comme « *mild impairments* » ou « *moderate impairments* » se distinguent-ils (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 1022)? Nous ne voyons pas l'influence directe de ces diverses cotations sur le traitement offert au sujet et nous remettons en question leur utilité dans la prise en charge thérapeutique. Nous pensons que cette décision, de recourir à de telles échelles quantitatives, était peut-être une manière d'essayer de rejoindre la communauté médicale et les professionnels travaillant en établissements publics. De même, nous pouvons imaginer que l'un des objectifs – implicite? – de ce système de cotation était peut-être de faciliter l'intégration du PDM-2 dans les milieux ayant normalement recours au DSM-5; l'aspect quantitatif et concret de ces cotations rapprochant le PDM du modèle descriptif classique du DSM.

En dépit de cette virulente critique, nous apprécions néanmoins la proposition de la *Psychodiagnostic Chart-2* (PDC-2). Celle-ci est présentée comme un outil permettant de faciliter l'évaluation, certainement complexe, du fonctionnement psychique d'un sujet. La manière dont elle est organisée et les informations qui y sont présentées permettent une mise en relation des différents scores qui, pris individuellement, nous semblaient auparavant peu pertinents. À travers la PDC-2, la cotation prend davantage de sens, en ce qu'elle permet une articulation fluide et cohérente des diverses cotes. De plus, le manuel indique clairement que la nuance est de mise et que le professionnel doit inévitablement se fier à son jugement clinique (Lingiardi et McWilliams, 2017). Ce faisant, l'aspect tranché ou objectif de l'analyse quantitative prend beaucoup moins de place.

Par ailleurs, compte tenu de la densité des informations pouvant être recueillies à travers les trois axes du PDM, un instrument qui permet de résumer et de synthétiser les données cliniques nous semble le bienvenu. La PDC-2 pourra être utilisée, peu importe l'orientation théorique ou le niveau d'expérience clinique du professionnel.

#### 6.4.2.5 Expérience subjective du sujet

Nous sommes d'avis que le PDM-2 traduit un bel effort d'intégration des données actuelles provenant de la biologie, des neurosciences et de la psychanalyse (McWilliams *et al.*, 2018). Il représente aussi une synthétisation de certains modèles descriptifs et structuraux existants.

Toutefois, la plus grande force du manuel nous apparaît comme étant l'angle subjectif, présent à travers tous les axes. Il y a un rappel constant des possibles vécus et ressentis propres au sujet, de même que des expériences émotionnelles et contre-transférentielles du thérapeute en fonction du type de patient rencontré. Il y a de nombreuses descriptions touchant le développement de l'alliance thérapeutique et le déroulement des séances de thérapie. Bien que ces informations ne puissent pas être considérées comme des vérités absolues, elles restent très utiles et pratiques. Il s'agit d'une perspective rarement abordée, que nous trouvons enrichissante. En effet, elle permet fort probablement de sensibiliser et de conscientiser davantage le professionnel à l'expérience personnelle de son patient. Nous considérons qu'elle peut également permettre de valider ou de légitimer les émotions et le vécu ressentis par le professionnel dans le cadre du travail thérapeutique.

### 6.5 Opinion critique quant au paradigme normalité/anormalité

Ce dernier sous-chapitre s'attarde au paradigme *normalité/anormalité*, tel que développé par Jean Bergeret. Nous souhaitons approfondir notre réflexion et la partager avec le lecteur. Ce besoin provient essentiellement des nombreuses questions soulevées par nos premières lectures sur le sujet. Sommes-nous en accord ou en désaccord avec cette terminologie? Est-ce que cette conceptualisation concorde avec notre conception personnelle de la santé mentale et de la psychopathologie? Quel impact cela pourrait avoir sur notre manière de procéder à une évaluation diagnostique?

#### 6.5.1 Changement de visée évaluative

Nous considérons que la conception d'une *normalité* psychique transforme le processus évaluatif, en modifiant le regard porté sur l'évaluation et sur le diagnostic psychologique. L'évaluation n'est plus faite dans le but d'identifier un trouble mental ou une pathologie ni d'arriver à un psychodiagnostic; elle vise désormais l'exploration du fonctionnement psychologique *normal* d'un individu, son fonctionnement singulier.

Certains cliniciens semblent penser que qualifier le psychisme selon un état de *normalité* ou d'*anormalité* est réducteur ou que cela témoigne d'une dichotomie contraire au modèle psychanalytique; d'autres considèrent que ces termes sont porteurs d'un jugement moral, qu'ils ont une connotation négative ou une valeur normative (David, 1972; McDougall, 1972). Or, nous estimons qu'il convient de s'extraire du sens conféré aux mots par la population générale, pour se replacer dans le rôle d'un professionnel en psychologie : la *normalité psychique* ne s'appuie pas sur la conformité sociale, les standards de société ou la majorité; elle concerne plutôt la normativité individuelle d'un sujet, son état régulier, son mode de fonctionnement habituel. Cette *normalité* traduit le mode de fonctionnement psychique singulier et usuel d'un sujet. Elle représente l'ensemble des processus psychiques auxquels il a habituellement recours pour s'adapter aux réalités internes et externes, pour répondre à ses besoins, pour entretenir des relations interpersonnelles, pour interpréter son environnement et pour jongler avec les imprévus de la vie quotidienne (Bergeret, 1975, 1996a, 1996b). Tout cela permettant au sujet de maintenir un équilibre général relatif, d'être fonctionnel et d'être en adéquation avec son environnement. Rappelons également que pour Bergeret, la *normalité* psychique n'est pas un concept binaire qui s'évalue en termes de présence ou d'absence; son évaluation tient plutôt compte du degré d'adaptation et de flexibilité du sujet (Bergeret, 1996a, 1996b). Il s'agit d'un état variable, qui s'étend sur un continuum : la normalité peut tout autant correspondre à un état de fonctionnement optimal sans symptôme, qu'à un état de légères difficultés avec présence de symptômes adaptatifs (Bergeret, 1996a). La reconnaissance d'une telle *normalité* psychique signifie l'admission qu'un individu puisse présenter un mode de fonctionnement psychologique particulier, différent de celui d'un autre sujet, tout en étant acceptable et sain.

De ce fait, contrairement aux modèles d'évaluation symptomatiques ou descriptifs, il ne s'agit pas de chercher des indices ou des preuves signant la présence d'une pathologie quelconque. Il ne s'agit pas non plus de simplement décrire les symptômes manifestes. La visée évaluative ainsi transformée permet plutôt de comprendre *comment* s'organise le monde interne d'un sujet et comment cela se manifeste dans le réel. Ces manifestations sont notamment perceptibles à travers les relations interpersonnelles, certains mécanismes de défense, la gestion des affects ou le langage.

Selon nous, l'intégration de la perspective *normalité/anormalité* dans l'évaluation psychologique ouvre à la subjectivité du sujet et à l'appréhension de son fonctionnement idiosyncratique, sans *a priori*. Elle permet de broser un portrait plus raffiné de l'activité psychique, un portrait davantage intégratif, neutre et complet (Huprich et Meyer, 2011). Partant, une évaluation qui visait l'établissement d'un diagnostic ou

l'identification d'un trouble de santé mentale se transforme en une démarche de compréhension globale. L'objectif devient la compréhension et l'exploration en profondeur du fonctionnement du sujet. L'intérêt est porté vers la découverte des traits de personnalité distinctifs; la manière dont les multiples caractéristiques psychologiques sont assemblées entre elles; les signes d'équilibre interne; les conflits psychiques et la manière dont ceux-ci demeurent « élaborables selon les modèles imaginaires particuliers » du sujet; le niveau d'adaptation à l'environnement externe; les forces et les défis personnels (Bergeret, 1996a, p. 302). Nécessairement, les conclusions d'une telle évaluation feront état du fonctionnement mental spécifique de l'individu, sans apposer de jugement positif ou négatif, car le sujet n'est comparé qu'à lui-même et à son fonctionnement habituel.

#### 6.5.2 Changement dans l'approche de la symptomatologie

À nos yeux, ce changement de visée évaluative et la reconnaissance de la *normalité* et l'*anormalité* psychiques entraînent inévitablement une transformation dans l'approche clinique du symptôme. Il a été établi que la *normalité* de Bergeret ne signifie pas l'absence de symptôme. Un individu *normal* pourrait effectivement présenter divers symptômes, tant que ceux-ci ne l'empêchent pas de fonctionner au quotidien et tant que cet individu se montre capable de s'adapter aux diverses fluctuations intrapsychiques et environnementales. Conséquemment, la valeur accordée à la symptomatologie change : plutôt que de n'être qu'un indice de *maladie*, le symptôme devient l'un des différents outils d'évaluation psychologique, au même titre que les relations d'objet, les angoisses prédominantes ou les autres processus psychiques investigués. La symptomatologie ne constitue donc plus le point central de l'évaluation; elle devient subsidiaire. De même, le symptôme n'a plus seulement une valeur quantitative – accumulation de symptômes pour pouvoir conclure à une pathologie donnée – mais également une valeur qualitative.

Reprenons l'analogie du cristal de Freud : lorsqu'un cristal se brise, les cassures s'opèreraient « selon des lignes de clivage dont les limites et les directions, bien qu'invisibles extérieurement jusque-là, se trouvaient déjà déterminées de façon originale et immuable par le mode de structure dudit cristal » (Bergeret, 2008, p. 154). Dès lors, nous comprenons que les symptômes présentés par un sujet ont une valeur particulière et qu'ils reflètent son mode d'organisation psychique profond, qu'il s'agisse d'une structure ou d'un aménagement. Même s'il n'y a pas de décompensation et que la symptomatologie reste dans le cadre de la normalité, elle sera représentative du fonctionnement psychique latent. Le symptôme peut dorénavant être conçu comme l'un des nombreux aspects propres à un fonctionnement de

personnalité donné, plutôt que comme un signe de pathologie, et évalué en conséquence. L'analyse de la signification et de la fonction des symptômes permettra de mieux saisir le mode d'organisation psychique singulier du sujet évalué.

À notre sens, ce paradigme *normalité/anormalité* modifie la portée et l'utilité du symptôme. Est-ce que cela poussera le clinicien à explorer plus en profondeur les symptômes de son patient? Nous pensons que oui! Nous supposons également que cette perspective permettra aux professionnels de relativiser la valeur des symptômes et de chercher à les comprendre davantage.

### 6.5.3 Diminution de la pathologisation

Nous sommes d'avis que le paradigme de *normalité/anormalité* mène à une acceptation et à une certaine banalisation des symptômes et du diagnostic. D'abord, parce que tout comme l'affirme Bergeret, nous estimons que la pathologie et l'état d'anormalité ne sont pas liés à la présence de symptômes, mais plutôt à un déséquilibre interne suffisamment grand pour que le sujet n'arrive plus à s'adapter aux circonstances de la vie et que son fonctionnement quotidien en soit altéré. Bien que le symptôme puisse être l'indice « d'un processus morbide », il n'en définit pas la présence (Freud, 1926/1999, p. 3). En effet, il serait naturel de constater des symptômes anxieux chez un enfant dont les parents se séparent; de même qu'il serait sain de voir apparaître des symptômes dépressifs chez un adulte qui vit un deuil. Dans les deux cas, il n'y aurait pas lieu de conclure à une psychopathologie! L'apparition du symptôme ne traduit donc pas l'entrée dans la maladie, mais simplement la présence d'une conflictualité intrapsychique, pour laquelle il n'est qu'un signe visible (Bergeret, 1996b).

Selon nous, le paradigme *normalité/anormalité* permet cette déconstruction du lien *symptôme-maladie* et devrait ainsi entraîner un renversement de l'opinion populaire voulant que tous les symptômes soient négatifs ou qu'ils soient l'expression d'un trouble de santé mentale. Les symptômes deviennent plutôt des indices de la qualité et du niveau de fonctionnement psychique d'un sujet. De là, considérant que le symptôme est acceptable et considérant qu'il peut apparaître dans une organisation normale, le clinicien devrait éviter d'apposer une étiquette *pathologique* à toutes les manifestations symptomatiques – qu'elles soient émotionnelles, relationnelles ou physiques. Celles-ci ne se verront adjoindre aucune valeur négative ou pathologique, ce qui devrait donc mener à une diminution de la pathologisation clinique et du nombre de diagnostics de troubles de santé mentale.

En outre, nous avons déjà mentionné que le paradigme *normalité/anormalité* admet que toutes les structures psychiques et les caractères associés peuvent se situer dans un état de *normalité*. Cette perception signifie qu'une organisation de personnalité donnée n'est plus considérée comme pathologique en soit, comme ce fut parfois le cas avec la structure psychotique. Une personne pourrait se trouver dans un état *normal* et sain, peu importe son mode de fonctionnement psychique et peu importe son niveau de maturité affective ou développementale. Un fonctionnement *psychotique paranoïaque*, par exemple, n'est plus d'emblée considéré comme malade ou pathologique; il est plutôt envisagé comme une forme de fonctionnement psychologique, pouvant être *normal* tout autant qu'*anormal*, en fonction des diverses circonstances de vie rencontrées par le sujet. Cette approche, basée sur la notion de *normalité*, évite donc de pathologiser à l'extrême.

Enfin, et conséquemment à ce qui précède, nous sommes d'avis que ce changement de perception quant à la psychopathologie devrait mener à une diminution des jugements, de la stigmatisation et des tabous associés aux troubles de santé mentale. Par la même occasion, cela devrait permettre une dédramatisation et une relativisation de l'apparition de symptômes; s'il est *normal* et acceptable d'avoir certains symptômes, l'individu qui en présente ne devrait plus être jugé ou présumé malade, ce qui entraînerait une diminution de la honte souvent associée à la symptomatologie et au diagnostic relié (Fleury et Grenier, 2012; Sempré, 2006).

Pour toutes ces raisons, nous croyons fermement qu'il s'agit d'une conception fort pertinente lorsqu'il est question de santé mentale et de psychopathologie. Ce paradigme a une portée théorico-clinique, pouvant s'appliquer à toutes les approches théoriques et à tous les modèles d'interprétation. Il est clair pour nous que cette perspective de la *normalité* et de l'*anormalité* est d'un apport clinique considérable et qu'elle mériterait d'être connue – ou reconnue – et utilisée à grande échelle.

## CONCLUSION

Ce dernier chapitre propose un retour sur les différents thèmes abordés dans cet essai théorique, afin de mettre en exergue les éléments saillants. L'objectif de recherche et les questions associées seront repris, dans le but d'en évaluer l'atteinte. Puis, les contributions et les limites de notre étude seront mises à jour. Enfin, nous proposerons des pistes de réflexion quant à d'éventuelles recherches du même ordre que la nôtre.

Nous avons d'abord présenté au lecteur la problématique sous-jacente au sujet de recherche. Notre intérêt envers le modèle de Jean Bergeret et le *Psychodynamic Diagnostic Manual* s'étaye sur nos réflexions concernant l'évaluation de la personnalité et le diagnostic psychologique, éléments qui soulèvent divers enjeux, particulièrement dans un cadre de travail psychanalytique. D'une part, il semble que certains cliniciens préconisent la tenue d'un processus évaluatif, affirmant que cela permettrait de mieux comprendre le patient et de lui offrir un meilleur traitement (Huprich, 2011; McWilliams *et al.*, 2018); certains prétendent, au contraire, qu'un thérapeute devrait se présenter à son client comme une toile blanche, sans hypothèse et avec une attitude d'ouverture à l'inconnu (Bion, 1989; Blanchard-Laville, 2013; Hochmann, 2011). D'autre part, il existe une multitude de méthodes d'évaluation et de modèles d'interprétation, auxquels s'ajoutent une terminologie, des catégories et des critères diagnostiques qui sont souvent différents, parfois même contradictoires. Certaines de ces méthodes sont de type *descriptif* ou *syndromique* : divers symptômes sont regroupés en catégories – en fonction de leur prévalence, leur durée et leur étiologie – à partir desquelles les comportements et la symptomatologie manifeste du sujet sont comparés, ce qui permettrait finalement de déterminer le diagnostic qui correspond le mieux. D'autres modèles tendent plutôt vers une évaluation *multifactorielle*, où de nombreux facteurs intrapsychiques sont pris en considération pour procéder à l'évaluation psychologique. Il pourrait s'agir des relations d'objet, des angoisses latentes, des mécanismes de défense, du rapport à la réalité, de la qualité du fonctionnement des instances psychiques ou de l'environnement socio-culturel dans lequel évolue le sujet (Andronikof et Réveillère, 2004; McWilliams, 2011; Selvini, 2010). Ces deux aspects nous ont donc menée à questionner la place du symptôme en psychanalyse. Que ce soit lors d'une évaluation de la personnalité ou dans le but d'établir un diagnostic psychologique, la psychanalyse prône une évaluation multidimensionnelle et une prise en compte de la signification et de la fonction du symptôme (Ferrant et Ciccone, 2007; Florence, 2005; St-Onge, 2014). Celui-ci devrait donc être l'un des multiples paramètres évaluatifs mis en relation, afin d'obtenir une perspective globalisante et unique du



fonctionnement psychique d'un sujet. Cependant, au moment d'analyser et de comprendre les résultats d'une telle évaluation, le clinicien se retrouve face à plusieurs possibilités. Une perspective tout de même commune en psychanalyse est l'*approche structurale*, qui soutient que la personnalité d'un individu se construirait en fonction du degré d'évolution libidinale et du niveau de maturation du Moi, menant ainsi à trois modes d'organisation possibles : névrotique, limite ou *borderline* et psychotique (Bergeret, 1996b; Ferrant et Ciccone, 2007). Cette vision structurale favoriserait une compréhension dynamique et cohérente de la personnalité (Andronikof et Réveillère, 2004; Kernberg, 2004). La psychanalyse a vu naître plusieurs approches structurales différentes, qui sont plus ou moins équivalentes : il y a de nombreuses différences quant au vocabulaire utilisé ou quant aux critères et catégories diagnostiques. Tous ces enjeux placent le clinicien dans une posture complexe et rappellent, de ce fait, l'importance d'étudier le processus évaluatif et diagnostique.

La méthodologie de recherche a ensuite été présentée dans le deuxième chapitre. L'objectif de recherche a d'abord été énoncé, à savoir : décrire et comparer le modèle structural de Jean Bergeret et le *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2<sup>e</sup> édition). Puis, nous avons présenté les deux questions de recherche principales : 1) Quels sont les points de convergence et de divergence des deux modèles à l'étude?; 2) Comment ces modèles conçoivent-ils le fonctionnement de la personnalité? Nous souhaitons ainsi arriver à mieux comprendre l'organisation interne des modèles, la manière de les utiliser et la façon dont ils conceptualisent le fonctionnement de la personnalité. De là, nous avons expliqué les motifs derrière le choix des modèles à l'étude, qui se résument à la grande portée clinique des modèles, leur vision innovante, leur niveau de crédibilité et d'utilisation à travers la communauté psychanalytique. Par la suite, nous avons discuté du paradigme qualitatif dans lequel s'inscrit cette recherche, ainsi que de notre positionnement dans une approche herméneutique et constructiviste. Nous avons également décrit le corpus théorique de l'essai, qui se constitue de sources bibliographiques primaires et secondaires. Le chapitre s'est terminé par une présentation de la méthode d'analyse du matériel, qui combine l'*analyse en mode écriture* et l'*analyse par questionnement analytique*, qui illustre très bien la manière dont nous avons travaillé. Enfin, nous avons expliqué que les paramètres comparatifs s'étaient naturellement imposés, à travers le processus de lecture, de relectures et de prise de notes. Les paramètres ainsi identifiés sont les suivants : la terminologie utilisée; les conceptions de la santé mentale et de la psychopathologie; l'adhérence au paradigme normalité/anormalité; la constitution interne et la méthode d'utilisation des modèles; la conceptualisation du fonctionnement de la personnalité.

Le troisième chapitre a pris la forme d'une contextualisation théorique, où les notions fondamentales sur lesquelles s'appuie notre essai ont été définies. Il fut alors question des éléments suivants : personnalité, santé mentale, maladie mentale et psychopathologie. Considérant que ces termes ont tous une signification ou une connotation populaire, il était important pour nous de cerner et d'identifier le sens qui leur était attribué dans le présent essai. La perspective *normalité/anormalité* psychique, longuement élaborée par Jean Bergeret, a ensuite été abordée. Tous ne sont pas d'accord avec la vision de l'auteur, refusant la connotation normative ou comparative qui pourrait être associée à une telle conception (David, 1972; McDougall, 1972). D'autres cliniciens adhèrent cependant à l'orientation proposée par Bergeret, en y voyant l'établissement d'une normalité personnelle et idiosyncratique, qui témoigne de l'équilibre interne et du niveau d'adaptation d'un sujet devant les variations de son environnement. Finalement, nous avons défini plusieurs notions psychanalytiques essentielles à la compréhension des modèles étudiés et pour lesquels elles semblaient n'avoir pas toujours la même signification. Par conséquent, ce qui est entendu par *objet* et *relation d'objet* a été clarifié; le *fonctionnement du Moi* a été décrit, en précisant ses fonctions et son lien avec le concept d'*identité*; l'angoisse a été définie et abordée sous l'angle de son origine et de sa relation avec l'*anxiété*, puis sept formes communes d'angoisses ont été présentées; les *mécanismes de défense*, leurs rôles et leur rapport avec les *mécanismes d'adaptation* et la *santé mentale* ont été discutés; le symptôme et ses possibles significations ont été décrits.

Le chapitre suivant a introduit les deux nosographies à l'étude, en commençant par le modèle structural de Jean Bergeret, suivi de la 2<sup>e</sup> édition du *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Pour chacune d'elle, nous avons décrit leur méthode d'élaboration, leur organisation interne et leur mode d'utilisation. Globalement, le modèle de Bergeret s'inscrit dans une *approche structurale* et s'appuie beaucoup sur les théories freudiennes, notamment sur les stades de développement psychosexuels. La personnalité d'un sujet y est vue comme tributaire de l'atteinte et de la résolution de ces stades de développement (oral, anal, phallique, latence, génital). L'organisation interne du modèle suggère de d'abord évaluer le mode de fonctionnement profond du sujet – *structure psychotique*, *astructuration limite* ou *structure névrotique* –, puis d'identifier le *caractère* et les *traits de caractère* associés. Ces deux dimensions permettraient de définir et de préciser le fonctionnement intrapsychique du sujet. Leur identification pourrait être faite à partir de l'évaluation des relations d'objet, de l'angoisse latente, des mécanismes de défense principaux, du mode habituel d'expression des symptômes, de l'économie pulsionnelle, de la nature des conflits intrapsychiques et des représentations fantasmatiques (Bergeret, 1996b). Par la suite, il serait possible de mettre à jour une *pathologie du caractère*, advenant le cas que le sujet n'arrive plus à maintenir un

équilibre interne suffisant qui lui permet de rester fonctionnel et adapté à son environnement. Malgré les quelques paramètres d'évaluation susmentionnés, Bergeret ne propose aucune méthode d'évaluation ou d'analyse précise. Quant au PDM-2, sa construction s'appuie essentiellement sur une *approche multiaxiale* de trois niveaux. Le premier est l'Axe P – *Syndromes de personnalité*, qui permettrait d'identifier l'organisation de personnalité d'un sujet (selon une approche structurelle), à laquelle s'ajouterait un ou plusieurs syndromes de personnalité. Le manuel présente douze syndromes différents, qui peuvent prendre place dans une ou plusieurs des trois organisations psychiques et qui en précisent alors le fonctionnement. Le deuxième est l'Axe M – *Profils de fonctionnement mental*, qui décrit douze capacités mentales interreliées, regroupées en quatre catégories principales : les processus cognitifs et affectifs, l'identité et les relations interpersonnelles, les mécanismes de défenses et d'adaptation, la conscience de soi et l'intentionnalité. Le dernier est l'Axe S – *Schémas symptomatiques : l'expérience subjective* qui présente huit catégories diagnostiques regroupant au total trente-sept entités cliniques (Lingiardi et McWilliams, 2017). Celles-ci sont décrites en fonction des symptômes qui les composent, mais également selon l'expérience personnelle du sujet qui les présente. En plus de l'évident jugement clinique, le manuel recommande une méthode d'évaluation quantitative, basée sur des échelles de cotation propres à chaque axe. Pour faciliter ce processus, une grille appelée *Psychodiagnostic-Chart2* est proposée à la fin du volume. Après cette présentation, nous nous sommes permis de relever quelques distinctions entre le PDM-2 et le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5<sup>e</sup> édition (DSM-5). Ce choix découle du fait que les deux ouvrages semblent souvent comparés, bien qu'ils ne s'inscrivent pas dans le même paradigme conceptuel et qu'ils offrent un contenu bien différent. Enfin, nous avons brièvement décrit chacun des syndromes de personnalité recensés dans l'Axe P.

Il aura finalement été possible, dans le cinquième chapitre, d'explorer la conceptualisation de la personnalité proposée dans chaque nosographie. Les fonctionnements névrotique, psychotique et limite/*borderline* ont été successivement présentés, d'abord selon la perspective proposée par Jean Bergeret, puis selon celle du *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2<sup>e</sup> édition). Pour l'essentiel, Bergeret postule que le fonctionnement de la personnalité se cristalliserait une fois la période de l'adolescence terminée et formerait ainsi le mode d'organisation psychique profond et invariable du sujet. Il y aurait ainsi trois avenues possibles : une structure psychotique, une structure névrotique ou un aménagement limite. Selon l'auteur, les structures seraient toutes deux stables et mutuellement exclusives (Bergeret, 1975, 1996b, 2008). Le fonctionnement limite serait plutôt vu comme une *astructuration*, un aménagement instable qui aurait dépassé le stade de fonctionnement psychotique, mais qui n'aurait

jamais atteint le stade névrotique. Il y aurait un niveau de fragilité et d'anormalité qui perdurerait. De plus, Bergeret considère que chaque structure/astructuration présente des *caractères* spécifiques, qui ne peuvent être retrouvés dans aucune autre structure ou astructuration. Ceux associés à la structure névrotique sont les caractères obsessionnel, hystérophobique et hystérique de conversion; ceux de la structure psychotique sont les caractères schizophrénique, paranoïaque et mélancolique; ceux de l'astructuration limite sont les aménagements narcissiques, pervers et caractériels. De ce fait, ces caractères partagent les caractéristiques du mode fonctionnement profond sur lequel ils s'appuient, mais présentent également certaines différences, qui permettent de préciser l'activité psychique. Les structures/astructuration et les caractères sont décrits par l'auteur selon plusieurs paramètres métapsychologiques : développement libidinal, fixations précoces, niveau d'élaboration des instances psychiques, nature des conflits internes, caractéristiques des relations d'objet, angoisses principales, mécanismes de défense privilégiés, représentations fantasmatiques, rapport à la réalité et genèse de la relation parentale (Bergeret, 1996b, 2011, 2008). Les trois formes d'organisation ayant été décrites, il est alors devenu possible de définir sommairement les caractères associés à chacune d'elle. En ce qui concerne le PDM-2, nous avons constaté que le manuel dépeint quatre organisations de personnalité stables, hiérarchisées sur un continuum de santé/pathologie : une organisation saine, qui fonctionne de manière optimale; une organisation névrotique, qui présente de légères limitations; une organisation *borderline*, qui présente des difficultés notables; une organisation psychotique, qui fonctionne de façon limitée et qui est vue comme la plus compromise. Chacune de ces organisations pourrait être caractérisée par un ou plusieurs syndromes de personnalité, qui teinteraient d'une couleur particulière le fonctionnement du sujet. La plupart de ceux-ci sont non spécifiques et peuvent être retrouvés dans l'une ou l'autre des trois organisations. La description des organisations et des syndromes s'appuie sur les éléments suivants : relations interpersonnelles; schèmes de pensées; tendances comportementales; facteurs constitutionnels et maturatifs; tensions et préoccupations centrales; affects principaux; croyances distinctives par rapport à soi ou à autrui; mécanismes de défense centraux (Lingiardi et McWilliams, 2017).

Tout ce travail aura mené à l'analyse critique et à la discussion de notre recherche, au sixième chapitre. La première question de recherche visait l'identification des points de convergence et de divergence entre les modèles à l'étude. Conséquemment, nous avons relevé quatre similitudes entre le modèle structural de Bergeret et le PDM-2. Il apparaît d'abord que les deux nosographies offrent des définitions similaires de la personnalité, la santé mentale, la psychopathologie, les relations d'objet et les mécanismes de défense. Puis, les deux modèles partagent la conception voulant que les facteurs qui influencent

l'émergence et les manifestations de la pathologie sont multiples et interdépendants. Il s'agirait notamment d'éléments comme : l'hérédité; les frustrations et fixations infantiles; la relation avec les figures d'attachement primaires; les expériences et les possibles traumatismes de la petite enfance, l'influence de la réalité extérieure (Bergeret, 2008; Lingardi et McWilliams, 2017). De plus, les deux modèles adhèrent à une conception structurelle de la personnalité, postulant ainsi que la personnalité d'un sujet pourrait être appréhendée selon les fonctionnements psychotique, limite/*borderline* ou névrotique. Enfin, ils partageraient la conviction que l'évaluation de la personnalité devrait être multidimensionnelle et tenir compte de facteurs tels que les relations d'objet, les angoisses, les mécanismes de défense, l'intégration et la différenciation du Moi, les processus cognitifs, le contact avec la réalité, la symptomatologie et l'expérience subjective associée (Bergeret, 1996b, 2008; Lingardi et McWilliams, 2017; PDM Task Force, 2006). Subséquemment, cinq différences notables ont été identifiées. La première concerne le vocabulaire : Bergeret parle de *fonctionnement du Moi* et d'*angoisse*, de structure/aménagement de la personnalité, de caractères et de traits de caractère; alors que le PDM-2 parle de relations interpersonnelles, d'angoisse et d'anxiété, d'organisations et de syndromes de personnalité, de capacités mentales. La deuxième différence se rapporte au paradigme *normalité/anormalité* sur lequel s'appuie tout le modèle de Bergeret, alors que le PDM-2 n'en fait aucune mention claire. Il semble toutefois que la *normalité* de Bergeret correspondrait à l'organisation saine du PDM-2 et que l'*anormalité* serait représentée par l'organisation psychotique. La troisième tient de la différence constitutionnelle des nosographies, où celle de Bergeret est entièrement d'approche *structurelle*, alors que le PDM-2 repose principalement sur une approche *multiaxiale*, n'ayant que l'Axe P de structurel. Une quatrième disparité concerne le mode d'utilisation. Bergeret ne propose aucune méthode spécifique pour utiliser son modèle, contrairement au PDM-2 qui suggère l'usage d'une grille de cotation – la *Psychodiagnostic Chart-2* – facilitant le processus évaluatif global. Chaque axe y est représenté et possède une échelle de cotation qui permet de situer l'individu quant à son niveau d'organisation psychique. Enfin, la dernière divergence touche la hiérarchisation des fonctionnements de personnalité, qui repose sur deux conceptions différentes. Bergeret propose une hiérarchisation en fonction du développement libidinal et moïque; tandis que le PDM-2 hiérarchise les organisations en fonction du niveau de santé mentale ou d'atteinte psychopathologique.

La deuxième question de recherche de l'essai cherchait à déterminer de quelle manière les deux nosographies conceptualisent le fonctionnement de la personnalité. Nous avons d'abord constaté que l'ampleur et la nature des descriptions fournies pour chaque fonctionnement étaient fort inégales;

Bergeret donne des explications beaucoup plus complexes et complètes que le PDM-2. Cependant, cela pourrait s'expliquer par la visée de chaque ouvrage : un traité de psychopathologie pour Bergeret et un précis nosologique pour le PDM-2. En outre, il semble que la conceptualisation des deux modèles quant au fonctionnement limite/*borderline* est différente, surtout en ce qui a trait à la stabilité de cet aménagement psychique et au maintien du contact avec la réalité. Or, une étude minutieuse démontre que les modèles partagent, en réalité, une perspective très similaire. Finalement, les deux modèles se distinguent nettement dans leur conceptualisation des caractères et des syndromes de personnalité. Pour Bergeret, les caractères sont associés à des structures/astructuration données, alors que dans le PDM-2, les douze syndromes sont, pour la plupart, non spécifiques aux organisations. Deux figures et cinq tableaux sont présentés à travers le chapitre pour illustrer et résumer les éléments.

Par ailleurs, la discussion s'est également avérée une opportunité de critiquer les deux nosographies étudiées et d'en présenter les forces et les limites. Dès lors, nous avons souligné le coefficient de difficulté élevé associé à la compréhension et l'utilisation du modèle bergeretien; sa grande portée clinique; la rigidité – à notre sens peu souhaitable – des limites entre structures/astructuration, ainsi que les conséquences associées; le peu d'intérêt accordé à l'expérience subjective du sujet. Quant à la deuxième édition du *Psychodynamic Diagnostic Manual*, nous avons relevé une diminution du contenu théorique entre les première et seconde éditions et un manque de démonstration théorique pour appuyer les informations présentées. Nous avons également remis en question la pertinence de la dimension *intériorisation/extériorisation* et le recours à des échelles de cotation quantitatives, mais avons souligné la grande richesse de la prise en compte de l'expérience subjective du sujet et du thérapeute. Pour terminer, nous avons choisi de partager notre opinion et nos réflexions quant au paradigme *normalité/anormalité* psychique. Nous croyons qu'il s'agit d'une perspective importante, qui permet de modifier les visées de l'évaluation diagnostique, de changer l'approche clinique de la symptomatologie et de diminuer le niveau de pathologisation. Nous espérons que la présentation de notre point de vue aura favorisé la réflexion du lecteur.

Au terme de ce processus de recherche, nous estimons avoir atteint notre objectif initial, qui était de décrire et de comparer le modèle structural de Jean Bergeret et le *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2<sup>e</sup> édition). Effectivement, nous avons pu répondre aux deux questions de recherche principales : les points de convergence et de divergence entre les modèles ont été mis en exergue, puis leur conceptualisation respective du fonctionnement de la personnalité a été explicitée. Cependant, il y a fort à parier que notre

recherche présente certaines limites. En effet, il est possible que nos descriptions du modèle structural de Bergeret et du *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2<sup>e</sup> édition) présentent des lacunes ou qu'elles aient été teintées de notre opinion. De plus, les paramètres comparatifs ont été sélectionnés d'une manière subjective et correspondent aux éléments qui ont particulièrement attiré notre attention. Des facteurs comparatifs différents auraient certainement pu être choisis par un chercheur autre. En ce sens, et pour des recherches subséquentes, il pourrait être fort à propos de comparer les deux modèles en fonction d'un certain nombre de notions psychanalytiques précises; nous pensons notamment à celles qui ont été définies au troisième chapitre, à savoir les relations d'objet, les types d'angoisses présentes, les mécanismes de défense ou la place accordée aux symptômes manifestes. De là, il serait intéressant de déterminer si les modèles ont recours ou non à ces paramètres pour décrire le fonctionnement psychique, de quelle manière ils les conçoivent ou les utilisent, par exemple. Cela permettrait une analyse théorico-clinique qui explorerait en profondeur les particularités métapsychologiques des deux modèles. Par ailleurs, nous considérons qu'il serait fort pertinent de comparer les *caractères* de Bergeret et les *syndromes de personnalité* du PDM-2, afin de déterminer si certaines équivalences pourraient être établies entre des caractères et des syndromes donnés. Enfin, nous estimons qu'il serait également pertinent d'utiliser les deux modèles pour évaluer un même sujet. Cet examen parallèle pourrait permettre d'analyser davantage la méthode d'utilisation des modèles ou d'explorer la profondeur de la compréhension clinique rendue possible par chacun d'eux. Les diagnostics structurels et psychopathologiques obtenus pourraient aussi être confrontés.

Néanmoins, il apparaît que le travail descriptif réalisé pour chaque nosographie est exhaustif et bien documenté, ce qui fait en sorte que cet essai constitue une excellente source d'information pour quiconque souhaiterait approfondir ses connaissances quant à l'un ou l'autre des modèles. Cet essai permet aussi de bien comprendre le développement et le fonctionnement général de la personnalité. En outre, nous espérons que l'angle d'analyse adopté dans cet essai, la mise en relief des similitudes et des différences entre les modèles, ainsi que la présentation du paradigme normalité/anormalité auront permis au lecteur d'acquérir de nouvelles connaissances et de modifier sa perspective clinique quant à l'évaluation de la personnalité et l'évaluation psychodiagnostique. Nous espérons également que cette recherche aura permis au lecteur d'adopter un regard plus critique à l'égard des multiples modèles psychanalytiques d'évaluation de la personnalité.

À l'instar de toutes sciences, la psychanalyse est « amenée à s'interroger sans cesse sur la pertinence même de son mode d'écoute du moment », et donc de ses méthodes d'investigation (Bergeret, 1996a, p. 300). Ce sont ces remises en question des postulats fondamentaux, des pratiques et des modèles qui permettront à l'Homme de faire progresser le savoir, d'améliorer sa compréhension de la psyché humaine et, peut-être un jour, de satisfaire sa curiosité...



## ANNEXE A

### GLOSSAIRE

*Acting out* : Mécanisme de défense prenant la forme d'un agir. Consiste en une mise « en acte d'une pensée inconsciente qui ne se dit pas avec des paroles. [...] Il s'agit alors d'un appel sous forme de provocations, d'outrances, de défis de toutes sortes. » (Jadin, 2017, p. 185). Désigne « les actions présentant le plus souvent un caractère impulsif relativement en rupture avec les systèmes de motivations habituels du sujet, relativement isolable dans le cours de ses activités, prenant souvent une forme auto- ou hétéro-agressive » (Laplanche et Pontalis, 1981, p. 6).

Affect : Désigne « tout état affectif partiel agréable ou désagréable, à la différence du sentiment qui implique une continuité et une durée plus importante » (Chartier, 2001, p. 170).

Alexithymie : « Incapacité de pouvoir exprimer ses émotions. » Traduit une « grande difficulté à verbaliser [...] sentiments et émotions, une vie fantasmatique particulièrement pauvre et une activité de pensée et de discours essentiellement orientée vers des préoccupations concrètes. » (Bloch *et al.*, 1999, p. 44)

Altruisme : « Se vouer à la satisfaction des besoins d'autrui bien plus qu'aux siens » (Gabbard, 2010, p. 27).

Annulation : Mécanisme de défense qui consiste en une tentative de « nier les implications sexuelles, agressives ou honteuses d'un commentaire ou d'un comportement préalable en élaborant, clarifiant, ou en faisant l'opposé » (Gabbard, 2010, p. 26).

Annulation rétroactive : Mécanisme de défense élaboré par Anna Freud. Corresponds à une tentative du sujet « de faire comme si un acte ou une pensée n'avait pas eu lieu », « tout se passe comme si rien n'était arrivé » (Chemama et Vandermersch, 2009, p. 63).

Ça : Instance de l'appareil psychique, élaborée par Freud dans sa seconde topique. Désigne les pulsions inconscientes, qui sont d'une part « héréditaires et innées » et d'autre part « refoulées et acquises. Du point de vue économique, le Ça est le réservoir énergétique » (Chartier, 2001, p. 171).

Catatonie : Forme de « contracture musculaire quasi-totale avec rigidité du tronc et des membres, [...] donnant au patient une apparence statufiée » (Bergeret, 2008, p. 204).

Censure : « Mécanisme psychique qui tend à interdire aux désirs inconscients l'accès au conscient » (Chartier, 2001, p. 171).

Clivage de l'objet : Mécanisme de défense archaïque, introduit par Mélanie Klein, qui serait présent dans la position schizo-paranoïde. Représente une division de l'objet en deux parties, une bonne et une mauvaise, afin de se soustraire à l'angoisse (Chemama et Vandermersch, 2009, p. 105).

Clivage du Moi : Mécanisme de défense introduit par Freud en 1927. Action du sujet de se scinder en deux, « par rapport à la réalité ou à la différence des sexes » (Chartier, 2001, p. 171). Maintien « en même temps de deux attitudes contradictoires et qui s'ignorent à l'égard de la réalité » (Chemama et Vandermersch, 2009, p. 105).

Compensation / Compensé : Renvoi à un état d'équilibre. « Se dit d'une maladie dont les effets sont atténués ou supprimés par des modifications de l'organisme qui tendent à en rétablir l'équilibre. » (Dictionnaires Le Robert, 2003, p. 489)

Complexe d'Œdipe : « Ensemble organisé de désirs amoureux et hostiles que l'enfant éprouve envers ses parents », généralement constitué de désir amoureux envers le parent du sexe opposé et de sentiment de haine envers le parent du même sexe (Laplanche et Pontalis, 1981, p. 79).

Concrétisation : Mécanisme de défense primitif où une représentation mentale menaçante est transformée en une action, une situation ou un objet concrets, le lien symbolique entre l'objet de la concrétisation et la représentation mentale demeurant maintenu (Berney *et al.*, 2014).

Condensation : Mécanisme de défense inconscient « par lequel une représentation, un mot, une idée en viennent à en représenter plusieurs » autres, auxquels ils sont associés (Chartier, 2001, p. 172).

Confabulation : Processus de pensée d'origine psychiatrique ou neurologique, où réalité événementielle et réalité psychique sont confondues (Korff-Sausse, 2009). Pourrait prendre la forme d'un discours bizarre et/ou fantastique, de réponses fausses ou non adaptées à la réalité, de souvenirs erronés ou inventés. Le sujet est généralement convaincu de l'objet de sa confabulation, malgré les preuves contradictoires qui peuvent se présenter à lui.

Contrôle omnipotent de l'objet : Mécanisme de défense élaboré par Mélanie Klein, qui consiste en une impression de contrôle total, absolu et sans limites sur l'autre ou sur un objet externe (Klein, 1957/1968).

Conversion : « Mécanisme de formation de symptômes qui [...] consiste en une transposition d'un conflit psychique et une tentative de résolution de celui-ci dans des symptômes somatiques, moteurs [...] ou sensitifs » (Laplanche et Pontalis, 1981, p. 104).

Décompensation : État « de rupture d'équilibre », qui résulte d'une faille ou d'un échec des mécanismes régulateurs de la psyché et qui provoque « des perturbations très graves dans l'organisme » dans le fonctionnement du sujet (Dictionnaires Le Robert, 2003, p. 644). « Rupture de l'équilibre original » qui avait pu s'établir dans une organisation de personnalité donnée (Bergeret, 1996b, p. 36).

Défense maniaque : Mécanisme de défense élaboré par Mélanie Klein, qui s'appuie sur une négation toute-puissante de la réalité psychique, faisant en sorte que les relations interpersonnelles sont caractérisées « par le triomphe, le contrôle et le mépris » (Segal, 1964/2011, p. 146).

Dénégation : Mécanisme de défense, où un sujet « évoque une idée, un sentiment, tout en niant qu'ils puissent le concerner en quoi que ce soit » (Chartier, 2001, p. 173).

Déni : Mécanisme de défense qui consiste en la négation d'une perception, un besoin, un danger immédiat ou un conflit. Se traduit par une absence complète d'intérêt, d'angoisse ou de réaction affective » face à une situation donnée, alors que le contraire aurait été attendu (Kernberg, 2004, p. 35). Non-reconnaissance de certains aspects de la réalité externe ou de l'expérience interne, même si cela semble évident pour autrui (PDM Task Force, 2006, p. 642).

Déni de la réalité : Mécanisme de défense élaboré par Mélanie Klein. Forme particulière du mécanisme de *déni*, où l'élément dénié est la réalité, que ce soit en partie ou en totalité. Il s'agit d'un refus de reconnaître comme vrai ou comme sien, un « refus de reconnaître une réalité traumatisante » (Dictionnaires Le Robert, 2003, p. 685).

Dépersonnalisation : Sentiment d'être déconnecté de soi, de son propre corps et/ou de la réalité extérieure (Lingiardi et McWilliams, 2017, p. 166). État caractérisé par « des impressions d'étrangeté, d'irréalité et d'extériorité de la pensée, du corps et du monde », qui peut s'accompagner d'une « sensation d'absence de vie » (Jadin, 2017, p. 187).

Déplacement : Mécanisme de défense inconscient « par lequel une charge affective (émotion, pulsion) est transférée de son objet véritable sur un autre » (Chartier, 2001, p. 173). La signification émotionnelle est détachée de son idée originale et envoyée vers une idée moins intense, mais tout de même reliée à la première du fait de son contenu (PDM Task Force, 2006, p. 641). La nouvelle idée en est une plus facile à accepter pour le sujet.

Déréalisation : « [F]aillie du fonctionnement mental » où « une partie de la réalité devient étrangère à sa propre personne » (Bergeret, 2008, p. 210).

Dissociation : « Rupture du sentiment de continuité d'une personne dans les domaines de l'identité, des souvenirs, de la conscience, ou de la perception afin de conserver l'illusion d'un contrôle psychologique face à l'impuissance et la perte de contrôle » (Gabbard, 2010, p. 25).

Épreuve de réalité : Capacité qu'un sujet acquiert au cours de son développement et qui lui permet de faire la différence entre « les images dont il est l'auteur » et « celles qui parviennent du monde extérieur » (Chartier, 2001, p. 173). Capacité à distinguer « l'expérience vécue du monde interne et du monde externe et la corrélation entre les deux » (Segal, 1964/2011, p. 148).

Évitement : Mécanisme de défense qui consiste à se soustraire ou à tenter d'échapper à une représentation ou un événement donné (Bergeret, 1996b).

Fantasme : Représentation, « scénario imaginaire, conscient (rêverie), préconscient ou inconscient, qui implique un ou plusieurs personnages et qui met en scène de façon plus ou moins déguisée un désir » (Chemama et Vanderersch, 2009, p. 196). Constitue un essai « détourné et imaginaire pour satisfaire la pulsion » (Chartier, 2001, p. 173).

Forclusion : Mécanisme de défense qui consiste à « rejeter le signifiant fondamental [...] hors de l'univers symbolique du sujet » (Laplanche et Pontalis, 1981, p. 164).

Formation réactionnelle : Mécanisme de défense élaboré par Anna Freud. Fait de remplacer des émotions, des pensées, des désirs ou des impulsions, jugés inacceptables ou culpabilisants, par leur opposé (PDM Task Force, 2006, p. 642).

Fragmentation : Mécanisme de défense primitif où les représentations de soi et des autres, ainsi que le lien entre les deux, sont morcelés et parcellaires (Berney *et al.*, 2014). Implique un clivage du Moi et de l'objet.

Humour : Mécanisme de défense mature qui consiste à trouver des « éléments comiques et/ou ironiques dans des situations difficiles pour réduire l'affect désagréable et l'inconfort personnel. Ce

mécanisme favorise également l'objectivité et la mise à distance par rapport aux événements » (Gabbard, 2010, p. 27).

**Idéalisation :** Mécanisme de défense qui opère par un déni des caractéristiques négatives ou indésirables d'un objet, pour ne considérer que les caractéristiques positives (Segal, 1964/2011). « Attribution de qualités parfaites ou presque à autrui afin d'éviter l'anxiété ou des sentiments négatifs comme le mépris, la jalousie ou la colère » (Gabbard, 2010, p. 25).

**Identification :** Processus développemental normal chez l'enfant, qui consiste à adopter des comportements, des attitudes, des réactions et des modes de pensée similaires à ceux de l'objet aimé, afin d'être semblable à lui. Représente également un mécanisme de défense inconscient où l'individu « assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci » (Bergeret, 2008, p. 38).

**Identification projective :** Mécanisme de défense élaboré par Mélanie Klein, réunissant les mécanismes d'identification et de projection. Action de projeter dans un objet externe des parties de soi, souvent considérées comme menaçantes ou mauvaises, ou des expériences intolérables. L'objet est ensuite identifié comme possédant ces caractéristiques et devient ainsi redouté (de Mijolla, 2005, p. 820). Mécanisme présent dans la position schizo-paranoïde.

**Inhibition :** Mécanisme de défense du Moi qui maintient hors de la conscience certains processus internes perçus comme menaçants. « Limitation normale d'une fonction », afin d'éviter un conflit psychique avec le Ça. (Chemama et Vandermersch, 2009, p. 278). Lorsque des « idées, sentiments, souvenirs, désirs ou craintes potentiellement menaçantes » sont maintenus hors de la conscience du sujet (Chabrol, 2005, p. 34).

**Intellectualisation :** Mécanisme de défense qui consiste en un recours à « une idéation excessive et abstraite afin d'éviter des sentiments douloureux » (Gabbard, 2010, p. 26).

**Isolation / Isolation de l'affect :** Mécanisme de défense élaboré par Anna Freud. Il s'agit de la séparation entre l'affect et « la représentation à laquelle il était originairement attaché » (Chartier, 2001, p. 175). Fait d'isoler une pensée ou un comportement « de telle sorte que l'expérience vécue se trouve dépouillée de son affect ou de ses associations » (Chemama et Vandermersch, 2009, p. 287).

**Introjection :** Mécanisme de défense par lequel le Moi du sujet « fait passer au-dedans de lui, identifie comme étant lui-même ce qui est bon (tandis que, par la projection, il rejette de soi le mauvais), modifiant ainsi la frontière entre lui et le monde extérieur » (Chemama et Vandermersch, 2009, p. 283). Représente l'incorporation imaginaire d'une « personne ou un objet » au Moi (Chartier, 2001, p. 174).

**Mentalisation :** Processus psychique, capacité à « se représenter mentalement des phénomènes, des conflits intrapsychiques » (« Mentalisation, s. d. ). Habileté à « interpréter et comprendre les causes psychologiques du comportement [...], en termes d'intentions sous-jacentes et d'états mentaux », notamment les sentiments, les souhaits, les réactions et les intentions (MBT TBM Canada, 2020).

**Narcissisme :** Investissement libidinal du Moi ou du Soi, selon les auteurs. « [A]mour porté à l'image de soi grâce à l'intériorisation d'un ensemble de représentations. » (Delbrouck, 2013, p. 83)

« Représente à la fois une étape du développement subjectif et un résultat de celui-ci. » (Bloch *et al.*, 1999, p. 599)

Narcissisme primaire : État précoce où l'enfant « investit la totalité de sa libido, de son énergie sur lui-même », où il « se prend lui-même comme objet d'amour avant de choisir des objets extérieurs. » (Delbrouck, 2013, p. 83) Correspondrait à « la croyance de l'enfant à la toute-puissance de ses pensées. » (Laplanche et Pontalis, 1981, p. 264-265) À noter que dans la première métapsychologie freudienne, le narcissisme était expliqué comme un retrait sur soi de l'investissement libidinal de l'objet – notamment par identification – ce qui porte à croire que les narcissismes primaire et secondaire ne faisaient alors qu'un. Ce sera avec l'élaboration de sa seconde théorie de l'appareil psychique que « Freud en vient à opposer de façon globale un état narcissique premier (anobjectal) et des relations à l'objet. » (Laplanche et Pontalis, 1981, p. 262).

Narcissisme secondaire : Paraît après le narcissisme primaire et après que « les énergies (libido) ont commencé à se répartir entre le Moi et les objets extérieurs » (Delbrouck, 2013, p. 84). Il s'agit donc d'un « retournement sur le moi [ou le Soi] de la libido, retirée de ses investissements objectaux. » (Laplanche et Pontalis, 1981, p. 263) À la suite de difficultés ou frustrations, l'amour « se détache de ces objets externes pour refluer vers le Moi. Il y a donc retour sur soi de l'amour porté aux objets » (Delbrouck, 2013, p. 84). En lien avec le processus d'identification.

Nosographie : « Description et classification méthodique des maladies » (Dictionnaires Le Robert, 2003, p. 1734).

Passage à l'acte : Mécanisme de défense prenant la forme d'un agir. Se traduit par la réalisation « impulsive d'une envie ou d'un fantasme inconscient afin d'éviter un affect douloureux » (Gabbard, 2010, p. 25). Souvent précédé d'un *acting out*, le passage à l'acte s'exprime par « un "agir" brutal » (Jadin, 2017, p. 190). Se traduit également par « des actions plutôt que par des réflexions ou des sentiments », actions reliées à des conflits émotionnels, au besoin de « ne pas ou ne plus ressentir » et au besoin de « ne pas savoir » (Chabrol, 2005, p. 39).

Pensée magique : Mécanisme de défense où la pensée est « caractérisée par une confusion entre univers subjectif et univers physique » et où les individus « s'attribuent le pouvoir de provoquer l'accomplissement de leurs désirs [...] par la seule force de leur pensée » (« Magique », s. d.).

Perlaboration : Mécanisme de défense qui « rend compte des changements intrapsychiques chez le patient au fur et à mesure qu'il intègre les interprétations. Elle permet la fin de l'analyse » (Chartier, 2001, p. 177).

Principe de plaisir : Principe qui régit le fonctionnement psychique et qui entraîne une tendance de l'être humain à rechercher la sensation de plaisir et à éviter ou écarter la sensation de déplaisir. Ces sensations de plaisir peuvent être d'ordre physiologiques, pulsionnels, corporels, intellectuels, spirituels, sociaux ou moraux. Indissociable du principe de réalité (Chartier, 2001, p. 178).

Principe de réalité : Principe qui régit le fonctionnement psychique. Capacité à différer la réalisation du plaisir et « à accepter la douleur d'un déplaisir momentané ». Indissociable du principe de plaisir (Chartier, 2001, p. 178). Permet de corriger « les conséquences du principe de plaisir en fonction des conditions imposées par le monde extérieur » (Chemama et Vandermerch, 2009, p. 490).

Projection : Mécanisme de défense qui consiste à « attribuer inconsciemment à autrui des sentiments de désirs » qui appartiennent au sujet. « Il s'agit de rejeter au-dehors ce qu'on refuse de reconnaître en soi-même ou d'être soi-même » (Chartier, 2001, p. 178). Permet de ne pas faire l'expérience de ce qui est considéré comme inacceptable et de plutôt l'attribuer à autrui (PDM Task Force, 2006, p. 643).

Projection délirante : Mécanisme de défense où, à l'instar de la projection, le sujet attribue ses besoins ou ses attitudes à autrui. Cependant, l'épreuve de réalité n'est pas maintenue et il y a régression, empêchant le sujet de distinguer ses impulsions internes terrifiantes et les intentions menaçantes de l'objet externe (Berney *et al.*, 2009).

Pulsion : « Processus dynamique consistant en une poussée (charge énergétique, facteur de motricité) qui fait tendre l'organisme vers un but. » Elle puise « sa source dans une excitation corporelle; son but est de supprimer l'état de tension qui règne à la source pulsionnelle; c'est dans l'objet ou grâce à lui que la pulsion peut atteindre son but » (Laplanche et Pontalis, 1981, p. 359-360).

Rationalisation : Mécanisme de défense formé de justifications opportunistes, rassurantes, logiques et/ou moralement acceptables, relatives à son propre comportement ou celui d'autrui (PDM Task Force, 2006, p. 641). Il s'agit d'une manière d'expliquer et de justifier, après coup, des comportements ou des pensées inacceptables ou décevantes.

Refoulement : Premier mécanisme de défense décrit par Freud. Consiste à rendre inconscient, « à maintenir en dehors de la conscience des représentations ou des affects qui sont incompatibles avec les exigences du Moi et du Surmoi » (Chartier, 2001, p. 179). « Processus de mise à l'écart des pulsions qui se voient refuser l'accès à la conscience » (Chemama et Vandermerch, 2009, p. 493).

Régression : Mécanisme de défense archaïque qui entraîne un retour à des stades archaïques de la vie libidinale ou à « une phase de développement antérieure », permettant alors au sujet « d'éviter les conflits et les tensions en rapport avec son niveau de développement actuel » (Gabbard, 2010, p. 26).

Renversement en son contraire / Renversement dans le contraire : Mécanisme de défense élaboré par Anna Freud. « Processus par lequel le but d'une pulsion se transforme en son contraire, dans le passage de l'activité à la passivité » (Laplanche et Pontalis, 1981, p. 407).

Répression : Mécanisme de défense qui « porte sur les *affects* sexuels et violents supprimant le contenu émotionnel conscient » (Vermorel *et al.*, 1999, p. 84). Permet de faire disparaître, d'oublier ou de rendre inaccessible à la conscience des contenus psychiques conflictuels, tels que des désirs, des pensées et des expériences (PDM Task Force, 2006, p. 641). À la différence du refoulement, la répression « s'impose de l'extérieur, en fonction d'une culture qui précède de loin la naissance du sujet » (Landman et Pommier, 2013, p. 248).

Retournement sur la personne / Retournement contre soi : Mécanisme de défense élaboré par Anna Freud. Action de diriger le contenu psychique, généralement de charge agressive, contre soi-même. Résulte en des attaques contre soi, telles que des comportements d'autodestruction, de la dévalorisation, une humeur dépressive et/ou une haine de soi (PDM Task Force, 2006, p. 642).

Retrait autistique : Mécanisme de défense primitif, qui consiste en une rupture du lien entre le sujet et son environnement extérieur ou les perceptions qui proviennent de celui-ci, menant ainsi à une

rupture de contact avec la réalité (Berney *et al.*, 2014). État similaire à une « néantisation » intérieure, une « évacuation la plus totale possible de ce qui risquerait de constituer l'embryon d'une existence psychique » (Bergeret, 2008, p. 214).

**Retrait dans le fantasme :** Mécanisme de défense primitif qui opère un « retrait hors de la réalité psychique », où le sujet se retrouverait en état de dissociation par rapport à la réalité (de Masi, 2007). Autorise la « gratification mentale, tout en maintenant des activités imprégnées de sadisme et de destructivité. À savoir, un état d'omnipotence maintenu de façon dissociée qui s'avère être à la fois source de plaisir et d'enfermement dans la dépendance » (de Masi, 2007, p. 87-88). Le sujet ne ressent aucun plaisir ou gratification dans les relations interpersonnelles ni dans les expériences émotionnelles.

**Retrait social :** Mécanisme de défense qui correspond à un isolement social et un repli sur soi, plus ou moins intenses. Peut prendre différentes formes : diminution ou restriction des relations sociales et des activités extérieures; apathie; difficulté à assumer les tâches quotidiennes; diminution de l'activité sexuelle; non-intégration dans certains milieux sociaux ou professionnels; repli dans un monde fantasmatique idéalisé (Chabrol, 2005; de Masi, 2007; Pionnié-Dax, 2017).

**Sexualisation :** « Doter de valeurs sexuelles, imprégner de sexualité une chose généralement étrangère au sexe » (Centre national de ressources textuelles et lexicales, 2012). Associer une connotation sexuelle à du contenu qui, à l'origine, n'était pas lié à la sexualité.

**Somatisation :** Mécanisme de défense archaïque où il y a conversion « d'une souffrance émotionnelle ou d'autres états d'affects en symptômes physiques » et focalisation de l'attention « sur des préoccupations somatiques (plutôt qu'intrapsychiques) » (Gabbard, 2010, p. 25).

**Sublimation :** Mécanisme de défense inconscient qui consiste en une transformation « des buts socialement répréhensibles ou intérieurement inacceptables en quelque chose de socialement acceptable » (Gabbard, 2010, p. 27).

**Suppression :** Mécanisme de défense mature où il est consciemment décidé de « ne pas se soucier d'un sentiment, d'un état ou d'une pulsion » (Gabbard, 2010, p. 27). Cette défense est différente du déni ou du refoulement, en ce qu'elle est davantage consciente.

**Surmoi :** Instance de l'appareil psychique élaborée par Freud dans sa seconde topique. Considéré comme l'héritier du complexe d'Œdipe. Représente « l'intériorisation de l'autorité parentale », la dimension critique et interditive (de Mijolla, 2005, p. 1754). Traduit « la contrainte que la culture exerce sur l'individu pour imposer les renoncements pulsionnels nécessaires » et se montre également « vecteur d'un héritage culturel que le sujet doit s'approprier » (de Mijolla, 2005, p. 1755).

**Symbolisation :** Processus psychique qui consiste à remplacer un objet ou « quelque chose par un symbole [...] par une image symbolique » (« Symboliser », s. d.). Relier « deux signes entre eux, deux représentations entre elles » ou encore « deux types de signes entre eux ou un signe à une forme de représentation » (Roussillon, 2012, p. 218).

**Trouble factice :** « Falsification de symptômes physiques ou psychologiques sans motivation externe évidente », les symptômes pouvant être « aigus, dramatiques, et convaincants » (« Trouble factice », 2021).

## ANNEXE B

**TABLEAU 4.1 : ASSOCIATIONS POSSIBLES DES ORGANISATIONS ET DES SYNDROMES DE PERSONNALITÉ DANS LE *PSYCHODYNAMIC DIAGNOSTIC MANUAL (2<sup>E</sup> ÉDITION)***

Tableau 4.1

Associations possibles des organisations et des syndromes de personnalité dans le *Psychodynamic Diagnostic Manual (2<sup>e</sup> édition)*

		ORGANISATION NÉVROTIQUE	ORGANISATION <i>BORDERLINE</i>	ORGANISATION PSYCHOTIQUE
INTÉRIORISATION	SYNDROME DÉPRESSIF	Oui	Oui	Oui
	SYNDROME DÉPENDANT	Oui	Oui	Oui
	SYNDROME ANXIEUX- PHOBIQUE	Oui	Oui	Non : syndrome paranoïde
	SYNDROME OBSESSIF- COMPULSIF	Oui	Oui	Oui
	SYNDROME SOMATIQUE	Oui	Oui	Oui
	SYNDROME SCHIZOÏDE	Non	Oui	Oui
	SYNDROME HYSTÉRIQUE- HISTRIONIQUE	Oui : syndrome hystérique	Oui : syndrome histrionique	Non
	SYNDROME NARCISSIQUE	Oui	Oui	Oui
EXTÉRIORISATION	SYNDROME PARANOÏDE	Non	Oui	Oui
	SYNDROME PSYCHOPATHIQUE	Non	Oui	Oui
	SYNDROME SADIQUE	Non	Oui	Oui
	SYNDROME <i>BORDERLINE</i>	Non	Oui	Non



## ANNEXE C

**TABLEAU 5.1 : ASSOCIATION DES STRUCTURES/AMÉNAGEMENTS ET DES CARACTÈRES DANS  
LE MODÈLE STRUCTURAL DE JEAN BERGERET**

Tableau 5.1

Association des structures, aménagement et caractères dans le modèle structural de Jean Bergeret

STRUCTURE/ ASTRUCTURATION	AMÉNAGEMENT PARTICULIER DE L'ASTRUCTURATION	CARACTÈRE
STRUCTURE NÉVROTIQUE		Caractère hystérique de conversion
		Caractère hystérophobique
		Caractère obsessionnel
ASTRUCTURATION LIMITE	Aménagement caractériel	Perversion de caractère
	Aménagement pervers	Caractère pervers
	Aménagement narcissique	Caractère abandonnique
		Caractère de destinée
		Caractère narcissique-phobique
		Caractère phallique
		Caractère dépressif
		Caractère hypocondriaque
		Caractère psychasthénique
		Caractère psychopathique
STRUCTURE PSYCHOTIQUE		Caractère hypomaniaque
		Caractère mélancolique
		Caractère paranoïaque
		Caractère schizophrénique

## RÉFÉRENCES

- Adapter. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*.  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adapter/1004>
- American Psychiatric Association (2004). *Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostiques*. (J.-D. Guelfi *et al.*, trad.) Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5<sup>th</sup> ed.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2016). *Mini DSM-5. Critères diagnostiques* (5<sup>e</sup> éd., traduit par M.-A. Crocq et J.-D. Guelfi). Elsevier Masson.
- Andronikov, A. (2017). Quelques repères à propos de l'évaluation psychologique : évaluation psychologique, examen psychologique et psychodiagnostic. *Le Journal des psychologues*, 7(349), 14-17. <https://doi.org/10.3917/jdp.349.0014>
- Andronikov, A. et Réveillère C. (2004). Rorschach et psychiatrie : à la découverte du malade derrière la maladie. *Psychologie française*, 49(1), 95-110. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2004.02.001>
- Angoisse. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*.  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/angoisse/3528>
- Anxiété. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*.  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anxi%a9t%a9/4369>
- Arlow, J. A. (2018). Fantasy, memory, and reality testing. *The Psychoanalytic Quarterly*, 87(1), 127-148. <https://doi.org/10.1080/00332828.2018.1424452>
- Auerbach, J., S. (2017). The contribution of Sidney J. Blatt: a personal and intellectual biography. *Research in psychotherapy: psychopathology, process and outcome*, 20(1), 3-11. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.222>
- Azoulay, C. (2007). Les mécanismes paranoïaques dans les épreuves projectives : revue des principaux auteurs. *Psychologie clinique et projective*, 1(13), 35-56. <https://doi.org/10.3917/pcp.013.0035>
- Baekeland, C. E. (2014, 17 mars). Qu'est-ce qu'un diagnostic psychologique? *Blog*.  
<https://www.consultabaekeland.com/p/fr/psychanalyste-madrid-blog/quest-ce-quun-diagnostic-psychologique.php>
- Barthélemy, S. (2013a, janvier). La position dépressive, entre amour et haine. *Santé mentale*, 174, 8.
- Barthélemy, S. (2013b, mars). La position schizo-paranoïde, entre persécution et structuration. *Santé mentale*, 176, 12.

- Bergeret, J. (1970). Les états-limites. Réflexions et hypothèses sur la théorie de la clinique analytique. *Revue française de psychanalyse*, 34(4), 601-633.  
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5446366q/f40.item>
- Bergeret, J. (1972). Normalité ou pseudo-normalité. *Revue française de psychanalyse*, 36(3), 381-400.  
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k54463355/f43.item>
- Bergeret, J. (1975). *La dépression et les états limites*. Éditions Payot.
- Bergeret, J. (1996a). L'incertaine subtilité des limites nosologiques. *Revue française de psychanalyse*, 60(2), 299-316. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5452193z/f13.item>
- Bergeret, J. (1996b). *La personnalité normale et pathologique* (3<sup>e</sup> éd.). Dunod.
- Bergeret, J. (dir.). (2008). *Psychologie pathologique, théorique et clinique* (10<sup>e</sup> éd.). Masson.
- Bergeret, J. (2011). Entretien sur la nosologie. Dans J. Bouhsira et L. Danon-Boileau, *Nosographie psychanalytique* (p. 185 à 194). Presses universitaires de France.
- Bergeret, J. et Houser M. (2007). Aux origines de la vie affective, *Revue française de psychanalyse*, 71(1), 81-95. <https://doi.org/10.3917/rfp.711.0081>
- Berney, S., de Roten, Y., Söderström, D. et Despland J.-N. (2009). L'étude des mécanismes de défense psychotiques : un outil pour la recherche en psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 29(3), 133-144. <https://doi.org/10.3917/psys.093.0133>
- Berney, S., de Roten, Y., Beretta, V., Kramer, U. et Despland, J.-N. (2014). Identifying psychotic defenses in a clinical interview. *Journal of clinical psychology*, 70(5), 428-439.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.22087>
- Bion, W. R. (1989). Notes sur la mémoire et le désir. *Revue française de psychanalyse*, 53(5), 1449-1451.  
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k54482875/f3.item>
- Blanchard-Laville, C. (2013). Accompagnement clinique et capacité négative. *Cahiers de psychologie clinique*, 41(2), 63-80. <https://doi.org/10.3917/cpc.041.0063>
- Bloch, H., Chemama, R., Dépret, É., Gallo, A., Leconte, P., Le Ny, J.-F., Postel, J., et Reuchlin, M. (dir.). (1999). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Larousse-Bordas.
- Bouchard, M.-A. (1995, été). La relation d'objet et la structure psychique. *Trans*, (6), 173-201.  
<http://mapageweb.umontreal.ca/scarfond/T6/6-Bouchard.pdf>
- Brunet, L. (2002, novembre). *L'essai de Psy.D. (18 crédits) : définition et balises* [document inédit].  
 Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.  
<https://psychologie.uqam.ca/wp-content/uploads/sites/73/2021/01/essai.pdf>
- Centre national de ressources textuelles et lexicales. (2012). Sexualisation. Dans *Portail lexical*.  
<https://www.cnrtl.fr/definition/sexualisation>

- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 31-42.  
<https://doi.org/10.3917/rsi.082.0031>
- Chabrol, H. et Callahan S.(2018). *Les mécanismes de défense et de coping* (3<sup>e</sup> éd.). Dunod.
- Chambrier, J. (1997). La question de l'angoisse chez Freud. Dans N. Amar, A. Le Guen. et A. Oppenheimer (dir.). *Angoisses : pluralité d'approches* (vol. 2, p. 11-36). Presses universitaires de France.  
<https://doi.org/10.3917/puf.molkh.1997.01>
- Chartier, J.-P. (2001). *Introduction à la pensée freudienne*. Payot et Rivages.
- Chemama, R. et Vandermersch B. (dir.). (2009). *Dictionnaire de la psychanalyse* (4<sup>e</sup> éd.). Larousse.
- Chottin, A. et Zaoui P. (2013). La folie, de près et de loin. *Vacarme*, 62(1), 197-205.  
<https://doi.org/10.3917/vaca.062.0197>
- Cloutier, R., Gosselin P. et Tap P. (2005). *Psychologie de l'enfant*, 2<sup>e</sup> édition. Gaëtan Morin Éditeur.
- Cohen-Scali, V. et Guichard J. (2008). L'identité : perspectives développementales. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 37(3), 1-19. <https://doi.org/10.4000/osp.1716>
- Comité de rédaction sur les maladies mentale au Canada (2002). Rapport sur les maladies mentales au Canada. *Santé Canada*. [https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/pdf/men\\_ill\\_f.pdf](https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/pdf/men_ill_f.pdf)
- David, C. (1972). Quelques remarques introductives aux problèmes de la normalité. *Revue française de psychanalyse*, 36(3), 360-372. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k54463355/f21.item>
- Delbrouck, M. (2013). *Psychopathologie* (2<sup>e</sup> éd.). De Boeck.
- de Masi, F. (2007). Retrait psychotique et renversement de la réalité psychique. *L'Année psychanalytique internationale*, 2007(1), 81-98. <https://doi.org/10.3917/lapsy.071.0081>
- de Mijolla, A. (dir.). (2005). *Dictionnaire international de la psychanalyse* (2<sup>e</sup> éd.). Hachette Littératures.
- de Tyche, C. (2012). Jean Bergeret, « Les états-limites. Réflexions et hypothèses sur la théorie de la clinique analytique », *Revue française de psychanalyse*, 1970, 4, 601-633. Dans J.-Y. Chagnon (dir.), *45 commentaires de textes en psychopathologie psychanalytique* (p. 95 à 103). Dunod.  
<https://doi.org/10.3917/dunod.chagn.2012.02.0095>
- Diagnostic. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*.  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/diagnostic/25154>
- Dictionnaires Le Robert (2003). *Le nouveau Petit Robert*. Dictionnaires Le Robert.
- Dorais, M. (1993). Diversité et créativité en recherche qualitative. *Service social*, 42(2), 7-27.  
<https://doi.org/10.7202/706615ar>
- Estellon, V. (2019). *Les états-limites*. Presses universitaires de France.

- Ferrant, A. et Ciccone, A. (2007). Psychopathologie. Dans R. Roussillon, C. Chabert, A. Ciccone, A. Ferrant, N. Georgieff et P. Roman (dir.), *Manuel de psychologie et de psychopathologie générale* (p. 227-547). Elsevier Masson.
- Fleury, M.-J. et Grenier, G. (dir.). (2012). *État de la situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec.  
[https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_EtatSituation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf)
- Flexibilité. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*.  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/flexibilit%C3%A9/34138>
- Florence, J. (2005). *L'identification dans la théorie freudienne* (3<sup>e</sup> éd.). Facultés universitaires Saint-Louis.
- Fourcade, J.-M. (2010). *Les patients-limites: psychanalyse intégrative et psychothérapie*.  
<https://doi.org/10.3917/eres.fourc.2010.01>
- Freud, A. (2001). *Le moi et les mécanismes de défense* (15<sup>e</sup> éd., A. Berman, trad). Presses universitaires de France. (Publication originale en 1946)
- Freud, S. (1966). *Cinq leçons sur la psychanalyse* (Y. Le Lay, trad). Payot. (Publication originale en 1909)
- Freud, S. (1967). *Psychopathologie de la vie quotidienne* (2<sup>e</sup> éd., S. Jankélévitch, trad). Éditions Payot. (Publication originale en 1901)
- Freud, S. (1968). *Métapsychologie* (J. Laplanche et J.-B. Pontalis, trad). Gallimard. (Publication originale en 1915)
- Freud, S. (1973). *Névrose, psychose et perversion* (1<sup>ère</sup> éd., J. Laplanche, dir. trad). Presses Universitaires de France. (Publications originales parues entre 1894-1924)
- Freud, S. (1981). *Essais de psychanalyse* (A. Bourguignon, dir. trad). Payot. (Publication originale en 1927)
- Freud, S. (1999). *Inhibition, symptôme et angoisse* (4<sup>e</sup> éd., J. Doron et R. Doron, trad). Presses Universitaires de France. (Publication originale en 1926)
- Gabbard, G. O. (2010). *Psychothérapie psychodynamique. Les concepts fondamentaux* (A. E. Boehrer, trad.). Elsevier Masson.
- Glover-Bondeau, A.-S. (2019, juin). Psychopathe. *Passeport Santé*.  
<https://www.passeportsante.net/fr/psychologie/Fiche.aspx?doc=psychopathe>
- Godfryd, M. (2020). *Les maladies mentales de l'adulte* (9<sup>e</sup> éd.). Presses universitaires de France.
- Gouvernement du Québec. (2022, 10 janvier). *À propos des troubles mentaux*.  
<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/a-propos-troubles-mentaux>

- Hochmann, J. (2011). Wilfred Bion, philosophe des sciences. *Revue française de psychanalyse*, 75(3), 869-891. <https://doi.org/10.3917/rfp.753.0869>
- Houdry, P.-M. (2017, juillet-août). Les usages de l'évaluation psychologique. *Le Journal des psychologues*, (349), 12.
- Huprich, S.K. (2011). Reclaiming the value of assessing unconscious and subjective psychological experience. *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 151-160. <https://doi.org/10.1080/00223891.2010.542531>
- Huprich, S. K. & Meyer G. J. (2011). Introduction to the *JPA* special issue: Can the *Psychodynamic Diagnostic Manual* put the complex person back at the center-stage of personality assessment? *Journal of Personality Assessment*, 92(2), 109-111. <https://doi.org/10.1080/00223891.2010.543203>
- Huprich, K., McWilliams, N. Lingiardi, V., Bornstein, R. F., Gazzillo, F. & Gordon R. M. (2015). The *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM) and the PDM-2: Opportunities to significantly affect the profession. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 35(sup1), 60-73. <https://doi.org/10.1080/07351690.2015.987594>
- Husain, O., Choquet, F., Lepage, M., Reeves, N. et Chabot M. (2009). Le diagnostic de psychose et ses enjeux : Apport des tests projectifs. *Psychologie clinique et projective*, 15, 179-212. <https://doi.org/10.3917/pcp.015.0179>
- Ionescu, S. (2019). Chapitre 1. Psychopathologie athéorique. Dans S. Ionescu, *15 approches de la psychopathologie* (5<sup>e</sup> éd., p. 21 à 44). Dunod.
- Jadin, J.-M. (2017). *La structure inconsciente de l'angoisse*. Érès.
- Jeanclaude, C. (2008). Angoisse consciente et angoisse inconsciente. Dans C. Jeanclaude, *Freud et la question de l'angoisse : l'angoisse comme affect fondamental* (p. 205-220). De Boeck Supérieur.
- Jørgensen, C. R. (2009, avril). Identity style in patient with borderline personality disorder and normal controls. *Journal of Personality Disorders*, 23(2), 101-112. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.2.101>
- Kemmerer, D. D. (2006). *Anaclitic and introjective personality distinctions among psychotherapy outpatients: examining clinical change across baseline and therapy phases*. [Thèse de doctorat, Université du Tennessee]. [https://trace.tennessee.edu/utk\\_graddiss/1809](https://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/1809)
- Kernberg, O. F. (2004). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques* (2<sup>e</sup> éd., J. Adamov, trad.). Presses universitaires de France.
- Klein, M. et Riviere J. (2001). *L'amour et la haine*. (A. Stronck, trad.). Payot et Rivages. (Publication originale en 1937)
- Klein, M. (1968). *Envie et gratitude et autres essais*. (V. Smirnoff, trad.). Gallimard. (Publication originale en 1957)

- Korff-Sausse, S. (2009). Mentir pour dire vrai. Le mensonge, le déni et l'affabulation. *La lettre de l'enfance et de l'adolescente*, 75(1), 23-28. <https://doi.org/10.3917/lett.075.0023>
- Landman, P. et Pommier, G. (2013). La répression complète le refoulement dont elle se distingue. Dans P. Landman et G. Pommier (dir.), *Le refoulement : pourquoi et comment?* (p. 245-272). Érès.
- Laplanche, J. et Pontalis J.-B. (1981). *Vocabulaire de la psychanalyse* (7<sup>e</sup> éd.). Presses universitaires de France.
- Lemay, F. (2015, 27 novembre). Le diagnostic en santé mentale. *Psychologie dépliement*. <https://psydepliement.wordpress.com/2015/11/27/le-diagnostic-en-sante-mentale/>
- Lingiardi, V. and McWilliams N. (eds). (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2* (2<sup>nd</sup> ed.). The Guilford Press.
- Lingiardi, V., McWilliams, N., Bornstein, R. F., Gazzillo, F. & R. M. Gordon (2015). The Psychodynamic Diagnostic Manual version 2 (PDM-2): Assessing patients for improved clinical practice and research. *Psychoanalytic Psychology*, 32(1), 94-115. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038546>
- Magique. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/magique/48532#156945>
- MBT TBM Canada (2020). *Qu'est-ce que la mentalisation?*. Mentalization Based Treatment Canada / Traitement basé sur la mentalisation Canada. <https://mbt-tbm.org/fr/quest-ce-que-la-mentalisation>
- McDougall, J. (1972). Plaidoyer pour une certaine anormalité. *Revue française de psychanalyse*, 36(3), 345-358. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k54463355/f7.item>
- McWilliams, N. (2011). The Psychodynamic Diagnostic Manual: An effort to compensate for the limitations of descriptive psychiatric diagnosis. *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 112-122. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.542709>
- McWilliams, N., Grenyer B. F. S. & Shedler J. (2018). Personality in PDM-2: Controversial issues. *Psychoanalytic Psychology*, 35(3), 299-305. <http://dx.doi.org/10.1037/pap0000198>
- Mentalisation. (s. d.). Dans *Le Robert dico en ligne*. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/mentalisation>
- Melanie Klein Trust (2022a). *La position dépressive*. <https://melanie-klein-trust.org.uk/fr/theory/la-position-depressive/>
- Melanie Klein Trust (2022b). *La position schizo-paranoïde*. <https://melanie-klein-trust.org.uk/fr/theory/la-position-schizo-paranoïde/>
- Melanie Klein Trust (2022c). *Les objets internes*. <https://melanie-klein-trust.org.uk/fr/theory/les-objets-internes/>

- Misrahi, C. (s. d.). *Enfant et psychanalyse. Le symptôme et la parole. Encyclopædia Universalis.*  
<https://www.universalis.fr/encyclopedie/enfance-les-connaissances-enfant-et-psychanalyse/>
- Möller, H.-J. (2009). Development of DSM-V and ICD-11: Tendencies and potential of new classifications in psychiatry at the current state of knowledge. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 63(5), 595-612. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.02020.x>
- Morin, P.-C. et Bouchard S. (1997). *Introduction aux théories de la personnalité* (2<sup>e</sup> éd.). Gaëtan Morin.
- Mouvement Santé mentale Québec (2014-2022). Définition. <https://www.mouvementsmq.ca/sante-mentale/definition>
- Mucchielli, A. (2005). Le développement des méthodes qualitatives et de l'approche constructiviste des phénomènes humains. *Recherches qualitatives, Hors-série*(1), 7-40.
- Nguyên-Duy, V. et Luckerhoff J. (2007). Constructivisme/positivisme : où en sommes-nous avec cette opposition?. *Recherches qualitatives, Hors-série*(5), 4-17.
- Normal, normale, normaux. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne.*  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/normal/54992>
- Office québécois de la langue française(2018). Santé mentale. Dans *Fiche terminologique.*  
[https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8873876](https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8873876)
- Orcutt, C. (1997). Le trouble limite du soi : l'approche de Masterson. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 69-86. <https://doi.org/10.7202/502095ar>
- Organisation mondiale de la Santé (1994). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (10<sup>e</sup> rév.). ISBN 9789242547665
- Paillé, P. et Mucchielli A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3<sup>e</sup> éd.). Armand Colin.
- Parmentier, S. (2009). Les objets kleinien. *Figures de la psychanalyse*, 18(2), 13-22.  
<https://doi.org/10.3917/fp.018.0013>
- Pathologie. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne.*  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pathologie/58644>
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Alliance of psychoanalytic Organizations.
- Phaneuf, M. (2012, octobre). Quelques mécanismes de défense chez nos étudiants. *Prendre soin.*  
<http://www.prendresoin.org/?p=2534>
- Pionnié-Dax, N. (2017). Retrait social et repli à domicile chez l'adulte. Retraits pathologiques? *L'information psychiatrique*, 93(4), 271-273. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1628>



- Porcerelli, J. H., Cogan, R. & Bambery M. (2011). The mental functioning axis of the *Psychodynamic Diagnostic Manual*: an adolescent case study. *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 177-184. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.542724>
- Portail santé mieux-être (2019). *Santé mentale*. Gouvernement du Québec. <https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/soins-services/soins-services-pour-tous/sante-mentale-dependance/sante-mentale>
- Quinodoz, J.-M. (2004). *Lire Freud*. Presses universitaires de France.
- Quinodoz, J.-M. (2015). *Sigmund Freud*. Presses universitaires de France.
- Ricard, C. (2010). *La violence fondamentale et l'agressivité chez les personnes présentant une structure limite de la personnalité*. [Essai doctoral, Université du Québec à Trois-Rivières]. Dépôt institutionnel de l'UQTR. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/1607>
- Richard, F. (1996). Le diagnostic en situation clinique. *Psychologie clinique et projective*, 2(1), 125-141. [https://www.persee.fr/doc/clini\\_1265-5449\\_1996\\_num\\_2\\_1\\_1089](https://www.persee.fr/doc/clini_1265-5449_1996_num_2_1_1089)
- Roussillon, R. (2012). *Agonie, clivage et symbolisation* (2<sup>e</sup> éd.). Presses universitaires de France.
- Santé. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sant%C3%A9/70904>
- Segal, H. (2011). *Introduction à l'œuvre de Melanie Klein* (11<sup>e</sup> éd., E. B. Hawelka, G. Petit et J. Goldberg, trad.). Presses universitaires de France. (Publication originale en 1964)
- Selvini, M. (2010). Onze types de personnalité. L'intégration du diagnostic de personnalité à la pensée systémique complexe. *Thérapie Familiale*, 31(3), 267-292. <https://doi.org/10.3917/tf.103.0267>
- Sempré, J.-C. (2006). De la honte existentielle à la honte liée au symptômes névrotique. *Le Coq-héron*, 184(1), 109-127. <https://doi.org/10.3917/cohe.184.0109>
- Sexualisation. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sexualisation/72484>
- Souplesse. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/souplesse/73721>
- St-Onge, J.-C. (2014). DSM : Fiabilité et validité des diagnostics. *Revue québécoise de psychologie*, 35(1), 207-227.
- Stryckman, N. (2001). Symptômes, maladie et santé mentale. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 19-30. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0019>
- Symboliser. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/symboliser/76058>

- Teluq (s. d.). *Étudier en psychologie à la Teluq : questions et réponses*.  
[https://www.teluq.ca/psyprog/html/d129\(5\).htm](https://www.teluq.ca/psyprog/html/d129(5).htm)
- Tran The, J. (2018). Le continuum entre normal et pathologique en psychopathologie : Freud, Canguilhem et les neurosciences. *Research in psychoanalysis*, (2)26, 154-163.  
<https://doi.org/10.3917/rep1.026.0154>
- Thorne, B., M. (2010). Introversion-extraversion. Dans *The Corsini encyclopedia of psychology*. John Wiley and Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0468>
- Trouble factice. (2021). Dans *Le manuel MERCK. Version pour professionnels de la santé*.  
<https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-psychiatriques/sympt%C3%B4mes-somatiques-et-troubles-associ%C3%A9s/trouble-factice-impos%C3%A9-%C3%A0-soi-m%C3%A0me>
- Université du Québec à Montréal (2022, 10 janvier). *Règlement des études de cycles supérieurs. Règlement numéro 8*. (2022, 10 janvier). [https://instances.uqam.ca/wp-content/uploads/sites/47/2017/12/REGLEMENT\\_NO\\_8.pdf](https://instances.uqam.ca/wp-content/uploads/sites/47/2017/12/REGLEMENT_NO_8.pdf)
- Vermorel, H., Genthialon, B. et Vittet D. (dir.). (1999) *L'œuvre de Jean Bergeret : d'une pratique à une théorie de la clinique*. Delachaux et Niestlé.
- Vigour, C. (2005). Construire le cadre de la comparaison. Dans C. Vigour, *La comparaison dans les sciences sociales : pratiques et méthodes* (p. 199-222). La Découverte.
- Villa, F. (2009). *La notion de caractère chez Freud*. Presses universitaires de France.
- Westen, D., Shedler, J., Bradley, B. et DeFife, J. A. (2012). An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: bridging science and practice in conceptualizing personality. *The American journal of psychiatry*, 169(3), 273-284. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020274>
- Widlöcher, D. (2010). Le langage de l'angoisse. *Libres cahiers pour la psychanalyse*, 21(1), 17-33.  
<https://doi.org/10.3917/lcpp.021.0017>